

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. EVA KONEČNÁ

II. ročník – kombinované studium

Obor: Pedagogika – veřejná správa

KRIMINALITA PÁCHANÁ NA SENIORECH

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

OLOMOUC 2013

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

15. března 2013

Podpis

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a připomínek.

OBSAH

ÚVOD	7
-------------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	9
---------------------------------	---

1.1 Vymezení pojmu senior, stárnutí a stáří.....	10
--	----

1.2 Klasifikace stáří.....	12
----------------------------	----

1.3 Změny ve stáří.....	13
-------------------------	----

1.4 Senioři a společnost.....	19
-------------------------------	----

1.4.1 Agresivní chování, agrese a agresivita.....	21
---	----

1.4.2 Syndrom vyhoření u pečujících osob.....	25
---	----

2 KRIMINALITA A SENIOŘI	29
--------------------------------------	----

2.1 Vymezení kriminality, kriminologie, viktimologie a viktimizace.....	29
---	----

2.2 Primární viktimizace.....	31
-------------------------------	----

2.3 Sekundární viktimizace.....	33
---------------------------------	----

2.4 Senior jako oběť trestného činu.....	39
--	----

2.5 Syndrom EAN.....	41
----------------------	----

2.5.1 Formy EAN.....	43
----------------------	----

2.5.2 Příznaky EAN.....	49
-------------------------	----

2.6 Domácí násilí.....	51
------------------------	----

2.6.1 Znaky domácího násilí.....	53
----------------------------------	----

2.6.2 Mýty a předsudky o obětech domácího násilí.....	57
---	----

2.6.3 Základní doporučení pro kontakt s ohroženou osobou.....	59
---	----

3 POMOC OBĚTEM TRESTNÝCH ČINŮ	62
3.1 Dopady trestného činu na oběť.....	62
3.2 Posttraumatická stresová porucha.....	63
3.3 Hlavní problémy obětí trestných činů.....	67
3.4 Organizace pomáhající obětem trestných činů.....	70
3.5 Bílý kruh bezpečí.....	71
3.5.1 Sociální služby Bílého kruhu bezpečí.....	73
3.5.2 Navazující služby Bílého kruhu bezpečí.....	76

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA PRŮZKUMU	79
4.1 Cíle průzkumu.....	80
4.2 Metoda průzkumu.....	81
4.3 Organizace a vzorek průzkumu.....	82
5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	83
5.1 Základní údaje o respondentech.....	83
5.2 Zkušenosti seniorů s násilím a kriminalitou.....	94
5.3 Dopady kriminality na seniory.....	108
5.4 Názory respondentů k násilí na seniorech.....	111
6 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	115
6.1 Údaje o respondentech.....	115
6.2 Údaje o násilí a kriminalitě páchané na seniorech.....	116
6.3 Údaje o následcích kriminality na seniorech.....	119
6.4 Údaje o názorech respondentů.....	120
ZÁVĚR	122
LITERATURA	126
SEZNAM ZKRATEK	133

SEZNAM TABULEK.....134

SEZNAM GRAFŮ.....136

PŘÍLOHY

ANOTACE

ÚVOD

Diplomová práce se zaměřuje na kriminalitu páchanou na seniorech, zejména na týrání a zanedbávání seniorů a domácí násilí páchané na seniorech. Tato problematika je v současné době velice aktuální, neboť senioři patří mezi nejrizikovější skupiny populace zejména z důvodu jejich zhoršeného zdravotního stavu.

K volbě tématu diplomové práce mě přivedla zkušenost s prací sociálního pracovníka a také poznatek, že neexistuje dostatek výzkumů a oficiálních údajů o podobě násilí na seniorech. Problematika týrání a zanedbávání seniorů vzbudily pozornost až v 70. letech 20. století a jsou rozpracovány podstatně méně než je tomu u dětí - syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Cílem předkládané **diplomové práce** je přiblížit problematiku kriminality, která je páchána na seniorské populaci v jejich domácnostech i v institucionálních zařízeních. Práce klade důraz na zjištění možného výskytu syndromu týraného a zanedbávaného seniora (EAN) a domácího násilí. Rovněž se zabývá dopadem trestného činu na život oběti, zejména na psychické problémy, které mohou závažně ovlivnit další fungování seniora. Důležité je také zjistit, zda a kde senioři hledali a našli pomoc poté, co se stali obětí kriminality.

V **teoretické části** diplomové práce, kde čerpáme z odborné literatury, se zabýváme vymezením problematiky stáří a stárnutí a změnami, ke kterým ve stáří dochází, i tím, jak společnost přistupuje k seniorům. Závažná je problematika výskytu agresivního chování vůči seniorům a syndromu vyhoření u rodinných i profesionálních pečovateli. Dále v teoretické části vymezujeme základní pojmy, které souvisí s kriminalitou a seniorem jako obětí trestné činnosti. Pojednáváme o syndromu týraného a zanedbávaného seniora (syndromu EAN) a domácím násilím páchaném na seniorech. Součástí teoretické části práce je i kapitola, která se zabývá pomocí obětem trestných činů, včetně dopadů a problémů, které přináší trestné činy na život oběti, zejména možného vzniku posttraumatické stresové poruchy, a jak se oběti vyrovnávají s touto poruchou.

Teoretická část a přílohy práce seznamují s organizacemi, které se zabývají pomocí obětem trestných činů a předkládají i konkrétní doporučení seniorům – obětem trestných činů, jak se zachovat a postupovat v případě ohrožení života a přináší i řadu praktických rad a informací pro pomáhající profesionály (policisty, sociální pracovníky, zdravotníky...), kteří se dostávají do kontaktu se seniory.

Praktická část diplomové práce obsahuje průzkum prováděný pomocí dotazníků, jehož cílem bylo zmapovat, zda senioři pocítují, že jsou více ohroženi kriminalitou, zda na nich byl spáchán trestný čin a zda se setkali s týráním a zanedbáváním nebo domácím násilím a jejich zkušenosti s touto problematikou.

Zjišťovali jsme, z jakých důvodů senioři pobývají ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, co je vedlo k odchodu do tohoto zařízení, jejich spokojenost s pobytem, jejich vztah k příbuzným a případné konflikty s nimi. Dotazovali jsme se, zda se senioři setkali s násilím v rodině, zda se na nich dopustil jejich partner nebo cizí lidé fyzického nebo psychického násilí a pokud ano, tak aby přiblížili, k jakému násilí došlo. Senioři byli tázáni, zda takové jednání oznámili, anebo důvody neoznámení a jejich znalosti, kde by v případě spáchaného násilí požádali o pomoc. Součástí dotazníkového šetření byly otázky týkající se toho, zda se senioři stali obětí kriminality, jaký trestný čin na nich byl spáchán a přístup policie při vyšetřování. Senioři popisovali, zda u nich došlo poté, co se stali obětí trestného činu ke změně chování, jak se tato změna projevovala a kde hledali odbornou pomoc. Zajímaly nás také názory seniorů na to, zda si myslí, že patří k ohroženým skupinám obyvatel a jak vnímají postoj a přístup společnosti k seniorům a pozornost, kterou jim společnost věnuje. V dotazníku mohli senioři uvést i nápady, jak by se dalo preventivně zabránit násilí na nich páchaným.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část vysvětluje pojmy týkající se problematiky stáří a stárnutí. Popisuje vztah společnosti k seniorské populaci, výskyt agresivního chování vůči seniorům a rovněž syndrom vyhoření u profesionálních i domácích pečovateli. Teoretická část se dále zabývá vymezením kriminality, viktimologie a viktimizace i seniorem jako obětí trestné činnosti. Mapuje, jaký dopad má trestný čin na život oběti, u které se může rozvinout posttraumatická stresová porucha a s jakými dalšími problémy se oběť může potýkat. Teoretická část práce také popisuje organizace, které pomáhají obětem trestných činů, zvláště jde o Bílý kruh bezpečí.

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Kapitola se zabývá stářím a stárnutím, jeho klasifikací a změnami, ke kterým ve stáří dochází. Popisuje přístup společnosti k seniorské populaci, ageistické a agresivní chování vůči seniorům a syndrom vyhoření u osob, které pečují o seniory.

Hádanka sfingy

„Sfinga se otázala, které zvíře chodí ráno po čtyřech, v poledne po dvou a večer po třech, ale má jen jeden hlas? Oidipus odpověděl, že člověk. Hádanka sfingy zachycuje dva body obratu v životě člověka. Prvním je vstup do období dospělosti, symbolizuje ho stání na vlastních nohou. Druhým bodem změny v životě je přijetí hole, po poledni života člověka. Tato proměna není spjata jen s příchodem tělesné zchátralosti, nýbrž je spjata s celým souborem změn, které zahrnují utrpení, hlubší porozumění a odpoutání se od překonaného způsobu života“ (Venglářová in Čírtková, 2007, s. 57).

1.1 Vymezení pojmu senior, stárnutí a stáří

V naší populaci stoupá podíl osob seniorského věku, již nyní se jedná přibližně o 15 % populace. V České republice je přes 1 800 000 lidí starších 60 let. Mnoho lidí se domnívá, že senioři jsou vesměs nemocní, nemohoucí, zmatení. I odborná veřejnost bývá zaskočena otázkou, kolik seniorů potřebuje celodenní péči. Odhady se pohybují kolem 10 - 40 %, realita jsou 3 % (Venglářová in Čírtková, 2007).

Pro označení člověka žijícího v období stáří nacházíme v odborné literatuře různé pojmy. Gerontologie pracuje nejčastěji s pojmem „geront“, v psychologické literatuře se používá pojem „senescent“, jinde se hovoří o „starých“ nebo o „důchodcích“. Zejména „starý“ má negativní citový náboj, proto se začal používat pojem „senior“, který je významově neutrální (Petřková, 2004).

Je důležité si uvědomit, že každý člověk stárne jinak. Kalvach (1997) s Mühlpachrem (2004) uvádí, že stárnutí je proces individuální, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou (každý stárneme do určité míry „svým tempem“) danou nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním způsobem. Současně jde o proces asynchronní, postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, opět zčásti v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivita) či poškozováním (chorobné procesy). Stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decénia, a to v závislosti na náročnosti prostředí.

Biologické stáří vyjadřuje stav organismu, **psychické stáří** stav duševních funkcí a **sociální stáří** označuje sociální role a způsoby chování očekávané od příslušníka dané věkové skupiny.

Definice stáří počtem let je vynálezem moderní doby, protože dřívější společnosti si více všimaly změn schopností a vzhledu a přesné datum narození často nebylo ani známo. Podle dosaženého stupně stáří přiznává společnost psanými normami (právo) nebo nepsanými (zvyky, mravy, konvence, role) svým příslušníkům různá práva a povinnosti. Moderní společnost obrátila hodnotící měřítko dřívějších dob, kdy bylo vysoké stáří spojeno s prokazováním úcty. Žádoucí hodnoty jsou mládí, vitalita a výkon.

Sociologie nahlíží na stáří jako poslední životní fázi, která nastává většinou po skončení ekonomické činnosti a je doprovázena fyzickými a duševními změnami. Nedá se vymezit pouze věkem, protože individuální rozdíly mezi jedinci jsou velké. Obecně se uvádí, že stáří znamená sníženou schopnost adaptace, narůstající sociální izolovanost danou postupným ztrácením rodinných příslušníků, přátel a spolupracovníků a odchodem dětí z primární rodiny. Ve stáří se také zmenšuje okruh zájmů (Jandourek, 2001).

Právní definicí stáří je věk, kdy člověk odchází do důchodu. Je to umělá hranice, ale má konkrétní společenské a psychologické důsledky, protože často znamená ztrátu statusu, zmenšení příjmu, snížení životního standardu, ztrátu pracovní rutiny trvající desítky let, snížení respektu (zkušenosti už nejsou pro mládež použitelné), konec kontaktů s kolegy. Uvedené změny se mohou ve svých psychofyzických souvislostech odrazit i na zdravotním stavu. Proto žije značná část společnosti v domnění, že seniorům brání nemoci a psychická nezpůsobilost v další práci.

Stáří zasahuje obě pohlaví odlišně. Ženy se dožívají v průměru vyššího věku, takže je více starších žen než mužů. Ženy tak obtížněji hledají po ovdovění nebo rozvodu nového partnera. Společnost navíc toleruje spíše vztah starého muže a mladé ženy než naopak (Jandourek, 2001).

K projevům a rizikům ohrožení seniorské populace patří např.:

- pauperizace, ekonomické zbídačování znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti,
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, bydlení),
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, apriorní podezírání z přítomnosti diskreditujících postižení (demence),
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb,
- maladaptace na stáří a s tím spojenou změnu sociálních rolí (penzionování),
- osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním,
- rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí, ztráta

- konkurenceschopnosti na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikaci (nové aktivity, nová terminologie),
- vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti,
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích možností (zvláště v souvislosti se zdravotnickými a sociálními službami),
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců (Kalvach 1997, Mühlpachr, 2004).

Společenská opatření vůči seniorské populaci by měla být komplexní, koordinovaná, individualizovaně cílená, vycházející z potřeb a přání seniorů. Měla by se orientovat na jejich aktivní spoluúčast a ochranu jejich práv.

1.2 Klasifikace stáří

Světová zdravotnická organizace (WHO) navrhla tyto věkové hranice pro období středního a vyššího věku:

1. období středního věku: 45 - 59 let,
2. období raného stáří: 60 - 74 let,
3. období vlastního stáří: 75 - 89 let,
4. období dlouhověkosti: 90 let a více.

V poslední době se stále častěji uplatňuje následující členění:

65 - 74 **mladí senioři** (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),

75 - 84 **staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob),

85 a více **velmi staří senioři** (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení) (Kalvach 1997, Mühlpachr, 2004).

Příhoda uvádí i alternativní označení jednotlivých období:

60 - 74 let **Senescence**, počínající, časná stáří,

75 - 89 let **Kmetství**, senium, vlastní stáří,

90 let a více **Patriarchium**, dlouhověkost (Kozáková in Kozáková, Müller, 2006).

1.3 Změny ve stáří

Tělesné změny, ke kterým dochází ve stáří mají různé důsledky (Kalvach, 1997, Mühlpachr, 2004).

Ve **složení organismu** dochází k:

- atrofii tkání se zmnožením vaziva a tuku,
- ubývá tzv. lean body mass (netučná tělesná hmota),
- zvyšuje se obsah tělesného tuku (až o 25 %),
- je ztížená mobilizace tuku,
- zmenšuje se objem celkové tělesné vody (souvisí s přírůstkem tuku) s větší závažností nedostatečného příjmu tekutin,
- ve tkáních se ukládá vápník a proniká do membrán a buněk.

V **řízení organismu** dochází k:

- oslabení a zpomalení regulačních mechanismů,
- úbytku funkčních rezerv,
- zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži,
- oploštění variability periodických dějů.

V **pohybovém aparátu** dochází k:

- poklesu svalové síly, úbytku kostní density,
- stárnutí chrupavky odlišné od osteoartrotických změn,
- zhoršení hlubokého cití a pohybové koordinace (poruchy stereotypu chůze).

V **nervovém systému** se zpomaluje nervové vedení a prodlužuje se reakční doba,

- projevují se poruchy spánku,
- mozek atrofuje s lehkým zhoršením vstřípivosti i výbavnosti (Kalvach, 1997, Mühlpachr, 2004).

V **metabolismu** se změny projevují tím, že se ztěžuje vstup glukózy do buněk s 30 % výskytem porušené glukózové tolerance (je to ovlivnitelné pohybovou aktivitou),

- snižuje se maximální spotřeba kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému, snižuje se bazální metabolismus (až o 20 %) a zhoršuje vytrvalost.

V **endokrinním systému** se snižuje průtok krve všemi orgány,

- zvětšuje se světlost tepen a jejich elongace a vinutý průběh,
- snižuje se elasticita tepen s poruchou pružníku a zatížením levé komory srdeční,
- snižuje se poddajnost levé komory srdeční se sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání bez hrubší poruchy systolické funkce,
- dochází k menšímu urychlování tepové frekvence,
- zanikají buňky převodního systému s poruchami tvorby vzruchů a oplošťování variability tepové frekvence,
- dochází k hemodynamicky nevýznamné degenerativní změně chlopní.

V **respiračním systému** se zvyšuje dechová práce,

- zvětšuje se mrtvý prostor a klesá vitální kapacita plic,
- snižuje se citlivost dechového centra ke změnám krevních plynů a snižuje se aktivita řasinkového epitelu.

Ve **vylučovacím systému** klesá očišťovací schopnost ledvin asi o 50 % v 80 letech,

- klesá maximální koncentrační schopnost ledvin,
- dochází k poruchám funkce močového měchýře.

Změny na **trávicím systému** se projevují opotřebováním a ztrátou chrupu,

- poruchou mobility trávicí trubice,
- snížením žaludeční acidity.

V **imunitním systému** se zhoršuje efekt imunizace ve stáří,

- zvyšuje se tvorba autoprotilátek (Kalvach, 1997, Mühlpachr, 2004).

Dále v organismu dochází k:

- atrofii kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace (pocení),
- snižuje se vitalita tkání a zpomaluje se hojení,
- zhoršuje se smyslové vnímání (presbyopie, zhoršení adaptace na šero i osvit, presbyakusis, zhoršení sluchové ostrosti pro vysoké tóny, oslabení chuti a čichu, zhoršení propriocepce, snížení tepelné rozlišovací schopnosti) (Stuart-Hamilton, 1999).

U současných seniorů lze identifikovat sedm hlavních okruhů **chorobných poruch funkčního stavu**:

1. **Ateroskleróza** (kornatění tepen) a její orgánové projevy:

a) **Ischemická choroba srdeční** (akutní infarkt myokardu, chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností a nevykonností).

b) **Postižení mozkových tepen** (mozkové cévní příhody, mozkové mrtvice, nezvratná ochrnutí, cévně podmíněné závratě či poruchy svalového napětí projevující se ztuhlostí či třesem, multiinfarktová demence neboli mozková skleróza).

c) **Postižení tepen dolních končetin**, které může vést i k invalidizujícím bolestem, ale také k amputaci.

V současné době lze účinně ovlivňovat rizikové faktory aterosklerózy a tím oddalovat či eliminovat její projevy. Kromě samotného věku jsou hlavními rizikovými faktory poruchy metabolismu tuků (především vysoká hladina krevního cholesterolu), poruchy metabolismu cukrů (diabetes mellitus), vysoký krevní tlak (hypertenze), kouření, obezita a nedostatek tělesného pohybu.

2. **Obstrukční choroba bronchopulmonální** (rozedma plicní) – vede k dušnosti, obvykle s vykašláváním hlenu, modrofialovým zbarvením pokožky a sliznic a s otoky zvláště dolních končetin.

3. **Osteoartróza** – degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti, které jsou odlišné od procesu stárnutí chrupavky.

4. **Osteoporóza** – vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti (density) a zvýšením rizika zlomenin. Vede ke změně postavy (snížení výšky, nahnbený postoj), bolesti v zádech, kompresím obratlů a zvýšenému výskytu zlomenin při pádech (tzv. krček stehenní kosti, předloktí).

5. **Alzheimerova nemoc** – nejčastější příčinou demence ve stáří, její podstatou je vystupňovaná, často předčasná atrofie mozku se zánikem mozkových buněk (neuronů). Mühlpachr (2004) uvádí, že demence jsou časté choroby především vyššího věku. V první řadě postihují tzv. kognitivní (poznávací) funkce – paměť, intelekt, pozornost, motivaci. Nejnápadnější projevy pro okolí bývají zpočátku poruchy paměti. Postupně se přidávají i poruchy dalších funkcí. Bývá postižena emotivita – afekty a nálady, v průběhu demence se mohou vyskytnout např. depresivní stavy. Někdy dochází k poruchám vnímání – halucinacím a iluzím. Mohou se také, většinou přechodně, objevit rovněž závažné poruchy myšlení – bludy. Vždy se objevují poruchy osobnosti, úměrné stupni a druhu demence. V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti. S tím souvisí i postupné snižování až zánik schopnosti péče o sebe sama, neschopnost provádět úkony běžné denní rutiny.

6. **Poruchy zraku** vedoucí až ke slepotě – postižení sítnice u cukrovky, šedý oční zákal, zelený zákal, degenerativní postižení žluté skvrny.

7. **Poruchy sluchu** – zvláště pokud nejsou ovlivnitelné naslouchadly (Kalvach, 1997, Mühlpach, 2004).

Nejčastějšími symptomy **psychických změn** ve stáří bývá podrážděnost, izolovanost, agitovanost, úzkost, strach, neschopnost se soustředit, snížená pozornost, zapomnětlivost, dezorientace, zmatenost, neochota ke spolupráci a emoční labilita (Zavázalová, 2001).

Psychické stárnutí přináší **změny poznávacích (kognitivních) schopností**. V období stáří se zpomaluje psychomotorické tempo, což se projevuje zejména v zátěžových situacích, může se objevovat nechuť řešit aktuální problémy. Starý člověk může často působit dojemem bezradnosti. Dochází také ke **změnám paměti, učení a emocionality**. Lidé v období stáří si obtížně vybavují některé názvy, mají nižší koncentraci pozornosti, hůře udrží v paměti nové poznatky, velice dobře si ale pamatují a vybavují staré vzpomínky. Člověk bývá v období stáří citlivější, často nedokáže zvládnout emoce. Rovněž se zpomaluje **psychomotorická a percepční činnost**. V období stáří vážne zejména činnost náročná na rychlost reakce a rozhodování (Kozáková in Kozáková, Müller, 2006).

Afektivní prožívání nabývá jiné kvality. Většinou bývá méně spontánní a snižuje se intenzita emocí. Je to individuální. Záleží na hodnotové orientaci jednotlivce. Někteří dosahují ve vyšším věku moudrosti, kdy dokáží přehodnotit dosavadní život a porozumět smyslu svého života. V pozdějším stáří bývá častá soustředěnost na sebe a své problémy. Může docházet k přecitlivělosti. Vážným problémem může být izolace, nedostatek sociálních kontaktů, pocit opuštěnosti a emoční deprivace (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Osobnost starého člověka je utvářena během celého předchozího života. Odborníci rozlišují několik strategií vyrovnávání se se stářím. V této práci uvádíme **strategie vyrovnávání se se stářím podle Bromleyho** (Haškovcová, 1989):

Konstruktivní strategie

Člověk, který se konstruktivně vyrovnává s realitou vyššího věku, je především stále aktivní a nepřestává mít ani s přibývajícimi léty radost ze života a z vřelých citových vztahů k blízkým lidem. Je si vědom možnosti svých výkonů a jejich mezí i budoucích vyhlídek, akceptuje i eventualitu smrti a přijímá ji bez nadměrného strachu a zoufalství. Je i v tomto věku snášenlivý, pružný v myšlení a přizpůsobování se novým okolnostem, nepostrádá humor, dovede si najít potěšení v jídle a pití, v práci i v rekreaci, rozvíjí dále zájmy a dovede se podle potřeby prosazovat, aniž by byl vůči druhým agresivní.

Strategie závislosti

Lidé tohoto typu mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech, na které spoléhají více než na vlastní síly. Jsou bez větších ambicí a raději spíše přenechávají odpovědnost i povinnosti mladším a uchylují se do svého soukromí.

Strategie obranná

Projevuje se přehnanou aktivitou, která má zahnat všechny starosti a myšlenky na vlastní obtíže a eventuální blízkost životního konce. Lidé se zpravidla emočně nadměrně kontrolují a jednají přísně podle zvyků a konvencí, až s nutkavou pedantičností.

Strategie hostility

Lidé mají sklon dávat vinu druhým lidem nebo nepříznivým okolnostem za své nezdary. Jsou často agresivní a podezřívaví, stále si na něco stěžují.

Strategie sebenenávisti

Lidé ve stáří obrazejí agresivitu sami vůči sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, vidí svůj dosud prožitý život jako naprosté selhání a nedávají najevo žádné přání žít jej znovu. Smrt přijímají jako milosrdné vysvobození z velmi neuspokojivého života.

Existuje mnoho přechodů mezi těmito strategiemi. Každý člověk má svoji individuální strategii. Obecně však ve stáří bývá zhoršená adaptabilita na změny, která se ještě prohlubuje při nemoci a stresech.

Citové vztahy ve stáří se většinou nemění. Stoupá význam rodiny. V širší rodině má starý člověk důležitou roli prarodiče. Manželské vztahy v tomto období sílí. Se ztrátou partnera se senior velmi obtížně vyrovnává. Vedle potřeb citových přetrvávají i potřeby sexuální. V současné době vznikají různé programy, ve kterých je kladen důraz na podporu kvality života ve stáří. Je zdůrazňován princip nezávislosti, participace, seberealizace a důstojnosti seniorů. Prosazuje se koncepce „úspěšného stárnutí“. Lidé ve stáří mohou ke společenskému vývoji přispívat díky svým zkušenostem a mnozí zůstávají do vysokého věku aktivní ve svém povolání.

Ve stáří dochází k **sociálním změnám**, které vedou ke stále větší anonymizaci a jsou charakteristické ztrátou prestiže a zvýšením závislosti starého člověka na společnosti.

Odchodem do důchodu člověk ztrácí svou profesní roli, získává horší sociální status a stává se ekonomicky závislým na společnosti. Důchod je potvrzením ztráty výkonnosti a z toho vyplývající závislosti na společnosti, která seniorovi důchod poskytuje. Člověk v důchodu symbolicky odchází ze společnosti do svého soukromí. Odchod do důchodu zasahuje všechny složky lidské osobnosti, mění prožívání, uvažování a chování seniora. Ovlivňuje jeho postoj ke světu i k sobě samému. Odchod do důchodu limituje možnosti seniora uplatnit se v širší společnosti, a proto se zvyšuje význam širší rodiny, zejména dětí a vnuků.

Při **úmrtí životního partnera** a blízkých se zvyšuje pocit ohrožení, prázdnoty, osamělosti a ztráty smyslu života. Důsledkem ovdovění je zhroucení struktury navyklého denního režimu, ztráta jeho smyslu. Také dochází ke zhoršení ekonomické situace, zejména u žen, které mívají menší důchody. Ovdověním se zvyšuje pocit osobní bezvýznamnosti. Ve skupině ovdovělých starých lidí převažují ženy, jelikož žijí v průměru déle než muži.

Závažnou sociální změnou je **změna způsobu života**, která nastává např. při umístění člověka do institucionárního zařízení, což může být domov pro seniory, nemocnice... (Vágnerová, 2000).

1.4 Senioři a společnost

Senioři patří dle Venglářové (2007) a Vykopalové (2002) mezi nejvíce znevýhodněnou skupinu obyvatel, což se projevuje i tím, že o stáří existuje spousta mýtů. **Mýtus falešných představ** vyjadřuje přesvědčení, že výborné nebo alespoň vyhovující materiální zajištění osob ve stáří zakládá jejich osobní spokojenost, dále **mýtus zjednodušené demografie**, kdy je člověk pokládán za starého v den odchodu do důchodu. V **mýtu homogenity** se stáří jeví jako stejnorodé. Nerozlišujeme potřeby lidí ve stáří díky uváděným mýtům a také proto, že zevnějšek těchto osob je „stejný“ a my z toho vyvozujeme, že lidé jsou stejní.

Dále **mýtus neužitečného času**, kdy senior je pokládán za neužitečného. Převažuje názor, že ten kdo nepracuje, i proto, že je na zaslouženém odpočinku, ten „není k ničemu“. **Mýtus ignorance** zahrnuje přehlížení seniorů. Názor, že není třeba je brát vůbec vážně, je možné je přehlížet a ignorovat. Nakonec **mýtus schematismu a automatismu** – představa, že člověk ve stáří už nemyslí a nemá právo myslet, jako by mu zbyl z profesních i životních zkušeností jen automatismus určitých funkcí (Haškovcová, 1989).

Přehlížení lidí ve stáří může přerůst až v **ageismus**, což znamená nepřátelský postoj ostatních generací k lidem ve stáří. Podle Vágnerové (2000) se projevuje podceňováním, odmítáním, eventuelně až odporem k seniorům. V důsledku takového postoje dochází k diskriminaci pouze na základě stáří. Ageismus považuje za méněcenné všechny lidi ve stáří bez rozdílu. Nebere ohled na jejich individualitu a rozdíly, které mezi lidmi této věkové kategorie existují.

Diskriminací se myslí postoje nebo způsoby chování, kterými jsou znevýhodňováni nebo ponižováni lidé na základě své příslušnosti k určité skupině. Odmítání práva na rovný přístup bez ohledu na osobní vlastnosti jedince pouze na základě jeho připsaných charakteristik, např. jeho věku, pohlaví, rasy, sociálního původu nebo příslušnosti k určitému regionu (Jandourek, 2001).

Závažným problémem seniorů je **sociální izolace**, která představuje ztrátu kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije. Do sociální izolace se dostává senior tehdy, žije-li sám, neudrží kontakty s rodinou nebo známými. Do izolace se může dostat i manželská dvojice, pokud žije sama a chybí jí kontakty s okolím. Většinou se sociální izolace objevuje u osaměle žijících seniorů, jejichž rodina je vzdálena nebo nemají rodinu a nemají žádné kontakty s přáteli, sousedy a okolím. Odhaduje se, že v naší populaci žije v sociální izolaci asi 20 % osob (Zavázalová, 2001).

1.4.1 Agresivní chování, agrese a agresivita

Ageismus a diskriminace může vyústit až v agresivní chování vůči seniorům. „**Agresivní chování** lze definovat jako porušení sociálních norem omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty“ (Vágnerová, 2008, s. 757). Může jít o reálný či symbolický útok, o různý způsob ubližování, např. bitím, nadávkami, omezováním, ničením. Termín **agresivita** označuje tendenci, pohotovost k násilnému způsobu reagování. Pojem **agrese** charakterizuje reálný projev takového chování, který mívá charakter násilí.

Agresivní jednání je jednou z běžně se vyskytujících alternativ lidského chování. Problémem se stává tehdy, pokud intenzita agrese překročí hranice stanovené právními, resp. sociálními normami, event. pokud je nepřiměřená situaci a vyvolávajícím podnětům. Takové jednání bývá obvykle prostředkem, jak dosáhnout žádoucího uspokojení, které je z nějakého důvodu hůře dostupné. Lze jej chápat jako reakci, která řeší problém útokem na překážku, resp. zdroj ohrožení, případně na cíl, který se danému člověku takto jeví. (Někdy i na zcela náhodný objekt, sloužící k aktuálnímu odreagování.) V tomto případě je důležitá subjektivní interpretace dané situace, jejího významu. Agrese bývá definována jako záměrná aktivita, jejímž cílem je ublížit (Jandourek, 2001).

Příčiny vzniku agresivity

Sklon k agresivitě bývá dle Vágnerové (2008) obvykle podmíněn multifaktoriálně, to znamená, že závisí na kumulaci různých vlivů: vrozených dispozicích, získaných zkušenostech i aktuálních podnětech.

Jednou z příčin vzniku agresivity je **dědičnost**. Člověk má vrozené dispozice k agresivnímu chování. Ty jsou podle etologických teorií užitečné k zajištění a obraně vlastního teritoria, k vytvoření společenské hierarchie, event. i k uchování její stability. Předpoklady k násilnému reagování nejsou u všech lidí stejné. Liší se v závislosti na historii a sociokulturní tradici společnosti, k níž patří a kde byli v minulosti vlivem pozitivní selekce zvýhodňováni jedinci s určitými dispozicemi a tím i jejich četnost v dalších generacích (úspěšnější jedinci snáze přežili a měli více potomstva).

Biologické předpoklady k agresivnímu způsobu reagování mohou být dány určitou změnou ve struktuře či funkci mozku. Tyto odchylky nemusí mít jen genetickou příčinu, ale mohou vzniknout v důsledku poškození centrální nervové soustavy (CNS), např. úrazem či onemocněním. Z tohoto hlediska může mít značný význam perinatálně vzniklé postižení.

Větší sklon k agresi mají muži. Tato tendence souvisí s mužským pohlavním hormonem testosteronem. Muži, kteří mají hodně vysokou hladinu tohoto hormonu, bývají nápadně konfliktní, reagují agresivně i bez předchozí provokace a jejich chování lze častěji označit jako asociální. Mužské pohlaví a mladší věk, kdy je hormonální hladina nejvyšší, lze považovat za faktory zvyšující riziko násilného jednání. Tato dispozice vyplývá z biologického vymezení mužské role, vyžadující větší bojovnost. Mužská dominance a schopnost sebeprosazení je ovšem posilována i společenským očekáváním a s tím spojenou vyšší tolerancí k těmto projevům u mužů (Vágnerová, 2008).

Větší pohotovost k násilnému chování může souviset i s **duševní chorobou** či vrozenou poruchou osobnosti, např. násilné jednání psychotiků, které vyplývá z jejich chorobného přesvědčení, tj. bludů, nebo je důsledkem halucinací (nemocný poslechne hlasy, které mu přikazují někoho zlikvidovat). Pohotovost k násilnému chování, resp. k odstranění zábran posiluje také **užívání psychoaktivních látek**, např. alkoholu nebo některých nealkoholových drog (např. amfetaminu). Obvykle jde o důsledek omezení schopnosti kontroly vlastního jednání a snížení citlivosti k utrpení oběti, nebo o nabuzení silné aktivizace a s tím souvisejícího napětí, které se tímto způsobem odreagovává. Nejde jen o alkoholiky či narkomany, mnohdy stačí i akutní intoxikace.

Vlivy prostředí, především jeho sociální složka, mohou posilovat sklon k agresivnímu reagování na základě specifické zkušenosti, nebo mohou působit jako vyvolávající podnět a stejně tak jej mohou i tlumit. Příslušnost k určité sociální skupině zpravidla omezuje násilné chování svých členů k sobě navzájem, v rámci této skupiny. Lidská agresivita může v závislosti na učení vzrůstat. Děje se tak prostřednictvím instrumentálního učení, nápodobou, nebo identifikací s určitým člověkem (Hayesová, 2000).

Nejvýznamnějším zdrojem rané zkušenosti je **rodina**. Tendenci k agresivitě ovlivňují již primární zkušenosti, např. pozitivní posilování agresivních projevů dítěte, které si tak potvrzuje užitečnost takového jednání. Důležité je i učení nápodobou, na základě identifikace, kdy dítě dělá to, co vidí u ostatních, především u osobně významných autorit, které mu imponují a ono se s nimi ztotožňuje. Rozvoj agresivních tendencí je závislý na rodičovském chování, na hodnotovém systému rodiny, stylu výchovy i preferovaném způsobu reagování, které se pro ně stává samozřejmým a jednoznačně akceptovaným modelem. Důležitým faktorem je míra emočního přijetí dítěte. Odmítání spojené s citovým strádáním posiluje pocity nejistoty a z toho vyplývající sklon k násilnému a bezohlednému jednání nejen v dětství, ale i později, v dospívání a v rané dospělosti (Jandourek, 2001; Hayesová, 2000).

Velký vliv má i **sociální skupina**. Každý jedinec je svázán s hodnotovým a normativním systémem společnosti, sociální skupiny, do níž patří. Tento systém vytváří komplex zábran proti nežádoucímu chování a stejně tak vymezuje to, co je akceptováno. Hodnoty a normy různých skupin se mohou do určité míry lišit a z toho vyplývá i různá míra tolerance agresivního chování. Některé normativní systémy jsou charakteristické značnou tolerancí, někdy dokonce i zdůrazněním hodnoty násilného chování, které je chápáno jako žádoucí, ne-li nutné. Do této kategorie patří různé adolescentní skupiny, jejichž postoj k agresi často bývá extrémní. Jestliže se pravidla určité skupiny ve větší míře liší od norem majoritní společnosti, musí jedinec, který je jejím členem, své chování diferencovat podle toho, kde právě je. Jestliže je pro něj příslušnost k této skupině subjektivně důležitá, resp. pokud mu její pravidla ve zvýšené míře vyhovují, mohou převládnout nad obecnými normami a hodnotami. Schválení agresivního chování autoritou, kterou toto společenství či jeho vůdce představují, bude sklon k takovým projevům posilovat. Není pochyb o tom, že skupina bude přitahovat jedince, kteří mají větší dispozice takto jednat (Jandourek, 2001).

Agresivita není jen záležitostí jedince nebo malých sociálních skupin, ale na jejím rozvoji se spolupodílí i celkové **společenské klima**. Ve vztahu k agresi je vždycky důležitý vzorec hodnot a norem, který je s určitou tolerancí závazný pro všechny členy dané společnosti. Odráží se v něm jak její předchozí historie (tj. příběhy, jež charakterizují její minulost), tak

aktuální vlivy, které podporují určité varianty chování. Předpokládá se, že civilizační změny, které jsou doprovázeny změnou hodnot, rozpadem různých skupinových vazeb a rostoucím důrazem na jedince, povedou k dalšímu nárůstu agresivity.

Agresivita může být součástí určité **sociální role**, která toto chování přímo vyžaduje a v závislosti na tom pravděpodobně i posiluje. Je tomu tak u policistů, vojáků apod. Na druhé straně je třeba připomenout, že si toto povolání vybírají častěji jedinci, kterým právě z tohoto důvodu vyhovuje, protože mají k násilnému reagování větší sklon, ale jen někteří nakonec svou potřebu agrese nezvládnou. Nutnost chovat se agresivně vyplývá i z prestižnější role v nějaké asociální skupině. Tímto způsobem musí vůdce potvrzovat své postavení, jde o specifický signál pro ostatní členy skupiny, kteří jsou ve vztahu k němu v podřízené pozici. Děje se tak zejména ve vztahu k nováčkům nebo revoltujícím (Hayesová, 2000).

Aktuální situace, určité prostředí může působit jako spouštěč agresivního jednání. Za jiných okolností by tyto reakce nebyly tak četné nebo nepřiměřeně závažné. Riziko agrese zvyšuje např. nadměrné a nestrukturované nakupení lidí, nejasnost a nepřehlednost situace, chybění pravidel, nebo naopak příliš rigidní hierarchie a striktní řád. Tendence reagovat agresivně závisí i na aktuálním stavu jedince. Posiluje ji míra subjektivní zátěžovosti dané situace, frustrace či stresu, které tomuto jedinci přináší, ať už na úrovni psychické (např. útok, který jej ohrožuje a snižuje jeho sebeúctu, nadávky a urážky), či somatické - nadměrné vyčerpání, bolest apod. (Vágnerová, 2008)

Teorie agrese

Existuje několik výkladů teorie agrese. **Sigmund Freud** vychází z jeho pojetí pudu smrti, který chápe jako vrozenou tendenci člověka k agresi, jejímž cílem je destrukce. Ta nesměřuje jenom k ovládnutí jiných, ale i k sebezničení, k negaci života.

Erich Fromm definuje agresi jako jednání, které působí nebo má za cíl působit škodu.

Teorie naučené agresivity Alberta Bandury považuje za důležité učení nápodobou. Agresivnímu jednání se podle Bandury člověk naučí tehdy, pokud má častou příležitost pozorovat tyto projevy u jiných lidí. Efektivita učení na bázi nápodoby pozorovaného bude

větší, pokud agresivní jedinci nebudou za své chování potrestáni. Kdyby za ně byli dokonce nějak odměněni, je pravděpodobnost zafixování takového způsobu reagování ještě mnohem vyšší (Vágnerová, 2008; Hayesová, 2000).

1.4.2 Syndrom vyhoření u pečujících osob

Závažným problémem se v současné době stává syndrom vyhoření (burn-out syndrom), jehož výskyt stoupá, neboť celkové životní tempo a nároky spolu s většími požadavky výkonnosti se zvyšuje. Dále také dochází ke zvyšování produktivního věku, protože hranice odchodu do důchodu se posouvá.

Syndrom vyhoření je častý u lidí, kteří mají neustálý, náročný a intenzivní kontakt s lidmi a jejichž práce je neadekvátně ohodnocená (nemyšleno pouze finančně). Postihuje především lékaře, zdravotní sestry, učitele a policisty. Také se může objevit u sociálních pracovníků, úředníků, advokátů, pojišťovacích agentů a v armádě. Syndrom vyhoření je rovněž popisován u lidí, kteří se doma intenzivně starají o blízkou osobu, v manželství a u těžce nemocných lidí, např. u stavů po amputaci končetin.

Se syndromem vyhoření se setkáváme většinou ve zdravotnictví, nejvíce se vyskytuje v oborech – hospice, onkologická oddělení, jednotky intenzivní péče, psychiatrie, neurologie a koronární jednotky.

Mezi rizikové faktory pro vznik onemocnění patří:

1. **Pracovní faktory:** sem se řadí chronický stres, permanentní časový tlak a vysoké emoční napětí (tyto jsou hlavními spouštěči). Stres je vlastně selhání našich adaptačních mechanismů při přizpůsobení se zátěžové situaci.

Stres v práci (především ve zdravotnictví) způsobují různí činitelé, např. **fyzické, chemické a fyzikální jednotky:** statické zatížení (operační sály, asistence u lůžka), dynamické (přesuny mezi provozy), zatížení páteře, svalového a kosterního systému, vysoká rizika infekce, narušení spánkového rytmu, nepravidelná strava, kontakt s léky, chemikáliemi, dezinfekcí a radiací apod.

Psychická zátěž: nutnost neustálé pozornosti a sledování stavu, pružné reagování, rychlé rozhodování, vysoké pracovní tempo, improvizace, jsou kladeny vysoké nároky na paměť, zodpovědnost, jsou zde závažné následky v případě omylu, vysoké jsou pracovní a společenské nároky. Zdravotník je často konfrontován s utrpením, bolestí, smrtí, musí působit bolest (zdravotnické výkony), komunikovat s rodinou.

Mnohdy se práce stává rutinní, s malými viditelnými výsledky, kdy „výdej“ extrémně převažuje nad „příjmem“. Častý je na pracovišti také konflikt rolí, nízké ohodnocení, nutnost dalšího vzdělávání, setkáváme se také s necitlivostí vedení oddělení, organizačními potížemi a nedostatečným využitím kvalifikace.

2. Osobnostní faktory: nedostatek radosti ze života, problematický a nespokojený osobní život.

3. Osobnostní a povahové rysy:

- pevná vůle a odhodlanost (tito lidé se neradi vzdávají a prohrávají),
- rozhodnost (jsou schopni se rozhodovat rychle, mnohdy i za těch podmínek, nemají-li všechny potřebné informace, proto často chybují),
- soběstačnost, nezávislost, sklony k samotářství (raději si veškerou práci udělají sami, dochází k rychlému přetížení),
- zhoubná sebedůvěra,
- perfekcionismus, pedantství (kdy pro sebe i pro ostatní „postaví laťku“ příliš vysoko),
- vysoká organizovanost a lidé, jenž potřebují mít vše pod kontrolou (jejich život má řád a cíl, nesnášejí chaos, snaží se organizovat vše kolem sebe),
- odpor k pravidlům (dělá vše po svém),
- pozitivní, optimistický a nadšený postoj, vysoká angažovanost,

- cílevědomost (stává se, že si tento člověk určí cíle nereálné, nedosažitelné),
- ochota riskovat a záliba v náročných úkolech, značná soutěživost, lidé žijící jen z úspěchů a lidé, kteří opovrhují selháním svým i druhých,
- lidé s vysokým entuziasmem, senzitivitou, s neschopností asertivního chování, nevážících si sami sebe,
- a nakonec lidé neschopní relaxovat (Kusínová, Novotná, 2002).

Stadia syndromu vyhoření

Nadšení: Pracující jedinec má velké ideály, vysoce se angažuje, ale výsledky nejsou tak ideální, jak by si představoval, dochází k přetěžování.

Stagnace: Stav, kdy se přestávají realizovat představy a cíle, nadšení upadá.

Frustrace: Vzniká negativní postoj k pracovnímu procesu jako celku, projevují se spory v kolektivu, podrážděnost, neshášenlivost. Toto období je nejlepší k rozpoznání a zamezení dalšího rozvoje syndromu.

Apatie: Projeví se ztrátou zájmů a absolutní ztrátou nadšení a elánu, převládá zklamání.

Vyhoření: Zde sledujeme soubory příznaků:

1. **Psychické příznaky:** Pocity malé nebo žádné efektivity při nadměrně vyvinuté námaze. Pocity emocionálního vyčerpání, může dojít až k emoční oploštělosti, dále pocity marnosti, vlastní zbytečnosti a neúčinnosti, snížení sebevědomí, absolutní ztráta motivace, úbytek až vymizení veškerých zájmů. Mezi dalšími se projevuje prohlubování negativistického postoje, cynismus a sebelítost, utlumení až vymizení empatie a pozitivních vztahů k okolním lidem. Snížení nebo vymizení aktivity, spontaneity, kreativity, iniciativy. Projevuje se depresivní ladění, smutek, frustrace, bezvýchodnost, beznaděj, věci pro člověka ztrácejí smysl, může dojít až ke vzniku mikromanických bludů.

2. **Fyzické příznaky:** Sem patří rychlá unavitelnost vedoucí k naprosté celkové únavě, apatie, ochablost. Vegetativní projevy zahrnují bolesti u srdce, arytmie,

zažívací a dýchací obtíže. Připojují se bolesti hlavy, poruchy spánku, bolesti ve svalech, celková tenze a může se připojit i zvýšené riziko jakékoli závislosti.

3. **Sociální příznaky:** Dochází k omezení kontaktu s okolním světem, a to jak s klienty, tak s kolegy. Je zde útlum sociability, nezájem o hodnocení od ostatních osob, nastávají konfliktní situace, které nevyvolává postižení, ale vznikají v důsledku apatie.

Syndrom vyhoření může být, podle některých studií „infekční“, kdy vzniká lavinová reakce, protože tím, že se projevuje syndrom u jednoho člověka v kolektivu, může být spouštěčem u dalších pracovníků v tomto kolektivu (Křivohlavý, 1998; Snopková, 2007).

2 KRIMINALITA A SENIOŘI

Kapitola vysvětluje pojmy týkající se kriminality, viktimologie a viktimizace. Rovněž budou popsány trestné činy, jichž se senior může stát obětí. Dále bude pojednáno o formách a příznacích syndromu EAN a domácího násilí. Součástí kapitoly je základní doporučení pro kontakt s ohroženými osobami.

„Člověk je společenský tvor, který nenávidí své bližní“.

Eugène Delacroix (dostupné na World Wide Web: <http://azcitaty.cz/citaty-o-nenavisti/>, cit. 5.8.2012)

2.1 Vymezení kriminality, kriminologie, viktimologie a viktimizace

Kriminalita je způsob chování porušující normy trestního práva. Instrukce, kterým náleží právo sankce, jsou policie a soudy (Jandourek, 2001; Treadwell, 2007; Hale, 2009).

Kriminalitou se zabývá **kriminologie**, což je „věda o kriminalitě (zločinnosti), o jejích pachatelích a obětech a o její kontrole“ (Novotný, Zapletal, 2004, s. 15).

Další vymezení definuje kriminologii jako disciplínu zabývající se „zkoumáním zločinu, společenskou reakcí na něj a způsoby prevence před ním. Kriminologie zkoumá vlivy, jaké má na zločin prostředí, dědičnost a psychologické faktory, jak probíhá pátrání a soudní procesy a jak účinné jsou různé formy trestu“ (Jandourek, 2001, s. 133).

S kriminologií spolupracuje **viktimologie** - nauka o obětech, která vznikla ve 2. polovině 20. století. První mezinárodní sympozium viktimologie se konalo v roce 1973. Zorganizoval ho Israel Drapkin, protože se domníval, že kriminologové se více věnují pachatelům a zločinu a oběti trestných činů opomíjejí. Viktimologie se rovněž zabývá zjišťováním výskytu viktimizace ve společnosti. Dalším okruhem, kterému se viktimologie věnuje, je psychologie obětí. Snaží se objasnit podstatu traumatizace, která je způsobena trestným činem. Zjišťuje, jak oběť trestný čin prožívala a jak se s ním vyrovnává. Mapuje

dopady trestného činu na oběť i problémy, se kterými se potýká. Ověřuje, co pomáhá a co blokuje návrat oběti do běžného života (Karmen, 2001; Goodey, 2005).

I když viktologie vznikla jako vědní oblast zabývající se oběťmi trestného činu, tak její poznatky pomáhají k pochopení problémů a životní situace všech osob, které postihl osud oběti. Pojem oběť se v širším slova smyslu vztahuje:

- na oběti trestných činů,
- na oběti přírodních katastrof (povodní, zemětřesení, požárů),
- na oběti velkých neštěstí (leteckých, železničních, lodních),
- na oběti teroristických akcí.

V souvislosti s kriminalitou se rozlišují tzv. přímé (primární) oběti a nepřímé (sekundární) oběti. **Přímou obětí** trestného činu je osoba, která byla trestným činem poškozena materiálně, fyzicky či emocionálně (psychicky) a dále jsou to pozůstalí po osobě, která v důsledku trestného činu přišla o život. Za **nepřímé oběti** jsou považovány blízké osoby poškozeného. Zločin se silně dotkne nejen samotné oběti, ale i nejbližšího okolí (Čírtková, 2007).

Viktimize označuje proces zraňování a poškozování jedince. **Primární viktimize** zahrnuje dění spojené bezprostředně s trestným činem. Jde o poškození, která jsou přímým, bezprostředním důsledkem trestného činu. K primární viktimize dochází vždy, když se jedinec stane obětí trestného činu. K **sekundární viktimize** dochází až v době po spáchání trestného činu a nesouvisí již s konáním pachatele. Většina obětí zločinu se s ní sice setkává, ale nemusí k ní dojít.

2.2 Primární viktimizace

Viktimizace označuje proces, ve kterém se člověk stává obětí trestného činu. Trestný čin je vždy silným zásahem do života jeho oběti. Trestný čin je z pohledu oběti:

- svévolná událost (nemá dobré rozumné vysvětlení, proč se stal),
- nenadálá událost (nepříjemně zaskočí, vždy nás zastihne nepřípravené),
- krizová událost (její zvládnutí stojí mnoho psychických sil, prolamuje obranné mechanismy).

Primární viktimizace vzniká působením pachatele. Vzniklá újma zahrnuje tzv. **primární rány**. Mezi ně patří:

- **fyzická újma** (narušení fyzické integrity počínaje lehčími zraněními a konče těžkým ublížením na zdraví či usmrcením),
- **finanční újma** (poškození či ztráta majetku, také ušlý zisk či náklady na léčení),
- **emocionální újma** (emocionální rány jsou obtížně objektivně postižitelné, protože se odvíjejí v prožívání oběti a souvisejí s jejím osobnostním založením neboli individualitou, mohou být značně ničivé a obtížně odstranitelné a mohou mít rozmanitou podobu).

Emocionální rány lze charakterizovat jako vnitřní nepohodu (diskomfort), napětí a labilitu (kolísání emocionálních stavů). K častým příznakům patří strach z pachatele či strach z opakování viktimizace. Oběť také trpí nedůvěrou vůči okolí (bojí se dělat to, co dříve běžně dělala, vzdává se svých původních návyků). Mentálně je stále vázána ke kritické události, nemůže se od ní odpoutat. Obtížně se koncentruje na pracovní a jiné úkoly. Mívá pocit ztráty své identity, cítí se být jiná než předtím. Bývá pro ni obtížné rozpomenout se na určité detaily trestného činu, ale jiné jí nejdou z mysli a opakovaně se vracejí (intruse). Objevit se mohou také pocity vzteku a podrážděnosti. Vztek se někdy týká pachatele, jindy míří obecně na společenské poměry (Čírtková, 2007).

Emocionální rány mají zásadní význam pro účinné jednání i pomoc oběti. Ačkoliv je nelze jednoduše vyčíslit, nejsou totiž měřitelné objektivním způsobem jako fyzická a materiální újma, mohou vést k trvalému poškození pracovní způsobilosti.

Dle Čírtkové (2007) trestný čin způsobuje:

ztrátu iluze dobrého světa (svět se jeví jako zlé a nepřehledné místo, kde se odehrávají nevysvětlitelné, nepředvídatelné a nespravedlivé události, oběť ztrácí schopnost důvěřovat druhým, prožívá intenzivní pocit strachu),

ztrátu iluze kontroly (kontrolovat a ovlivňovat vlastní život se jeví jako zbytečné a marné, protože se člověk nezaviněně dostává do situací, které nemůže zvládnout vlastní aktivitou, oběť se cítí slabá a bezmocná, má pocit, že osobní aspirace a plány nemají smysl, neboť nemůžeme ovlivnit běh vnějších událostí).

V prožívání oběti se vyskytují „neviditelné rány“, vznikající jako důsledek kriminálního útoku. Patří mezi ně:

Pocit zneuctění. Oběti tento pocit vyjadřují např. tím, že se jim svět protíví, že ztratily svou vnitřní duševní rovnováhu nebo že zmizelo jejich přesvědčení, že jsou ve srovnání s ostatními v pořádku.

Ztráta pocitu důvěry. Schopnost přiměřeně důvěřovat sobě a svému okolí je důležitým znakem každého duševně vyrovnaného člověka. K normálnímu životu potřebujeme do určité míry důvěřovat svým přátelům, známým, ale i neznámým lidem. Žijeme s tím, že náš svět je v podstatě uspořádaný, relativně bezpečný a předvídatelný. Všechny tyto přirozené předpoklady jsou prožitkem kriminálního útoku silně otřeseny. Pocit důvěry bývá ochromen a svět a lidé v něm se začínají jevit jako nepředvídatelní, nesrozumitelní a schopni bezdůvodně škodit.

Ztráta pocitu autonomie. Zdravý člověk má pocit, že rozhoduje o svém jednání, že může volit mezi různými způsoby chování a jejich důsledky. Je schopen kontrolovat většinu životních situací a vlastní aktivitou může překonávat vnější nepříznivé okolnosti. Oběť zpravidla o tyto jistoty přichází. Pocit vlastní autonomie je narušen. Oběť se cítí slabá, bezmocná a rozčarovaná. Dosavadní náhled na sebe a na okolí se rozpadá.

Emocionální rány mají význam zejména pro krizovou intervenci a eventuální následnou pomoc a péči. Proto pro jednání s obětí trestného činu je důležité to, co cítí oběť. Měly by se respektovat pocity oběti.

2.3 Sekundární viktimizace

Druhotné zraňování je druhým nejčastějším důvodem, proč vyhledávají oběti kriminality služby poraden pro oběti trestných činů v České republice (ČR). O sekundární viktimizaci mluvíme tehdy, když se do procedur, které odstartuje oznámení nebo zveřejnění trestného činu, přidá další nadbytečné zraňování oběti. Za typické zdroje sekundární viktimizace obětí trestných činů lze považovat:

- orgány činné v trestním řízení,
- média,
- okolí oběti.

Jako původce nových psychických traumat označují oběti na prvním místě policejní orgány, které neprojevují zájem o jejich bezpečí, nerespektují jejich lidskou důstojnost, volí nevhodné místo výslechu, nezajistí jejich oddělený výslech od pachatele, nedostatečně a někdy i zkresleně informují oběti o jejich právech a povinnostech a v řadě případů jim rozmlouvají úmysl podat trestní oznámení (Voňková, 2003).

Čírtková (2007) uvádí, že k **příčinám sekundární viktimizace** patří:

Strukturální příčiny, které vyplývají z formálních předpisů

Příkladem může být nutnost setkat se „se svým pachatelem“ při hlavním soudním líčení v situaci, kdy je oběť pohledem na svého trýznitele stále hodně traumatizována.

Sociálně psychologické příčiny (falešné mýty a stereotypy o obětech trestných činů)

Příkladem může být tendence ke stigmatizaci oběti. Bylo potvrzeno, že lidé poté,

co se dozví o trestném činu, očerňují oběť. Soudí, že oběť si nějakým způsobem za to, co se jí přihodilo, může sama, protože se chovala neopatrně, provokativně či naivně. Psychologickým základem této reakce je iluze zdravého světa. Je vyjádřena postojem, že ve zdravém světě se špatné věci nedějí jen tak. Tento stereotyp o podílu na zavinění má svoji psychologickou funkci. Umožňuje utišit svědomí lidí kolem. Jestliže oběť může alespoň částečně a třeba i nepřímo za to, co se přihodilo, nemusí se „slušný“ člověk trápit soucitem k ní a prožívat bolest ze ztrát a újmy, která oběť postihla.

Individuální příčiny (postoje, kognitivní schémata jednotlivců, kteří profesionálně nebo privátně přicházejí do kontaktu s oběťmi)

Příkladem může být tzv. fascinace, která se projevuje v přímém kontaktu s obětí. Jejím jádrem je okouzlení zločinem, které se projevuje v zájmu o detaily z průběhu trestného činu. Okolí projevuje zájem o to, co se stalo, nikoli o osud oběti.

Podstatou sekundární viktimizace je nezájem o potřeby oběti a ochranu její důstojnosti. Jestliže při nahlížení na pachatele platí presumpce nevinoty, pak pro zacházení a komunikaci s obětí by měla platit presumpce dobrých mravů a dobrého jména.

Mezi hlavní potřeby dle Čírtkové (2007), jejichž frustrace tvoří základ sekundární viktimizace, patří potřeba informací, bezpečí, důvěry a respektu.

Potřeba přiměřené důvěry. Oběť může být zaskočena samotným průběhem výslechu. Nemá zkušenosti ani srovnání, jak vyslychající obvykle postupují. Očekává spíše uznání za svůj paměťový výkon a namísto toho je po volném líčení konfrontována s řadou doplňujících otázek. Upřesňující otázky a dotazy mířící k detailům může vnímat jako projev nedůvěry v to, co říká. Má dojem, že její líčení je zpochybňováno, ačkoliv se sama ničím neprovinila. Nakonec vzniká pocit nespravedlnosti.

K předcházení tohoto typu sekundární viktimizace obvykle stačí vhodně vysvětlit průběh výslechu a uvést, že doplňující otázky nejsou projevem nedůvěry, ale slouží k získání dalších důležitých údajů.

Potřeba získat informace. Trestný čin podstatně změnil každodenní rytmus života oběti a často i celé její rodiny. Oběť musí najednou řešit a zvládat zcela nové situace. Ocitá se v procesní roli poškozeného, ze které plynou určité povinnosti i práva daná zákonem. Málokdo je však dobře informován, co může a nemůže anebo co ho konkrétně čeká. Trestný čin může přinést také závažnou finanční a sociální tíseň. Zejména u obětí, které byly trestným činem poškozeny na zdraví, se náhle a nečekaně objevují sociální problémy spojené s poklesem výdělku, vysokými náklady na zajištění léčby apod. Policisty oběť vnímá jako kompetentní osoby. Očekává od nich poskytnutí různých informací, a to i takových, které přesahují souvislosti s trestním řízením. Nedostane-li oběť uspokojivé informace, otevírá se prostor pro pocit nedůstojnosti. Tento příznak sekundární viktimizace oběti popisují jako stav, kdy se cítí degradováni na hodnotu pouhého „nosiče“ stop či důkazů. Oběť si připadá jako doličný předmět, nikoli jako živý člověk v těžké životní situaci.

K prevenci tohoto druhu sekundární viktimizace je třeba dobře a srozumitelně oběť informovat v bodech, které ukládá zákon. Na mnohé další potřeby a otázky nemusí policisté znát odpověď, stačí, když jsou schopni odkázat na místa, kde oběť požadované informace získá.

Potřeba bezpečí. Oběti trestných činů často trpí narušenou potřebou bezpečí. Mají strach z opakované viktimizace. Vše, co připomíná zločin, v nich vyvolává obavy (při rekonstrukci se oběť může až zhroutit).

Proto při kontaktu s obětí je třeba myslet na zvýšenou potřebu bezpečí. Zraňující detaily z průběhu trestného činu je třeba objasňovat citlivě. I při symbolickém návratu na místo činu, třeba cestou předkládání fotografické dokumentace, je nutné počítat s opětovnou ventilací emocí. K péči patří i doporučení, aby si oběť zajistila doprovod na cestu domů poté, co se zúčastnila různých vyšetřovacích úkonů. Z mnoha důvodů není možné, aby policie zajišťovala doprovod (odvoz) oběti, i když výslech skončí v pozdější hodině. Obvykle lze pomoci alespoň poskytnutím telefonu pro přivolání doprovodu.

V rámci sekundární viktimizace dochází k druhotnému zraňování oběti. Vznikají tzv. **sekundární rány**, které jsou výlučně psychologického rázu. Na obecné úrovni jsou sekundární rány definovány pocitem nespravedlnosti, nedůstojnosti a izolace.

Pocit nespravedlnosti. Mnoho okolností v průběhu vyšetřování a soudního projednávání věci může oběť trápit a vyvolávat v ní pocit nespravedlnosti, např. nedostatek informací, opožděné či odkládané soudní jednání, vyšetřování pachatele na svobodě atd.

Pocit nedůstojnosti. Oběti často strádají pocitem ponížení a ztráty lidské důstojnosti. Může se jednat o důsledek necitlivě vedeného výslechu nebo senzacechtivého přístupu masových médií. Pocit ponížení může rovněž posilovat nevhodná reakce blízkého okolí. Zejména dotazy, které míří do soukromí oběti a které nemají přímou vazbu na trestný čin, působí na oběť jako zraňování její důstojnosti.

Pocit izolace. Navazuje na mýtus o spoluzavinění oběti na její viktimizaci. Pocit izolace je prožitkovým důsledkem změn, které prodělávají vztahy v bezprostředním sociálním okolí, v rodině, na pracovišti, v místě bydliště apod. Dosavadní postoj lidí k jedincům, kteří se stali obětí trestného činu se často mění, kontakty řídnu, z chování se vytrácí přirozenost a stává se strojené. Bývá patrná tendence se kontaktům s obětí spíše vyhýbat. Oběť tyto změny citlivě registruje a trpí pocity izolace a osamění. V konečném efektu se poškozený jedinec utvrzuje v dojmu, že je jiný, než býval dříve. Prožívá vnitřní psychickou dezintegraci, která zpětně vyvolává nepříjemné pocity v těch, jež jsou s postiženým v kontaktu a snaží se mu pomoci.

Získat konkrétní empirická data o sekundární viktimizaci v ČR není jednoduché. Na toto téma u nás chybí výzkumy. Oficiální statistiky policie či soudu tyto jevy nezachycují.

Sekundární viktimizace je značně vysoká u sexuálních deliktů (znásilnění, sexuální zneužívání) a domácí násilí. Většina obětí sexuálního násilí, které vyhledají pomoc poradny pro oběti trestných činů, si stěžují na jevy sekundární viktimizace ze strany policie, soudů, ale také znalců i nejbližšího okolí. Obavy ze sekundární viktimizace jsou hlavním motivem pro neoznámení trestného činu v případech znásilnění.

Policisté bývají většinou prvními osobami, které přichází s oběťmi do kontaktu poté, co na nich byl spáchán trestný čin a proto by měli být proškoleni v tom, jak přistupovat k obětem trestných činů a jak s nimi komunikovat. Podrobná doporučení a zásady jsou uvedeny v příloze č. 1 této diplomové práce.

Viktimizace představuje silně stresující událost, na kterou je prakticky nemožné se dopředu připravit, je nesmírně obtížné se s ní rozumově vypořádat a bývá často nemožné se jí vlastním přičiněním vyhnout. **Fáze vyrovnávání se s krizí** jsou dle Čírtkové (2007) a Flechtnerové (2005):

- fáze šoku,
- fáze hojení,
- fáze konečné adaptace.

Fáze šoku nastává bezprostředně po kriminálním útoku, kdy je jedinec zaskočen kritickou událostí. Stresové reakci typu alfa odpovídá ve viktimologii tzv. **expresivní vzorec chování**, kdy silné emoce protékají do vnějšího projevu oběti. Se stresovou reakcí typu beta koresponduje tzv. **kontrolovaný vzorec chování**. Při něm jsou emoce zablokovány mechanismem disociace, neodráží se ve vnějším chování. Oběť i závažného zločinu vystupuje zdánlivě klidně až chladně. Je schopna bez emocí sdělit, co se právě odehrálo, anebo působí dojmem, že se jí zločin téměř nedotknul. Tento způsob chování oběti je široké veřejnosti méně znám, proto může vystupování oběti působit jako téměř nevěrohodné (Čírtková, 2007).

Často lze chování a prožívání oběti popsat jako „ztuhnutí úlekem“. To přetrvává, dokud je na blízku pachatel. Teprve když se vzdálí, je ztuhnutí vystřídáno dezorganizací. Poškozený se cítí a jedná zmateně. Nemůže a nechce věřit tomu, co se odehrálo. Uplatňují se obranné mechanismy, zejména popření nebo regrese (Flechtnerová in Domáci násilí a zdravotně postižení, 2005). Někdy bývá pozorovatelná i netečnost. Celková psychická dezorganizace se projevuje neschopností srozumitelně se vyjadřovat, souvisle mluvit a racionálně uvažovat. Přirozené jsou rovněž poruchy fungování paměti, zejména procesu vybavování. Délka této fáze je individuálně odlišná od několika hodin až po delší časový úsek v rozpětí dvou, tří dnů.

Ve fázi hojení či nastupující adaptace se oběť začíná s událostí postupně vyrovnávat. Zpracovává prožité trauma a začleňuje je do své osobní historie. Zpravidla kolísá mezi dvěma polohami, které se střídají v čase. Označují se jako dva protichůdné syndromy,

a to **intruse** a **vyhýbání se**. Intruse zahrnuje opakované znovuprožívání kritické události, její neustálou mentální přítomnost a znovupřehrávání, které nemůže oběť ovlivnit vůlí. Postižený jedinec se k traumatické události prožitkově navrácí. Hovoří o ní, konfrontuje své pocity v komunikaci s ostatními lidmi z blízkého okolí, znovu je zaplavován silnými emocemi smutnu či zloby, strachu, odporu i pocity viny. Intruse se střídá s opačným stavem, ve kterém jsou vzpomínky na trauma zablokovány. Oběť odmítá o traumatu hovořit a snaží se popřít své přirozené pocity, stahuje se do sebe. Touto dynamikou se vysvětlují časté výkyvy v náladách a chováních poškozených a obětí a jsou průkazem přirozeně postupující adaptace na prožitou krizi. Jedinec se postupně smiřuje se vzniklou situací, pochopení a racionální zpracování situace postupně zatlačuje původní pocity zoufalství a smutku. Přivyknutí novým okolnostem a prožitkové zpracování krize není stabilní, časté bývají kratší či delší úseky dekompenzace, ve kterých dochází k reevokaci původních stavů a prožitků jako pláč, bezradnost, ztráta životní perspektivy apod. Délka trvání této fáze je individuálně odlišná (Vágnerová, 2008).

Z pohledu okolí oběti můžeme v této fázi registrovat jako **typické a normální projevy oběti**:

Popření – projevuje se postojem: „Nic se nestalo, to zvládnou sám(a), nestarejte se“.

Deprese – projevuje se postojem: „Nic nemá smysl, už to nikdy nebude jako před tím, nedá se to vrátit“.

Emocionální labilitu, celkovou nevyrovnanost, střídání vzorců chování, které se projevují jako předrážděnost, vztek, zlost, tah na odhalení a potrestání (oběť hovoří o zážitku, chce přispět k usvědčení pachatele). Tento vzorec chování a prožívání se pak střídá s otupělostí, odevzdaností, pasivitou (oběť nechce o zážitku hovořit, k potrestání pachatele je lhostejná).

Zpracování traumatického zážitku se projevuje jako hledání a přidělování smyslu. Oběť pro sebe hledá přijatelné vysvětlení, proč se to stalo právě tak, jak se to stalo. Klíčovým tématem je přitom **zpracování viny**. Hledání příčin viktimizace vede oběť často k **sebeobviňování**, což je považováno za normální reakci oběti na nenormální situaci, kterou zažila. Vhodná **reakce na sebeobviňování** by měla respektovat následující zásady:

Potvrďte normalitu reakce např. „Oběti tak často reagují. To je normální.“

Snažte se změnit úhel pohledu oběti např. slovy „Nikdo nemá právo vám ubližovat. To není vaše vina. Můžeme teď mluvit o tom, jak se tomu vyhnout nebo zachovat v nebezpečné situaci. Nikdo nemá právo vám ubližovat. To není vaše vina.“ Hledejte spolu s obětí jiné vysvětlení příčin viktimizace.

V průběhu **fáze zhojení či konečné adaptace** jedinec dospívá ke konečnému zpracování prožitého traumatu, vzpomínky ztrácejí bezprostřední emocionální náboj, jedinec si zvolil individuální způsob náhledu na prožitou újmu. Dost často se setkáváme s tím, že jedinec nejdříve rezignuje, je netečný, lhostejný a bagatelizuje vzniklou újmu. Záleží na mnoha okolnostech, zda vůbec a v jakém časovém úseku dospívá oběť ke konečnému zpracování trýznivé minulosti a vrací se opět plnohodnotně do pracovního a osobního života. Podstatou této fáze je psychická reorganizace oběti. To znamená, že narušená, otřesená neboli dezintegrována osobnost oběti se znovu integruje. To lze vyjádřit laickým výrazem „člověk se znovu sbírá“. V prožívání jedince již nejsou veškeré city vázány na kritický incident. Jedinec začíná disponovat volnou emocionální energií, kterou může investovat do nových prožitků. Oběť zcela nezapomíná na prožité trauma. Ve zpracované podobě zůstává trvalou součástí její osobnosti, neboť sebepojetí, struktura životních jistot a hodnot jsou pozměněny (Čírtková, 2007; Vágnerová, 2008).

Oběť nemusí procházet všemi fázemi, některé může přeskóčit, může se také propadat zpět do fází, které již překonala.

2.4 Senior jako oběť trestného činu

Zvláště u věkové skupiny seniorů je třeba přístup k obětem trestné činnosti rozdělit podle reálné životní a zdravotní situace, ve které se občané seniorského věku nacházejí. Obětí se mohou stát:

- zdraví senioři, žijící běžným životem,
- znevýhodnění senioři (především osamělostí, tíživou finanční situací),

- tělesně nemocní či postižení senioři,
- duševně nemocní senioři (Venglářová in Čírtková, 2007).

Za zvláště ohroženou skupinu považujeme seniory trpící tělesným onemocněním či duševní poruchou. Především změny psychického stavu neumožní dobrou orientaci v situaci, sníží možnost předvídat nebezpečí. Opakem je prožívání patologických obav z pronásledování, ohrožení, napadení, které se vyskytuje především u organických duševních poruch ve stáří (vaskulární demence, Alzheimerova choroba). V ranných stádiích, kdy se ještě senioři účastní aktivit běžného života, se mohou stát terčem útoku podvodníků a zlodějů. Lidé trpící těžším stupněm demence vyžadují pomoc pečovatелů. Těm hrozí spíše zanedbávání či ohrožení ze strany pečovatелů. Může se jednat o rodinné příslušníky či o profesionální pečovatele.

Mezi nejčastější trestné činy páchané na seniorech patří:

- kapesní krádeže,
- krádeže vloupáním do bytů, rodinných domků, sklepů, rekreačních objektů,
- krádeže vloupáním do zaparkovaných vozidel,
- loupeže,
- podvody,
- vydírání,
- úmyslné ublížení na zdraví.

U seniorů se setkáváme zejména s psychickým a fyzickým násilím. Dále s majetkovým a finančním vykořisťováním, zanedbáváním péče a s neuspokojováním základních biologických a psychosociálních potřeb.

Převažují pachatelé z okruhu rodiny, ale lze se setkat i s násilím v rámci seniorských aktivit. V první řadě jde o partnery (manžel, druh). Násilné chování může být projevem

rozvíjející se duševní poruchy nebo pouze vyústěním osobnostních zvláštností. Dále jsou pachatelé z řad pečovatelů, nejčastěji jde o děti seniorů. Především stud brání obětem svěřit se se situací doma. Také řešení je často pro seniora spojeno s velkými obavami. Pokud se zveřejní násilí páchané dětmi či dalšími pečovateli, je pravděpodobné, že senior bude přemístěn do ústavní péče a z toho mají staří lidé obavy.

Příčiny týrání ze strany blízkého člověka mohou být různé. Pachatel např. omezeně chápe, že jeho chování je násilné. Může situaci vnímat pouze ze své strany pohledu. Domnívá se, že za péči si zaslouží finanční prostředky svého rodiče, že osobě trpící demencí stačí bazální péče a nepotřebuje společnost, že takto postižený člověk nevnímá, jak se s ním zachází. Zde je potřeba uvažovat o zátěži pečujících osob, která se může stát neúnosnou.

Neúměrná zátěž, zhoršení zdravotního a psychického stavu může spustit stresovou reakci, která končí násilím.

Rovněž se lze setkat s obrácenou situací. Člověk, který je v počátku duševní poruchy typické pro sénium (nejčastěji demence), může psychicky týrat své okolí. Zvláště u samostatně žijících manželů se až po delší době nebo při fyzickém napadení dozvíme o dlouhotrvajícím psychickém nátlaku (poruchy nálad s projevy agresivity, podezřívání, extrémní kontrola druhého partnera atd.). Základní intervencí je léčba projevů a dále podpora ohrožené osobě. V rámci sociálních intervencí je třeba zvážit, zda je nadále bezpečné soužití rodinných příslušníků (Venglářová in Čírtková, 2007).

2.5 Syndrom EAN

Pojem EAN znamená **Elder Abuse and Neglect**. Jinými anglickými synonymy mohou být pojmy „elder abuse“, „abuse of the elderly“ nebo nepříliš často používaný pojem „battered elder syndrom“. V češtině není zatím tento termín sjednocený. Do češtiny se překládá jako **týrání** (méně často jako zneužívání) a **zanedbávání seniorů**, případně **špatné zacházení se seniory**, nebo **nevhodné jednání**. Nověji používaným a širším pojmem, se kterým se u některých českých autorů můžeme setkat, je „**násilí na seniorech**“.

Britská iniciativa Action on Elder Abuse definuje EAN jako opakované nebo jednorázové špatné chování vůči starému člověku, ze strany toho, komu starý člověk důvěřuje či je na něm závislý. Důsledkem tohoto chování je poškození nebo výrazný diskomfort.

Občanské sdružení ŽIVOT 90 ve své brožuře STOP násilí na seniorech definuje násilí na seniorech jako „...*donucovací chování užívané jednou osobou k ovládnutí jiné nebo jiných osob. Může mít různé podoby. Charakteristickým rysem je opakování, dlouhodobost a téměř každodenní přítomnost. Odehrává se v domácím prostředí i v ústavech*“ (Stop násilí na seniorech, 2006, s. 4).

Obecně definuje špatné zacházení Tošnerová (2000), podle které jde o situaci, kdy osoba starší 60 let, která vzhledem ke svému věku, onemocnění nebo jinému postižení psychického nebo fyzického rázu, je vystavována některým z forem týrání, zanedbávání nebo zneužívání jedincem, kterému důvěřuje nebo je na něm závislá.

Často se užívá definice Action on Elder Abuse z roku 1995, podle které je týrání a zneužívání starých lidí jednotlivý nebo opakovaný čin nebo chybění přiměřené činnosti, poškozující seniory nebo jim způsobující utrpení, k němuž dochází v každém vztahu, v němž se přepokládá důvěra.

Definování a vysvětlení pojmu „špatného zacházení se seniory“ není jednoduché a dojít k jediné definici je velmi obtížné. Tento pojem v sobě zahrnuje **týrání, zneužívání a zanedbávání**. Dalším důležitým pojmem, který je spjatý s problematikou špatného zacházení, je **domácí násilí**, kterým je označováno špatné zacházení odehrávající se v prostředí klientovi nejbližším, a to prostředí jeho domova, vlastní rodiny.

V České republice (ČR) dosud neexistují souhrnná data ohledně počtu týraných a zanedbávaných seniorů. Uvádí se, že zkušenost s týráním, zanedbáváním péče nebo omezováním osobní svobody má více než 20 % lidí starších 60ti let (Stop násilí na seniorech, 2006, s. 4). Toto číslo ale není zdaleka definitivní. Většina případů násilí na seniorech zůstává skryta a veřejnosti tak neznámá, utajeno zůstává kolem 85 % případů.

V roce 2005 trpělo některou z forem špatného zacházení 3 – 5 % seniorů, což v ČR

představuje přibližně 60 000 jedinců. Tyto údaje se ale neopírají o žádný výzkum, který by se problematikou špatného zacházení se seniory zabýval, ale většinou jde o data získaná od nestátních neziskových organizací, které se zabývají pomocí osobám v krizových životních situacích (dostupné na World Wide Web: <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc/143-tyrani>, cit. 5.8.2012).

Obecná představa, že oběťmi násilí jsou pouze staří, handicapovaní lidé, je nepravdivá. Ti jsou sice ohroženi špatným zacházením, ovšem týrání mohou být i staří zdraví a soběstační jedinci, což je dáno jejich obecně větší zranitelností. Pro tuto křehkou rovnováhu mezi zdravím a nemocí, stejně tak jako pro křehkou rovnováhu v sociálních vztazích, má angličtina vystihující, nikoliv pejorativní výraz "fragility" - křehkost (Voňková, 2003).

2.5.1 Formy EAN

Přesně identifikovat jakoukoliv z forem špatného zacházení je velmi obtížné, neboť jednotlivé formy se prolínají. Senior tak může trpět i několika formami EAN najednou. Kalvach (1997) člení jednotlivé formy špatného zacházení se seniory na fyzické, citové a psychické týrání, finanční a materiální zneužívání, sexuální obtěžování a zneužívání a zanedbávání péče.

Fyzické týrání

Jde o způsobování bolesti či zranění, o fyzický nátlak a o fyzicky či lékově navozená omezení. Agresor v tomto případě může užít přímé ublížení na zdraví či životě (bití, strkání, pálení, třesení, fyzické trestání), „pochybení" v medikaci (vynechání léků, jejich špatné podání, nadbytečné podávání léků na uklidnění nebo odebrání léků za účelem zhoršení zdravotního stavu a přesunutí pacienta do nemocnice) až po omezování pohybu.

Kalvach (1997) v souvislosti s tělesným týráním upozorňuje i na poměrně často opomíjenou tzv. pasivní agresi, za kterou považuje neposkytnutí nebo nepřivolání pomoci nebo úmyslné nezabránění hrozícímu poranění, například vystavování chůzi po neposypaném náledí nebo po rozbitém schodišti. Musíme však pamatovat také na to,

že ve stáří se nejednou stane, že senior již není při chůzi tak jistý jako dříve a obtížně udržuje rovnováhu, proto může dojít k domácím úrazům a pádům, na kterých se žádná druhá osoba nepodílí.

Fyzické týrání hodnotí senioři sami jako jedno z nejnebezpečnějších. Nebezpečí spočívá nejen ve fyzickém ublížení, ale také v izolaci, ve které agresor seniora často udržuje, čímž se snaží zakrýt své jednání. Izolace omezuje kontakt seniora s jeho okolím, v důsledku čehož je vyhledání pomoci velmi ztíženo.

Citové a psychické týrání

Podle charakteristiky Světové zdravotnické organizace (WHO) je psychické týrání působení duševního utrpení. Tento druh týrání patří mezi nejčastější, ale zároveň i nejhůře rozpoznatelné. Příznaky již nejsou tak zřejmé jako např. u fyzického týrání a jejich odhalení bývá často poměrně komplikované.

Do této skupiny zahrnujeme agrese verbální - zastrašování, vyhrožování, snižování sebeúcty a sebevědomí, manipulování se seniorem, lhaní nebo ponižování. Psychickým týráním dále rozumíme zdůrazňování involučních a chorobných změn stáří (především nepotřebnosti a obtížnosti seniorů). K citovému týrání patří i likvidování a poškozování předmětů, ke kterým má senior určitý citový vztah, dále pak agrese vůči domácím zvířatům, která jsou často seniorovým nejbližším přítelem a jejich poranění nebo dokonce zabití může být pro seniora velkým otřesem. Velmi často dochází také k omezování sociálních kontaktů. Týranému seniorovi je zamezováno v sociálních kontaktech (zákaz stýkání se se známými lidmi, přáteli nebo jinými rodinnými příslušníky), pohybu a dochází k izolaci seniora (nejčastěji uzavíráním v jedné místnosti).

Velmi závažnou formou psychického týrání je omezování komunikace, ignorování a přehlížení seniora. Agresor neposkytuje seniorovi dostatek podnětů, komunikace a nejeví o něj zájem. Pečující uspokojují pouze seniorovy základní biologické potřeby (jídlo, pití, hygienu), ale věnují malou, nebo téměř žádnou pozornost kontaktu s ním. Klient je tak udržován v naprosté sociální izolaci, nikdo s ním nerozmlouvá, nezabývá se jeho pocity, starostmi a obavami. Tímto nezájmem je v seniorovi jen prohlubován pocit jeho zbytečnosti a obtížnosti (Kalvach, 1997; Mühlpachr, 2004).

Finanční a materiální zneužívání

Jako finanční (nebo také hmotné či ekonomické) zneužívání chápeme užívání majetku nebo peněz seniora bez jeho souhlasu, nezákonné nebo nečestné zneužívání nebo používání prostředků a zdrojů starého člověka, přivlastňování si penze nebo její části, vyžadování darů, vynucování změn v poslední vůli nebo zastrasování a nátlak ohledně přenechání majetku. Podle WHO jde o ilegální či nepřiměřené využívání či užívání majetku a zdrojů starších osob.

Odborníci a pracovníci, kteří přicházejí se seniory často do kontaktu, upozorňují, že jde vedle psychického násilí o druhou nejčastěji užívanou formu zneužívání seniorů. Senior je ve většině případů vyřazen z rozhodování a manipulace se svým majetkem a finančními zdroji, které jsou využívány ve prospěch osoby, která seniora takto zneužívá.

K nejvíce závažným problémům se řadí především „obchodování“ s byty seniorů. Ve většině případů má rodina o byt seniora velký zájem. Hlavním úmyslem je byt nebo domek výhodně prodat nebo naopak do bytu nastěhovat (často pod zástěrkou péče o seniora) děti nebo vnoučata seniora. Kalvach (1997) upozorňuje, že český právní řád nevyžaduje u smluv o prodeji bytu nebo převodu užívatelských práv klauzuli o právu původního majitele (uživatele) na doživotní právo k bydlení („garanci dožití“).

K finančnímu zneužívání dochází jak v kruhu rodinném (zde se jedná především o vynucování přepsání majetku či vydání důchodu), tak i v institucionálních zařízeních. Velmi častým obrázkem jsou např. návštěvy příbuzných v domovech pro seniory v době výplat důchodů. V naší společnosti byl, a do jisté míry stále je vžitý model, že rodiče jsou zodpovědní za finanční situaci svých dětí, a to i v jejich dospělosti. Díky tomuto modelu je v mnoha rodinách považována finanční výpomoc ze strany rodičů za zcela běžnou věc a nikdo se nad jejím poskytováním příliš nepozastavuje. Výjimečné nejsou ani případy, kdy si dospělé děti berou od svých rodičů - seniorů peníze bez ohledu na další finanční zajištění rodičů.

Finanční zneužívání bývá do velké míry dobrovolné, tzn. že senior poskytuje finanční příspěvky své rodině dobrovolně a rád. Ale jak odlišit skutečnost, kdy příspěvky jsou skutečně dobrovolné (např. dárek k svátku či narozeninám) a kdy jsou naopak vynucené?

Odborníci se shodují, že v případě, kdy je život seniora zatížen pravidelně vynucovaným „finančním darem“, díky čemuž senior pocítuje strach a pocit viny v případě, že by finanční částku neposkytl, lze již hovořit o násilí. Senior je hodnocen jako vydíraná osoba.

Sexuální obtěžování a zneužívání

WHO definuje sexuální zneužívání jako nedobrovolný sexuální kontakt jakéhokoliv druhu, kterému je vystaven senior. Za sexuální zneužití můžeme také považovat jakýkoli sexuální kontakt se seniorem, k němuž nedošlo po vzájemné shodě, či se seniorem, který není takového souhlasu schopen (Kalvach, 1997; Mühlpachr, 2004).

Většina z nás se domnívá, že oběťmi sexuálního zneužívání se stávají především dospělé ženy, případně děti. Pravdou je, že sexuální zneužívání seniorů je menším a méně často se vyskytujícím problémem než zneužívání dětí a žen, nicméně existuje. Sexuální zneužívání se dělí do dvou základních skupin:

Nekontaktní zneužívání - voyerismus, obtěžování pornografií, neslušné vystavování, slovní obtěžování nebo obnažování se.

Kontaktní zneužívání - doteky na intimních místech seniora např. na genitáliích, konečníku nebo samotné znásilnění seniora.

Sexuální zneužívání starých lidí (gerontofilie) má většinou povahu jednorázové agrese a nejedná se tedy o dlouhé a systematické zneužívání. V rámci rodiny se tento typ zneužívání vyskytuje jen zřídka. Nejčastěji dochází k sexuálnímu obtěžování a zneužívání navzájem mezi klienty v ústavní péči, především pokud jsou muži i ženy umístováni dohromady.

Zanedbávání péče

WHO (1997) definuje zanedbání péče jako odpírání či selhání plnit ošetřovatelské nebo pečovatelské závazky, bez ohledu na to, zda jde či nejde o vědomý a úmyslný pokus způsobit seniorovi tělesné či duševní potíže a ohrožení.

Tělesné a psychické zdraví seniora může být vážně ohroženo, jestliže člověk, který je zodpovědný za péči o seniora, není schopen plnit své povinnosti, které vyplývají z péče o svěřenou osobu nebo je zanedbává.

Zanedbávání můžeme rozdělit na aktivní, kdy pečovatel vědomě odmítá plnění ošetrovatelských povinností, čímž se snaží o fyzické a emoční utrpení seniora a pasivní. Odmítnutí, selhání nebo zanedbání péče je nejčastěji způsobeno nekompetencí pečovatele nebo jeho vyčerpáním a přepínáním.

Mühlpachr (2004) uvádí, že mezi nejčastější případy zanedbávání péče, ať již úmyslného nebo neúmyslného, řadíme nedostatečnou výživu seniora, nedostatečné topení v bytě, nevhodné ošacení nebo lékařskou péči. Diagnostika zanedbávání seniorů je u nás poměrně nedostatečná a podceňovaná a samotní lékaři nevyvíjejí při jejím zjišťování příliš aktivity.

Kalvach (1997) zmiňuje i **zanedbávání péče o sebe sama** (tzv. self-neglect). Označuje se tak asociální způsob života s nedodržením základních hygienických a sociálních norem, s neupraveností a s malhygienou tělesnou, v oblečení a v bydlení. Názory odborníků se v tomto směru liší. Většinou upozorňují na právo člověka svobodně se rozhodnout a na střet zájmu pečovatele s vůlí seniora.

Nerespektování lidské důstojnosti

Řada odborníků řadí pod syndrom EAN také kategorii nerespektování důstojnosti seniorů, které se ve většině případů objevuje převážně v institucionálních zařízeních. Opět neexistuje přesný výčet forem EAN, které by do této kategorie patřily, nicméně při jejich definování se vychází z pocitů a vnímání samotných seniorů, kteří za nejvíce nepříjemné a ponižující považují především urážky a vyhrožování ze strany personálu a nerespektování soukromí. Velmi často se vyskytuje v institucionálních zařízeních, kde si senioři stěžují zejména na vstupování bez zaklepání, nedostatek soukromí, bezdůvodné a seniorem nedovolené prohlížení osobních věcí, podávání osobních informací o seniorovi třetím osobám a v neposlední řadě familiární oslovování a oslovování přezdívkami.

Bohužel většina zařízení se v dnešní době potýká s nedostatečnými a nevhodnými

prostorami, které mohou vést například k pocitům nedostatečného soukromí, ale také především s nedostatkem kvalifikovaného personálu a možnostmi jejich lepšího finančního ohodnocení. Všechny tyto skutečnosti mohou přispět k výskytu nevhodného zacházení se seniory, k jejich týrání a zanedbávání péče.

O EAN můžeme hovořit i v případě, pokud jsou v rámci zdravotní a sociální péče porušována práva seniorů. K tomu může dojít například pokud senior neobdrží srozumitelné, přesné a dostupné informace o svých právech a možnostech další léčby např. o alternativních způsobech léčby, nebo v případě, pokud se se seniory nekonzultují rozhodnutí, která se týkají jejich života, např. změna léčby, „nezajištěné propuštění“ z nemocnice do domácí péče nebo přeložení do léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) nebo domova seniorů (Mühlpachr, 2004).

Systemové týrání (druhotné ponižování)

Pokud hovoříme o tzv. druhotném týrání nebo sekundární viktimizaci, máme na mysli diskriminaci, která je způsobena společenskými normami, postupy nebo přímo systémem, který byl založen na pomoc a ochranu znevýhodněným lidem. V takových případech jde například o upírání práva být slyšen a podílet se na rozhodování o sobě samém, rozhodování o podstatných záležitostech nejen bez souhlasu, ale i bez informování seniorů, nebo nerespektování rozhodnutí seniorů a je vyústěním nedostatečného postihování tohoto jednání z pohledu platné legislativy. Stejně tak chybí i pochopení a motivace stárnutí podporovat (Kalvach, 1997).

Nevhodné jednání (mistreatment)

Tímto pojmem většinou chápeme souhrnné označení všech případů týrání, zanedbávání a zneužívání, jindy jen označení nesourodé skupiny nevhodných postojů a jednání, které mají negativní dopad na seniory, aniž by naplňovaly podstatu týrání, zanedbávání nebo zneužívání. Často není patrný ani zlý úmysl. Jde např. o paralyzování křehkého seniora hyperprotektivní péčí nebo o nadměrné nebo nevhodné podávání léků. Pod tento

pojmem jsou zahrnovány všechny formy nepřiměřené profesionální péče. Podle Kalvacha (1997) a Mühlpachra (2004) jde například o nežádoucí medicinalizaci seniora, upírání patientské role ošetřovatelsky náročným dlouhodobým pacientům, ale řadíme sem i odkládání starých členů rodiny do zařízení ústavní péče, kdy rodina tím odmítá náročnou a komplikovanou péči.

Pro přiblížení problematiky syndromu EAN jsou v příloze č. 2 této diplomové práce uvedeny kazuistiky z odborné literatury.

2.5.2 Příznaky EAN

Mezi obecné příznaky, které můžeme u seniora identifikovat, patří obtíže v přístupu k seniorovi, nemožnost hovořit se seniorem o samotě, izolace seniora v jednom pokoji, opakované návštěvy praktického lékaře nebo pohotovosti (ne vždy ale musí být zřejmý zdravotní důvod těchto návštěv), odmítání služeb a „zakrývání“ opakovaných pádů a drobných zranění (senior často předstírá, že si na vznik zranění nepamatuje). Kalvach (1997) upozorňuje na určitou „souhru podivností“, které mohou pomoci odhalit špatné zacházení se seniorem. Jedná se například o podivný vzhled, neuspokojivá vysvětlení pro vzniklá poranění, zvláštní hospitalizace pro stále stejná poranění nebo nedodržení domluvených kontrol.

Může se jednat o špatný zdravotní stav, zvýšenou psychickou zranitelnost, ztrátu sebevědomí, ztrátu iluzí, pocit bezmoci, pocit selhání, intenzivní pocit viny a sebeobviňování, nápadná oddanost vůči agresorovi, emocionální labilita nebo sebedestruktivní nebo depresivní nálada.

Tyto a řada dalších příznaků mohou, ale také nemusí být určitým signálem, že se seniorovi něco děje. V momentě, kdy se senior nachází v situaci, že agresorem je někdo, koho důvěrně zná (partner/ka, děti, vnoučata....), jsou to pro něho velmi těžké okamžiky. Vědomí, že agresorem je člověk, kterému senior důvěřoval a spoléhal se na něho, je velkým zklamáním (dostupné na World Wide Web: <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon>, cit. 5.8.2012).

Zvláštní skupinou ohrožených osob tvoří senioři trpící závažnými chorobami, zvláště pak

demencí. Nemohou se sami dostat k potřebným informacím, jsou závislí na pomoci a ochotě okolí. Mnohdy nemohou rozhodovat o vhodných řešeních ani svobodně vyjádřit svá přání. Ústřední roli zde sehrávají profesionálové z řad zdravotníků a sociálních pracovníků. Každý kontakt se seniorem pak mohou využít ke zmapování kvality seniora. Pokud mají podezření na jeho týrání či vykořisťování je jejich povinností kontaktovat policii. S podezřením na týrání seniora se nejčastěji mohou setkat praktičtí lékaři (v ordinaci nebo při návštěvách v rodinách), lékař v psychiatrické ambulanci, na pohotovostní službě, na lůžkovém oddělení nemocnic. V oblasti sociálních služeb jsou to zejména pečovatelky, které přicházejí do domácností. U seniorů se více než u jiných skupin domácího násilí setkáváme s odmítavým postojem k nabízené pomoci (Voňková, 2003).

O radu a pomoc je možné se obrátit:

- Při fyzické újmě na lékaře, na zdravotnické zařízení,
- útok nebo týrání je třeba oznámit policii,
- v dalších případech je možné kontaktovat sociální odbor městského úřadu nebo obecního úřadu (Venglářová in Čírtková, 2007).

Bude-li lékař ošetřovat zraněnou osobu, vždy se jí zeptá, jakým způsobem ke vzniku zranění došlo. Tato informace je důležitá zejména v případech, kdy bylo zranění způsobeno jinou osobou. I když dospělý pacient lékaři sdělí, že mu zranění způsobila jiná osoba, nemá lékař povinnost oznámit tuto skutečnost policii nebo jinému orgánu činnému v trestním řízení! Toto oznámení závisí na vůli poškozeného. Ať jsou zranění oběti jakéhokoliv rozsahu, vždy je dobré navštívit lékaře. Pokud o to poškozený požádá, musí lékař ve zdravotnické dokumentaci zaznamenat, že pacient uvádí, že mu zranění způsobila konkrétní osoba, a rozsah a typ zranění. Záznamy ve zdravotní dokumentaci mohou vždy sloužit jako důkaz pro případné trestní stíhání pachatele nebo jako podklad při vymáhání náhrady škody v občanskoprávním řízení. Údaje o zraněních a jejich ošetřeních jsou uvedeny i v lékařské zprávě, kterou pacient od lékaře dostane (Voňková, 2003).

Shrnutí toho, co mohou udělat lékaři pro oběť syndromu EAN i domácího násilí a co může udělat oběť, jsou uvedeny v příloze č. 3 a 4 této diplomové práce. Další informace pro lékaře a zdravotní sestry je možno nalézt v přílohách č. 11, 12 a 13.

2.6 Domácí násilí

O domácím násilí se hovoří zhruba 40 let. V době vzniku problému, na konci 70. let 20. století, bylo vnímáno jako násilí projevující se v rodině nebo v intimních vztazích, kterého se dopouštějí partneři (muži) na ženách. V současnosti je domácí násilí definováno jako *„opakované, dlouhodobé a zpravidla eskalující násilí fyzického, psychického, sexuálního, sociálního a ekonomického rázu, které vytváří jednoznačně asymetrický vztah a vede ke stabilnímu rozdělení rolí na násilnou a ohroženou osobu“* (Čírtková, 2008, s. 9). Domácí násilí může v roli oběti postihnout nejen ženy, ale také muže, děti a rovněž seniory.

Podle jiné definice je domácí násilí *„fyzické, psychické anebo sexuální týrání mezi blízkými osobami, ke kterému dochází opakovaně v soukromí a tím skrytě mimo kontrolu veřejnosti“* (Vitoušová, 2007, s. 108). Dochází k němu nejčastěji ve vztahu manžel/manželka, druh/družka, mezi partnery, rozvedenými manželi, ale také v rámci transgeneračních vztahů, např. ve vztahu vnuk/babička, děti/rodiče.

Mezi **základní formy domácího násilí** patří:

- **fyzické násilí** (zanechává zpravidla viditelné stopy ve formě tělesných poranění),
- **psychické neboli emocionální násilí** (tzv. neviditelné násilí),
- **sexuální násilí** (projevuje se omezováním osobní svobody až po znásilňování v partnerském vztahu),
- **sociální násilí** (tj. kontrola a omezování sociálních kontaktů, sociální izolování oběti),

•**ekonomické násilí** (z normy vybočující kontrola nebo odnímání finančních prostředků oběti, její přinucování k tomu, aby násilníka finančně zajišťovala) (Čírtková, 2008).

Psychické týrání dle Čírtkové (2008) nastává ve 100 % případů domácího násilí. Je to dáno tím, že opakované napadání partnera, vždy obsahuje i prvky psychického násilí. Každé i fyzické domácí násilí zasahuje oběť také po stránce psychické. Musí se totiž vyrovnávat s faktem, že ji tělesně ubližuje blízká osoba, což vždy přináší psychickou destabilizaci či přímo traumatizaci.

Za psychické týrání se považuje jednání, které způsobuje oběti emocionální rány či újmu, např. snížené sebevědomí, pocity méněcennosti, ztrátu životní pohody, duševní rovnováhy a radosti ze života, ale také strach a nezdravou závislost na partnerovi, vymizení schopnosti se samostatně rozhodovat, v extrémní poloze pak beznaděj až sebevražedné myšlenky či sklony. Ke konkrétním **projevům psychického týrání** patří zejména:

- devalvující, urážlivá, zraňující komunikace (nadávky, zesměšňování, ponižování, ustavičná kritika, týkající se často malicherností),
- odmítání komunikace, ignorování, přehlížení nebo překrucování faktů (polopravdy a lži),
- upírání základních práv, upírání možnosti podílet se na spolurozhodování, nesmyslné a zlovolné omezování, zakazování sociálních kontaktů, blokování seberealizace oběti,
- obviňování a manipulace (oběť je nelogicky obviňována z běžných životních problémů, ale i z pracovních neúspěchů tyрана),
- zastrasování, vydírání a vyhrožování (např. rozvodem a odebráním společných dětí, vyhrožování sebevraždou či vraždou),
- extrémní kontrola (pohybu oběti, vynakládání finančních prostředků...),

- psychické trestání oběti za její úspěchy v zaměstnání, za její oblíbenost v okolí,
- ničení oblíbených věcí oběti, ubližování domácím mazlíčkům,
- stalking (slídění, sledování, pronásledování oběti).

Viktimologické průzkumy a údaje z poradenských míst nasvědčují tomu, že výskyt čistě psychického týrání zřejmě dosahuje zhruba 18% z celkového objemu domácího násilí. Reprezentativní statistické údaje z ČR zatím nemáme.

2.6.1 Znaky domácího násilí

Vitoušová (2007) uvádí, že ke znakům domácího násilí patří:

I. Opakování a dlouhodobost násilí

Domácí násilí není jednorázový incident. O domácím násilí se říká, že je to násilí na pokračování.

II. Eskalace, tendence ke stupňování intenzity a četnosti násilí

Domácí násilí začíná psychickým násilím, nejprve jsou útoky vedeny proti lidské důstojnosti, později proti zdraví a mohou vyústit v útoky proti lidskému životu. Útoky proti lidské důstojnosti sledují dva cíle: sociálně izolovat oběť a minimalizovat její sebevědomí a sebeúctu. Tyto projevy lze ze strany oběti snadno zaměnit s projevy lásky. Postupně se ze slušně formulovaných žádostí (nechod' nikam, vezmi si jiné šaty, to nedělej, nevař, nenos, s těmi lidmi nemluv apod.) stávají pokyny a rozkazy. O pravidlech společenského soužití se násilná osoba nedohaduje, ale určuje, jak budou vypadat. Názor druhé strany ji nezajímá. Často bývá přítomna i chronická žárlivost. Neuposlechnutí pokynů je podmíněno výhrůžkou sankcí, které v pozdějším stadiu mohou být realizovány. Nadužívání alkoholu nebo jiná závislost na straně násilné osoby jsou rizikové faktory rychlé eskalace násilí. Ve stadiu útoků proti lidské důstojnosti násilná osoba svou oběť opakovaně hrubě uráží, ponižuje, zesměšňuje, omezuje.

III. Jasně a nezaměnitelné role aktérů, na jedné straně stojí násilná osoba, na druhé osoba ohrožená

Domácím násilím nejsou spor ani hádka, rvačka nebo tzv. italská domácnost. Přestože se jedná o opakované, dlouhodobé, někdy i eskalující projevy násilí, není zde možné určit násilnou a ohroženou osobu. Násilí se dopouštějí obě strany, jejich postavení je rovnocenné nebo se jejich role střídají. Domácí násilí je násilím, ke kterému dochází mezi osobami ve vztahu a kde důležitým identifikačním znakem jsou jasné role. Vždy je jedna osoba týrána, je osobou ohroženou, a druhá osoba ubližuje, je osobou násilnou.

IV. Místem, kde k násilí dochází, je společná domácnost, přesněji privát

Privát si s sebou osoby ve vztahu přenášejí i do jiných prostředí (rekreační chata, vozidlo, hotel apod.). Tendence páchat domácí násilí je téměř vždy spojena se snahou skrýt toto násilí před společenskou kontrolou. To je spojeno s nedostatkem svědků a důkazů. Domácí násilí jsme schopni odlišit od rodinných krizí a incidentů přímým dotazováním. Klíčové jsou dotazy na psychické, fyzické a ekonomické násilí. Ptáme se na:

- **startér násilí** – klíčová je otázka „Co předcházelo nápadení, útoku, incidentu“? Domácí násilí není vyprovokované obětí, nemá žádný racionální důvod.
- **opakování násilí** – klíčové jsou otázky „Kdy to začalo, jak dlouho to trvá, co se děje nyní“? Domácí násilí je proces, který má svůj start, vývoj a spěje k nějakému konci. Zásadně mění povahu vztahu mezi násilnou a ohroženou osobou.
- **pocit a situaci oběti** - „Jak reagujete, jak se cítíte, zkusila jste již vyhledat pomoc?“ Osoba ohrožená domácím násilím často trpí takovým strachem z jeho opakování, který ohromuje její schopnost vyhledat pomoc a učinit něco pro svou záchranu (Vitoušová, 2007).

Při setkání s případy domácího násilí máme problém uvěřit, že se něco takového skutečně děje. Brání nám v tom nepřesvědčivý projev ohrožené osoby, její ambivalentní postoj k násilné osobě se sklonem omlouvat její násilí, fenomén dvojí tváře násilné osoby, která se většinou na veřejnosti chová slušně, nemá kriminální minulost a je násilná jen vůči

osobám ve společném obydlí. Z tohoto důvodu máme tendenci přijmout verzi násilné osoby, že si za to oběť může sama.

Oběť domácího násilí se odnaučí vyjadřovat přímo své pocity. Disociací otupuje prožívání emocí, chrání se tak před prožíváním bolesti. Může se jednat o úplné „vymazání“ pocitů, o ohraničenou ztátu paměti, v extrémní podobě se může jednat o mnohočetnou osobnost. Dalšími výraznými znaky jsou přílišná ochota vyhovět druhým (oběť souhlasí bezvýhradně se vším, co je jí navrhováno) a naučená bezmoc (oběť komentuje navrhovaná opatření s tím, že stejně nic nemá cenu a nic se nezmění). Skutečná oběť domácího násilí vždy ve svém vyprávění minimalizuje. Důvodem je zpravidla stud za to, co se doma děje, za to, že tomu nedokáže zabránit, za to, že hledá pomoc až ve stadiu rozvinutého násilí, nezdědka i za to, že nedokáže uchránit své děti.

Domácí násilí má vlastní dynamiku, tzv. **spirálu násilí**, kdy se období násilí střídají s obdobími klidu a odpuštění. Násilí nebývá afektivní, ale promyšlené, nelze však ani vyloučit situační faktory, jakými jsou např. nezaměstnanost, stres a bída. Alkohol je spíše katalyzátorem, nikoliv příčinou (Voňková, 2003).

U seniorů, kteří se stávají obětí domácího násilí, se setkáváme nejčastěji se **zastrašováním**. Agresor působí, aby se oběť bála, a to zlými pohledy, různými činy, gesty, rozbíjením věcí, ničením jejího majetku, předváděním zbraní a demonstrativním týráním zvířat.

Dále může být vyhrožováno seniorovi **osamělostí**. Agresor má dohled nad tím, co senior dělá, s kým se vidá, mluví, co čte, kam jde, omezuje jeho zájmy mimo domov, používá žárlivost k ospravedlnění svých činů.

Agresor **používá děti** k tomu, aby oběť měla výčitky svědomí ve vztahu k dětem/vnukům. Používá je k vyřizování vzkazů a organizování návštěv s cílem osočovat, napadat a vyhrožovat, že se s nimi již nesetká.

Dochází rovněž k **ekonomickému týrání**, jehož cílem je zamezit této oběti násilím získání nebo udržení zaměstnání, způsobit, aby musela o peníze žádat, dávat jí kapesné, brát jí peníze a znemožnit jí přístup k rodinným příjmům.

Citové týrání se projevuje srážením oběti, působením, aby o sobě oběť měla špatné mínění, nazývání ji hanlivými jmény, způsobováním, aby si myslela, že je blázen, kritizováním její paměti, ponižováním a působením, aby se cítila provinile, že něco zavinila.

U **zapírání a kárání** agresor tvrdí, že k týrání nedošlo, přesunuje zodpovědnost za špatné zacházení na někoho jiného, říká, že si to oběť způsobila sama.

U **ponižování** je zacházeno s obětí jako se služkou, všechna rozhodnutí jsou dělána za ni, agresor chce být tím, kdo rozhoduje.

Senioři se mohou setkat s **omezováním a výhružkami**, kdy jim agresor říká či splňuje hrozby a způsobuje bolest, přinucuje oběť násilím, aby vzala zpět svou žalobu, vyhrožuje, že zůstane sama, nutí ji, aby prováděla nezákonné věci a vyhrožuje jí oznámením této činnosti (Mühlpachr, 2004).

K domácímu násilí, jehož obětí se mohou stát senioři, jsou v příloze č. 2 diplomové práce uvedeny kazuistiky.

Mezi **faktory zvyšující pravděpodobnost nežádoucího jednání** patří:

- psychopatologie a psychopatie,
- alkoholismus a drogová závislost,
- nízká intelektová úroveň,
- předchozí agresivní, asociální jednání,
- materiální či bytová závislost na možné oběti,
- diskriminační (ageistické) nálady ve společnosti,
- nízká úroveň společenské kontroly nežádoucího jednání včetně ochrany práv a důstojnosti klientů dlouhodobé ústavní péče,

- přetížení a existenční problémy rodiny s poklesem její ochoty i jejích možností zajišťovat kvalitní péči,
- nízká úroveň rozvoje terénních ošetrovatelských a sociálních služeb a jiných forem účinné pomoci rodině,
- frustrace z povolání (syndrom vyhoření) u ošetrovatelského personálu (Mühlpachr, 2004).

Čírtková (2008) uvádí, že **typologie pachatelů domácího násilí** zahrnuje osobu dvojí tváře bez výrazných příznaků psychopatologie, která produkuje problematické, násilné chování pouze ve svém soukromí, ve vztahu k blízké osobě, dále obecně násilnou osobu, u které se vztahové násilí kombinuje s dalšími antisociálními sklony i mimo rodinu anebo násilníka u kterého dominují problémy závislosti (alkoholismus, drogy, závislost na hracích automatech), s nimiž je domácí násilí úzce spojeno a konečně násilníka s psychickou zátěží, tj. s výraznými symptomy poruch osobnosti.

2.6.2 Mýty a předsudky o obětech domácího násilí

O obětech domácího násilí existuje spousta mýtů a předsudků. Snad největší mýtus o domácím násilí zní: **Domácí násilí je soukromá věc**, do které se nemají cizí lidi ani stát plést. Pravdou je, že násilí nemůžeme tolerovat a je lhostejné, zda jde o násilí mezi blízkými nebo cizími osobami. Násilí není a nemůže být nikdy soukromou záležitostí. Každý má právo na ochranu své důstojnosti, zdraví a života na veřejnosti i v privátu.

Mýtus o sociálně slabých rodinách. Velmi rozšířeným mýtem je představa, že domácí násilí se ve středních a vyšších vrstvách nevyskytuje a že postihuje pouze sociálně slabé rodiny, které žijí někde na okraji společenského spektra. Pravdou je, že domácí násilí nejde ruku v ruce s materiálním blahobytem rodiny ani se vzdělaností úrovní partnerů. V dobře zajištěných rodinách může být domácí násilí dokonce závažnější, je těžší s ním vyjít na veřejnost.

Mýtus černobílého vnímání aktérů domácího násilí. Rozšířeným stereotypem je představa, že pachatel domácího násilí je výlučně negativní charakter a osobnost, zatímco oběť je čistá, vzorná bytost, která se vyznačuje samými ctnostmi. Pravdou je, že násilná osoba může např. být na svém pracovišti vážený člověk a naopak oběť může být v mnoha ohledech nedokonalá. Ani nedokonalost oběti však neospravedlňuje násilí. Nikdo nemá právo druhého týrat (Čírtková, 2007; Vitoušová, 2007).

Mýtus o nevyhnutelnosti domácího násilí. Silně zakořeněná představa říká, že cyklus násilí je nevyhnutelný. Do partnerských vztahů přinášíme naše zkušenosti z dětství, kopírujeme modely soužití našich rodičů. Kdo zažil násilí mezi otcem a matkou, bude i ve vlastním partnerském vztahu přijímat roli oběti nebo násilníka. Pravdou je, že domácí násilí není nevyhnutelným jevem. Může postihnout kohokoli, aniž by zažil násilí v dětství.

Mýtus o typickém pachateli. V laické veřejnosti je zakořeněna představa, že pachatel domácího násilí je primitivní, nevzdělaná, vzteklá, impulzivní a vždy útočná osoba, která se na první pohled liší od slušného člověka. Mnoho lidí se utěšuje představou, že domácího násilí se dopouští pouze nenormální, duševně nápadní či nemocní jedinci. Pravdou je, že k domácímu násilí se uchylují i jedinci, kteří jsou ve svém pracovním okolí pokládáni za úspěšné, konformní a společenské lidi. Domácí násilník mívá často dvojí tvář, násilnický je pouze ke svému partnerovi, zatímco před okolím a v oficiálních sociálních situacích vystupuje jako solidní, seriózní osoba.

Mýtus o typické oběti vyjadřuje pocit, který lze vyjádřit jako „nevypadá jako žena (partner), kterou (kterého) by někdo bil“. Laická veřejnost věří, že oběti domácího násilí se mohou stát pouze pasivní, závislé, nesamostatné „puťky“, které si vše nechají líbit. Pravdou je, že neexistuje typická oběť domácího násilí. Každý partner, muž i žena, může sklouznout do pozice týrané oběti. Vzdělání, pracovní úspěchy ani materiální jistota nechrání před násilím za zavřenými dveřmi privátů.

Mýtus o vině oběti předpokládá, že každé domácí násilí musí mít svou příčinu nejlépe v chybné komunikaci s partnerem. Oběť zřejmě provokuje svého partnera k násilným výbuchům. Pravdou je, že nikdo nemá právo svého partnera týrat násilím. Nikdo nemá právo zraňovat důstojnost a zdraví blízké osoby.

Mýtus o příčinném vlivu alkoholu lze vyjádřit větou: “Bije ji, protože pije“. Pravdou je, že alkohol ani drogy nejsou skutečnou příčinou domácího násilí. Fungují spíše jako omluva. Násilníci budou ubližovat partnerům v opilém i střízlivém stavu. Někdy se dokonce záměrně alkoholizují, protože později mohou vliv alkoholu použít jako výmluvu pro své násilné chování. Alkohol a jiné závislosti komplikují domácí násilí, ale zpravidla nevysvětlují jeho skutečné příčiny (dostupné na World Wide Web: http://www.nasilidoma.cz/co_je_domaci_nasili, cit. 10.8.2012).

2.6.3 Základní doporučení pro kontakt s ohroženou osobou

Vitoušová (2007) uvedla několik základních doporučení pro osoby, které přichází do kontaktu s ohroženou osobou. Mezi tato doporučení patří:

- Naslouchejte, ptejte se, věřte tomu, co vám oběť vypráví. Realita je mnohem horší než to, co uvádějí obě strany.
- Zadokumentujte to, co jste vyslechli.
- Ujistěte oběť, že situace má řešení.
- Motivujte ohroženou osobu k aktivitě. Použijte tzv. zlaté věty. „Nikdo nemá právo vás ponižovat, bít a týrat. Zasloužíte si jiný život. Mám o vás strach. Pomoc existuje.“
- Seznamte ohroženou osobu s bezpečnostním plánem.
- Doporučte místa pomoci v okruhu jejího bydliště včetně azylových domů.
- Doporučte konzultaci s právníkem.
- Mějte na paměti, že dlouhodobé domácí násilí nevyřeší jedna konzultace. Úspěch vaší intervence neposuzujte tím, zda se situace radikálně zlepšila.

- Veškerá opatření a rady musí vždy respektovat především ochranu ohrožené osoby a nesmí přispět k jejímu ohrožení (Vitoušová, 2007).

S případem domácího násilí se můžeme setkat v jakémkoliv stadiu jeho rozvoje. Existují proto diagnostické metody a orientační vodítka, která pomáhajícím profesionálům mohou pomoci riziko ohrožení odhadnout. Jedním z nich je **metoda SARA DN**, kterou pro Českou republiku adaptoval a má výhradní právo pro školení Bílý kruh bezpečí, o.s.

Základem metody je baterie patnácti otázek, které jsou zaměřeny do tří směrů. Zjišťuje u násilné osoby její chování v soukromí a na veřejnosti, u ohrožené osoby zjišťují její zranitelnost a uvádí rizikové faktory. Zvýšené riziko vzniká zejména tehdy, jestliže násilná osoba:

- je držitelem střelné zbraně,
- je abuzérem alkoholu nebo jiných drog,
- vyhrožuje zabitím nebo sebevraždou,
- napadá i děti,
- trpí chronickou žárlivostí,
- má sklon ke slídění či pronásledování oběti,
- ničí předměty, ke kterým má ohrožená osoba vztah,
- ubližuje domácím zvířatům,
- již napadla i zakročující policisty.

Jsou-li přítomny dva nebo více rizikových faktorů zvýšeného rizika, je ohrožení oběti velmi vážné. Je na místě hledat možnosti azylového ubytování, doporučit podání trestního oznámení na násilnou osobu, od 1. 1. 2007 žádat policisty Policie ČR o vykazání násilné

osoby na základě zákona na ochranu před domácím násilím (Zákon č. 135/2006 Sb., dostupné na World Wide Web: <http://www.donalinka.cz/nova-praxe/metoda-sara-dn/>, cit. 10.8.2012).

Ve většině případů ohrožené osoby dál sdílí společnou domácnost s násilnou osobou a situace je jinými prostředky obtížně řešitelná. V případě náhlého útoku by oběť měla pamatovat především na své zdraví a život. Ohrožená osoba by se při incidentu neměla nechat zavřít v části domu, kde nejsou okna ani žádný východ a kde se nacházejí jakékoli možné zbraně, jako jsou např. kuchyně nebo koupelna. Měla by si pamatovat důležitá telefonní čísla, jako jsou nonstop linka pro oběti domácího násilí, policie, regionální linka důvěry nebo azylový dům. Dále se svěřit přátelům nebo příbuzným, kterým důvěřuje s tím, že je doma napadána. Je důležité, aby vytvořila vlastní podpůrnou síť, kde se jí dostane alespoň krátkodobé pomoci.

Podrobně je bezpečnostní plán pro oběti domácího násilí rozepsán v příloze č. 5. Konkrétní rady a informace pro seniory, jak chránit své bezpečí se nachází v příloze č. 6 této diplomové práce.

Informovanost veřejnosti o domácím násilí se v posledních letech výrazně zvýšila. Téma partnerského násilí se objevuje v médiích, zejména různá občanská sdružení zajišťují osvětu veřejnosti v této věci. Výrazný posun znamená také vznik nonstop linky pro oběti domácího násilí provozované Bílým kruhem bezpečí. Značné rezervy však přetrvávají v informovanosti odborníků. Mnozí lékaři, učitelé i policisté a sociální pracovníci jsou při kontaktu s oběti domácího násilí nejistí, nedovedou jim poskytnout základní informace, ani poradit. Přitom oni jsou často vstupní branou, kterou se domácí násilí dostává ze soukromí na veřejnost. Proto je nutné všechny pomáhající profese proškolit v problematice domácího násilí.

3 POMOC OBĚTEM TRESTNÝCH ČINŮ

Kapitola mapuje dopady trestného činu na život oběti, hlavně možný výskyt posttraumatické stresové poruchy a problémy, se kterými se oběti mohou setkat. Zabývá se organizací Bílý kruh bezpečí, která obětem trestných činů nabízí své služby.

„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur“.

(Ladislav Klíma, dostupné na World Wide Web: <http://domaci-nasili-seniori.sije.cz/citaty.php>, cit. 5.8.2012)

3.1 Dopady trestného činu na oběť

Dopad trestného činu na oběť závisí na třech faktorech:

- na **previktimní osobnosti pachatele** (jaký byl člověk před trestným činem),
- na **okolnostech trestného činu** (míra násilí, stupeň ponižení, hodnocení vlastního chování, chování jiných osob na místě činu),
- na **reakcích okolí** - rodiny, přátel, policistů, personálu nemocnice, soudních znalců, soudce a dalších (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/pro-odborniky/policiste-straznici/policista-v-kontaktu-s-obeti-tc/>, cit. 9.8.2012).

Dle Novotného a Zapletala (2004) roli hraje **chování oběti**, kdy oběť svým chováním před trestným činem, v době činu a po něm ovlivní jak iniciaci činu, tak jeho průběh a následně také možnost odhalení a usvědčení pachatele. Oběť do značné míry také ovlivňuje povahu a intenzitu újmy, která činem vznikne. Oběť svým chováním může působit na pachatele stimulačně v tom smyslu, že vyvolá nebo vystupňuje útok. Nemalá část obětí přispěje ke své viktimizaci svou neopatrností, podceňováním nebezpečí nebo uvedením se do stavu snížené obranyschopnosti. Jako příklady takového chování obětí lze uvést nezabezpečení svého majetku proti odcizení, neuzamčení auta, nošení peněženky v otevřené nákupní tašce, vychloubání se před cizími lidmi svým majetkem, vpuštění cizích nedůvěryhodných osob k sobě do bytu apod. V době probíhajícího útoku volí oběti mnoho variant chování. Některé zůstávají zcela pasivní, protože jsou útokem

zcela paralyzováni a často žádnou jinou možnost nemají. Jiné oběti se pokoušejí o útěk, volají o pomoc, snaží se útočníka obelstít nebo se aktivně brání. Volba optimální varianty je pro oběť velmi nesnadná, protože se nachází v silném stresu a navíc nemůže předvídat další jednání pachatele.

Mezi obětí a pachatelem poměrně často existuje **předchozí vztah** a ten může ovlivnit způsob spáchání trestného činu. Například dobrá předchozí znalost osobních a majetkových poměrů oběti, jejích zvyklostí, chování a reakcí je pro pachatele výhodná, protože mu usnadňuje přístup k oběti, získání její důvěry, možnost oklamání, volbu vhodné doby atd.

3.2 Posttraumatická stresová porucha

Při zvláště závažném dopadu trestného činu se může u obětí kriminality rozvinout posttraumatická stresová porucha (PTSP). Tímto termínem se označuje „*soubor různých poruch chování a prožívání, včetně somatických reakcí (poruch spánku, potivost, třes, nevolnost apod.), které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahujícího běžnou lidskou zkušenost*“ (Čírtková, 2007, s. 31). Rozmanité příznaky mohou propuknout až po delším časovém úseku od prožité krize. Posttraumatická stresová porucha u obětí trestných činů se může projevit:

- okamžitě po odeznění akutní reakce, plynule na ni navazuje,
- jako opožděná (odložená) či protrahovaná odezva na otřesný zážitek, poté co byla oběť zdánlivě bez příznaků.

K nejdůležitějším vodítkům pro rozpoznání posttraumatické stresové poruchy patří dle Čírtkové (2007):

I. Existence traumatické události

II. Znovuprožívání traumatické události:

- spontánně se vybavující nutkavé vzpomínky na krizovou situaci,
- opakující se tíživé sny (noční můry),
- náhlé pocity nebo impulzivní hnutí, jakoby krize znovu aktuálně nastala,
- intenzivní psychická bolest při setkání s okolnostmi symbolizujícími nebo připomínajícími původní krizi.

III. Nápadné vyhýbání se podnětům souvisejícím s traumatickou událostí:

- zjevné úsilí obejít činnosti nebo situace evokující vzpomínky na krizi,
- neschopnost rozpomenout se na důležité momenty krizového děje (zamčení paměti),
- nápadná ztráta zájmu o činnosti, které dříve osoba považovala za důležité a významné,
- pocit izolace a odcizení vůči ostatním,
- pocit ztráty životních perspektiv (zastřená budoucnost),
- neschopnost autenticky prožívat city (redukované citové prožívání).

IV. Přetrvávání příznaků zvýšené aktivační hladiny:

- poruchy spánku (potíže s usínáním, časté probouzení),
- zvýšená podrážděnost a ataky hněvu nebo vzteku,
- zhoršená schopnost soustředit se na úkol, poruchy koncentrace,
- hypervigilance (vystupňovaná bdělost),

- nepřiměřená reakce v neočekávaných situacích (přetrvávající anticipace ohrožení a nebezpečí),
- silné fyziologické reakce při konfrontaci s událostmi symbolizujícími nebo připomínajícími původní krizi.

Jsou-li popsáné potíže intenzivní a přesahuje-li doba jejich výskytu zhruba měsíc až šest týdnů, klesá šance na spontánní uzdravení. Bez vhodné psychologické intervence mohou některé masivní potíže přetrvávat i několik let od události. Vážným způsobem omezují uplatnění jedince v profesi i soukromém životě. Podle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, která u nás vstoupila v platnost v roce 1993, nese posttraumatická stresová porucha kódové označení F43.1.

Čírtková (2007) uvádí, že o výskytu posttraumatické stresové poruchy u obětí trestných činů nejsou k dispozici přesná statistická data. Lze však využít údaje z mnoha výzkumných studií. Ty však docházejí k poměrně značně odlišným závěrům. V různých studiích kolísá četnost PTSP u osob, které byly vystaveny extrémně ohrožujícím situacím, v rozmezí 5 – 70 %. Mnoho studií hovoří o průměrném výskytu posttraumatické stresové poruchy na hladině 40 - 60 % z celkového počtu těch, kteří prožili událost, jež by u jedince vyvolala pronikavou tíseň. U zhruba poloviny z těchto traumatizovaných osob dojde přitom ke spontánnímu uzdravení, aniž by byla nutná odborná péče. Zhruba 10 % obětí je odkázáno na systematickou a kvalifikovanou péči specialistů, neboť PTSP má charakter chronických potíží.

U dospělých obětí upozorňuje současná viktimologie na genderové efekty viktimizace. U žen je riziko vzniku PTSP dvojnásobné (10 – 13 %) ve srovnání s muži (5 – 6 %). Chronický průběh PTSP je dokonce u žen čtyřikrát vyšší než u mužů. Vysvětluje se to větší zranitelností žen a zejména častější sexuální viktimizací (sexuální zneužívání, znásilnění, domácí násilí).

Faktory, které usnadňují či blokují vznik posttraumatických poruch, nejsou zatím přesně objasněny. Důležitou roli při vzniku posttraumatické poruchy sehrává aktuální psychický a zdravotní stav jedince. Prožitek extrémní zkušenosti spíše ochromí jedince, kteří se aktuálně potýkají s dalšími problémy a žijí osamocně bez blízkých a přátel.

K rizikovým faktorům, které ovlivňují vznik PTSP dle Čírtkové (2007) a Vágnerové (2008) patří:

Typ a délka viktimizace. Lidmi způsobená a opakovaná viktimizace je závažnější a ve svých účincích mnohem více patogenní než přírodní katastrofy. Také zcela překvapivé, náhlé ohrožení, kterému nepředchází žádné varovné signály, zvyšuje riziko vzniku PTSP.

Závažnost (hrubost) traumatu. Intenzita pocitu ohrožení vlastní existence (psychické bolesti), ale také dávka tělesné bolesti, kterou oběť v průběhu trestného činu „dostala“, ovlivňují riziko vzniku PTSP. Čím vyšší míra traumatizace, tím větší je pravděpodobnost vážných příznaků PTSP.

Peritraumatická disociace. Termínem disociace se označuje „rozvazování“ či oddělování původně spojitě probíhajících psychických procesů. Výsledkem je stav, kdy dva duševní pochody koexistují, aniž by došlo k jejich propojení (např. fenomén mnohočetné osobnosti) nebo stav, kdy se určité obsahy mysli vydělí z vědomého prožívání (např. dissociativní amnézie, dissociativní vymizení citlivosti na bolest – při vzteku nebo ze strachu bouchne osoba rukou do překážky a nevnímá, že se zranila).

Existence peritraumatické disociace v akutní stresové reakci zvyšuje riziko PTSP. U obětí kriminality může jít o projevy derealizace (pocit, že to, co se děje, není pravda) nebo depersonalizace (pocit, že to, co se děje, se neděje mně). Běžná je ztráta či vymizení vzpomínek na určité momenty zločinu.

Reviktimizace. Reviktimizace zvyšuje zranitelnost oběti. Vede k vyššímu výskytu projevů vyhýbání se. Zhoršuje PTSP, způsobuje její chronické podoby.

Vztah k pachateli. Blízký pachatel zraňuje více.

Pocity viny. Sebeobviňování komplikuje zpravidla vyrovnávání se s viktimizací. Také fantazie o tom, že oběť selhala při své sebeobraně zvyšují pravděpodobnost PTSP.

Také **emocionální reakce blízkých osob** výrazně ovlivňují dopad viktimizace na oběť.

Existence protektivních faktorů. K ochranným faktorům patří některé osobnostní

charakteristiky (např. vhodný temperament), dobré sociální zázemí, také vyšší socio-ekonomický standard. Absence protektivních faktorů zvyšuje riziko PTSP.

Dopad viktimizace na všední den oběti. Dojde-li v důsledku trestného činu k rozpadu vztahů či rodiny, ztrátě zaměstnání či statusu oběti, je pravděpodobnost PTSP vyšší.

Faktory nastupující po „expozici“ traumatu. Sekundární viktimizace je vždy velmi zraňující a může způsobit chronické varianty PTSP. Tento rizikový faktor má klíčový význam pro prevenci vzniku PTSP. Rozhodující je správná a včasná podpora sociálního okolí a také dostupnost vhodných služeb pro oběti.

3.3 Hlavní problémy obětí trestných činů

Téměř každá oběť kriminality se potýká s různými problémy a nepříjemnostmi, které již vytvářejí nové stresové situace a pro oběť není vždy jednoduché je účinně zvládnout. V období těsně po zločinu oběť čelí problémům vyplývajícím ze **stigmatizace a fascinace**.

Čírtková (2007) popisuje, že **stigmatizace** bývá častým problémem obětí trestných činů. U některých trestných činů jsou pochody stigmatizace výraznější (zejména u sexuálních a násilných deliktů), u jiných trestných činů nemusí být jevy stigmatizace tak silné (majetkové delikty). Oběti tento pocit vyjadřují např. tím, že ztratili svou vnitřní duševní rovnováhu a jistoty. Cítí se trestným činem poznamenané. Stigmatizace je spojena se **subjektivními i objektivními faktory**.

Subjektivní faktory souvisí s prožíváním viktimizace na straně oběti. Traumatizujícím zážitkem je oběť psychicky poznamenána a má pocit, že její odlišnost je nyní pro široké okolí zřetelně patrná. V této souvislosti se používá výraz negativní exkluzivita. Ve stavu negativní exkluzivity může mít oběť pocit, že jí trestný čin mentálně zcela přestavěl a že jí nikdo nemůže porozumět. Často reaguje i sebeobviňováním.

Objektivní faktory, které podporují stigmatizaci, souvisí s obecně zakořeněnými mýty a falešnými, laickými hypotézami o obětech kriminálních skutků. Jejich společným jmenovatelem je tendence k očerňování oběti. Člověk, který se stane obětí kriminálního

jednání, je nahlížen jako slabý, poznamenaný. Viktimizace je pak z pohledu okolí hanbou, vede k sociální diskvalifikaci. Místo podpory se oběť dočká v lepším případě přehlížení, v horším posměchu a sociální izolace. Za zvláště traumatizující je nutno pokládat okolnost, jestliže ke stigmatizaci dochází uvnitř nejbližšího okolí oběti. Rodina by měla být místem bezvýhradné emocionální podpory oběti trestného činu. Členové rodiny by měly v komunikaci dát oběti jasně najevo, že ona trestný čin nespáchala.

Fascinace patří mezi další nevhodné reakce na oběť trestného činu. Projevuje se v přímém kontaktu s obětí. Jejím jádrem je okouzlení zločinem, které se projevuje v zájmu o detaily z průběhu trestného činu. Okolí projevuje zájem o to, co se stalo, nikoli o osud oběti (Čírtková, 2007).

Jakmile dochází ke zveřejnění trestného činu, je podáno trestní oznámení a bylo zahájeno trestní řízení, je oběť konfrontována s dalšími problémy. K nim patří zejména **získávání právních informací a dostupnost právní podpory** a dále **slabá pozice oběti při uplatňování práva**.

Získávání právních informací a dostupnost právní podpory oběti vnímají jako závažný problém možnost zajištění právní podpory. Běžný občan není vybaven podrobnějšími znalostmi o trestním řízení. V pozici oběti obvykle nezná svoje práva a povinnosti. Najednou se ocitá v procesním postavení poškozeného a také svědka. Sice se mu dostane stručného poučení před výslechem od policejních orgánů, ale taková informace je nedostatečná. Ve složitějších případech hledá oběť nejen informace, ale i faktickou právní podporu. Tu si ale musí zajistit sama a na vlastní náklady. Tím vznikají oběti, která trestný čin nespáchala, další finanční ztráty.

Slabá pozice poškozeného v právním slova smyslu je snad tím nejčastějším problémem obětí kriminality u nás. Pro orgány činné v trestním řízení je důležitější pachatel, tento fakt se odráží i ve stylu jednání s obětí. Důsledkem je pocit poškozeného, že je právně vytlačen do pasivity a vyčkávání a psychologicky, lidsky není akceptován. Tuto skutečnost vyjadřují oběti slovy, že se cítí slabé. Častěji však hovoří o pocitu bezmoci a ponížení.

Dalšími problémy obětí jsou **dostupnost kvalifikované psychologické péče**,

psychiatrize potíží obětí, zajištění jejich bezpečnosti před vyhrožujícím pachatelem a sociální a finanční potíže, do kterých se oběti dostaly (Čírtková, 2007).

Systematická a odborná péče o oběti kriminálních činů není u nás snadno dostupná. Oběti jsou víceméně ponechány svému osudu, je na nich, jak se s nečekanou a svévolnou vnější událostí vyrovnají.

Viktimizace může u oběti odstartovat různé poruchy v prožívání a chování. Typické jsou poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, nutkavé vtírající se vzpomínky a myšlenky na čin (tzv. intruze), syndrom vyhýbání se (oběť se nápadně vyhýbá kontaktu se vším, co připomíná zločin), předrážděnost nebo velká únava. U některých obětí se objevuje také sebepoškozování či dissociativní symptomy a kompulzivní stavy (nutkavé úkony). Takové potíže označujeme za normální reakci na nenormální situaci. Občas však dochází k tomu, že oběti jsou označovány diagnostickými nálepkami typu úzkostná neuróza, deprese či hysterická reakce.

Některé oběti se dostávají do zvláště obtížné situace tím, že jim stíhaný pachatel vyhrožuje a činí na ně nátlak, aby změnily svou výpověď. K vyhrožování se občas uchylují i pachatelé, kteří vykonávají trest odnětím svobody. V případech domácího násilí nebo nebezpečného pronásledování je možné ve spolupráci s obětí vypracovat vhodný bezpečnostní plán, který minimalizuje rizika napadení oběti a zvyšuje její subjektivní pocit bezpečí.

Oběti násilných trestných činů, při nichž utrpěly závažná zranění (např. oslepnutí, amputace končetin, omezení hybnosti atd.), se potýkají s radikálními změnami ve společenském uplatnění. Vedle psychických dopadů takové traumatizace čelí najednou a nezaviněně značným sociálním a finančním potížím. Na tyto problémy narážejí i oběti, které utrpěly z obecného zdravotního hlediska podstatně lehčí zranění. Ačkoliv je taková zdravotní újma objektivně posuzována jako celkem mírná, může ji oběť subjektivně prožívat jako velmi strastiplnou a silně omezující v běžném životě.

3.4 Organizace pomáhající obětem trestných činů

Míst, kde se senior může setkat s různými formami špatného zacházení je mnoho. Dochází k němu v rodině, institucionální péči (ve zdravotnických a sociálních zařízeních) i ve společnosti. Nejčastějším důvodem, proč senioři mlčí, je skutečnost, že se stydí za chování svých příbuzných i za své vlastní selhání v oblasti rodičovské výchovy. Pro seniora je velmi často těžké přiznat si, co se děje a to především, pokud se jedná o blízkého člena rodiny. Seniorovi je ubližováno osobou, která je mu blízká a které důvěřuje. Jeho pocit jistoty a bezpečí je ohrožen. Rozhodnutí mlčet a nevhodné chování i nadále trpět tak přispívá k dojmu, že násilí na seniorech není tak vážné a nevyžaduje okamžitá opatření, tak i ke ztrátě naděje, že seniorovi bude poskytnuta odborná pomoc. Ve většině případů si senior sám nedokáže pomoci, protože je na týrající osobě závislý.

V případě domácího násilí je jedním z nejčastějších důvodů, proč se lidé o špatném zacházení zdráhají hovořit, skutečnost, že se odehrává v soukromí rodiny, tzv. za zavřenými dveřmi. Mnoho lidí je stále ještě přesvědčeno, že to, co se děje v rámci rodiny, si její členové mají vyřešit sami. K poměrně vysoké míře tolerance přispívá i neznalost problému ze strany oběti, ale i okolí, neschopnost bránit se, a stejně tak i nízká citlivost společnosti k diskriminačnímu chování vůči starší generaci. Nepříznivý je i fakt, že mnoho seniorů, kteří jsou oběťmi špatného zacházení, nemá ponětí, že se jedná o chování nevhodné, proti kterému se mohou bránit. Velmi častým důvodem, proč se senioři v případě násilí na své osobě zdráhají nebo odmítají obrátit o pomoc, jsou obavy a strach, že se míra agresivity ze strany násilníka poté začne stupňovat.

Na druhou stranu můžeme v současné době zaregistrovat i určité šance, které zvyšují možnost účinné pomoci. Patří sem linky důvěry, legislativní opatření, zásahy policie, nově vzniklá intervenční centra, školení dobrovolníci nebo média (dostupné na World Wide Web:<http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon—telefonicka-krizova-pomoc/143-tyrani>, cit. 10.8.2012).

Ve světě jsou zřizována Centra na pomoc seniorům, která jsou zaměřená pouze na pomoc této věkové kategorii. Tato centra plní i preventivní úlohu v podobě možnosti oznámení a rychlého řešení. U nás zařízení tohoto charakteru chybí, i když na pomoc obětem

trestných činů, nejen pro seniory, slouží Bílý kruh bezpečí. Seznam dalších neziskových organizací, kde je možné obdržet informace a pomoc, lze nalézt v příloze č. 7 této diplomové práce.

3.5 Bílý kruh bezpečí

Bílý kruh bezpečí (BKB) je občanské sdružení, které bylo založeno za účelem pomoci obětem kriminality. Pomoc poskytují odborně způsobilí poradci, právníci, psychologové, sociální pracovníci a lékaři, kteří vždy respektují individuální potřeby obětí a její osobnost a přihlíží také k okolnostem trestného činu. BKB nabízí obětem trestných činů, pozůstalým a svědkům čas na rozhovor, právní informace, setkání s psychologem, praktické rady a pomoc, morální a emocionální podporu, návrat sebevědomí a rady, jak získat odškodnění od pachatele a peněžitou pomoc státu. Pomoc je komplexní, to znamená, že je poskytována současně dvojicí poradců - vysokoškolsky vzdělaným právníkem a interventem pro psychologickou pomoc (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/onas/poslani-a-cinnost/poradenska-cinnost/>, cit. 9.8.2012).

V roce 2011 navštívilo poradny BKB celkem 154 osob starších 60 let. Nejčastěji si klienti stěžovali na mezilidské a rodinné vztahy a na činnost policie. Mezi nejčastěji řešené trestné činy patřilo týrání osoby žijící ve společně obývaném obydlí a ublížení na zdraví. Mezi klienty převažovaly ženy, které přicházely samy, bez doprovodu.

Kromě bezplatných konzultací s odborníky nabízí Bílý kruh bezpečí ve zvlášť závažných případech spojených s násilným trestným činem své **nadstandardní služby**, mezi které patří víkendové psychorekondiční pobyty, doprovody k soudům, návštěvy v nemocnicích, krátkodobá podpurná individuální terapie a spolupráce s nadačním fondem Filipa Venclíka.

Víkendové psychorekondiční pobyty jsou nabídnuty klientům, kteří již využili poradenských služeb Bílého kruhu bezpečí. Jsou spojeny s relaxací, zdravotní rehabilitací, rozhovory s psychologem, pracovní terapií a setkání se zajímavými lidmi

Ve zvlášť závažných případech spojených s násilným trestným činem či v případech opakované viktimizace a zranitelných obětí doprovázejí dobrovolníci Bílého kruhu bezpečí

poškozené (oběti případně pozůstalé) k hlavnímu líčení **před soudem**, kde jim poskytují morální a psychickou podporu.

Krátkodobá podpůrná individuální terapie je určena zvláště zranitelným obětem, které využily poradenských služeb Bílého kruhu bezpečí. Terapie je poskytována v maximálním rozsahu 10 x 1 hodina. Tuto službu poskytuje BKB v poradnách v Praze, Liberci a Brně.

Nadační fond Filipa Venclíka začal s Bílým kruhem bezpečí spolupracovat v roce 1999. Při pomoci obětem závažných trestných činů a pozůstalým Nadační fond spolupracuje s Bílým kruhem bezpečí, který doporučuje fondu konkrétní osoby, jež podle jeho názoru pomoc nejvíce potřebují (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/o-nas/poslani-a-cinnost/nadstandardni-sluzby/>, cit. 9.8.2012).

Principy poradenské činnosti BKB

Bezplatnost

Klienti za poradenskou službu neplatí. Bezplatnost se nevztahuje na služby nadstandardní (doplňkové), jako jsou víkendové pobyty, doprovody k soudu mimo sídlo poradny apod.

Nestrannost

Poradna je otevřena všem obětem trestných činů bez rozdílu. Žádná oběť - klient BKB nesmí být přímo ani nepřímo diskriminována podle rodu, pohlaví, etnického či rasového původu, sociálního postavení, náboženského vyznání, politického názoru, věku či invalidity. Rada je nestranná a neutrální tzn. bez hodnocení a je podána s přihlédnutím ke klientově situaci. Poradci, jejich asistenti a personál nevyjadřují názory politických stran a nekomentují vynášené rozsudky, pokud to nemá přímý význam pro oběť.

Rady a informace nejsou ovlivněny osobními názory a zájmy poradce. Pomoc BKB je prosta hodnocení, je maximálně neutrální a je podána s ohledem na klientovu aktuální situaci.

Poradci BKB vždy respektují klienta a jeho rozhodnutí o tom, jak dál jednat. Oběti a jejich příbuzní jsou podporováni v samostatném jednání, aby se nestali závislými na poradcích. Každé jednání k věci je vedeno pouze se souhlasem klienta.

Nezávislost

Poskytovaná služba je nezávislá na politických, ekonomických či náboženských vlivech. Je nezávislá na státní správě a místní samosprávě.

Diskrétnost

Poradna zachovává důvěrnost sdělených informací a bez souhlasu klienta nesmí být poskytnuty jakékoli informace mimo poradnu. Klient má právo vystupovat v poradně anonymně.

Sdělení klienta jsou vždy důvěrná. Poradci a asistenti jsou BKB zavázáni mlčenlivostí. Poradna není zbavena odpovědnosti při podezření ze spáchání trestného činu (neoznámení a nepřekažení trestného činu). Klient je na tuto skutečnost včas upozorněn. Klient má právo, aby rozhovor s ním probíhal mimo doslech a dohled jiných klientů. Veškeré aktivity podniknuté ve prospěch klienta jsou vedeny pouze s jeho vědomím a souhlasem.

Bez souhlasu klienta není mimo poradnu sdělena k jeho věci žádná informace, vyjma těch, kde by poradce byl trestně odpovědný v případě neoznámení nebo nepřekažení trestného činu (dostupné na World Wide Web:<http://www.bkb.cz/o-nas/zakladni-principy-cinnosti/>, cit. 9.8.2012).

3.5.1 Sociální služby Bílého kruhu bezpečí

Bílý kruh bezpečí zajišťuje i registrované sociální služby: službu odborného sociálního poradenství, intervenčního centra a telefonické krizové pomoci.

Služba odborné sociální poradenství

Bílý kruh bezpečí je nepolitické humanitární sdružení, poskytující prostřednictvím odborného sociálního poradenství podporu a pomoc osobám, jež se v důsledku trestného činu dostaly do nepříznivé sociální situace, nebo jsou takovou situací ohroženy. Poradci v rámci odborného sociálního poradenství v poradnách BKB poskytují uživatelům služby praktické rady a informace se zaměřením na průběh trestního řízení, náhradu škody, zvládnutí psychických a fyzických reakcí na trestný čin. Problém uživatele je řešen jako

celek, v případě jeho rozdělení na jednotlivé odborné části je poradnou pomoc koordinována. V příloze diplomové práce č. 8 a 9 je uvedeno, jak postupovat při náhradě škody a při peněžité pomoci.

Pokud uživatel nespadá do cílové skupiny služby, odkáže ho BKB na jinou poradnu nebo instituci.

BKB vždy respektuje uživatele a jejich rozhodnutí o tom, jak dál jednat. Uživatelé služby jsou podporováni v samostatném jednání, aby se nestali závislími na poradcích a poskytované službě. Jakékoliv jednání k věci mimo poradnu BKB je vedeno pouze se souhlasem uživatele.

Poradna zachovává důvěrnost sdělených informací a bez souhlasu uživatele nesmí být poskytnuty jakékoli informace mimo poradnu vyjma zákonem upravených povinností poskytovatele. Uživatel má právo vystupovat v poradně anonymně, tudíž jeho totožnost nemůže být ověřena.

Služby BKB jsou bezplatné, důvěrné a nestranné. Bezplatnost služeb poraden BKB se nevztahuje na služby nadstandardní. Každé rozhodnutí o spolufinancování nadstandardní služby ze strany uživatele se přijímá s přihlédnutím k aktuálním možnostem BKB a uživatele. Pomoc BKB respektuje jeho lidskou důstojnost a základní svobodu uživatele, je prosta hodnocení, je neutrální a je podána s ohledem na aktuální situaci uživatele. Služba je poskytována ambulantní a terénní formou (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/o-nas/verejny-zavazek-registrovanych-socialnich-sluzeb-bkb/>, cit. 9.8.2012).

Služba intervenční centra

Od 1. ledna 2007 působí v České republice nová pracoviště poskytující krizovou pomoc osobám ohroženým domácím násilím - intervenční centra.

Tato centra poskytují individuální sociálně právní pomoc v konkrétních případech a zároveň koordinují interdisciplinární spolupráci mezi dalšími navazujícími službami na úrovni kraje. V případech vykazání spolupracují s Policií České republiky. Personálně je jejich činnost zajištěna proškolenými pracovníky, kteří mají pro tuto službu osvědčení signované náměstkem ministra práce a sociálních věcí.

Intervenční centrum je určeno osobám, které jsou ohroženy domácím násilím a jsou v ochranném režimu „vykázání“, tzn. že násilná osoba byla ze společného bydlíště vykázána nebo jí byl zakázán vstup.

Intervenční centrum lze požádat o pomoc tak, že v případě policejního vykázání či zákazu vstupu do společného obydlí předá Policie ČR rozhodnutí o vykázání do 48 hodin intervenčnímu centru. Pracovníci intervenčního centra na základě tohoto rozhodnutí nejpozději do 48 hodin kontaktují ohroženou osobu a nabídnou jí své služby. V případě, že ohrožená osoba chce řešit svůj problém v raném stádiu, může se obrátit na intervenční centrum ve svém kraji.

Služby intervenčních center jsou poskytovány bezplatně (dostupné na World Wide:<http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/domaci-nasili/intervencni-centra/>, cit. 9.8.2012).

Posláním služby intervenčního centra je činnost zaměřená na přechodnou odbornou pomoc a nehmotnou podporu osobám ohroženým domácím násilím. Intervenční centrum ohroženým osobám poskytuje bezprostřední individuální psychologickou pomoc, sociální a právní poradenství. Ohroženým osobám je zprostředkována následná pomoc (sociální, zdravotní, psychologické, právní povahy a případně zprostředkování ubytování v azylových domech).

Součástí služby je také koordinace pomoci poskytované orgány veřejné správy a dalšími právníckými a fyzickými osobami. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní a terénní.

Služba telefonická krizová pomoc

Služba telefonická krizová pomoc prostřednictvím DONA linky nabízí osobám ohroženým domácím násilím, obětem trestných činů a jejich blízkým, pozůstalým po obětech trestných činů a svědkům možnost diskrétního rozhovoru s naslouchajícím odborníkem v době, kterou si samy zvolí za vhodnou a bezpečnou. Nabízí dostatek času k dialogu a to i opakovaně, kvalifikované a srozumitelné návrhy řešení situace, morální podporu, zprostředkování kontaktů na místa další pomoci a navazujících služeb (dostupné na World Wide Web:<http://www.bkb.cz/o-nas/verejny-zavazek-registrovanych-socialnich-sluzeb-bkb/>, cit. 9.8.2012).

DONA linka - nonstop telefonická pomoc

Vyslechne a pomůže volajícímu orientovat se v aktuální situaci.

Nabízí volajícímu porozumění a důvěru.

Pomáhá volajícímu odstranit pocity viny a znovu nalézt sebedůvěru.

Motivuje volajícího k aktivnímu řešení situace.

Pomáhá volajícímu promyslet individuální bezpečnostní plán.

Poskytuje praktické rady a pomáhá volajícímu nalézat další vhodný postup.

Nabízí důležité informace o sociálně právních a trestně právních opatřeních.

Poskytuje informace o systému služeb sociální záchranné sítě pro oběti domácího násilí a trestných činů (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/domaci-nasili/dona-linka-nonstop-telefonicka-pomoc/>, cit. 9.8.2012).

Bližší popis služby odborné sociální poradenství, intervenční centra a telefonické krizové pomoci lze najít v příloze č. 10 této diplomové práce.

3.5.2 Navazující služby Bílého kruhu bezpečí

Bílý kruh bezpečí zajišťuje i navazující služby. Mezi ně patří Policie České republiky, krizová centra, praktičtí lékaři, občanské poradny, linky důvěry a intervenční centra.

Policie České republiky

Policie České republiky (Policie ČR) poskytne v rozsahu své působnosti pomoc každému, kdo se na ni obrátí. Policie nemá pravomoc a možnost vstupovat do soukromého života a řešit konflikty v rodinných vztazích, avšak zasáhne, dojde-li v rodině k protiprávnímu jednání vůči zájmům chráněným zákonem, to jsou zejména život a zdraví občanů, jejich práva a majetek.

Policie ČR přijme trestní oznámení na pachatele. Trestní oznámení může podat kdokoliv (oběť, svědek apod.), a to ústně nebo písemně, nejlépe na nejbližším obvodním oddělení Policie ČR. Policisté jsou vždy povinni přijmout oznámení případu a provést další služební úkony. Musí postupovat tak, aby oznamovateli nevznikla bezdůvodná újma a nebyla ohrožena jeho čest a lidská důstojnost. Podává-li občan oznámení na osobu

v příbuzenském poměru (nejčastěji manžela/ku), poučí ho policista o jeho právu dát souhlas k zahájení trestního stíhání. Popis podání trestního oznámení je uveden v příloze č. 11 diplomové práce.

Protiprávní jednání však nemusí být vždy trestným činem, může se jednat o přešupek, který pak policie předává k řešení jiným orgánům - obecní/obvodní úřady, magistráty statutárních měst (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Krizové centrum

Krizová pomoc je ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou situaci vlastními silami. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy (nebo pomoc při zajištění stravy), terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Praktičtí lékaři

V případech zranění či dlouhodobých zdravotních potíží zapříčiněných trestným činem by oběť vždy měla vyhledat lékařskou pomoc, nejlépe navštívit svého praktického lékaře. Při hovoru s lékařem je důležité uvést pravdu a netajit informace o skutečných příčinách potíží – není na místě chránit pachatele! Lékařskou zprávu je zapotřebí uschovat jako důkazní materiál pro případ trestního řízení či jiných úkonů. V případech, kdy je pachatelem trestného činu někdo z rodiny, je nutno ji uložit mimo společné bydliště v místě, kam pachatel nemá přístup - u příbuzných, spolupracovníků apod. (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Občanské poradny

Občanské poradny pomohou orientovat se v problémech s bydlením, rodiny a mezilidských vztahů, majetkových vztahů, pracovního práva, sociální pomoci, sociálních dávek, ochrany

spotřebitele, pojištění, finanční a rozpočtové problematiky, školství a vzdělávání a problematika EU (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Linky důvěry

Pro linku důvěry je charakteristické, že je snadno dostupná prostřednictvím telefonu. Linka důvěry umožňuje bezprostřední telefonický kontakt s klienty a kvalifikovanou pomoc klientům v tísni. Nabízená pomoc se netýká jen prvního kontaktu, platí po celou dobu krize a informuje i o možnostech následné péče. Pracovníci linek důvěry zachovávají klientům plnou anonymitu (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Intervenční centra

Intervenční centra zajišťují pomoc osobám ohroženým násilným chováním ze strany osob blízkých nebo žijících s nimi ve společném obydlí. Intervenční centra poskytují sociální, sociálně právní a psychologickou pomoc, v krizových situacích zprostředkují azylové ubytování. Pomoc intervenčních center je určena osobám ohroženým násilným chováním (psychickým a fyzickým týráním) v případech, kdy Policie ČR rozhodla o vykazání nebo zákazu vstupu násilné osoby ze společného obydlí a na základě vlastní žádosti ohrožené nebo jiné osoby bez podnětu Policie ČR (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Mezi navazující služby Bílého kruhu bezpečí dále patří městská policie, přestupková oddělení a přestupkové komise obecních úřadů, orgány sociálně právní ochrany dětí a manželská a předmanželská poradna. Všechny tyto služby jsou popsány v příloze č. 12 této diplomové práce.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je zaměřena na průzkum pomocí dotazníků, jehož cílem je zjistit výskyt kriminality páchané na seniorech a znalosti seniorů o této problematice.

4 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA PRŮZKUMU

Kapitola se zabývá popisem metody sběru dat, organizací a vzorkem průzkumu. Jsou zde uvedeny i výsledky s grafickým zpracováním a shrnutí výsledků průzkumu.

Inspirací k volbě tématu průzkumu byl profesionální zájem a zkušenosti s prací sociálního pracovníka a kazuistiky z odborné literatury, z nichž některé jsou uvedeny v příloze č. 2 této diplomové práce.

K volbě tématu přispěl také poznatek, že zkoumání kriminality, zejména násilí na seniorech je velmi citlivé téma a v podstatě nejsou známy žádné oficiální údaje o podobě násilí a pachatelích u této věkové kategorie. Společnost řeší otázky násilí na ženách a dětech, ale o seniorech se mlčí, i když právě ti jsou jednou z nejohroženějších skupin obyvatel. Není mnoho výzkumných zpráv, které by detailně analyzovaly tento negativní společenský jev (Vykopalová, 2002).

Reprezentativní výzkum k povědomí české veřejnosti o domácím násilí uskutečnila agentura STEM v roce 2001 pro Bílý kruh bezpečí. Výzkumem bylo zjištěno, že každý šestý občan ČR přiznává násilí ve svém partnerském vztahu a charakteristickým znakem domácího násilí v naší zemi je jeho dlouhodobost a převaha fyzického násilí, které je provázeno psychickým týráním. 71 % populace sdílí názor, že společnost nemůže domácí násilí tolerovat, protože jej rodina sama nevyřeší (Ševčík in Vykopalová, 2002).

4.1 Cíle průzkumu

Před samotným průzkumem jsme si stanovili hlavní cíl, dílčí cíle a k nim jsme zpracovali problémové otázky, na které bychom chtěli tímto průzkumem odpovědět.

Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit, zda se vyskytují trestné činy, týrání, zanedbávání a domácí násilí páchané na seniorech. Rovněž jsme se chtěli zaměřit na názory seniorů na tuto problematiku.

Dílčím cílem bylo zjistit:

- zda se senioři stali obětí kriminality a jaké dopady to na nich zanechalo.
- zda se senioři setkali v rodinném nebo institucionálním prostředí (ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení) s nějakou formou týrání, zanedbávání anebo s domácím násilím.
- zda senioři poté, co na nich byl spáchán trestný čin, vyhledali odbornou pomoc.
- jaký je názor seniorů na postoj společnosti k seniorské populaci.

Domnívali jsme se na základě dosavadních výzkumných údajů (Čírtková, 2007), že se většina seniorů setkala s kriminalitou a toto setkání ovlivnilo jejich další život. Mohlo u nich dojít ke změně chování a rozvinutí posttraumatického stresového syndromu, mezi jehož příznaky patří poruchy spánku a koncentrace, zvýšená podrážděnost, přetrvávající pocity ohrožení a nebezpečí. Výzkumné zprávy (Kalvach, 1997) také uvádí, že se většina seniorů setkala, ať už v rodinném nebo institucionálním prostředí, s nějakou formou týrání nebo zanedbávání anebo s domácím násilím alespoň ve skryté podobě a násilí se na nich dopustili i jiní lidé než rodinní příslušníci. Cizími lidmi mohli být zdravotničtí pracovníci, u nichž se rozvinul syndrom vyhoření. Problémem je, že o násilí senioři nechtějí hovořit na veřejnosti.

Odborná literatura (Čírtková, 2007) přináší poznatek, že většina seniorů poté, co na nich byl spáchán trestný čin, odbornou pomoc nevyhledala. Důvodem byl strach z pomsty

pachatelů nebo stud, zvláště když pachateli byli rodinní příslušníci a také to, že senioři nemají dostatek informací o tom, na koho a kam se mohou v tomto případě obrátit.

Také jsme očekávali na základě odborných studií (Vykopalová, 2002; Venglářová, 2007), že většina seniorů pokládá postoj společnosti k nim za negativní a chtějí, aby se jim věnovalo více pozornosti. Senioři jsou považováni za nejvíce ohroženou skupinu obyvatel.

4.2 Metoda průzkumu

Jako metoda průzkumu byl zvolen dotazník vzhledem k citlivosti tématu. Dotazník umožňuje respondentům odpovídat anonymně a nedochází tak k nežádoucímu ovlivnění působením osoby tazatele. Výhodou pro respondenty je, že si sami určí dobu, která jim vyhovuje pro zodpovězení otázek (Surynek, 2001). Důležitou roli také hraje anonymita při vyplňování dotazníků a ujištění, že veškeré vyplněné údaje budou použity jen pro účely průzkumu. Respondenty to vede k pravdivému a otevřenému odpovídání. Dotazník umožňuje poměrně snadnou kontrolu a rychlé zpracování dat. Dotazník se skládá z dotazníkových položek. Každá položka je složená z části otázkové a odpovědní.

Dotazník vytvořený pro účely této diplomové práce, jehož plné znění je součástí přílohy č. 16, obsahuje čtyřicet, převážně uzavřených otázek. V devatenácti otázkách je respondentům nabídnuta možnost otevřené odpovědi. Dotazník působí rozsáhlým dojmem, protože byl určen pro respondenty seniorského věku, u kterých předpokládáme zhoršený zrak a proto jsme zvolili v textu velikost písma 14. V otázce č. 23 jsme zdůraznili část textu podtržením, aby otázka byla pro respondenty přehlednější.

V úvodní části dotazníku se respondentům představujeme, seznamujeme je s účelem průzkumu a s použitím získaných závěrů. Ujišťujeme je rovněž o anonymitě a žádáme o pravdivé vyplnění dotazníku. Důležité je zde uvedení způsobu označení odpovědi zakroužkováním. Respondenty upozorňujeme, že u některých otázek je možné zakroužkovat více odpovědí anebo je zde prostor pro vyjádření jejich názorů a zkušeností. Na závěr respondentům děkujeme za čas, který věnovali vyplňování dotazníku a za jejich

názory. V případě, že by respondenti měli zájem o výsledky dotazníkového šetření, jsme uvedli kontaktní e-mail.

Vlastní část dotazníku se skládá z otázek a odpovědí. Otázky jsou zvýrazněny tučně a mezi jednotlivými odpověďmi jsou mezery pro snadnější orientaci. U otázek, kde respondenti mohou uvést více odpovědí, jsou na to upozorněni v závorce. V otevřených otázkách mají respondenti dostatečný prostor na odpověď anebo se v případě rozsáhlejší odpovědi mohou vyjádřit i na zadní stranu dotazníku.

4.3 Organizace a vzorek průzkumu

Průzkum byl proveden během října a listopadu 2012. Dotazník byl určen respondentům v seniorském věku, kteří dosáhli věkové hranice 60 let a více.

Oslovili jsme 80 seniorů s dotazem, zda se chtějí na průzkumu podílet, ale 20 z nich odmítlo. Celkový počet respondentů, který se zúčastnil průzkumu byl nakonec 60. Celkem jsme rozdali 60 dotazníků a z toho se nám vrátil plný počet. Návratnost dotazníků byla tedy 100 %.

Větší část dotazníků (35) byla předána respondentům žijícím v domácím prostředí a menší skupinu (25) tvořili respondenti pobývající ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízení služeb sociální péče (nemocnice, domov pro seniory, domov s pečovatelskou službou). Průzkum byl prováděn ve městě i na vesnici.

Jednotlivé dotazníky jsme respondentům předávali osobně s ústním vysvětlením cíle našeho průzkumu a nechali jsme jim týden na vyplnění dotazníku. Po uplynutí této doby jsme dotazníky od respondentů osobně přebrali. Byla jim nabídnuta pomoc při vyplňování dotazníků, ale o tuto pomoc mělo zájem jen minimum respondentů.

Výsledky průzkumu jsou zpracovány do tabulek četností. Pro názornost a přehlednost jsme vytvořili z těchto dat grafy k jednotlivým položkám v dotazníku. Údaje získané z volných odpovědí respondentů jsou shrnuty do slovního komentáře k příslušné položce. Seznamy tabulek a grafů jsou uvedeny v závěru diplomové práce.

5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V analýze výsledků průzkumu jsou prezentovány údaje o respondentech. Zjišťujeme, jaké mají zkušenosti s domácím násilím, týráním a zanedbáváním, zda se stali obětí kriminality a jaké následky to pro ně mělo. Senioři rovněž vyjadřují své názory na chování společnosti k seniorské populaci a nápady, které mohou preventivně zabránit násilí na seniorech.

5.1 Základní údaje o respondentech

Šetření bylo provedeno u respondentů seniorského věku, kteří dosáhli 60 let a více. Tato věková hranice byla zvolena podle klasifikace Světové zdravotnické organizace, která uvádí počátek raného stáří od 60 let. Tutéž hranici zmiňuje i Příhoda a počínající stáří označuje jako senescenci (Kozáková in Kozáková, Müller, 2006). Obecně se hranice stáří posouvá k věku 65 let v souvislosti s prodlužováním průměrného věku života a stárnutím populace, o čemž je zmiňováno v odborné literatuře (Mühlpachr, 2004).

Hned v první otázce dotazníku nás zajímalo pohlaví respondentů. Jak můžeme vidět v tabulce č. 1 a grafu č. 1, tak dotazníky vyplnilo 60 respondentů, z toho **37 % (22) mužů a 63 % (38) žen**. Převahu tvoří respondenti ženského pohlaví. Oslovili jsme stejný počet žen a mužů, ale ženy byly ochotnější spolupracovat a zabývat se vyplňováním dotazníků. Rovněž projevily větší zájem o problematiku a možné praktické využití získaných výsledků průzkumu. Výsledky šetření mohly být ovlivněny i tím, že ženy se dožívají vyššího věku než muži.

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Muži	22	37%
Ženy	38	63%
CELKEM	60	100%

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

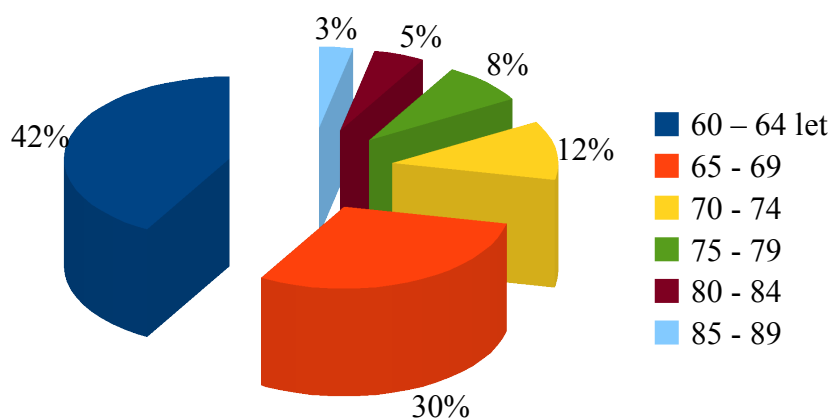


Také jsme zjišťovali **věk** a **rodinný stav** respondentů a odkud pocházejí. 42 % (25) respondentů bylo ve věku 60 až 64 let, 30 % (18) bylo starších 65 let a zbytek v rozmezí od 70 do 89 let. Nejvíce respondentů (50 %, 30) uvedlo, že žijí v manželství, 20 % (12) je rozvedených a 17 % (10) ovdovělých. 78 % (47) respondentů pochází z města. Uvedené údaje jsou přehledně uspořádány do tabulky č. 2, 3, a 4 a grafů č. 2, 3 a 4.

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
60 – 64 let	25	42%
65 - 69	18	30%
70 - 74	7	12%
75 - 79	5	8%
80 - 84	3	5%
85 - 89	2	3%
90 a více	0	0%
CELKEM	60	100%

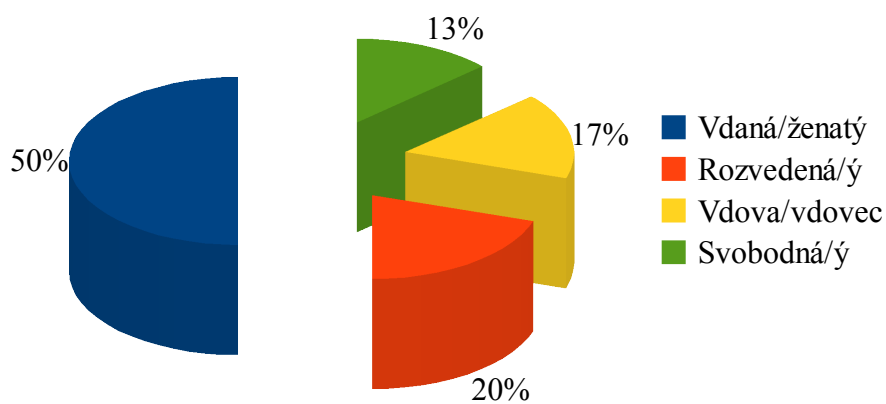
Graf č. 2: Věk respondentů



Tabulka č. 3: Rodinný stav respondentů

Rodinný stav respondentů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Vdaná/ženatý	30	50%
Rozvedená/ý	12	20%
Vdova/vdovec	10	17%
Svobodná/ý	8	13%
Jiný stav	0	0%
CELKEM	60	100%

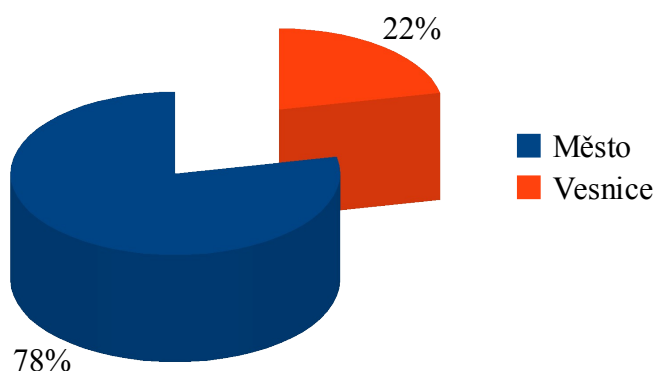
Graf č. 3: Rodinný stav respondentů



Tabulka č. 4: Místo původu respondentů

Místo původu respondentů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Město	47	78%
Vesnice	13	22%
CELKEM	60	100%

Graf č. 4: Místo původu respondentů



Osloveni byli lidé pobývající v domácím prostředí, v domově pro seniory, domově s pečovatelskou službou a v nemocnici. Na základě výzkumných zpráv (Křivohlavý, 1998; Kusínová, Novotná, 2002) jsme se domnívali, že v domácím prostředí a v sociálním a zdravotnickém zařízení jsou senioři ohroženi syndromem vyhoření, který se projevuje u pečujících osob. Nemusí jít jen o zdravotnické pracovníky, ale lze se s ním setkat i u rodinných příslušníků, kteří se v domácnosti starají o blízkou osobu nebo o těžce nemocného.

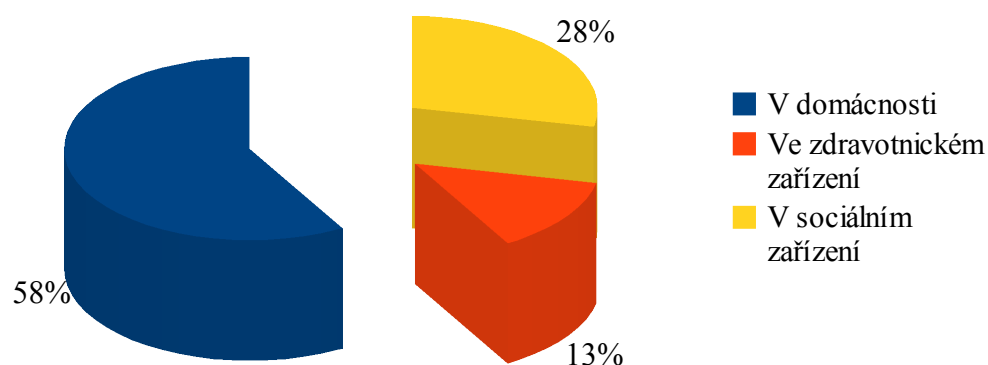
Zvolili jsme tyto možnosti i proto, že v těchto zařízeních je vysoké riziko, že se senioři mohou setkat s jinými negativními jevy na nich páchanými. Mezi ně dle Světové zdravotnické organizace, Kalvacha (1997) a Mühlpachra (2004) patří fyzické a psychické týrání, zanedbávání péče, zneužívání a nerespektování lidské důstojnosti. Jednou z jejich příčin může být i syndrom vyhoření.

Tabulka č. 5 a graf č. 5 ukazují, že **většina respondentů (58 %, 35) žije ve své domácnosti. 32 % (25) respondentů odpovědělo, že jsou uživateli domova pro seniory, domova s pečovatelskou službou nebo pobývají dlouhodobě v nemocnici.**

Tabulka č. 5: Pobyť respondentů

Pobyť respondentů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
V domácnosti	35	58%
Ve zdravotnickém zařízení	8	13%
V sociálním zařízení	17	29%
CELKEM	60	100%

Graf č. 5: Pobyť respondentů

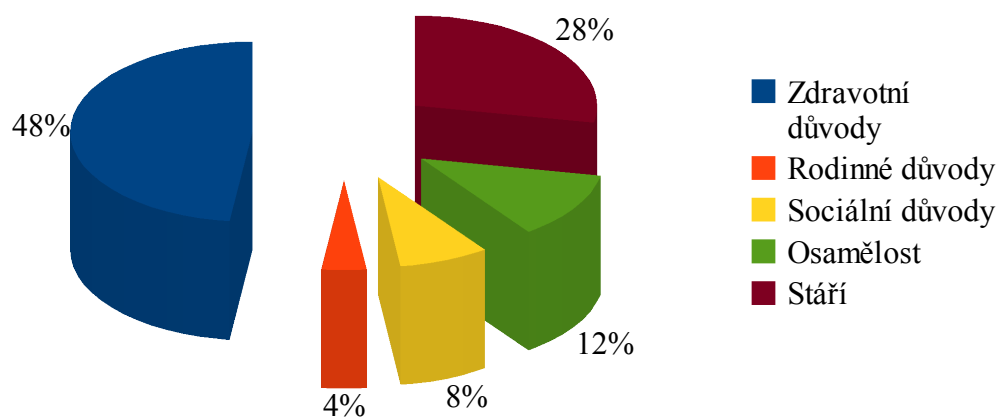


Jako **důvod příchodu** do zdravotnického nebo sociálního zařízení respondenti uváděli většinou **zdravotní důvody (48 %, 12)** nebo **stáří (28 %, 7)**. Naprostá převaha respondentů (60 %, 15) pobývá v zařízení **déle než 1 rok**. Četnosti odpovědí jsou v tabulce č. 6 a 7 a grafu č. 6 a 7.

Tabulka č. 6: Důvod příchodu do zařízení

Důvod příchodu do zařízení	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Zdravotní důvody	12	48%
Rodinné důvody	1	4%
Sociální důvody	2	8%
Osamělost	3	12%
Stáří	7	28%
CELKEM	25	100%

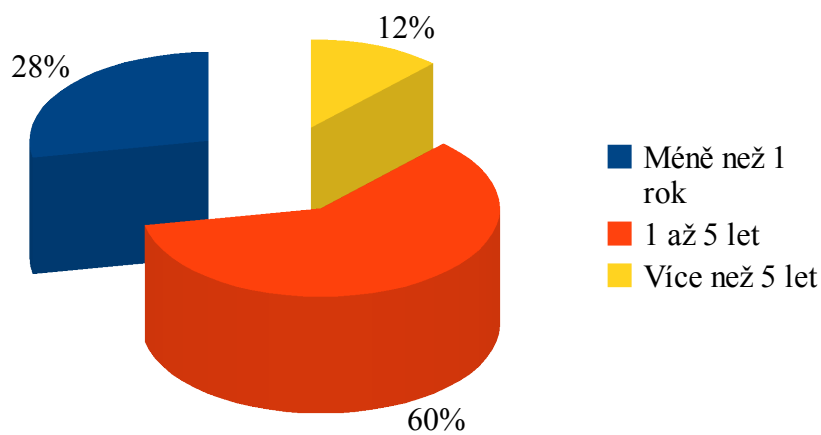
Graf č. 6: Důvod příchodu do zařízení



Tabulka č. 7: Délka pobytu v zařízení

Délka pobytu v zařízení	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Méně než 1 rok	7	28%
1 až 5 let	15	60%
Více než 5 let	3	12%
CELKEM	25	100%

Graf č. 7: Délka pobytu v zařízení

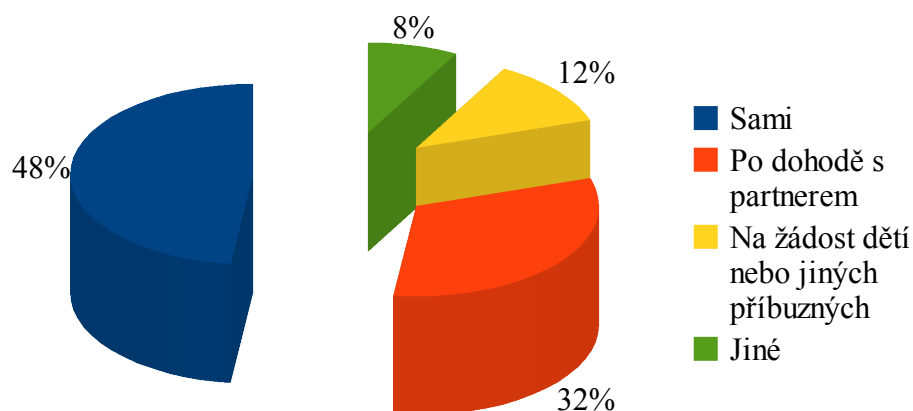


Rozhodnutí k odchodu do zařízení učinili v **48 % (12)** sami nebo **po dohodě s partnerem (32 %, 8)**. **76 % (19)** respondentů by se **nechtělo vrátit** do svého původního bydliště. Vyrovnaný počet respondentů uvedl, že si na život v zařízení **zvykal půl roku (28 %, 7) až rok (24 %, 6)** a **24 % (6)** si dosud na pobyt v zařízení **nezvyklo**. Jednotlivé četnosti odpovědí respondentů můžeme vidět v tabulce č. 8 a 9 a v grafech č. 8 a 9.

Tabulka č. 8: Rozhodnutí k odchodu do zařízení

Rozhodnutí k odchodu do zařízení	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Sami	12	48%
Po dohodě s partnerem	8	32%
Na žádost dětí nebo jiných příbuzných	3	12%
Jiné	2	8%
CELKEM	25	100%

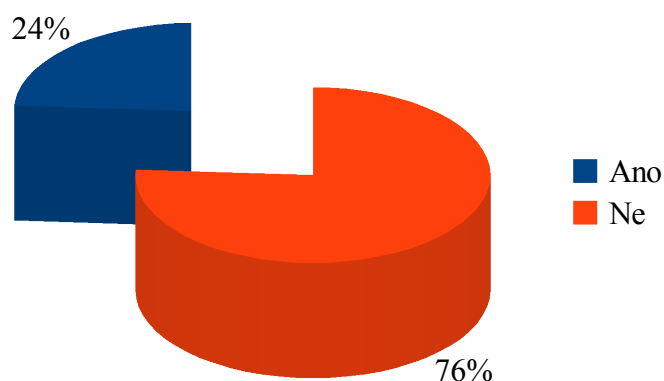
Graf č. 8: Rozhodnutí k odchodu do zařízení



Tabulka č. 9: Návrat do původního bydliště

Návrat do původního bydliště	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	6	24%
Ne	19	76%
CELKEM	25	100%

Graf č. 9: Návrat do původního bydliště

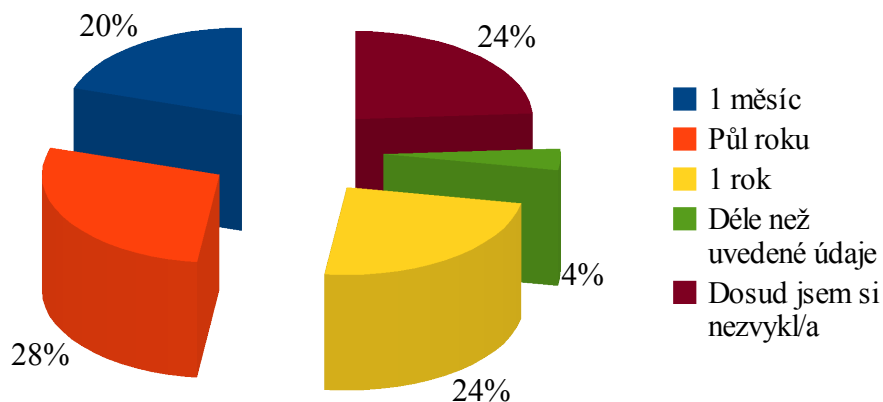


Vyrovnaný počet respondentů uvedl, že si na život v zařízení **zvykal půl roku (28 %, 7) až rok (24 %, 6)** a **24 % (6)** si dosud na pobyt v zařízení **nezvyklo** (tabulka č. 10 a graf č. 10).

Tabulka č. 10: Zvykání si na život v zařízení

Zvykání si na život v zařízení	Absolutní četnost	Četnost v procentech
1 týden	0	0%
1 měsíc	5	20%
Půl roku	7	28%
1 rok	6	24%
Déle než uvedené údaje	1	4%
Dosud jsem si nezvykl/a	6	24%
CELKEM	25	100%

Graf č. 10: Zvykání si na život v zařízení

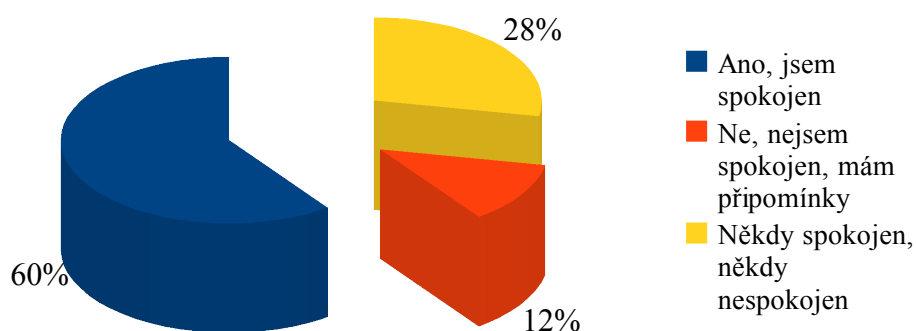


Jak přináší výsledky šetření v tabulce č. 11, 12 a 13 a grafu č. 11, 12 a 13, tak převaha respondentů (**60 %**, 15) uvedla, že je se životem ve zdravotnickém a sociálním zařízení **spokojena** a 28 % (7) je někdy spokojeno a někdy nespokojeno. 12 % (3) respondentů odpovědělo, že **nejsou spokojeni** a mají **připomínky**, které se týkají stravy, spolubydlících nebo chování personálu. Nejčastěji respondenti **vzpomínají na rodinu** (36 %, 9), **mládí** (24 %, 6) a na **přátele** (20 %, 5).

Tabulka č. 11: Spokojenost se životem v zařízení

Spokojenost se životem v zařízení	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano, jsem spokojen	15	60%
Ne, nejsem spokojen, mám připomínky	3	12%
Někdy spokojen, někdy nespokojen	7	28%
CELKEM	25	100%

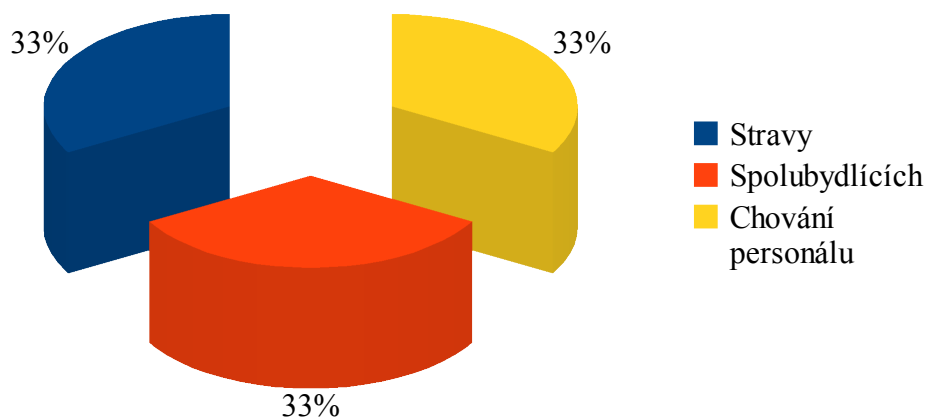
Graf č. 11: Spokojenost se životem v zařízení



Tabulka č. 12: Nespokojenost v zařízení a připomínky

Nespokojenost v zařízení a připomínky týkající se	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Stravy	1	33%
Spolubydlících	1	33%
Chování personálu	1	33%
Poskytování služeb	0	0%
Volnočasových aktivit	0	0%
Jiné	0	0%
CELKEM	3	100%

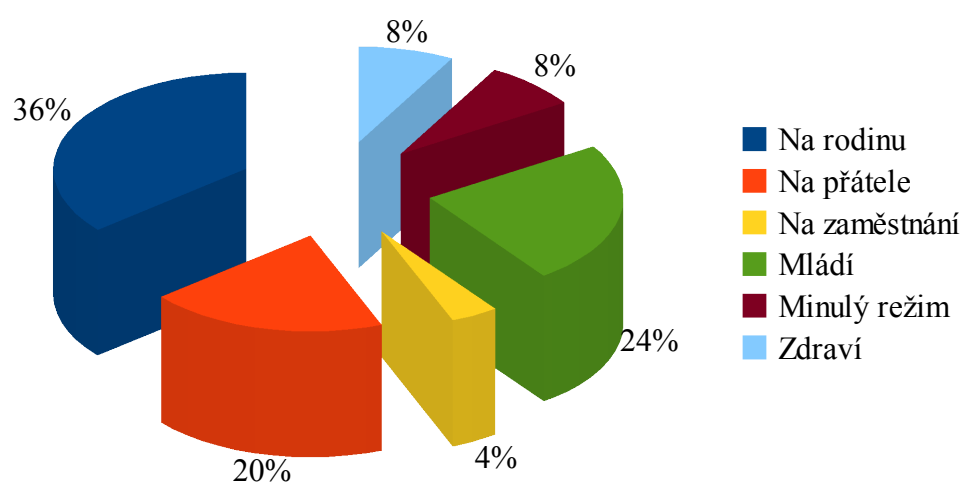
Graf č. 12: Nespokojenost v zařízení a připomínky



Tabulka č. 13: Vzpomínky seniorů

Vzpomínky seniorů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Na rodinu	9	36%
Na přátele	5	20%
Na zaměstnání	1	4%
Mládí	6	24%
Minulý režim	2	8%
Zdraví	2	8%
Jiné	0	0%
CELKEM	25	100%

Graf č. 13: Vzpomínky seniorů



Získané výsledky šetření v této části dotazníku odpovídají údajům uvedeným v odborné literatuře (Vykopalová, 2002). Zejména se potvrdilo, že nejčastějším důvodem příchodu do institucionálního zařízení jsou zdravotní důvody anebo stáří. Potěšující je, že většina respondentů je s pobytem v takovém zařízení spokojena a nemá žádné připomínky.

5.2 Zkušenosti seniorů s násilím a kriminalitou

V této části dotazníku jsme zjišťovali, zda se senioři stali obětí trestného činu. Zvláště ohroženou skupinou jsou senioři trpící tělesným onemocněním nebo duševní poruchou. Odborná literatura (Kalvach, 1997; Mühlpachr, 2004) uvádí, že u seniorů se setkáváme zejména s psychickým a fyzickým násilím, časté je i finanční a majetkové zneužívání. Převažují pachatele z okruhu rodiny.

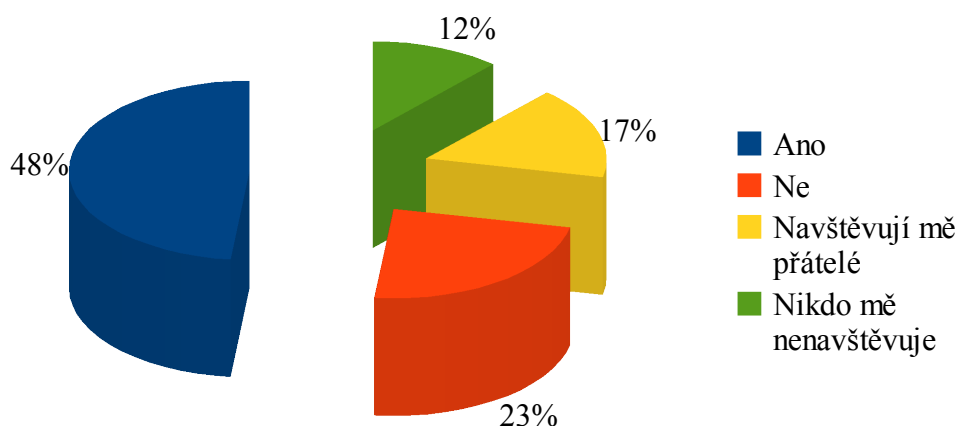
Protože nejpočetnější skupinou, která je ohrožována kriminalitou tvoří osamělí senioři, tak jsme se snažili zjistit, zda respondenti udržují či neudržují kontakty s rodinou a přáteli.

48 % (29) respondentů odpovědělo, že je **příbuzní pravidelně navštěvují**. **23 % (14)** uvedlo **nepravidelné návštěvy**, **17 % (10)** **navštěvují přátelé**. **12 % (7)** respondentů uvádí, že je **nikdo nenavštěvuje**. To je závažné zjištění, protože osamělí senioři jsou mnohem více ohroženi negativními jevy. Četnosti jsou uvedeny v tabulce č. 14 a grafu č. 14.

Tabulka č. 14: Návštěvy příbuzných

Návštěvy příbuzných	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	29	48%
Ne	14	23%
Navštěvují mě přátelé	10	17%
Nikdo mě nenavštěvuje	7	12%
CELKEM	60	100%

Graf č. 14: Návštěvy příbuzných



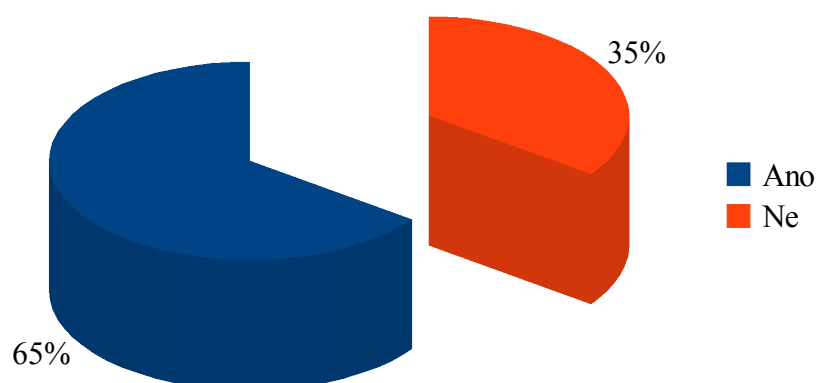
35 % (21) respondentů vnímá **péči a zájem příbuzných za nedostatečný a nepřiměřený**. Opak uvedlo 65 % (39) respondentů. Četnosti jsou uspořádány v tabulce č. 15 a grafu č. 15.

Zjištěné údaje jsou velmi subjektivní. Senioři mohou pociťovat péči a zájem jako nedostatečný a požadovat častější návštěvy příbuzných, ale pečující osoby to mohou vnímat jinak. Často by i chtěli být se seniory delší dobu, ale zaměstnání a rodina jim to neumožňuje. Nemohou si dovolit z finančních důvodů odejít ze zaměstnání a pečovat o seniora 24 hodin denně. Existuje sice příspěvek na péči, ale na nejvyšší IV. stupeň, u kterého náleží 12 000 Kč, dosáhne jen malá část seniorů. Proto se senioři často cítí osamělí a mají pocit, že jsou rodině na obtíž.

Tabulka č. 15: Péče a zájem příbuzných

Péče a zájem příbuzných	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	39	65%
Ne	21	35%
CELKEM	60	100%

Graf č. 15: Péče a zájem příbuzných



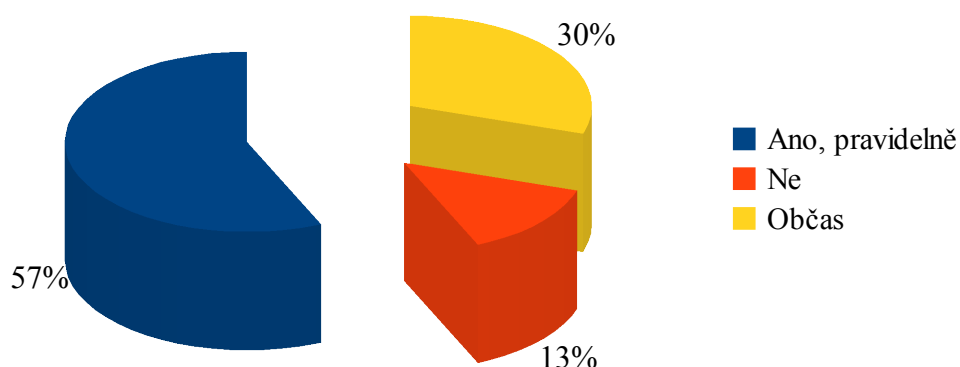
Na otázku o finanční výpomoci **57 % (34)** respondentů uvedlo, že **pravidelně finančně vypomáhá svým příbuzným**, **30 % (18)** jen **občas** a **13 % (8)** **nevypomáhá** (tabulka č. 16 a graf č. 16).

Z odborné literatury (Kalvach, 1997) by se dalo předpokládat, že většina seniorů finančně vypomáhá svým rodinám, neboť v naší společnosti je vžitý model, že rodiče jsou zodpovědní za finanční situaci svých dětí, i v jejich dospělosti. V mnoha rodinách je finanční výpomoc ze strany rodičů považována za zcela běžnou.

Tabulka č. 16: Finanční výpomoc příbuzným

Finanční výpomoc příbuzným	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano, pravidelně	34	57%
Ne	8	13%
Občas	18	30%
CELKEM	60	100%

Graf č. 16: Finanční výpomoc příbuzným



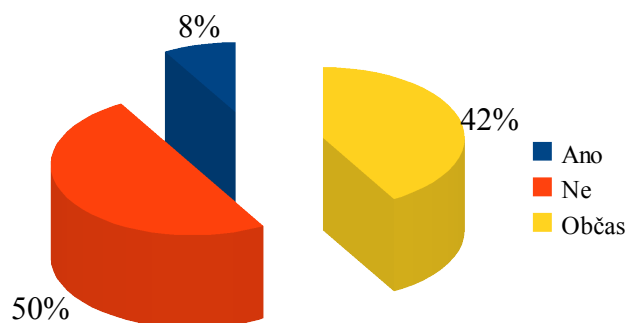
Pouze **8 % (5)** respondentů označilo, že **mívá konflikty s příbuznými**. Nejčastěji se konflikty týkají výchovy vnoučat nebo finančních a majetkových záležitostí. Převaha respondentů (**50 %, 30**) **nemívá žádné konflikty** s příbuznými a 42 % (25) jen občasné (tabulka č. 17 a graf č. 17).

V odborné literatuře (Kalvach, 1997; Mühlpachr, 2004) se můžeme setkat s případy, kdy dochází k finančnímu a materiálnímu zneužívání, což je vedle psychického násilí druhou nejčastější formou zneužívání seniorů. Často jde o přivlastňování si důchodu nebo její části, vynucování změn v závěti anebo zastrasování a nátlak ohledně přenechání majetku. K nejvíce závažným problémům se řadí „obchodování“ s byty seniorů. Proto je překvapující a potěšující, že polovina respondentů uvedla, že nemívá žádné konflikty s příbuznými.

Tabulka č. 17: Konflikty seniorů s příbuznými

Konflikty seniorů s příbuznými	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	5	8%
Ne	30	50%
Občas	25	42%
CELKEM	60	100%

Graf č. 17: Konflikty seniorů s příbuznými

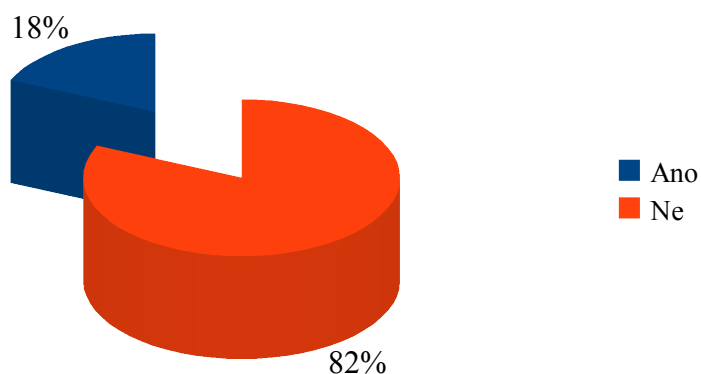


18% (11) respondentů uvedlo, že **cizí lidé se k nim chovají lépe než příbuzní**. Naprostá většina respondentů (82 %, 49) zodpověděla opak. **Cizí lidé se k nim nechovají lépe než jejich příbuzní** (tabulka č. 18 a graf č. 18).

Tabulka č. 18: Chování cizích lidí k seniorům

Chování cizích lidí k seniorům	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	11	18%
Ne	49	82%
CELKEM	60	100%

Graf č. 18: Chování cizích lidí k seniorům

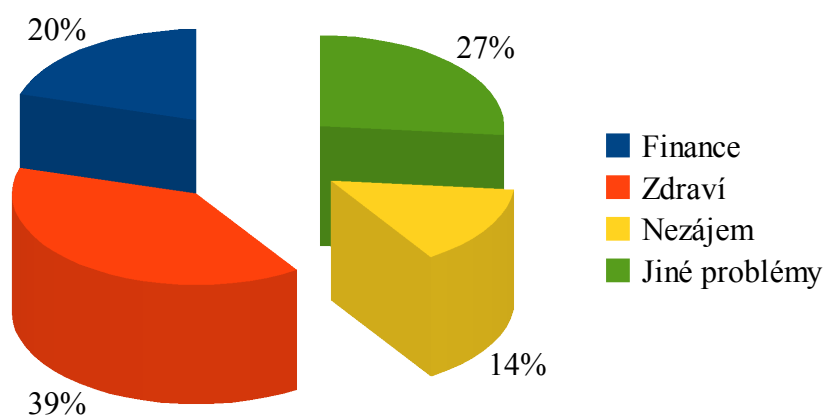


Za **největší problém** v životě seniorů respondenti považují **zdraví (39 %, 19)**. Jako další problémy uváděli nespokojenost se společenskou a politickou situací, nezaměstnanost, obavy z budoucnosti a starost o děti a vnoučata. **Problémy s financemi** uvedlo **20 % (10)** respondentů a **nezájem dětí, vnoučat a jiných příbuzných 14 % (7)** respondentů (tabulka č. 19 a graf č. 19).

Tabulka č. 19: Největší problém v životě seniorů

Největší problém v životě seniorů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Finance	10	20%
Zdraví	19	39%
Nezájem	7	14%
Jiné problémy	13	27%
CELKEM	60	100%

Graf č. 19: Největší problém v životě seniorů



Jak přináší výsledky šetření uvedené v tabulce č. 20 a grafu č. 20, tak **22 % (13)** **respondentů** zažilo ve svém životě **partnerské násilí**. Respondenti nejčastěji popisovali, že je partner urážel, vulgárně jim nadával, některé z nich uhodil (pod vlivem alkoholu) nebo ponižoval. Některým respondentům bylo vyhrožováno odchodem z domova,

rozvodem nebo sebevraždou. Bylo jim zakazováno navštěvovat určité osoby nebo místa. V případě odchodu z místa bydliště museli hlásit, ke komu jdou a kdy se vrátí. Některým bylo vyčítáno, že zbytečně utrácí mnoho peněz a proto jim byly peníze přidělovány.

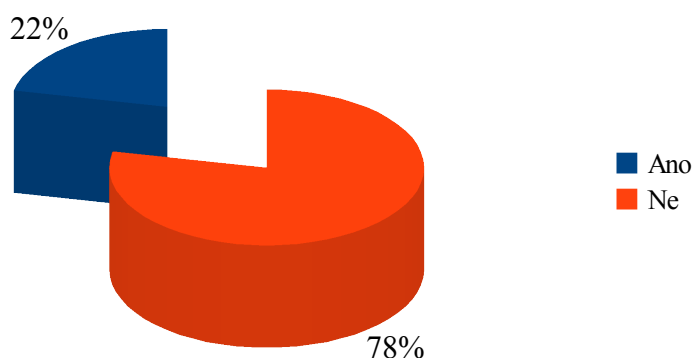
Jedna respondentka vypověděla, že ji manžel ve vzteku rozbil porcelánový jídelní servis po mamince, což nesla psychicky velice špatně. Jiné respondentce manžel zničil fotografie a obrázky, ke kterým měla citový vztah. Na obou respondentkách bylo vidět, že i když se to stalo už před mnoha lety, tak se se ztrátou ještě zcela nevyrovnaly a psychicky je to hodně zasáhlo.

Výzkumem z roku 2001 bylo zjištěno, že každý šestý občan v České republice přiznává násilí ve svém partnerském vztahu, ve kterém převažuje fyzické násilí provázené psychickým týráním (Ševčík in Vykopalová, 2002). Každé fyzické domácí násilí zasahuje oběť i po psychické stránce, protože se musí vyrovnávat s tím, že jí ubližuje blízká osoba.

Tabulka č. 20: Partnerské násilí u seniorů

Partnerské násilí u seniorů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	13	22%
Ne	47	78%
CELKEM	60	100%

Graf č. 20: Partnerské násilí u seniorů



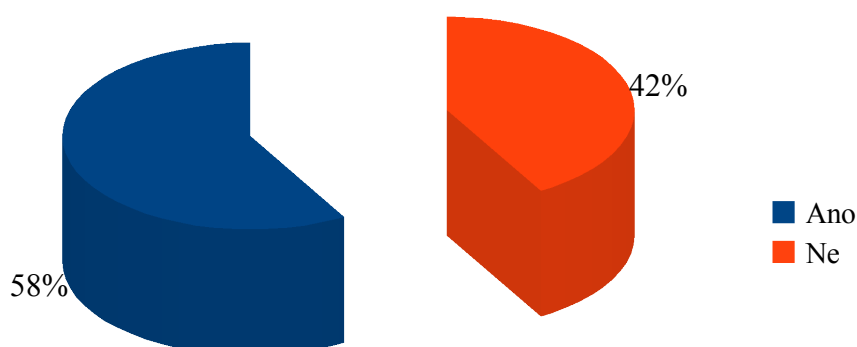
Na **58 % (35) respondentů se v seniorském věku dopustili cizí lidé násilí**. Nejčastěji šlo o nadávky, strkání v supermarketu nebo v dopravních prostředcích (tabulka č. 21 a graf č. 21).

Zjištěné výsledky mohou být opět subjektivní. Může jít jen o pocit seniorů, že šlo o násilí. Je rozdíl, když do seniora v dopravním prostředku záměrně někdo vrazí anebo když do něho strčí z nedostatku místa. Neúmyslné šlápnutí na nohu nebo uhození se nedá hodnotit jako násilí.

Tabulka č. 21: Násilí v seniorském věku

Násilí v seniorském věku	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	35	58%
Ne	25	42%
CELKEM	60	100%

Graf č. 21: Násilí v seniorském věku



Pachateli násilí byli dle respondentů nejčastěji **neznámé osoby (37 %, 22)**, dále **partner (22 %, 13)**, **personál zdravotnického nebo sociálního zařízení (17 %, 10)**, **jiní lidé (10 %, 6)** – na ulici, v dopravním prostředku a v obchodech. Nejmenší počet pachatelů uváděli respondenti mezi dětmi, příbuznými a sousedy (tabulka č. 22 a graf č. 22).

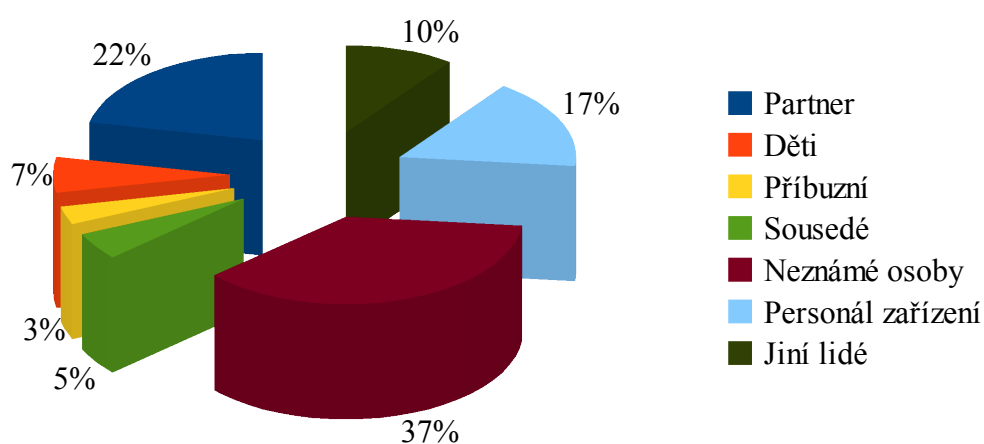
Senioři popsali, že vlivem násilí u nich došlo ke **změnám chování**. Měli strach vycházet z domu, obávali se neznámých lidí, objevila se u nich nespavost a noční můry, nervozita a deprese. U některých seniorů došlo i k celkovému zhoršení zdravotního stavu tak, že museli vyhledat lékařskou pomoc a zvýšit užívání léků.

Tyto výsledky se daly předpokládat, protože odborná literatura (Čírtková, 2007) uvádí, že až u 60 % osob, které se staly obětí násilí nebo trestného činu, došlo ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. U žen je riziko výskytu této poruchy dvojnásobné ve srovnání s muži. Ženy jsou zranitelnější a častěji se stávají obětí domácího násilí. Velkou roli při vzniku posttraumatické poruchy hraje psychický a zdravotní stav jedince. Ohroženi jsou lidé, kteří žijí osamocně a bez přátel.

Tabulka č. 22: Pachatelé násilí

Pachatelé násilí	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Partner	13	22%
Děti	4	7%
Příbuzní	2	3%
Sousedé	3	5%
Neznámé osoby	22	37%
Personál zařízení	10	17%
Jiní lidé	6	10%
CELKEM	60	100%

Graf č. 22: Pachatelé násilí



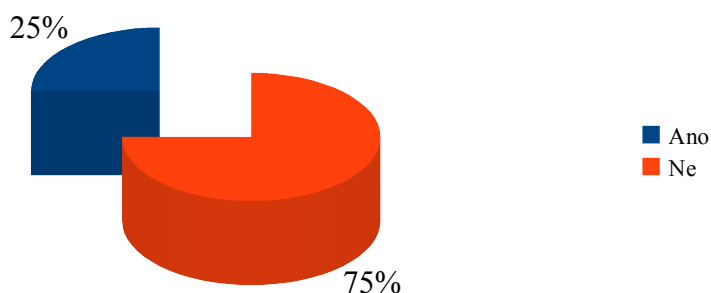
75 % (45) respondentů **násilné chování neoznámilo**. Nejčastějším důvodem neoznámení byl **strach (58 %, 35)** z pomsty pachatele, dále **stud (17 %, 10)** a **nedostatek informací**, kde hledat pomoc **(15 %, 9)**. Mezi další důvody (10 %, 6) neoznámení respondenti uvedli obavy z reakcí veřejnosti, přátel, rodiny, sousedů..., obavy z medializace apod. (tabulka č. 23, 24 a graf č. 23, 24).

Závažným zjištěním je, že velká část respondentů násilné chování nikomu neoznámila ze strachu. Nejčastějším důvodem neoznámení kriminality zmiňovaným v odborné literatuře (Čírtková, 2007) bývá obava ze sekundární viktimizace. K té přispívají zejména policejní orgány, které např. volí nevhodné místo výslechu, nezajistí oddělení oběti od pachatele, neprojevují zájem o bezpečí a důstojnost oběti nebo i rozmlouvají podání trestního oznámení. Sekundární viktimizace je značně vysoká u domácího násilí a sexuálních deliktů. Proto by tento zjištěný údaj měl být výzvou pro policejní orgány, aby se zaměřily na zlepšení svého přístupu k obětem trestných činů. Policejní orgány by měly spolupracovat s psychology, kteří by řádně proškolili policisty v tom, jak správně přistupovat a komunikovat s oběťmi trestných činů nejen seniorského věku.

Tabulka č. 23: Oznámení násilí

Oznámení násilí	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	15	25%
Ne	45	75%
CELKEM	60	100%

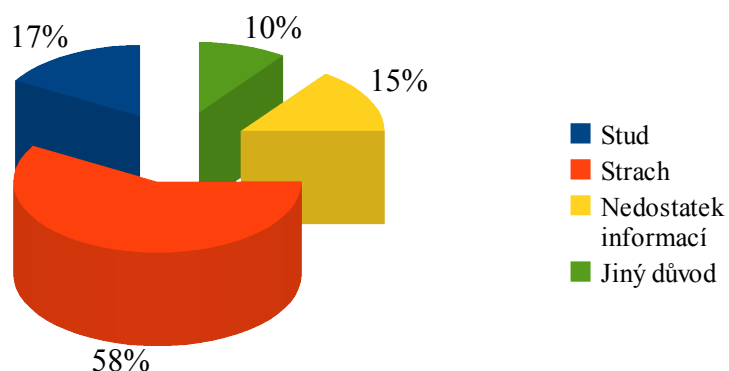
Graf č. 23: Oznámení násilí



Tabulka č. 24: Důvod neoznámení násilí

Důvod neoznámení násilí	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Stud	10	17%
Strach	35	58%
Nedostatek informací	9	15%
Jiný důvod	6	10%
CELKEM	60	100%

Graf č. 24: Důvod neoznámení násilí

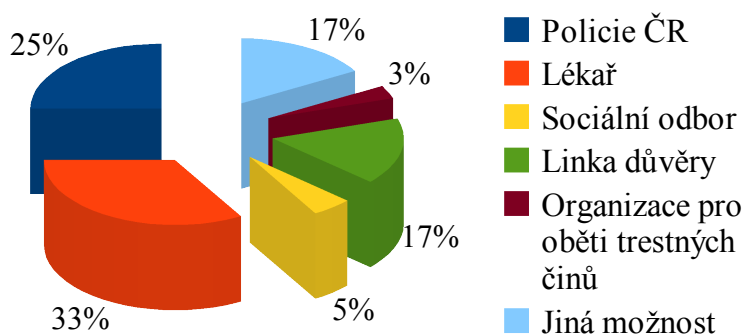


O **pomoc** by respondenti žádali nejčastěji **svého lékaře (34 %, 20)**, protože mu důvěřují a věří, že neporuší lékařské tajemství. Dále by žádali **policii (25 %, 15)** a **17 % (10)** respondentů by se obrátilo na **linku důvěry**. 17 % (10) respondentů zvolilo jako jinou možnost svěřeni se rodinným příslušníkům nebo přátelům. Pouze 3 % (2) respondentů označilo, že by požádalo o pomoc organizaci pro oběti trestných činů (tabulka č. 25 a graf č. 25).

Tabulka č. 25: Žádosti o pomoc

Žádosti o pomoc	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Policie ČR	15	25%
Lékař	20	33%
Sociální odbor	3	5%
Linka důvěry	10	17%
Organizace pro oběti trestných činů	2	3%
Jiná možnost	10	17%
CELKEM	60	100%

Graf č. 25: Žádosti o pomoc



80 % (48) respondentů se stalo **obětí kriminality**. Nejčastěji byli okradeni různými podomními prodejci, kteří nepozorovaně vnikli do bytu a odcizili seniorům jejich úspory nebo jiný majetek anebo ke krádeži došlo v obchodě nebo v dopravním prostředku. Respondenti se často rovněž zmiňovali i o různých předváděcích akcích, na kterých byli přinuceni podepsat nevýhodné smlouvy (tabulka č. 26 a graf č. 26).

Velká část respondentů tuto otázku komentovala tak, že v televizi nebo v novinách sledovala reportáže o podvedených seniorech, ale nepřipouštěla si, že by se to mohlo přihodit i jim.

Respondentka (78 let, vdova, žijící sama v domácnosti) vypověděla: „Byla jsem dopoledne sama doma. Když zazvonily dvě ženy a požádaly mě o papír a tužku. Chtěly zanechat vzkaz sousedům, ke kterým šly na návštěvu, ale oni nebyli doma. Ženy vypadaly slušně, tak jsem jim vyhověla. Nechala jsem pootevřené dveře, ony čekaly venku. Chvilí to trvalo než jsem našla kus papíru a propisku. Ženy napsaly vzkaz, poděkovaly a odešly. To, že se mi ztratily peníze z důchodu, které jsem měla uloženy v kuchyni, jsem zjistila až večer. I když jsem

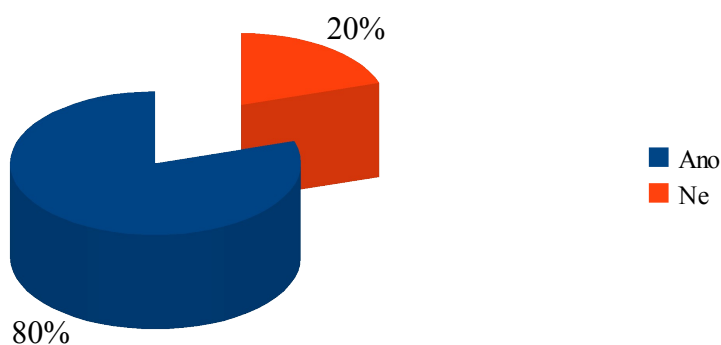
se styděla, tak jsem zavolala synovi a ten to všechno oznámil na policii. Bohužel jsem nemohla dobře popsat, jak ty ženy vypadaly, protože špatně vidím a když přišly, tak jsem neměla brýle. Byla jsem z toho všeho velmi rozrušená, v noci jsem nemohla spát a stále jsem si vyčítala, že jsem byla neopatrná a naletěla podvodnicím. Jen pár dnů před tím než se to stalo, v televizi varovali, aby senioři nepouštěli neznámé osoby k sobě do bytu, ale to jsem nemohla vědět, že se to brzy stane i mě“.

Rozšířeným jevem jsou v současnosti předváděcí akce konané na různých zájezdech. Prodejci často seniory lákají na různé výhry, které jsou podmíněny nákupem předraženého zboží. Senior je rozrušen radostí z výhry a je schopen podepsat prodejci jakoukoliv kupní i úvěrovou smlouvu. Smlouvy bývají často psány drobným písmem, které má senior problém přečíst. Pokud senior s podpisem nebo koupí váhá, tak se prodejci začnou chovat hrubě a agresivně. Po podpisu smlouvy je obvykle velice obtížné od ní odstoupit a senioři tak mohou přijít o vysoké částky peněz. V případě spotřebitelských úvěrů se vystavují riziku vysokých sankcí za sebemenší zpoždění se splátkou. K tomu navíc sdělené osobní údaje ve smlouvách mohou být zneužity.

Tabulka č. 26: Oběti kriminality

Oběti kriminality	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	48	80%
Ne	12	20%
CELKEM	60	100%

Graf č. 26: Oběti kriminality

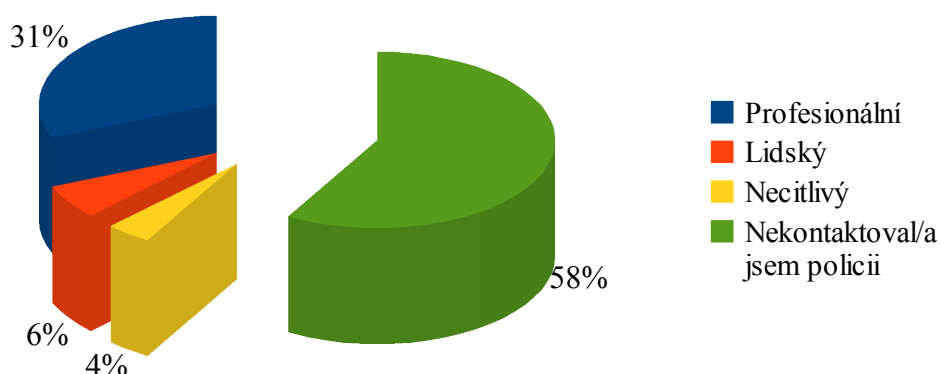


Přístup policie při vyšetřování označilo **31 % (15)** respondentů jako **profesionální**, ale zajímavý poznatek je, že většina respondentů (**57 %, 28**) poté, co se stala obětí kriminality **nekontaktovala policii** (tabulka č. 27 a graf č. 27).

Tabulka č. 27: Přístup policie

Přístup policie	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Profesionální	15	31%
Lidský	3	6%
Necitlivý	2	4%
Jiný	0	0%
Nekontaktoval/a jsem policii	28	58%
CELKEM	48	100%

Graf č. 27: Přístup policie



Důvodem nekontaktovalí policie může být obava ze sekundární viktimizace, z medializace, z negativní reakce rodiny, známých, přátel, sousedů a širšího okolí. Roli hraje rovněž obava z dlouhého policejního vyšetřování a soudního řízení, které se může protahovat i několik let a pachatelé mohou nakonec zůstat i bez trestu. Navíc jsou soudní výlohy pro seniory velice nákladné.

5.3 Dopady kriminality na seniory

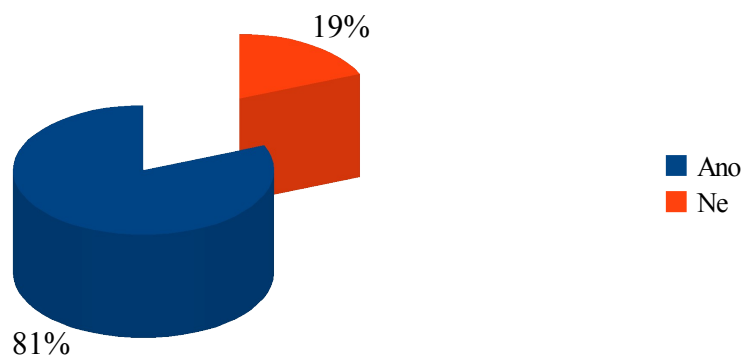
U **81 % (39) respondentů** došlo poté, co se stali obětí kriminality ke **změně chování**. Nejčastěji označili, že u nich došlo k **poruchám spánku (17 %, 38)**, k vyvolání **pocitů strachu, napětí, viny a zloby (15 %, 32)**, stali se **zvýšeně podrážděnými (13 %, 29)**, dále se **změnila jejich nálada (13 %, 28)**, dostavily se **poruchy soustředění (12 %, 27)**, začali se **vyhýbat místům nebo situacím**, v nichž došlo ke spáchání trestného činu (**10 %, 22**), narostly u nich **pocity ohrožení a nebezpečí (9 %, 19)**, **ztratili zájem o činnosti dříve oblíbené (6 %, 13)** a **omezili své sociální kontakty (5 %, 11)**. Výsledky můžeme vidět v tabulce č. 28 a č. 29 a grafu č. 28 a č. 29.

Těmito výsledky se potvrdily poznatky z odborné literatury (Čírtková, 2007; Čírtková, 2008). Oběť znovuprožívá traumatickou událost, nápadně se vyhýbá podnětům souvisejícím s traumatickou událostí a přetrvává u ní zvýšená aktivační hladina (problémy se spánkem, podrážděnost, poruchy koncentrace...).

Tabulka č. 28: Změna chování

Změna chování	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	39	81%
Ne	9	19%
CELKEM	48	100%

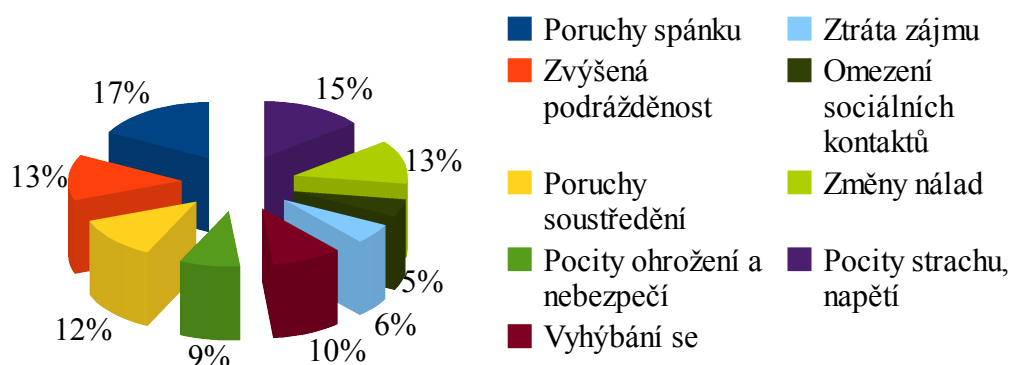
Graf č. 28: Změna chování



Tabulka č. 29: Možnosti změn chování

Možnosti změn chování	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Poruchy spánku	38	17%
Zvýšená podrážděnost	29	13%
Poruchy soustředění	27	12%
Pocity ohrožení a nebezpečí	19	9%
Vyhýbání se	22	10%
Ztráta zájmu	13	6%
Omezení sociálních kontaktů	11	5%
Změny nálad	28	13%
Pocity strachu, napětí	32	15%
Jiné	0	0%
CELKEM	48	100%

Graf č. 29: Možnosti změn chování

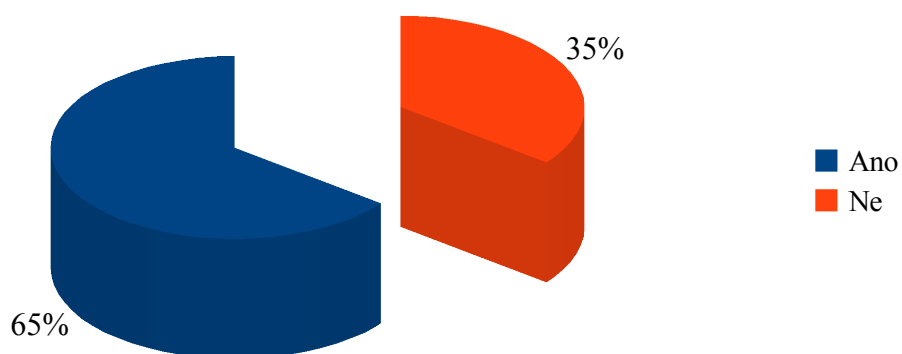


65 % (31) respondentů poté, co se stali obětí trestného činu **vyhledalo odbornou pomoc**. Nejčastěji šlo o pomoc **lékaře (55 %, 17)** a **psychologa (39 %, 12)**. **Organizaci pro oběti trestných činů** vyhledalo jen **6 % (2)** respondentů, což může být způsobeno nedostatkem informací o těchto organizacích (tabulka č. 30 a 31 a graf č. 30 a 31).

Tabulka č. 30: Vyhledání odborné pomoci

Vyhledání odborné pomoci	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	31	65%
Ne	17	35%
CELKEM	48	100%

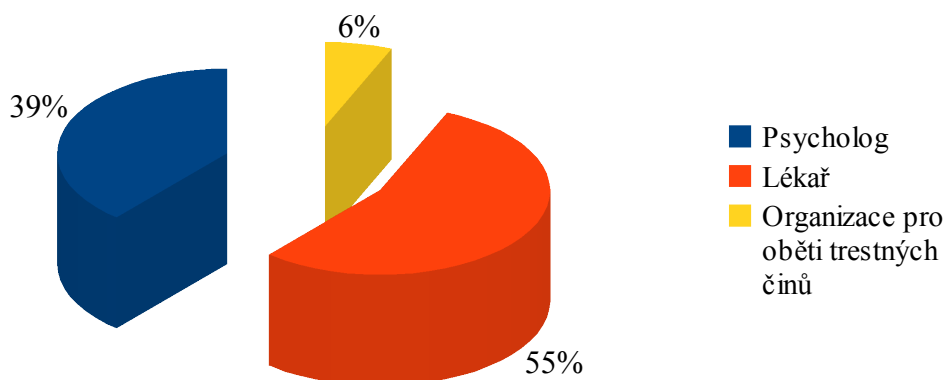
Graf č. 30: Vyhledání odborné pomoci



Tabulka č. 31: Možnost odborné pomoci

Možnost odborné pomoci	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Psycholog	12	39%
Lékař	17	55%
Organizace pro oběti trestných činů	2	6%
Jiné	0	0%
CELKEM	31	100%

Graf č. 31: Možnost odborné pomoci



Zajímavým zjištěním je, že poměrně hodně respondentů uvedlo, že vyhledali pomoc psychologa. U osob seniorského věku je ještě stále návštěva psychologa vnímána spíše negativně. Převažuje názor, že jeho služby jsou určeny převážně pro duševně nemocné. Tento názor může být ovlivněn i nedostatečnou informovaností o rozdílu mezi psychologem a psychiatrem.

Z výsledků průzkumu spíše vyznívá, že respondenti jako prvního navštívili svého praktického lékaře, svěřili se mu se svými problémy a lékař jim předepsal léky např. na uklidnění nebo na spaní a doporučil jim návštěvu psychologa.

5.4 Názory respondentů k násilí na seniorech

Naprostá většina respondentů (88 %, 53) sdílí názor, že **senioři patří k nejvíce ohroženým skupinám obyvatel**. Téměř všichni respondenti (95 %, 57) vnímají **postoj společnosti k seniorům jako negativní** (tabulka č. 32 a 33, graf č. 32 a 33).

Odborné výzkumy (Venglářová in Čírtková, 2007) uvádí, že mezi nejčastější trestné činy páchané na seniorech patří krádeže, podvody, vydírání a úmyslné ublížení na zdraví. Zvláště ohroženou skupinou jsou tělesně nemocní či postižení senioři anebo senioři trpící duševní poruchou. Odhaduje se, že 3 – 5 % seniorů v České republice trpí nějakou z forem

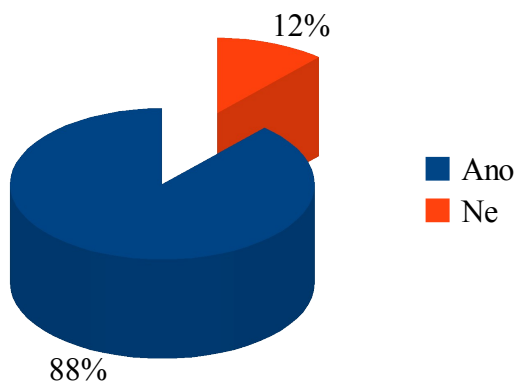
špatného zacházení. Tyto údaje jsou pouze přibližné. Většinou jde o data získaná od organizací, která se zabývají pomocí seniorům. Tyto údaje nejsou přesné, protože většina případů násilí na seniorech zůstává utajena.

V médiích bývají zveřejňovány až případy domácího násilí, týrání a zanedbávání, které končí smrtí nebo vážným poškozením zdraví seniora. Pozornost rovněž přitahují senioři, kteří se stali obětí různých podvodů nebo předváděcích akcí. Část společnosti sdílí názor, že si senioři za své problémy mohou sami a částečně přispěli k jejich vzniku, např. návštěvou zmiňovaných předváděcích akcí.

Tabulka č. 32: Ohrožení seniorů

Ohrožení seniorů	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Ano	53	88%
Ne	7	12%
CELKEM	60	100%

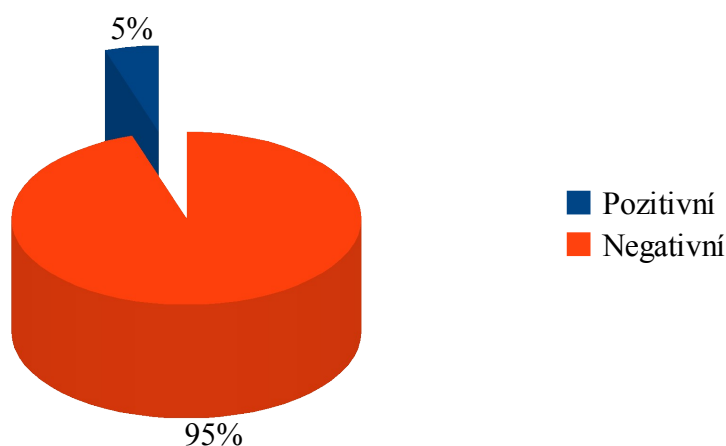
Graf č. 32: Ohrožení seniorů



Tabulka č. 33: Postoj společnosti k seniorům

Postoj společnosti k seniorům	Absolutní četnost	Četnost v procentech
Pozitivní	3	5%
Negativní	57	95%
CELKEM	60	100%

Graf č. 33: Postoj společnosti k seniorům



Dále v dotazníku ve volných odpovědích respondenti sdělili své názory na přístup společnosti k seniorům a mohli vyjádřit své myšlenky, jak by se dalo preventivně zabránit násilí na seniorech. Převážná část respondentů uvedla, že **společnost se chová k seniorům značně diskriminačně**. V médiích nelze skoro nikdy vidět např. moderátora v seniorském věku, převládají mladé tváře. Také přístup na pracovní trh mají senioři omezený a pokud pracují, tak je jim vyčítáno, že zabírají místa mladým lidem. Média často informují o seniorech negativně, např. jako o obětech různých podvodníků na předváděcích akcích.

Preventivně zabránit násilí na seniorech by se dalo větší informovaností v médiích o domácím násilí a kriminalitě páchané na seniorech. Problémy vyskytující se v rodině jsou závažnější, protože jsou často těžko odhalitelné a působí skrytě po dlouhou dobu. Proto důležitou úlohu hrají sdělovací prostředky, aby informovaly o už odhalených případech a nabízely informace o tom, na jaké instituce nebo odborníky se v případě

problémů obrátit. Je vhodné vysílat pořady a rozhovory s psychology, lékaři, policisty, pracovníky linky důvěry a dalšími odborníky, kteří pomáhají takto postiženým lidem. Tyto pořady mohou pomoci zlepšit povědomí seniorů o těchto záležitostech a odstranit jejich strach a nedůvěru k těmto odborníkům.

Zveřejněné příběhy seniorů – obětí mohou dodat odvahu dalším obětem, které z různých důvodů otálejí s oznámením domácího násilí, týrání nebo zanedbávání. Rovněž mohou odradit pachatele násilí od dalšího pokračování v činnosti nebo jí zcela zabránit.

6 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na zjištění údajů, zda na seniorech byl spáchán trestný čin, stali se obětí domácího násilí nebo jiné formy týrání a zanedbávání. Rovněž jsme chtěli zjistit, jaké dopady tyto negativní jevy měly na život seniorů a zda senioři vyhledali odbornou pomoc. Zajímali jsme se i o názory seniorů k této problematice.

6.1 Údaje o respondentech

Dotazníky jsme distribuovali respondentům starším 60 let, kteří žijí ve své vlastní domácnosti (35), ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízení služeb sociální péče (25) ve městě i na vesnici.

Věkovou hranici od 60 let jsme zvolili podle klasifikace Světové zdravotnické organizace, která uvádí počátek raného stáří od 60 let. Tutéž hranici používá i Příhoda a označuje ji jako senescenci (Kozáková in Kozáková, Müller, 2006). Obecně odborná literatura (Mühlpachr, 2004) zmiňuje jako hranici stáří věk 65 let v souvislosti s prodlužováním průměrného věku života.

Místa pobytu jsme zvolili proto, že v domácnosti, v sociálním a zdravotnickém zařízení je vysoké riziko, že se senioři setkají s negativními jevy na nich páchanými. Jejich příčinou může být i syndrom vyhoření, který se projevuje u pečujících osob. Nemusí jít jen o zdravotnické pracovníky, ale lze se s ním setkat i u rodinných příslušníků, kteří se v domácnosti starají o blízkou osobu nebo o těžce nemocného.

Velice nás překvapila 100 % návratnost dotazníků vzhledem k citlivosti tématu, neboť o domácím násilí a syndromu EAN se na veřejnosti příliš nehovoří. Často tyto případy zůstávají skryté. Proto nás velký zájem respondentů potěšil a svědčí o závažnosti zkoumané problematiky.

Dotazníky vyplnil větší počet žen (63 %, 38). Ženy byly ochotnější ke spolupráci a projevíly větší zájem o zkoumanou problematiku a možné praktické využití získaných

výsledků průzkumu. Výsledky šetření mohly být ovlivněny i tím, že ženy se dožívají vyššího věku než muži.

Výsledky šetření ukázaly, že většina respondentů (42 %, 25) je ve věku od 60 do 64 let, žije v manželství (50 %, 30) a pochází z města (78 %, 47). Převážná část respondentů (58 %, 35) žije ve své domácnosti a zbytek respondentů odpověděl, že pobývá ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízení služeb sociální péče (v domově pro seniory, domově s pečovatelskou službou nebo v nemocnici).

Realizovaným šetřením se potvrdilo, že důvodem příchodu do těchto zařízení byly nejčastěji zdravotní důvody (48 %, 12) anebo stáří (28 %, 7). Naprostá většina respondentů pobývá v zařízení déle než 1 rok (60 %, 15). K odchodu do zařízení se nejčastěji rozhodli sami (48 %, 12) nebo po dohodě s partnerem (32 %, 8). Vyrovnaný počet respondentů si na život v zařízení zvykal půl roku (28 %, 7), až rok (24 %, 6) anebo si na pobyt v zařízení dosud nezvykl (24 %, 6).

Potěšující je, že 60 % (15) respondentů je se životem ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení spokojeno a nemá žádné připomínky. Respondenti nejčastěji vzpomínají na rodinu (39 %, 9), mládí (24 %, 6) a na přátele (20 %, 5).

Získané výsledky šetření v této části dotazníku odpovídají údajům uvedeným v odborné literatuře (Vykopalová, 2002). Zejména se potvrdily důvody příchodu do institucionálního zařízení a spokojenost respondentů s pobytem i vzpomínky respondentů.

6.2 Údaje o násilí a kriminalitě páchané na seniorech

V této části dotazníku jsme zjišťovali, zda se senioři stali obětí trestného činu. Odborná literatura (Kalvach, 1997; Mühlpachr, 2004) uvádí, že u seniorů se setkáváme zejména s psychickým a fyzickým násilím, časté je i finanční a majetkové zneužívání. Převažují pachatelé z okruhu rodiny. Všechna tato tvrzení se realizovaným šetřením potvrdila. Výsledky šetření poukázaly na potřebu zabývat se touto problematikou hlouběji.

Provedené šetření přineslo závažné zjištění, že 35 % (21) respondentů vnímá péči a zájem

příbuzných za nedostatečný a nepřiměřený. Můžeme oponovat, že zjištěná tvrzení jsou subjektivní. Když bychom se zeptali ostatních osob, tak mohou mít jiný názor než senioři.

Dále se šetřením prokázalo, že více než polovina respondentů (57 %, 34) pravidelně finančně vypomáhá svým příbuzným. Z odborné literatury (Kalvach, 1997) se tohle zjištění dalo předpokládat, neboť v naší společnosti je vžitý model, že rodiče jsou zodpovědní za finanční situaci svých dětí, i v jejich dospělosti. V mnoha rodinách je finanční výpomoc ze strany rodičů považována za zcela běžnou.

Tuto finanční problematiku by bylo třeba ještě více prozkoumat. V odborné literatuře (Kalvach, 1997; Mühlpachr, 2004) se můžeme setkat s případy, kdy dochází k finančnímu a materiálnímu zneužívání, což je vedle psychického násilí druhou nejčastější formou zneužívání seniorů. Často jde o přivlastňování si důchodu nebo její části, vynucování změn v závěti anebo zastrasování a nátlak ohledně přenechání majetku. K nejvíce závažným problémům se řadí „obchodování“ s byty seniorů. Proto je překvapující a potěšující, že polovina respondentů nemívá žádné konflikty s příbuznými. Konflikty s příbuznými uvedlo pouze 8 % (5) respondentů.

Naprostá většina respondentů (82 %, 49) zodpověděla, že se k nim cizí lidé nechovají lépe než jejich příbuzní. Za největší problémy v životě seniorů respondenti považují zdraví (39 %, 19) a dále uváděli nespokojenost se společenskou a politickou situací, nezaměstnanost, obavy z budoucnosti, starost o děti a vnoučata. Problémy s financemi uvedlo 20 % (10) respondentů a nezáměr dětí, vnoučat a jiných příbuzných 14 % (7) respondentů.

Šetřením jsme se také snažili zjistit, zda respondenti mají zkušenost s domácím násilím. Výsledky průzkumu uvádí, že 22 % (13) respondentů zažilo ve svém životě partnerské násilí. Respondenti nejčastěji popisovali, že je partner urážel, vulgárně jim nadával, některé z nich uhodil (pod vlivem alkoholu) nebo ponižoval. Některým respondentům bylo vyhrožováno odchodem z domova, rozvodem nebo sebevraždou. Bylo jim zakazováno navštěvovat určité osoby nebo místa. V případě odchodu z místa bydliště museli hlásit, ke komu jdou a kdy se vrátí. Některým bylo vyčítáno, že zbytečně utrácení mnoho peněz a proto jim byly peníze přidělovány. Respondentky vypověděly, že velice špatně psychicky nesly, když jim manžel zničil památky po rodičích nebo fotografie, ke kterým měly citový vztah.

Všechny tyto projevy domácího násilí jsou popsány v odborné literatuře (Vitoušová, 2007; Čírtková, 2008) a proto nás zjištěné výsledky průzkumu nepřekvapily. Reprezentativním výzkumem z roku 2001 bylo zjištěno, že každý šestý občan v České republice přiznává násilí ve svém partnerském vztahu, ve kterém převažuje fyzické násilí provázené psychickým týráním (Ševčík in Vykopalová, 2002). Každé fyzické domácí násilí zasahuje oběť i po psychické stránce, protože se musí vyrovnávat s tím, že ji ubližuje blízká osoba.

Pachateli násilí byli nejčastěji neznámé osoby (37 %, 22), dále partner (22 %, 13), personál zdravotnického nebo sociálního zařízení (17 %, 10) a jiní lidé (10 %, 6) – na ulici, v dopravním prostředku a v obchodech. Nejmenší počet pachatelů byl mezi dětmi, příbuznými a sousedy respondentů. Zjištěné výsledky mohou být opět subjektivní. Může jít jen o pocit seniorů, že se jednalo o násilí.

V další části dotazníkového šetření senioři popsali, že vlivem násilí u nich došlo ke změnám chování. Měli strach vycházet z domu, obávali se neznámých lidí, objevila se u nich nespavost a noční můry, nervozita a deprese. U některých seniorů došlo i k celkovému zhoršení zdravotního stavu tak, že museli vyhledat lékařskou pomoc a zvýšit užívání léků.

Těmito výsledky se potvrdila tvrzení v odborné literatuře (Čírtková, 2007), která uvádí, že až u 60 % osob, které se staly obětí násilí nebo trestného činu, došlo ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. U žen je riziko výskytu této poruchy dvojnásobné ve srovnání s muži. Velkou roli při vzniku této poruchy hraje psychický a zdravotní stav jedince. Ohroženi jsou lidé, kteří žijí osamoceně a bez přátel.

Dalším velmi závažným zjištěním je, že velká část respondentů (75 %, 45) násilné chování nikomu neoznámila, nejčastěji ze strachu z pomsty pachatele (58 %, 35) nebo studu (17 %, 10). Nejčastějším důvodem neoznámení kriminality zmiňovaným v odborné literatuře (Čírtková, 2007) bývá obava ze sekundární viktimizace. K té přispívají zejména policejní orgány, které např. volí nevhodné místo výslechu, nezajistí oddělení oběti od pachatele, neprojevují zájem o bezpečí a důstojnost oběti nebo i rozmlouvají podání trestního oznámení. Mezi další důvody neoznámení násilí uváděné respondenty patří obavy z reakcí rodiny a širšího okolí nebo obavy z medializace.

O pomoc by respondenti žádali nejčastěji svého lékaře (34 %, 20), protože mu důvěřují a věří, že neporuší lékařské tajemství. Dále by žádali policii (25 %, 15) a 17 % (10) respondentů by se obrátilo na linku důvěry. 17 % (10) respondentů by se svěřilo rodinným příslušníkům nebo přátelům. Pouze 3 % (2) respondentů by se obrátilo na organizaci pro oběti trestných činů, což může být způsobeno nedostatečnou informovaností o těchto organizacích.

Velmi alarmující je zjištěný údaj, že 80 % (48) respondentů se stalo obětí kriminality. Nejčastěji byli okradeni různými podomními prodejci nebo se stali obětí podvodníků na předváděcích akcích, kde byli senioři přinuceni podepsat nevýhodné smlouvy. Mnohdy se prodejci k seniorům chovali i hrubě a agresivně. Respondenti připouštěli, že média často informují o těchto případech, ale senioři si nepřipouští, že by se to mohlo přihodit i jim.

Přístup policie při vyšetřování označilo 31 % (15) respondentů jako profesionální, ale závažným poznatkem je, že většina respondentů (57 %, 28) poté, co se stala obětí kriminality nekontaktovala policii. Důvodem nekontaktování policie může být obava ze sekundární viktimizace. Roli hraje rovněž obava z dlouhého policejního vyšetřování a soudního řízení, které nakonec ani nemusí vést k potrestání pachatele.

6.3 Údaje o následcích kriminality na seniorech

Zjištěné výsledky dotazníkového šetření potvrdily poznatky z odborné literatury (Čírtková, 2007), že u obětí kriminality dochází ke změně chování. Rovněž se potvrdilo, že oběť znovuprožívá traumatickou událost, nápadně se vyhýbá podnětům souvisejícím s traumatickou událostí a přetrvává u ní zvýšená aktivační hladina (problémy se spánkem, podrážděnost, poruchy koncentrace...).

K této změně chování došlo u 81 % (39) respondentů. Nejčastěji u nich došlo k poruchám spánku (17 %, 38), k vyvolání pocitů strachu, napětí, viny a zloby (15 %, 32), stali se zvýšeně podrážděnými (13 %, 29), dále se změnila jejich nálada (13 %, 28), dostavily se poruchy soustředění (12 %, 27), začali se vyhýbat místům nebo situacím, v nichž došlo ke spáchání trestného činu (10 %, 22), narostly u nich pocity ohrožení a nebezpečí (9 %, 9).

19), ztratili zájem o činnosti dříve oblíbené (6 %, 13) a omezili své sociální kontakty (5 %, 11).

65 % (31) respondentů poté, co se stali obětí trestného činu vyhledalo odbornou pomoc. Nejčastěji šlo o pomoc lékaře (55 %, 17) a psychologa (39 %, 12). Organizaci pro oběti trestných činů vyhledalo jen 6 % (2) respondentů.

Zajímavým zjištěním je, že poměrně velká část respondentů vyhledala pomoc psychologa. Domníváme se, že senioři ještě stále vnímají návštěvu psychologa spíše negativně, jehož služby jsou určeny převážně pro duševně nemocné. Tento názor může být ovlivněn i nedostatečnou informovaností o rozdílu mezi psychologem a psychiatrem.

Z výsledků průzkumu spíše vyznívá, že respondenti jako prvního navštívili svého praktického lékaře a ten jim následně doporučil návštěvu psychologa.

6.4 Údaje o názorech respondentů

Naprostá většina respondentů (88 %, 53) sdílí názor, že senioři patří k nejvíce ohroženým skupinám obyvatel. Tento výsledek potvrzuje i odborná literatura (Venglářová in Čírtková, 2007), která uvádí, že zvláště ohroženou skupinou jsou tělesně nemocní či postižení senioři anebo senioři trpící duševní poruchou. Odhaduje se, že 3 – 5 % seniorů v České republice trpí nějakou z forem špatného zacházení. Tyto údaje nejsou přesné, protože většina případů násilí na seniorech zůstává utajena.

Téměř všichni respondenti (95 %, 57) vnímají postoj společnosti k seniorům jako negativní. Převážná část respondentů uvedla, že společnost se chová k seniorům značně diskriminačně, ať už se jedná o přístup na pracovní trh nebo o informace v médiích. V médiích většinou dostávají prostor případy, ve kterých se senioři stali obětí různých podvodníků nebo předváděcích akcí. Tyto reportáže mohou přispívat k tomu, že část společnosti si myslí, že senioři si své problémy způsobují sami.

Preventivně zabránit násilí na seniorech by se dalo větší informovaností v médiích o domácím násilí a kriminalitě páchané na seniorech. Zveřejněné příběhy obětí by mohly

příspěť k dalšímu odhalení těchto negativních jevů anebo zabránit jejich dalšímu páchání na seniorech.

Závěry průzkumu naplnily naše předpoklady, které jsme zmiňovali v cílech. Potvrdilo se, že se většina seniorů setkala s kriminalitou a toto setkání závažným způsobem ovlivnilo jejich další život. Došlo u nich ke změnám chování a u některých i k rozvinutí posttraumatického stresového syndromu. Rovněž se potvrdilo, že se většina seniorů setkala s nějakou formou týrání nebo zanedbávání anebo s domácím násilím i ve skryté podobě. Násilí se na nich dopustili rodinní příslušníci, ale častěji to byli jiní lidé. Rovněž jsme předpokládali, že poté, co se senioři stanou obětí trestné činnosti, tak nevyhledají odbornou pomoc z důvodu strachu z pomsty pachatelů nebo studu anebo z nedostatku informací o tom, na koho a kam se mohou v tomto případě obrátit. Většina seniorů považuje postoj společnosti k nim za negativní a považují se za nejvíce ohroženou skupinu obyvatel. Také tyto domněnky se průzkumem podařilo naplnit.

ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce byla zaměřena na kriminalitu, která je páchána na seniorech v jejich domácnostech a v institucionálních zařízeních. Byl kladen důraz na zjištění výskytu syndromu týraného a zanedbávaného seniora a domácího násilí. Diplomová práce také pojednávala o dopadu trestného činu na život oběti a snažila se zjistit, zda senioři hledali a našli pomoc poté, co se stali obětí kriminality.

V teoretické části jsme se snažili vymezit pojem stárnutí a stáří. Zabývali jsem se změnami, ke kterým ve stáří dochází, osobními důsledky na život seniorů i tím, jak společnost přistupuje k seniorům. Důležitá je kapitola věnovaná postavení seniorů ve společnosti, výskytu agresivního chování vůči seniorům a syndromu vyhoření u rodinných i profesionálních pečovateli. Dále jsme pojednávali o kriminalitě, formách a příznacích syndromu týraného a zanedbávaného seniora a domácím násilím páchaném na seniorech. Rovněž jsme popisovali mýty a předsudky, které mají dopady na život seniorů a mohou přispět ke vzniku posttraumatické stresové poruchy. Přinášíme i informace pro oběti a pomáhající profesionály k řešení této situace a pomoc obětem trestných činů, kterou nabízí zejména organizace Bílý kruh bezpečí.

Praktická část obsahuje průzkum, který jsme prováděli prostřednictvím dotazníků. Zkoumali jsme zkušenosti seniorů s kriminalitou, týráním, zanedbáváním a domácím násilím na nich páchaným a jejich znalosti o tom, kde hledat případnou pomoc. Průzkum ukázal, že 22 % (13) respondentů zažilo ve svém životě partnerské násilí. Na 58 % (35) respondentů se v seniorském věku dopustili cizí lidé násilí. Pachateli násilí byli nejčastěji neznámé osoby (37 %, 22), dále partner (22 %, 13), personál zdravotnického nebo sociálního zařízení (17 %, 10) a jiní lidé (10 %, 6) – na ulici, v dopravním prostředku a v obchodech. Nejmenší počet pachatelů byl mezi dětmi, příbuznými a sousedy respondentů.

Vlivem násilí došlo u respondentů ke změnám chování. Měli strach vycházet z domu, obávali se neznámých lidí, objevila se u nich nespavost a noční můry, nervozita a deprese. U některých seniorů došlo i k celkovému zhoršení zdravotního stavu tak, že museli vyhledat lékařskou pomoc a zvýšit užívání léků. 75 % (45) respondentů násilné chování

neoznámilo. Nejčastějším důvodem neoznámení byl strach (58 %, 35) z pomsty pachatele, dále stud (17 %, 10) a nedostatek informací (15 %, 9). Mezi další důvody (10 %, 6) neoznámení patří obavy z reakcí veřejnosti, přátel, rodiny, sousedů a obavy z medializace. O pomoc by respondenti žádali nejčastěji svého lékaře (34 %, 20), dále by žádali policii (25 %, 15) a 17 % (10) respondentů by se obrátilo na linku důvěry. 17 % (10) respondentů by se svěřilo rodinným příslušníkům nebo přátelům. Pouze 3 % (2) respondentů by požádalo o pomoc organizaci pro oběti trestných činů.

80 % (48) respondentů se stalo obětí kriminality. Nejčastěji byli okradeni různými podomními prodejci anebo ke krádeži došlo v obchodě nebo v dopravním prostředku. Respondenti se často rovněž zmiňovali i o různých předváděcích akcích na kterých byli přinuceni podepsat nevýhodné smlouvy. Přístup policie při vyšetřování označilo 31 % (15) respondentů jako profesionální, ale závažným poznatkem je, že většina respondentů (57 %, 28) poté, co se stala obětí kriminality nekontaktovala policii.

U 81 % respondentů došlo poté, co se stali obětí kriminality ke změně chování. Nejčastěji u nich došlo k poruchám spánku (17 %, 38), k vyvolání pocitů strachu, napětí, viny a zloby (15 %, 32), stali se zvýšeně podrážděnými (13 %, 29), dále se změnila jejich nálada (13 %, 28), dostavily se poruchy soustředění (12 %, 27), začali se vyhýbat místům nebo situacím, v nichž došlo ke spáchání trestného činu (10 %, 22), narostly u nich pocity ohrožení a nebezpečí (9 %, 19), ztratili zájem o činnosti dříve oblíbené (6 %, 13) a omezili své sociální kontakty (5 %, 11). 65 % (31) respondentů poté, co se stali obětí trestného činu vyhledalo odbornou pomoc. Nejčastěji šlo o pomoc lékaře (55 %, 17) a psychologa (39 %, 12). Organizaci pro oběti trestných činů vyhledalo jen 6 % (2) respondentů.

Naprostá většina respondentů (88 %, 53) sdílí názor, že senioři patří k nejvíce ohroženým skupinám obyvatel. Téměř všichni respondenti (95 %, 57) vnímají postoj společnosti k seniorům jako negativní. Převážná část respondentů uvedla, že společnost se chová k seniorům značně diskriminačně. Preventivně zabránit násilí na seniorech by se dalo větší informovaností v médiích o domácím násilí a kriminalitě páchané na seniorech.

Závěry průzkumu naplnily naše předpoklady, které jsme zmiňovali v cílech, neboť v naší společnosti je postoj k seniorům spíše negativní. Tento postoj se projevuje v převládajících

mýtech o seniorech, zejména v mýtu homogenity, který nerozlišuje potřeby starých lidí a pokládá všechny seniory za stejné nebo v mýtu neužitečného času a ignorance, který považuje všechny seniory za neužitečné a je možné je přehlížet a nebrat vážně. Tyto přístupy mohou vést až k ageismu, kdy jsou lidé diskriminováni na základě svého věku.

Senioři jsou rovněž ohroženou skupinou kvůli svému horšímu zdravotnímu stavu a psychickým změnám. Často se stávají obětí trestné činnosti kvůli své osamělosti, menší schopnosti úniku i obrany. Z tohoto důvodu je nutné zabývat se prevencí trestné činnosti vůči seniorům. Ta by měla zahrnovat poradenství pro seniory o tom, jak zmenšit riziko toho, že se stanou obětí trestné činnosti. Tato opatření spočívají např. v poskytování informací seniorům o zabezpečení jejich bytu, varování před podomními prodejci, před vpouštěním cizích osob do bytu a před účastí na prodejních akcích a podepisování různých smluv.

Prevenčí by se měly zabývat i zdravotnické a sociální služby. Informace poskytují i některé neziskové organizace. Např. Bílý kruh bezpečí, který se zabývá pomocí obětem trestných činů, se věnuje i prevenci. Na jeho webových stránkách lze nalézt rady a bezpečnostní plán, co má člověk dělat, když už je ohrožen jeho život. Jsou zde uvedeny i kontakty na další pomáhající organizace.

Protože lékaři a zdravotničtí pracovníci jsou ve většině případů prvními osobami, kteří se dostanou do kontaktu s oběťmi domácího násilí nebo syndromu EAN, tak by měli umět rozpoznat jejich příznaky. Oběti často většinou samy od sebe nesdělí žádné informace o svém problému. Jestliže senior připustí, že je obětí, tak lékař má povinnost zadokumentovat záznam násilné události tak, jak ji senior sděluje a detailně popsat zranění, možné příčiny jeho vzniku a výsledky souvisejících vyšetření. Vhodné je doplnit záznam nákresem zranění do schématu lidského těla. Jestliže senior nepotřebuje okamžitou pomoc, lékaři a zdravotníci by měli nabídnout informace o linkách důvěry a organizacích poskytujících pomoc. Ze zákona vyplývá povinnost překazit trestný čin tím, že zjištění oznámí policii.

V případě, že se senior stane obětí trestného činu, by neměl být sekundárně viktimizován policejním vyšetřováním. Policejní orgány by měly spolupracovat s psychology a měly by být proškoleni v tom, jak správně přistupovat a komunikovat s oběťmi trestných činů nejen seniorského věku. Policejní orgány by měly být také schopny podat seniorům informace o pomáhajících organizacích pro oběti trestných činů či o sociálních službách a poradenských centrech.

Průzkum rovněž ukázal, že týrání a zanedbávání seniorů je dosti běžným jevem vyskytujícím se ve společnosti a měla by se mu věnovat náležitá pozornost. Zejména ve sdělovacích prostředcích by se mělo objevovat více informací týkající se této problematiky a také možnosti její prevence a řešení už odhalených případů.

Důležitou úlohu hrají sdělovací prostředky, aby informovaly o už odhalených případech. Je vhodné vysílat pořady a rozhovory s psychology, lékaři, policisty, pracovníky linky důvěry a dalšími odborníky, kteří pomáhají takto postiženým lidem. Tyto pořady mohou pomoci zlepšit povědomí seniorů o těchto záležitostech a odstranit jejich strach a nedůvěru k těmto odborníkům.

Zveřejněné příběhy seniorů – obětí mohou dodat odvalu dalším obětem, které z různých důvodů otálejí s oznámením domácího násilí, týrání nebo zanedbávání. Rovněž mohou odradit pachatele násilí od dalšího pokračování v činnosti nebo jí zcela zabránit.

Závěry průzkumu by mohly pomoci zlepšit povědomí seniorů o kriminalitě, týrání, zanedbávání a domácím násilí na nich páchaných a rozšířit nabídku poskytovaných služeb pro seniory, kteří jsou již těmito jevy postiženi.

Závěry tohoto průzkumu by mohly být také inspirací pro další podobné průzkumy, které by mohly být zaměřeny na zjištění příčin a projevů týrání a zanedbávání ve zdravotnickém a sociálním zařízení a domácího násilí páchaného na seniorech. Mohly by se více věnovat možnostem, jak odhalit tyto negativní jevy, anebo jak je konkrétně řešit. Rovněž by se mohly zabývat tím, jak pomoci týraným a zanedbávaným seniorům, zejména se zaměřit na nabídku organizací, které poskytují tyto služby.

LITERATURA

BAŠTECKÝ, J. Q. KÜMPEL a M. VOJTĚCHOVSKÝ. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.

BIRD, Roger. *Domestic violence: law and practice*. Bristol: Jordan Publishing Limited, 2006. ISBN 08-5308-974-4.

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

CARRABINE, Eamonn. *Criminology: a sociological introduction*. London: Routledge, 2009. ISBN 978-04-154-6450-5.

ČERNÍKOVÁ, Vratislava a kol. *Sociální ochrana*. Praha: Policejní akademie ČR, 1997. ISBN 97-8807-3801-8.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Moderní psychologie pro právníky. Domácí násilí, stalking, predikce násilí*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2207-8.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ a kol. *Pomoc obětem a (svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 2007. ISBN 97-8802-4720-14-2.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-475-3.

DIANIŠKA, Gustáv a Tomáš STRÉMY. *Introduction to criminology*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. ISBN 97-8807-3802-18-9.

DOMÁCÍ NÁSILÍ A ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÍ. Praha: ORFEUS, 2005. ISBN 80-903519-2-1.

GOODEY, Jo. *Victims and victimology*. Harlow, England: Pearson Longman, 2005. ISBN 05-8243-779-2.

HAHN, Paul H. *Crimes against the elderly: a study in victimology*. Santa Cruz, California: Davis publishing company, 1976. ISBN 08-9368-010-9.

- HALE, Chris. *Criminology*. Oxford: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-01-9922-729-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 9788-8087-10919-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985.
- HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-415-X.
- HOLOUŠOVÁ, Drahomíra a Milena KROBOTOVÁ. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 80-244-1237-3.
- JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- JOHNSON, Michael P. *A typology of domestic violence: intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston: Northeastern university press, 2008. ISBN 978-15-5553-693-0.
- KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-2470-548-6.
- KARMEN, Andrew. *Crime victims: an introduction to victimology*. Belmont: Wadsworth, 2001. ISBN 05-345-154-4-4.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
- KRÁLÍČKOVÁ, Zdeňka, Eva ŽATECKÁ a Radovan DÁVID. *Právo proti domácímu násilí*. Praha: C.H.Beck, 2011. ISBN 978-8074-00-381-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-955-1-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

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

MARTINKOVÁ, Milada, Jiří VLACH a Soňa KREJČOVÁ. *Špatné zacházení s osobami pokročilého věku - se zvláštním zřetelem k domácímu násilí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2009. ISBN 978-8073-380-87-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-310-9.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 978-80-210-5029-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 978-20-2104-550-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 978-20-2104-762-4.

NOVOTNÁ, Věra. *Sborník vybraných přednášek z 9. konference Společnosti sociálních pracovníků: násilí v rodině a jeho důsledky*. Praha: Nakladatelství JAN, 1999. ISBN 80-8552-956-4.

NOVOTNÝ, Oto a Josef ZAPLETAL a kol. *Kriminologie*. Praha: ASPI Publishing, 2004. ISBN 80-7357-026-2.

PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.

PETŘKOVÁ, Anna a Rozálie ČORNANIČOVÁ. *Gerontagogika*. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

RABUŠIC, Ladislav. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita a nakl. Georgetown, 1995. ISBN 80-901604-2-5.

- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7124-7.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-8024-73-850-5.
- SGARZI, Judith M a Jack MCDEVITT. *Victimology: a study of crime victims and their roles*. New Jersey: Prentice-Hall, 2003. ISBN 01-343-7286-7.
- STOP NÁSILÍ NA SENIORECH. Praha: Život 90, 2006.
- STUART – HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- SURYNEK, A. R. KOMÁRKOVÁ a E. KAŠPAROVÁ. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
- ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-8073-676-90-2.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Špatné zacházení se seniory*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-2389-505-2.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině. Průvodce pro zdravotníky a speciální pečovatele*. Praha: 2000. ISBN 80-238-9505-2.
- TREADWELL, James. *Criminology*. London: SAGE Publications, 2007. ISBN 978-1412-911-33-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- VARGOVÁ, Branislava, Dana POKORNÁ a Marie TOUFAROVÁ. *Partnerské násilí*. Praha: Linde, 2008. ISBN 978-8086-131-76-4.

VOŇKOVÁ, Jiřina a Radka MACHÁČKOVÁ a kol. *Domáci násilí: právní minimum pro lékaře*. Praha: profFem, 2004. ISBN 80-239-4026-0.

VOŇKOVÁ, Jiřina. *Vaše právo!: první právní pomoc ženám, obětem domácího násilí*. Praha: ProFem, 2010. ISBN 978-8090-362-69-7.

VOŇKOVÁ, Jiřina a Ivana SPOUSTOVÁ. *Domáci násilí v českém právu z pohledu žen*. Praha: ProFem, 2008. ISBN 978-8090-362-67-3.

VYKOPALOVÁ, Hana. *Násilí na seniorech*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0409-5.

WALKLATE, Sandra. *Victimology: the victim and the criminal justice process*. London: Unwin Hyman, 1989. ISBN 00-444-5159-8.

WOLF, Josef. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982.

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Časopisy

KUSÍNOVÁ, Veronika a Adéla NOVOTNÁ. *Burn-out syndrom je syndrom vyhoření*. Sestra, 2002, č. 2, s. 45. ISSN 1210-0404.

SNOPKOVÁ, Ivana. *Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření*. Sestra, 2007, č. 7 - 8, s. 37 – 38. ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje

BEZPEČNOSTNÍ PLÁN PRO OBĚTI DOMÁCÍHO NÁSILÍ. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/pro-odborniky/policiste-straznici/bezpecnostni-plan-pro-obeti-domaciho-nasili/>

BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/o-nas/poslani-a-cinnost/poradenska-cinnost/>

CITÁTY. [online]. ©2012 [cit. 5. srpna 2012]. Dostupné z <http://azcitaty.cz/citaty-o-nenavisti/>

CITÁTY. [online]. ©2012 [cit. 5. srpna 2012]. Dostupné z <http://domaci-nasili-seniori.sije.cz/citaty.php/>

DOPADY TRESTNÉHO ČINU NA OBĚT. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné na z <http://www.bkb.cz/pro-odborniky/policiste-straznici/policista-v-kontaktu-s-obeti-tc/>

JAK PODAT TRESTNÍ OZNÁMENÍ. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/trestni-oznameni/>

METODA SARA DN. [online]. ©2012 [cit. 10. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.donalinka.cz/nova-praxe/metoda-sara-dn/>

MÝTY O DOMÁCÍM NÁSILÍ. [online]. ©2012 [cit. 10. srpna 2012]. Dostupné z http://www.nasilidoma.cz/co_je_domaci_nasili/

NÁHRADA ŠKODY. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/zadost-o-penezitou-pomoc-nahrada-skody/nahrada-skody/>

NAVAZUJÍCÍ SLUŽBY BKB. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>

ORGANIZACE POMÁHAJÍCÍ OBĚTEM TRESTNÝCH ČINŮ. [online]. ©2012 [cit. 10. srpna 2012] Dostupné z <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon—telefonicka-krizova-pomoc/143-tyrani/>

PENĚŽITÁ POMOC OBĚTEM. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/zadost-o-penezitou-pomoc-nahrada-skody/penezita-pomoc-obetem/>

POLICISTA V KONTAKTU S OBĚTÍ TRESTNÉHO ČINU. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/pro-odborniky/policiste-straznici/policista-v-kontaktu-s-obeti-tc/>

PRINCIPY PORADENSKÉ ČINNOSTI BKB. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/o-nas/zakladni-principy-cinnosti/>

PŘÍZNAKY EAN. [online]. ©2012 [cit. 5. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon/>

SOCIÁLNÍ SLUŽBY BKB. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/o-nas/verejny-zavazek-registrovanych-socialnich-sluzeb-bkb/>

SOCIÁLNÍ SLUŽBY BKB. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/domaci-nasili/intervencni-centra/>

SOCIÁLNÍ SLUŽBY BKB. [online]. ©2012 [cit. 9. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/domaci-nasili/dona-linka-nonstop-telefonicka-pomoc/>

SYNDROM EAN. [online]. ©2012 [cit. 5. srpna 2012]. Dostupné z <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc/143-tyrani/>

SEZNAM ZKRATEK

BKB	Bílý kruh bezpečí
Burn-out syndrom	Syndrom vyhoření
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
EAN	Týrání a zanedbávání seniorů, špatné zacházení se seniory, násilí na seniorech
EU	Evropská unie
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MěP	Městská policie
MPP	Manželská a předmanželská poradna
OSPOD	Orgány sociálně právní ochrany dětí
Policie ČR	Policie České republiky
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Pohlaví respondentů.....	83
Tab. č. 2: Věk respondentů.....	84
Tab. č. 3: Rodinný stav respondentů.....	85
Tab. č. 4: Místo původu respondentů.....	86
Tab. č. 5: Pobyt respondentů.....	87
Tab. č. 6: Důvod příchodu do zařízení.....	87
Tab. č. 7: Délka pobytu v zařízení.....	88
Tab. č. 8: Rozhodnutí k odchodu do zařízení.....	89
Tab. č. 9: Návrat do původního bydliště.....	90
Tab. č. 10: Zvykání si na život v zařízení.....	90
Tab. č. 11: Spokojenost se životem v zařízení.....	91
Tab. č. 12: Nespokojenost v zařízení a připomínky.....	92
Tab. č. 13: Vzpomínky seniorů.....	93
Tab. č. 14: Návštěvy příbuzných.....	94
Tab. č. 15: Péče a zájem příbuzných.....	95
Tab. č. 16: Finanční výpomoc příbuzným.....	96
Tab. č. 17: Konflikty seniorů s příbuznými.....	97
Tab. č. 18: Chování cizích lidí k seniorům.....	98
Tab. č. 19: Největší problém v životě seniorů.....	99
Tab. č. 20: Partnerské násilí u seniorů.....	100
Tab. č. 21: Násilí v seniorském věku.....	101
Tab. č. 22: Pachatelé násilí.....	102
Tab. č. 23: Oznámení násilí.....	103

Tab. č. 24: Důvod neoznámení násilí.....	104
Tab. č. 25: Žádosti o pomoc.....	105
Tab. č. 26: Oběti kriminality.....	106
Tab. č. 27: Přístup policie.....	107
Tab. č. 28: Změna chování.....	108
Tab. č. 29: Možnosti změn chování.....	109
Tab. č. 30: Vyhledání odborné pomoci.....	110
Tab. č. 31: Možnost odborné pomoci.....	110
Tab. č. 32: Ohrožení seniorů.....	112
Tab. č. 33: Postoj společnosti k seniorům.....	113

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů.....	84
Graf č. 2: Věk respondentů.....	85
Graf č. 3: Rodinný stav respondentů.....	85
Graf č. 4: Místo původu respondentů.....	86
Graf č. 5: Pobyt respondentů.....	87
Graf č. 6: Důvod příchodu do zařízení.....	88
Graf č. 7: Délka pobytu v zařízení.....	88
Graf č. 8: Rozhodnutí k odchodu do zařízení.....	89
Graf č. 9: Návrat do původního bydliště.....	90
Graf č. 10: Zvykání si na život v zařízení.....	91
Graf č. 11: Spokojenost se životem v zařízení.....	92
Graf č. 12: Nespokojenost v zařízení a připomínky.....	92
Graf č. 13: Vzpomínky seniorů.....	93
Graf č. 14: Návštěvy příbuzných.....	95
Graf č. 15: Péče a zájem příbuzných.....	96
Graf č. 16: Finanční výpomoc příbuzným.....	97
Graf č. 17: Konflikty seniorů s příbuznými.....	98
Graf č. 18: Chování cizích lidí k seniorům.....	98
Graf č. 19: Největší problém v životě seniorů.....	99
Graf č. 20: Partnerské násilí u seniorů.....	100
Graf č. 21: Násilí v seniorském věku.....	101
Graf č. 22: Pachatelé násilí.....	102
Graf č. 23: Oznámení násilí.....	103

Graf č. 24: Důvod neoznámení násilí.....	104
Graf č. 25: Žádosti o pomoc.....	105
Graf č. 26: Oběti kriminality.....	106
Graf č. 27: Přístup policie.....	107
Graf č. 28: Změna chování.....	108
Graf č. 29: Možnosti změn chování.....	109
Graf č. 30: Vyhledání odborné pomoci.....	110
Graf č. 31: Možnost odborné pomoci.....	111
Graf č. 32: Ohrožení seniorů.....	112
Graf č. 33: Postoj společnosti k seniorům.....	113

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Policista v kontaktu s obětí trestného činu

Příloha č. 2: Kazuistiky

Příloha č. 3: Co mohou udělat lékaři pro oběti syndromu EAN a domácího násilí

Příloha č. 4: Co může udělat oběť syndromu EAN a domácího násilí

Příloha č. 5: Bezpečnostní plán pro oběti domácího násilí

Příloha č. 6: Soubor rad a informací pro seniory

Příloha č. 7: Neziskové organizace, kde je možné obdržet další informace a podporu

Příloha č. 8: Náhrada škody

Příloha č. 9: Peněžitá pomoc obětem

Příloha č. 10: Popis sociálních služeb Bílého kruhu bezpečí

Příloha č. 11: Jak podat trestní oznámení

Příloha č. 12: Popis navazujících služeb Bílého kruhu bezpečí

Příloha č. 13: Karta pro lékaře

Příloha č. 14: Karta pro zdravotní sestry

Příloha č. 15: Intervence sester v případech domácího násilí

Příloha č. 16: Dotazník

Příloha č. 1: Policista v kontaktu s obětí trestného činu

Pro jednání policisty s obětí trestného činu je důležité znát, co oběť po činu prožívá, co cítí. Emocionální rány zahrnují zejména strach z pachatele, nedůvěru, nejistotu, nemožnost soustředit se, rozpomnout se na některé detaily činu, ale také vztek, podrážděnost a lítost. Policista by měl respektovat pocity oběti a v žádném případě by je neměl zlehčovat či zesměšňovat. **Do 36 hodin po činu oběť může být v šoku**, prožívá akutní stresovou reakci.

Hlavní zásady pro jednání policistů s obětí:

Informace – poskytněte oběti informace o obvyklém postupu ve vyšetřování, co se bude dít nyní a co později, kde oběť získá další informace, říkejte jen pravdu. Informujte srozumitelně o právech v trestním řízení, zejména o institutu zmocněnce a o peněžitě pomoci státu. Nezapomínejte na pozůstalé (děti) odkázané výživou na zemřelého. Nebývají účastníky trestního řízení a mají možnost získat peněžitou pomoc. Poskytněte oběti informace o místech psychologické pomoci a podpory.

Důvěra a porozumění – oběť si zaslouží váš respekt, trestný čin nespáchala. Dejte jí to najevo svým chováním, buďte trpěliví a ptejte se bezprostředně po činu, zda jí můžete pomoci („Jak se cítíte?“ „Jste v pořádku?“ „Chápu, že máte zlost.“ „Je to naprosto normální, že se tak cítíte.“ „Nemám někomu zavolat?“ „Nemám s vámi chvíli raději zůstat, vidím, že vám není dobře.“).

Bezpečí – oběť má bezprostředně po činu, ale i později velký strach. Pomozte jí obnovit narušený pocit bezpečí. Přemýšlejte, co můžete v konkrétní situaci udělat. Můžete říci „chci, abyste věděl/a, že vám už nic nehrozí“, „domluví se se sousedy, aby se na vás občas podívali“.

Empatie – zkuste se na moment vcítit do „kůže“ oběti, pomůže vám to zvolit nejlepší způsob jednání.

Otázky pokládejte tak, abyste oběť zbytečně netraumatizovali.

Mluvte stručně a jasně. Vždy se ujistěte, že vám oběť rozuměla. Tváří v tvář úřednímu vystupování se oběti stydí přiznat, že obsahu sdělení nerozumí (zejména starší lidé

a mladiství).

Začněte vstřícně: „Chci, abyste rozuměl/a tomu, co budeme dělat.“ „Jestli dovolíte, teď bych chtěl hovořit o tom, co se stalo. Potřebuji další informace...“

(dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/pro-odborniky/policiste-straznici/policista-v-kontaktu-s-obeti-tc/>, cit. 9.8.2012)

Příloha č. 2: Kazuistiky

„Do péče se nám dostala před třemi lety starší žena, která byla od počátku problémová. Podnět na zavedení pečovatelské služby dala obvodní lékařka, která nám sdělila, že žena opakovaně končila léčbu, přestože její zdravotní stav nebyl v pořádku. Paní je po úraze trvale upoutaná na invalidní vozík. Pečovatelská služba byla zavedena v době, kdy klientka sdílela společnou domácnost se synem a vnukem, kteří však byli celodenně zaměstnaní. Postupem doby přišli oba jmenovaní o práci, začali žít z důchodu klientky a tato žena přerušila poskytování pečovatelské služby dle našeho názoru z finančních důvodů. Situace v rodině se výrazně zhoršovala, byly u ní vykonávány návštěvy, i když pečovatelská služba byla přerušena. V současné době je hospitalizována ve Fakultní nemocnici Olomouc. Bylo podezření, že spadla z vozíku. Pomocná ruka, která jí byla nabídnuta, nebyla přijata, návrh na sepsání žádosti do domova seniorů po celou dobu odmítala a odmítá“.

„Před dvěma lety byla na denní pobyt pro seniory přijata klientka po cévní mozkové příhodě s fatickou poruchou a ve velmi špatném psychickém stavu. Dcera, která ji přivedla, se za ni styděla a paní si po celou dobu držela kapesník před obličejem. Později jsme se dozvěděli, že dceři její manžel zakazoval, aby se o svou matku starala a zakazoval jí matku navštěvovat. Ve velmi krátké době se nám podařilo vlivem logopedických cvičení viditelně zlepšit její řečový handicap a i po psychické stránce se její stav znatelně zlepšil. Paní nám pomáhá udržet dobrou pohodu na denním pobytu, vypráví vtipy i veselé historky ze svého života. Smutnější bývá pouze v pátek, že v sobotu a neděli nemůže do denního pobytu“.

„V jednom z domů s pečovatelskou službou žila paní, kterou v dřívější době napadl syn a pořezal ji nožem na krku. Byl umístěn do psychiatrické léčebny a dle hovorů, které jsme s paní vedli, se ho tato velmi bála. Přesto si v minulém roce vynutila návrat syna domů s tím, že se o něj bude starat. Její citová vazba byla tak silná, že si nepřipustila nebezpečnost svého rozhodnutí. Syn vůbec nevycházel z domu, byl velmi obézní a vlivem jeho psychické nemoci bylo nutné dohlédnout na správnou aplikaci léků. Často bylo z bytu slyšet hádky, paní byla ustrašená, byl u ní vykonáván každodenní dohled pečovatelek, situaci řešit nechtěla, odmítala pomoc. Během krátké doby zemřela“.

„Klientka žila s druhem v garsonce, byla pohyblivá pouze po bytě. Oba požívali alkohol. Druh klientce v opilosti často nadával. S přibývajícím věkem paní přestala být pohyblivá

a stala se inkontinentní, což bylo velmi náročné jak pro druhu, tak i pečovatelku, neboť paní odmítala používat jednorázové pleny. Nadávky druhu se stupňovaly, až při koupání ve středisku osobní hygieny pečovatelky objevily po těle klientky podlitiny. Byl informován obvodní lékař, ale než se stačilo něco vyšetřit, klientka doma zemřela“.

„Do domu s pečovatelskou službou se přistěhovala velmi hodná paní. Říkali jsme jí pohádková babička. Celý život žila velmi skromně, což bylo vidět i na jejím vybavení bytu – vše bylo velmi staré, ošuntělé, rozpadající se. Asi 100 m od domu s pečovatelskou službou bydlel syn této paní s celou rodinou. Přestože měla plnou službu a rodina by jí nemusela pomáhat, navštěvovali ji zřídka – většinou v den, kdy přebírala důchod. Paní, aby mohla rodině přilepšit, šetřila sama na sobě, jedla většinou mléko s rohlíkem. Obědy od pečovatelské služby nechtěla, protože se jí zdálo, že by utratila moc peněz a nemohla tak přispívat rodině. Přesto pečovatelkám vyprávěla velmi láskyplně o své rodině, jak dobře o ni pečují. Říkávala: „Já mám hodné děti.“ Nepřipouštěla, že by bylo něco v nepořádku. Věděli jsme, že ani na Vánoce, přestože syn bydlí tak blízko, si ji nevezmou a ani nenavštíví a že k večeři mívá konzervu sardinek. Takto žila až do své smrti“.

„Šedesátipětiletý klient byl téměř rok hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných. Seznámil se zde s padesátiletou sympatickou ženou, se kterou navázal i sexuální vztah. Paní mu slíbila, že se o něj bude starat a že se k němu nastěhuje. I když mu ošetřující personál v léčebně naznačoval, aby své rozhodnutí zvážil, že se jedná o problémovou osobu, pán si přesto tuto ženu nastěhoval domů a do léčebny se nevrátil z víkendové propustky. Taktéž přerušil poskytování pečovatelské služby. Záhy zjistil, že se jedná o alkoholičku, žena pila, o pána se nestarala, a na noc se často nevracela domů. Nechala ho bez jídla a léků. Když se vrátila, vždy slibovala, že se vše zlepší, ale vracela se většinou pouze pro peníze. Tato situace se stupňovala, docházelo i k nočním výstupům a konfliktům s ostatními nájemníky. Pán se svěřoval okrskové sestře a pečovatelce a žádal nás, abychom této ženě domluvili, o její přítomnost nechtěl přijít. Jeho zdravotní stav se zhoršoval a nakonec pochopil, že není jiné řešení než tento vztah ukončit. V současné době bylo již znovu obnoveno poskytování pečovatelské služby, upravil se částečně i jeho zdravotní stav“ (Vykopalová, 2002, s. 29 – 31).

„Muž s postiženým zrakem, nevidomý na jedno oko a se zbytky zraku na druhém oku, odkázaný na pomoc bližních, hledal u DONA linky pomoc. Byl obětí opakovaného násilí ze strany manželky. Dlouho se snažil vypomáhat v domácnosti i na zahradě. V zimě

odklízel sníh, staral se o topení a celý svůj invalidní důchod odevzdával do rodinného rozpočtu. S postupným zhoršováním svého zdravotního stavu nemohl již tyto práce zastávat. Jako sankci za nemohoucnost mu manželka odmítla poskytovat stravu. Musel se přestěhovat do špatně vytápěné místnosti. V místě bydliště (malá horská obec) se několikrát obrátil na místní úřad, ale žádnou pomoc ani radu zde nedostal. DONA linka mu nejprve poskytla morální a psychologickou podporu. Předala kontakty na neziskové organizace v regionu, které pomáhají seniorům. Vysvětlila, kde může hledat sociální pomoc a jak o ni žádat. Spolu s mužem vypracovala linka bezpečnostní plán a strategii, která mu v situaci akutní tísně mohla pomoci zmenšit riziko přímého ohrožení. Poradila, jak se pokusit prolomit sociální izolaci a získat širší podporu v rodině i v obci“ (Sborník Domácí násilí a zdravotně postižení, 2005, s. 51).

„Vzhledem k vysokému věku partnerů je případ poněkud kuriózní. Kvůli dlouhodobému a závažnému fyzickému násilí byl manžel vykázán. Oba jsou senioři nad 70 let. Společné děti (nyní dospělé) opakovaně přesvědčovaly matku, aby od otce odešla. Ta však nikdy problémy domácího násilí neřešila. Vzhledem k agresivitě násilného seniora proběhlo vykázání za účasti členů zásahové jednotky. Ačkoliv agresor měl hned několik možností, kam se na deset dní uchýlit, zvolil psychické týrání partnerky. Vytrvale a demonstrativně setrval před společným bydlištěm. Dával jí najevo, jak mu ublížila. Po domluvě policejní hlídky se nechal odvést, vzápětí se však před dům manželky vrátil. Odmítal léky, jídlo, „dělal“ ublíženého“ (Čírtková, 2008, s. 22).

„Když se stav pana Josefa zhoršil, jeho děti se rozhodly, že zůstane bydlet s mladším synem. Nabídly mu pokojík, dohodly se na přispívání pana Josefa na domácnost. Postupem let se jeho zdravotní stav dále zhoršoval, objevily se příznaky demence. V této fázi měla rodina znovu zvážit své možnosti pečovat celodenně o svého příbuzného. Nestalo se tak. S péčí pomáhali vnuci, rodina se střídala. Někdy byl pan Josef celé dny sám. Nezvládl se obsloužit, nejedl, léky užíval nepravidelně. Protože nezvládal hospodaření s penězi, převzal syn jeho finance a hospodařil s nimi. Pan Josef se špatně orientoval, pro jistotu ho rodina zamykala v jeho pokoji...“ (Čírtková, 2007, s. 62).

„Paní Alžběta (82 let) žije sama. S péčí o domácnost jí pomáhá dcera, v posledním čase k ní dochází pečovatelka. Paní Alžběta na ni čeká, má obavy, aby pečovatelka nemusela dlouho čekat s obědem. Minulý týden slyšela kroky na chodbě a zvonek, otevřela, aniž by se přesvědčila, kdo je za dveřmi. Do bytu se vtláčila starší žena, rychle mluvila, strkala

paní Alžbětu dál do předsíně. Neznámá žena chtěla nechat vzkaz pro sousedy, žádala o papír a tužku. Než se majitelka bytu vzpamatovala, byla pryč. Až za několik hodin si paní Alžběta všimla, že jí chybí několik věcí z pokoje...“ (Čírtková, 2007, s. 59).

„56letá paní, vdova, je levostranně ochrnutá po centrální mozkové příhodě. V současné době se klientka pohybuje po bytě s oporou kompenzačních pomůcek a pomáhá jí pečovatelská služba. Dvakrát týdně se snaží s pečovatelem vyjít ven na procházku. Bydlí v činžovním domě, který vlastní její dvě dospělé děti, žijící i s rodinami tamtéž. S oběma dětmi ani jejich partnery a vnoučaty se však vůbec nestýká a nemůže od nich očekávat jakoukoliv pomoc. V době, kdy byla hospitalizována, ji děti vystěhovaly do nebytových prostor ve zvýšeném přízemí domu, dodnes jí ani nepředaly všechny její osobní věci. Pak následovaly opakované pokusy dětí umístit matku v LDN či psychiatrické léčebně, se záměrem zbavit ji způsobilosti k právním úkonům, aby mohly lukrativně pronajmout nebytové prostory, které obývá. Nereagují ani na písemné prosby své matky o zbudování madla ke schodům ze zvýšeného přízemí, aby snadněji sešla ze schodů. Dokonce během klientčina pobytu u mimopražských příbuzných z uzamčeného bytu zmizely předměty a peníze, aniž by byl porušen zámek u vstupních dveří“.

„77letá paní má dva syny. Žije v rodinném domku, který původně vlastnila spolu s manželem. Po úmrtí manžela jí zůstala ve vlastnictví polovina domku. Druhou polovinu zdědil po otci jeden syn poté, co se druhý syn dědictví vzdal po podmínkou, že mu bratr zajistí byt. Podmínka splněna nebyla a v roce 1989 dědic svou polovinu domu prodal. Nový majitel se snaží klientku a jejího druhého syna z domu vypudit. Neustále je z domu vyhazuje, snaží se jim všemožně znepříjemňovat život, např. zavíráním vody, znemožňováním přístupu do bytu a z bytu“ (Stop násilí na seniorech, 2006).

Ukázky z kazuistik referátů sociálních věcí

„Opilá dcera napadala opakovaně po požití alkoholu svoji matku, která po cévní mozkové příhodě byla zcela bezmocná. Po vyhocení celé situace muselo dojít k přemístění této nemohoucí osoby do LDN, kde během týdne zemřela“.

„Důchodce žil v bytě 2+1 se svým synem, který ho fyzicky napadal, odebíral mu finanční hotovost a psychicky ho týral. Situace byla vyřešena umístěním do domu s pečovatelskou službou“.

„Syn znemožňoval přístup matce do kuchyně a koupelny. Několikrát ji fyzicky napadl“.

„Paní si stěžovala na vydírání ze strany syna a snachy, ale trestní podání odmítla podat ze strachu. Umístěna do domu s pečovatelskou službou“.

„Žena v domě s pečovatelskou službou, syn ji bije z důvodu možné změny psychiky“.

„Bití manžela ze strany manželky poté, co se dotyčný stal ležícím pacientem“.

„Bití stařenky vlastním vnukem, posléze paní umírá z důvodu strádání, sešlostí“.

„Syn ubližuje matce, je alkoholik, bije ji a ona odmítá umístění v domově seniorů, nechce k dceři. Policie trestní stíhání zastavila na žádost poškozené“.

„Uživatel bytu byl omezován v kontaktu s ostatními osobami, rodina matku uzamykala doma a nechávala ji samotnou bez možnosti vycházení. Dále jí byl odpojován telefon, docházelo k psychickému vydírání za účelem přepsání nemovitosti, odebrání finanční hotovosti – důchodu a vkladních knížek. Znemožnění kontaktu s vlastní rodinou. V tomto případě bylo podáno trestní oznámení. Během vyšetřování týraná osoba zemřela“.

„Matka bydlela se synem v domku, který si společně opatřili. Po nějaké době se syn oženil a snacha začala po určité době svou tchýni šikanovat – nadávala ji, že smrdí, že chrápe a je to slyšet po celém domě. Paní byla odmítána při zdravotních potížích lékařská péče. Po prodělané mozkové příhodě byla paní umístěna do domova seniorů“.

„Stará paní vyžadující neustálý dohled byla ponechána bez pomoci o samotě doma, psychické týrání – časté nadávky, podávána nedostatečná strava, ekonomické zneužívání“.

„Dospělý vnuk týrá své prarodiče, bere jim veškeré peníze, ničí jim věci – odmítají se obrátit na Policii, mají velký strach“.

„Město privatizovalo bytový fond, stará paní (min. 80 let) v bytě 1+1 byla navštěvována manželi, kteří se o ni starali. Paní podepsala, že byt kupuje, manželé jej zaplatili v prvním kole, to znamená nejvýhodnější nabídka (cca 50 tisíc) s následným převodem na ně. Po koupi se do bytu 1+1 nastěhovali spolu s dospělým synem. Paní udělali bydlení v šatně. Později, kdy byt mohl přejít na ně, chtěli byt prodat a tak se vystěhovali (bylo to v létě) do zahradního domku, bez možnosti koupání, WC. Paní byla odvezena do nemocnice a pak

do LDN, tam zemřela. Byt byl prodán za 300 000 Kč“.

„Závislost dcery na alkoholu, vydírání rodičů, psychický nátlak k vydávání finančních prostředků, někdy i lehčí fyzické napadení, stejná situace je i u syna, který je závislý na automatech“.

„Stará paní si přišla stěžovat na svoji dceru, že ji odebere celý důchod hned na poště a ona nemá pak z čeho žít, protože ji doma nikdo neuvaří, dcera peníze propije. Přišla si stěžovat jen jednou, ale prý se tato situace opakuje pravidelně“.

„Poškozená si stěžovala na svého druha, že ji v opilosti vyhazuje z bytu a že ji nedává žádné peníze. Požadovala byt, ale ten nedostala a bylo jí nabídnuto ubytování v domově seniorů, toto odmítla“ (Sborník Domácí násilí a zdravotně postižení, 2005, s. 80 – 81).

Kazuistika sociální pracovnice hospice

„Klientka byla přijata na respitní pobyt, tedy na dobu určitou, konkrétně na dobu jednoho měsíce. Klientka byla částečně imobilní, potřebovala dopomoc při hygieně. Při příjmu byla klientka zamlklá, na dotazy neodpovídala, choulila se na lůžku. Toto chování jsme přičítali částečně jejímu věku (99 let) a částečně tomu, že se ocitla v novém prostředí. Ani po týdnů se však pacientčino chování nezměnilo a proto bylo vyřčeno podezření na týrání. Kontaktovali jsme obvodní lékařku a ta uvedla, že pacientka je v domácí péči již přes dvacet let. Poslední roky byla často hospitalizována nebo ošetřována kvůli zlomeninám či hematomům. Obvodní lékařka však vše přičítala pacientčinu věku.

Pozvali jsme si rodinu do hospice a dozvěděli jsme se, že o klientku pečuje snacha, která má čtyři děti ve věku 2 až 9 let a je toho času na mateřské dovolené. K tomu se starala o hospodářství. Dle jejího vyjádření však vše zvládá.

Hospicová lékařka se pokusila při rozhovorech s klientkou zjistit, jak je doma spokojená, ale klientka na toto téma odmítla hovořit. S blížícím se odchodem domů ale stále častěji lékařku prosila, aby ještě mohla v hospici zůstat. Pozvali jsme si tedy opět rodinu do hospice. Tentokrát přišla pouze snacha klientky. Po kratším rozhovoru, kdy jí hospicová lékařka vyslovila obdiv, že vše zvládá, se snacha rozplakala a postupně vyšlo najevo, že je vyčerpaná a přeje si tchyninu smrt. Později přiznala, že tchyni nedávala jídlo a občas ji i uhodila.

Klientka nakonec zůstala další dva měsíce v hospici a zde také zemřela na sešlost věkem. Sama klientka chování snachy nikdy nepotvrdila a odmítala se na toto téma bavit“
(Sborník Domácí násilí a zdravotně postižení, 2005, s. 83).

Příloha č. 3: Co mohou udělat lékaři pro oběť syndromu EAN a domácího násilí

Lékaři, kteří se setkávají ve svých ordinacích s oběťmi domácího násilí i syndromu EAN by měli přistupovat k těmto pacientům bez předsudků a s porozuměním pro jejich psychickou zranitelnost a poučit pacienta o tom, že jejich zranění by eventuálně pro svoji závažnost a způsob provedení mohla být kvalifikována jako trestný čin nebo přestupek, a doporučit jim, aby se obrátili případně na Policii ČR (městskou policii).

Pokud zdravotní poškození pacienta svědčí pro opakované týrání (následky předchozích zranění), není souhlas pacienta s trestním stíháním nutný ani v případě, je-li pachatel osobou blízkou nebo žijící ve společném obydlí.

Jestliže jde o „jednorázové“ zranění, které bylo způsobeno osobou blízkou (manželem, partnerem, rodičem, někým z příbuzenstva), záleží za současného právního stavu pouze na rozhodnutí pacienta, zda bude policie případ vyšetřovat.

Ve **zdravotnické dokumentaci** je nutné zaznamenat, zda pacient uvádí, že mu zranění způsobila konkrétní osoba.

Mít na paměti, že **lékařská zpráva** je důležitým důkazem nejen v řízení trestním, ale i občanskoprávním:

- zaznamenat pečlivě, jakým způsobem ke vzniku zranění došlo,
- popsat rozsah a typ zranění, jakou dobu si léčení pravděpodobně vyžádá, případně jak pacienta omezí,
- zda bylo způsobeno osobou blízkou nebo cizí (v jakémkoliv soudním řízení, které mezi sebou vedou osoby blízké, dochází často k důkazní nouzi a lékařská zpráva je důležitým listinným důkazem).

Ne vždy vystačí soud s lékařskou zprávou a vyžádá si **znalecký posudek** z příslušného oboru. Ten musí obsahovat všechny skutečnosti a okolnosti rozhodné pro závěr soudu, že jednáním pachatele byl či nebyl způsoben trestný čin.

Existuje-li důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno jinou osobou, oznamte tuto skutečnost **zdravotní pojišťovně**.

Oznamovací povinnost lékaře:

U dospělého svéprávného pacienta nemáte jako lékař povinnost oznámit tuto skutečnost policii nebo orgánu činnému v trestním řízení.

Oznamovací povinnost však lékař má v případě zranění dětských pacientů a osob, které z důvodu nemoci, stáří, psychické poruchy byly svěřeny do péče osoby jiné.

Upozornit pacienty na pomáhající organizace, kde mohou obdržet další informace a podporu (Voňková, 2003).

Příloha č. 4: Co může udělat oběť syndromu EAN a domácího násilí

1. U lékaře

Informovat lékaře o tom, že zranění bylo způsobeno osobou blízkou nebo žijící ve společném obydlí, a požádat ho, aby tuto informaci včetně údajů o násilném jedinci zapsal do zdravotní dokumentace.

Požádat lékaře, aby vyplnil formulář „Hlášení o úrazu nebo jiném poškození zdraví pro pojišťovnu“ (VZP 22/1993 SPAPS) a poslal ho příslušné zdravotní pojišťovně.

2. Chce-li zraněná osoba, aby byl pachatel trestně stíhán:

- oznámí ústně nebo písemně tuto skutečnost Policii ČR, event. státnímu zastupitelství.
- Přiloží kopii formuláře „Oznámení o zranění osoby“.
- Při oznámení trestného činu uvede, že souhlasí s tím, aby byl pachatel za svůj čin stíhán, a tento souhlas neodvolá.
- Souhlasu s trestním stíháním není třeba, pokud jde o podezření ze spáchání trestného činu podle § 215a Týrání osoby žijící ve společném obydlí nebo osoby blízké. Policie zahajuje trestní stíhání po oznámení z podezření tohoto trestného činu sama.
- Požádat policii, event. státní zastupitelství nebo obecní úřad, aby do 30 dnů byla informována o tom, jaká opatření v této záležitosti byla z jejich strany učiněna.
- Požádat policii, aby odeslala zdravotní pojišťovně vyplněný formulář „Oznámení o zranění osoby“ (MV č. skl. 350).
- Pokud je podáváno trestní oznámení ústně, zkontrolovat, že je žádost v protokolu zapsána.

- Informovat policii nebo státní zastupitelství, že bude uplatňována náhrada škody, která byla zraněním způsobena. Dále zkontrolovat, zda je tato skutečnost v protokolu zaznamenána.

3. Jako poškozený trestným činem můžete na Ministerstvu spravedlnosti žádat o **poskytnutí peněžité pomoci**. V této souvislosti je nutné:

- souhlasit s trestním stíháním pachatele – osoby blízké,
- odmítnout vypovídat s odvoláním na svůj poměr k pachateli,
- připojit se k trestnímu řízení s návrhem na náhradu způsobené škody,
- celková výše bodového ohodnocení zdravotního poškození (bolestné) musí dosáhnout 100 bodů,
- podat žádost o poskytnutí peněžité pomoci na Ministerstvu spravedlnosti nejpozději do 1 roku ode dne podání oznámení.

4. **Pokud je podána náhrada škody v občanskoprávním řízení je nutné:**

- podat k Vašemu okresnímu (obvodnímu) soudu žalobu o náhradu škody.
- Uplatnit nárok na bolestné, na náhradu škody za ztížení společenského uplatnění a na náhradu výdělku a náhradu účelně vynaložených nákladů.

5. **Děti:**

- Informovat příslušný odbor sociálněprávní ochrany dětí, pokud byly zranění přítomny nezletilé děti.

Doporučujeme:

Nechat se zastupovat zvoleným nebo určeným advokátem České advokátní komory.

Bezplatné právní zastoupení tzv. obecním zmocněncem je možné získat u specializovaných

poraden některých neziskových organizací.

Další možnost je požádat předsedu senátu příslušného okresního (obvodního) soudu o ustavení státního zástupce buď bezplatně nebo za sníženou sazbu.

Rovněž je možné požádat předsedu senátu příslušného soudu o osvobození od soudního poplatku, jestliže se příjmy poškozeného pohybují na hranici životního minima (Voňková, 2003).

Příloha č. 5: Bezpečnostní plán pro oběti domácího násilí

V rozhovoru s obětí domácího násilí může policista (na místě incidentu nebo ve své kanceláři) oběť informovat o základních bezpečnostních opatřeních. Oběť většinou dál sdílí společnou domácnost s násilným partnerem a situace je jinými prostředky obtížně řešitelná. V případě náhlého útoku by oběť měla pamatovat především na své zdraví a život. Bezpečí oběti je základním předpokladem budoucího řešení problému. Policista by měl oběť domácího násilí poučit a informovat o tom:

- **aby se při incidentu nenechala zavřít v části domu, kde nejsou okna ani žádný východ** nebo, kde se nacházejí jakékoli možné zbraně, jako jsou např. kuchyně nebo koupelna. Pokud bydlí na venkově, měla by se vyhnout stodole nebo dílně, kde mohou být uskladněny různé nástroje.
- **aby si zapamatovala některé z důležitých telefonních čísel**, jako jsou nonstop linka pro domácí násilí, policie, regionální linka důvěry nebo azylový dům, aby naučila své děti používat telefon a zavolat policii, sousedy nebo někoho jiného, kdo může rychle pomoci.
- **aby se svěřila přátelům nebo příbuzným**, kterým důvěřuje s tím, že je doma napadána. Je důležité, aby si vytvořila vlastní podpůrnou síť, kde se jí dostane alespoň krátkodobé pomoci.
- **aby si promyslela a naplánovala únikové cesty** ze všech dveří a oken, včetně těch ve sklepě a v horních patrech. Dokáže pak lépe reagovat v situaci tísně. **aby si promyslela přijatelné důvody, kvůli kterým by mohla odejít** během dne nebo v noci, aby tak nevyvolala ještě intenzivnější násilí. „Možná musíte něco donést sousedům.“ „Možná jste si zapomněla tašku venku v autě.“ Doporučte jí, aby po útoku hned volala policii nebo někoho, komu věří.
- aby se předem rozhodla, **kam půjde, až se dostane ven z bytu nebo z domu**. Měla by si zjistit adresy míst v okolí bydliště, kde mají otevřeno nepřetržitě (policie, hasičská stanice, nemocnice, jiná nonstop služba či prodejna).

- aby si promyslela, **jak se tam dostane**. To je problém obětí domácího násilí na venkově nebo na samotách. (U sebe by vždy měla mít peníze nebo jízdenky). Pokud má auto, bude dobré se ujistit, že je vždy pojízdné. Také kolo je užitečné udržovat v dobrém stavu. V případě útěku s dětmi by kočárek pro děti měl být na dostupném místě.
- aby se domluvila **s přáteli nebo se sousedy na znamení**, které bude signalizovat, že potřebuje pomoc. Může zavolat z okna nebo zvednout telefon a říct: „Došla mi káva.“ nebo „Hrozně mě bolí hlava.“ nebo „Máš ještě ten červený šátek, co jsem ti půjčila?“ Doporučte jí, ať se s nimi domluví, aby zavolali policii, pokud uslyší domluvené heslo. Stejně tak je dobré sousedy požádat, aby zavolali policii, pokud uslyší něco, co zní jako probíhající napadení, pokud uslyší křičet nebo plakat děti, nebo zvuky násilí jako je rozbíjení nábytku nebo skla.
- aby si **zabalila pohotovostní tašku** s penězi, oblečením a důležitými dokumenty. Také ať si uschová drobné na telefon, klíče od auta a od domu a dostatek peněz (nejlépe na místě mimo dům, kde se k nim může rychle dostat). V nouzové situaci bude možná donucena odejít bez peněženky nebo kabelky, kde si většina lidí nechává peníze, kreditní karty a klíče. Možná by si tašku mohla nechat u souseda nebo v kufru auta.
- **aby přemýšlela, pokud je oběť nepohyblivá nebo v důchodovém věku**, která místnost v domě je pro ni nejbezpečnější.

Pokud má oběť malé děti, je možné, že nebude schopna utéci s nimi. V takovém případě by se měla co nejdříve vrátit s policistou a vyzvednout je. Nejenže mohou být v nebezpečí napadení, ale násilník se může rozhodnout, že je použije jako rukojmí. Děti by měly vědět, kde je v bytě nebo v domě bezpečné místo – pokoj, který lze zamknout – a jak utéci k sousedům, pokud by potřebovaly pomoc nebo chtěly zavolat pomoc. Měly by vědět, že jejich úkolem je zůstat v bezpečí a ne bránit a chránit oběť. Mohly by přitom být zraněny.

Při **náhlém odchodu z domova** by si oběť domácího násilí měla vzít s sebou:

- průkaz totožnosti svůj a rodné listy dětí,
- průkaz o nemocenském pojištění pro sebe a děti,
- doklady o svém vztahu k bytu – nájemní smlouvu aj., případně adresu pronajimatele,
- pracovní smlouvu / rozhodnutí o důchodu / rozhodnutí pracovního úřadu / rozhodnutí sociálních úřadů,
- rozhodnutí o svěření dětí do péče,
- doklady o přístupu k účtu,
- léky, brýle, lékařské předpisy a věci denní potřeby pro sebe a děti (oblečení, hygienické potřeby, hračky),
- policejní záznamy o dřívějších oznámeních,
- svůj telefonní adresář.

Informujte oběť, aby uschovala jakékoliv důkazy o fyzickém násilí (roztrhané oblečení, fotografie modřin a zranění atd.). Pokud by byla zraněna, aby vyhledala lékaře, oznámila mu, co se jí stalo a požádalo ho, aby její zranění zadokumentoval (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/pro-odborniky/policiste-straznici/bezpecnostni-plan-pro-obeti-domaciho-nasili/>, cit. 9.8.2012).

Příloha č. 6: Soubor rad a informací pro seniory

Příloha č. 7: Neziskové organizace, kde je možné obdržet další informace a podporu

PRAHA

Acorus, psychosociální centrum

Legerova 20, 120 00 Praha 2

tel.: 283 892 772

<http://www.acorus.cz>

(pouze kontaktní adresa, adresa zařízení je utajená)

proFem o.p.s. / AdvoCats for Women, bezplatné právní poradenství pro ženy - oběti násilí

Gorazdova 20, 120 00 Praha 2

tel./fax: 224 917 224

<http://www.profem.cz>

Linka právní pomoci pro ženy – oběti násilí každou středu od 18.30 – 20.30 na tel. 224 910 744

ROSA – Informační a poradenské centrum pro ženy oběti – oběti domácího násilí

Podolská 25, 147 00 Praha 4

tel./fax: 241 432 466

<http://www.rosa-os.cz>

Krizová linka: 602 246 102

(pouze adresa centra, azylové ubytování je utajené)

Bílý kruh bezpečí

Duškova 20, 150 00 Praha 5

tel.: 257 317 100, fax: 251 512 299

<http://www.bkb.cz>

Linka pro oběti domácího násilí DONA: 00420-251 511 313

Pobočky BKB v Brně - tel.: 541 218 122, v Olomouci - tel.: 585 423 857, v Ostravě – tel./fax: 597 489 204, v Pardubicích – tel. 466 265 264, v Plzni – tel. 377 637 695

RIAPS, linka důvěry a krizové centrum

Chelčického 39, 130 00 Praha 3

tel.: 222 580 697

Centrum krizové intervence

tel.: 284 066 110

Bezplatná právní poradna České advokátní komory

Národní 16, 110 00 Praha 1

Tel.: 224 913 606, 224 912 286

(nutné se objednat předem)

BRNO

Program Ligy lidských práv

tel.: 545 245 996

SOS linka: 737 834 345 (7.00 – 22.00)

<http://www.llp.cz>

HAVÍŘOV

Slezská diakonie – Poradna ELPIS

<http://slezskadiakonie.cz>

HRADEC KRÁLOVÉ

Adra, poradna pro oběti násilí a trestných činů

Tř. E. Beneše 575, Hradec Králové

tel.: 495 262 214, 606 824 104

Provozní doba pro veřejnost: Po + St 14 -18 hod., Út + Čt 9 – 12 hod.

TRUTNOV

Most k životu

tel./fax: 499 841 998

<http://www.mostkzivotu.cz>

(poradna a azylové ubytování)

Azylová ubytování

Informace o nejbližším azylovém ubytování je možné obdržet u obecních/městských úřadů.

Příloha č. 8: Náhrada škody

Podmínky pro přiznání nároku na náhradu škody způsobené trestným činem jsou v trestním řízení následující:

- Hradí se jen **majetková škoda**, soud rozhoduje jen o návrhu na náhradu majetkové škody. Rozsah a způsob náhrady se řídí předpisy civilního hmotného práva, zejména ustanoveními občanského zákoníku a zákoníku práce.
- Musí se jednat o **škodu, která byla způsobena trestným činem**. Vzniklá škoda tedy musí být v příčinné souvislosti se skutkem, pro který je obviněný stíhán, přičemž naproti tomu na právním posouzení tohoto skutku nezáleží.
- Návrh na náhradu škody **musí být vždy uplatněn v trestním řízení** proti určité osobě. A soud nikdy o návrhu nerozhoduje z úřední povinnosti, což představuje výjimku z jinak platné zásady oficiality.
- Návrh na náhradu škody **je třeba uplatnit řádně a včas**.

Včas: nejpozději do zahájení dokazování v hlavním líčení.

Řádně: v návrhu musí být uvedeny údaje, z nichž je patrný důvod a alespoň minimální výše nároku na náhradu škody.

- **O nároku nesmí být již rozhodnuto v občanskoprávním** nebo jiném příslušném řízení.
- Osobou oprávněnou k náhradě majetkové škody je **pouze osoba s právní subjektivitou**.

Soud rozhoduje o náhradě škody:

rozsudkem dle § 121 písm. a), případně trestním příkazem dle § 314f odst.1 písm. e) trestního řádu,

vysloví povinnost obžalovanému nahradit poškozenému škodu způsobenou trestným činem (dle ustanovení § 228 odst.1 tr.řádu), nebo poškozeného odkáže na řízení ve věcech občanskoprávních, popřípadě na řízení před jiným příslušným orgánem (dle ustanovení § 229 tr.řádu).

Rozsudek

Přiznanou částku v rámci výroku o náhradě škody lze úspěšně proti obviněnému uplatnit teprve tehdy, když se trestní rozsudek, který výrok o náhradě škody obsahuje, stane

pravomocným a současně vykonatelným tj. exekučním titulem.

Poškozený má možnost požadovat uhrazení škody na odsouzeném ihned a pokud tento svojí povinnost nesplní, poškozený může dát podnět k zahájení exekučního řízení. Příslušný návrh musí adresovat nebo učinit ústně do protokolu u exekučního oddělení toho soudu, který ve věci rozhodl v I. stupni.

Občansko právní řízení

Zprostí-li soud obžalovaného obžaloby, odkáže poškozeného na řízení občanskoprávní vždy. Poškozený má právo podat proti té části rozsudku, která se týká náhrady škody odvolání. Nemá právo odvoláním napadat výrok o vině a trestu.

Občansko právní řízení, na které je poškozený zpravidla se svými nároky odkázán, je ovládáno zcela jinými zásadami než trestní řízení. Význam má především zásada rovného postavení účastníků (tedy poškozeného a toho, kdo škodu způsobil - pachatele) a zásada dispozitivnosti. Následkem toho, že soud projednává a hodnotí pouze návrhy a důkazy předložené účastníky, sám z vlastní iniciativy, na rozdíl od trestního řízení, nejedná a důkazy neopatřuje. Důkazní břemeno leží na poškozeném, on sám musí dokazovat, že mu byla způsobena škoda v určité výši a že ji způsobil pachatel. V praxi je například neřešitelným problémem pro poškozeného již samo zjišťování momentálního bydliště a pracoviště pachatele, což je nezbytnou podmínkou pro vedení řízení.

Trestní spis sám, případně úředně ověřená část trestního spisu, mohou sloužit jako listinné důkazy v občanskoprávním řízení k náhradě škody (dostupné na World Wide Web:<http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/zadost-o-penezitou-pomoc-nahrada-skody/nahrada-skody/>, cit. 9.8.2012).

Příloha č. 9: Peněžítá pomoc obětem

Kdo může žádat o peněžitou pomoc

O peněžitou pomoc může žádat oběť, která byla přepadena, sražena k zemi, znásilněna, zbita či jiným způsobem vystavena aktu násilí, a které způsobená škoda nebyla uhrazena, může za okolností vymezených zákonem č. 209/97 Sb. dostat od státu peněžitou pomoc. Pokud oběť na následky napadení zemře, mohou peněžitou pomoc dostat pozůstalé osoby, které byly odkázané výživou na zemřelou oběť.

Zákon nevylučuje, aby pomoc byla poskytnuta i tomu, kdo se stane obětí trestného činu v zahraničí, splní-li veškeré zákonem stanovené předpoklady.

Jaké ztráty pomáhá peněžítá pomoc zmírnit a v jaké výši

Oběti mohou dostat pomoc v souvislosti :

- s ušlým výdělkem,
- s náklady, které jim vznikly v souvislosti s léčením – např. léky, zdravotní pomůcky, náklady na dopravu v souvislosti s léčením a rehabilitací, příbrání cizí osoby pro pomoc v domácnosti nebo při ošetřování.

Pozůstalí po obětech mohou dostat pomoc v souvislosti:

- s náklady na pohřeb, smuteční obřad, zřízení hrobu, pomníku,
- s výživným, které jim zemřelá oběť poskytovala nebo byla povinna poskytovat.

Pomoc spočívá v jednorázovém poskytnutí peněžité částky k překlenutí zhoršené sociální situace způsobené obětí nebo pozůstalým trestným činem.

Peněžítá pomoc se nevztahuje na odškodnění bolesti ani odškodnění hodnoty odcizených věcí nebo peněz.

Jaké výše může pomoc dosáhnout?

Za předpokladu, že bodové hodnocení za bolest dosáhne hodnoty alespoň 100 bodů, je pomoc vyplacena:

- buď v paušální částce 25 000 Kč (není nutno dokládat žádná potvrzení),

- nebo ve výši až do 150 000 Kč (zde se však musí doložit všechna potvrzení o ušlých ziscích, výdajích a nákladech spojených s následky trestného činu).

Peněžité pomoc je nevratná.

Pouze v případě, že do 5 let dojde k plnění náhrady škody z jiných zdrojů (pachatel, pojišťovna atd.), je příjemce povinen, požádán, aby danou částku vrátil.

Na jaké případy se pomoc nevztahuje

Pomoc nedostanete:

- pokud celková výše bodového hodnocení za bolest nedosahuje hodnoty alespoň 100 bodů (v případě úmrtí se toto hodnocení nežádá),
- pokud neposkytnete orgánům činným v trestním řízení potřebnou součinnost,
- pokud jste stíháni jako spoluobviněný,
- pokud jste nedali souhlas s trestním stíháním pachatele,
- pokud o pomoc požádáte po uplynutí jednoho roku ode dne, kdy se oběť dověděla o škodě způsobené trestným činem.

Peněžité pomoc nenahrazuje platby od jiných institucí a osob (sociální pojištění, důchod, soukromé pojištění, náhrada škody od pachatele, pohřebné atd.), tzn. že se peněžité pomoc nevztahuje na případy, kdy byla škoda oběti nebo pozůstalým po oběti v plné výši uhrazena jinými institucemi nebo osobami.

Co je třeba udělat, abyste peněžitou pomoc získali

Trestný čin neprodleně oznámit Policii ČR.

Pokud bude pachatel zjištěn a bude trestně stíhán, musíte se v rámci trestního řízení písemně připojit se svým nárokem na náhradu škody vůči němu.

Od ošetřujícího lékaře si vyžádáte zprávu o Vašem zranění včetně bodového hodnocení za bolest.

Písemně nebo osobně se obrátíte na Odbor odškodňování Ministerstva spravedlnosti.

Ve své žádosti uvedete zejména:

- Jméno a příjmení oběti, datum jejího narození, bydliště, rodné číslo.

- Název útvaru Policie ČR nebo jiného orgánu činného v trestním řízení, který o trestném činu vede řízení (máte-li doklady, přiložte jejich kopie).
- Údaje o škodě a o jejím rozsahu, včetně informace o tom, co už bylo uhrazeno a o tom, co jste učinili k vymáhání škody (máte-li doklady, přiložte jejich kopie).
- Svou kontaktní adresu, případně i telefonní spojení.

Žádost a přílohy zašlete nejlépe doporučeným dopisem na adresu:

Ministerstvo spravedlnosti ČR

Odbor odškodňování

Vyšehradská 16

128 10 Praha 2

Kopii své žádosti a originály potvrzení si pečlivě uschovejte.

Kdo se bude Vaší žádostí zabývat

Ministerstvo spravedlnosti do tří měsíců od podání žádosti a předložení potřebných dokladů (které si od Vás v případě potřeby může ještě vyžádat) buď pomoc poskytne, nebo žadateli sdělí důvody, pro které pomoc nelze poskytnout. To však nevylučuje možnost podání žádosti nové dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/zadost-o-penezitou-pomoc-nahrada-skody/penezita-pomoc-obetem/>, cit. 9.8.2012).

Příloha č. 10: Popis sociálních služeb Bílého kruhu bezpečí

Cíl služby odborné sociální poradenství

Cílem práce je zabránit sociálnímu vyloučení uživatele a napomoci mu řešit obtížnou životní situaci způsobenou trestným činem. Služba se soustřeďuje především na okamžité individuální potřeby uživatelů, podporuje rozvoj jejich samostatného rozhodování, motivuje je k aktivitě, posiluje jejich znovačlenění do společnosti a pomáhá obnovovat jejich pocit bezpečí a jistoty.

Cílem služby odborného sociálního poradenství BKB je vysoká kvalita služeb poskytovaných cílové skupině uživatelů – především obětem a svědkům trestných činů a pozůstalým po obětech.

Cílovou skupinou služby odborného sociálního poradenství jsou:

- oběti trestné činnosti,
- osoby ohrožené domácím násilím,
- oběti obchodu s lidmi,
- osoby v krizi.

Věková struktura cílové skupiny: bez omezení věku

Zásady při poskytování služby odborné sociální poradenství

Zásada respektování hodnoty individuality člověka, jeho důstojnosti a potřeb bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, barvu pleti, zdravotní stav, sexuální orientaci, náboženské a politické přesvědčení.

Zásada respektu a ochrany práv uživatele služby včetně práva na přirozené riziko při samostatném rozhodování uživatele služby.

Zásada individuálního přístupu k jednotlivým uživatelům.

Zásada týmové spolupráce a jednotného přístupu všech pracovníků poskytovatele k uživatelům služby.

Zásada podpory uživatelů v čerpání dalších veřejných služeb, které mohou přispět k řešení jejich situace.

Zásada uplatňování opatření směřujících k ochraně uživatele před vznikem závislosti na poskytované službě.

Zásada podpory žádoucích a přínosných sociálních kontaktů uživatele a podpora vztahů v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Zásada hospodárnosti a efektivního využívání finančních a materiálních prostředků určených pro realizaci služby (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/o-nas/verejny-zavazek-registrovanych-socialnich-sluzeb-bkb/>, cit. 9.8.2012).

Cíl služby intervenční centra

Cílem práce intervenčního centra je napomoci uživateli vyřešit svou krizovou životní situaci v důsledku domácího násilí a vrátit se k běžnému způsobu života. Dalším cílem je podporovat uživatele služby, aby byli sami schopni situaci vyřešit a aby využívali své přirozené sociální prostředí (rodina, přátelé, spolupracovníci) a síť místních a regionálních institucí.

Cílová skupina služby intervenční centra

Cílovou skupinou uživatelů služby intervenčního centra jsou:

- osoby ohrožené násilným chováním ze strany osob blízkých nebo osob žijících s nimi ve společném obydlí
- osoby ohrožené domácím násilím,
- oběti trestné činnosti,
- osoby v krizi.

Věková struktura cílové skupiny:

- dorost (16 – 18 let),
- mladí dospělí (19 – 26 let),
- dospělí (27 – 64 let),
- mladší senioři (65 – 80 let),
- starší senioři (nad 80 let).

Zásady při poskytování služby intervenční centra

Zásada respektu hodnoty individuality člověka, jeho důstojnosti a potřeb bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, barvu pleti, zdravotní stav, sexuální orientaci, náboženské a politické přesvědčení.

Zásada kvality služby – poskytování služby odpovídá dobré praxi a neodporuje dodržování základních lidských práv.

Zásada dostupnosti informační, místní, časové, architektonické a psychologické. Zásada efektivity – činnost intervenčního centra je optimální kombinací nákladů spojených s jeho provozem a s kvalitou poskytovaných služeb včetně její potřebnosti v místní (regionální) síti sociálních služeb.

Zásada individuality služby – schopnost rozpoznávat potřeby konkrétního jedince a těmito se řídit, vždy dodržovat individuální přístup k jednotlivým uživatelům a jejich potřebám.

Zásada provázanosti s jinými sociálními službami a dalšími institucemi v regionu napříč obory (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/o-nas/verejny-zavazek-registrovanych-socialnich-sluzeb-bkb/>, cit. 9.8.2012).

Cíl služby telefonická krizová pomoc

Služba telefonická krizová pomoc umožňuje lidem v nepříznivé sociální situaci v důsledku domácího násilí a dopadu trestného činu využívat služeb DONA linky, a to v souladu s jejím posláním, zásadami, principy a etickým kodexem pracovníků linek důvěry. Aktuálním cílem služby telefonická krizová pomoc je stabilizovat především psychický stav uživatele, snížit nebezpečí, že se jeho krize bude prohlubovat. Perspektivním cílem služby je podněcovat vlastní zdroje uživatele, propracovat s ním blízkou budoucnost a nasměrovat jej na možná řešení situace.

Cílovou skupinou služby telefonická krizová pomoc jsou:

- osoby ohrožené domácím násilím,
- oběti trestné činnosti,
- osoby v krizi.

Věková struktura cílové skupiny je bez omezení věku.

Zásady při poskytování služby telefonická krizová pomoc

Zásada okamžité dostupnosti a bezbariérovosti,
zásada kvalifikovanosti a pravidelné supervize odborného týmu,
zásada práva anonymity uživatele,
zásada zachování mlčenlivosti,
zásada bezpečného prostředí,
zásada zachování neutrality (dostupné na World Wide Web:<http://www.bkb.cz/onas/verejny-zavazek-registrovanych-socialnich-sluzeb-bkb/>, cit. 9.8.2012).

Příloha č. 11: Jak podat trestní oznámení

Podle platných právních předpisů **Policie ČR v zásadě nemůže odmítnout přijetí žádného trestního oznámení.**

Trestní oznámení lze podat **ústně či písemně**. Místem podání trestního oznámení může být policie nebo státní zastupitelství (nejlépe místně příslušné tam, kde k trestnému činu došlo). V případě písemného trestního oznámení se doporučuje odeslat oznámení doporučeně nebo si nechat potvrdit doručení na kopii oznámení u pracovníka podatelny policie nebo státního zastupitelství.

Praktická doporučení

V praxi se stále ještě vyskytují případy, snad pro nedostatečnou právní osvětu, kdy je **trestní oznámení o závažném trestném činu** (násilí na dětech, znásilnění apod.) podáváno na útvaru pořádkové policie. To se většinou ukazuje jako fatální omyl. Pro tento druh trestné činnosti existují **specializované útvary kriminální služby a vyšetřování nebo specialisté kriminální služby**. Příklad oznámený přímo zde pak může být od počátku řešen diskrétně, kvalifikovaně, a především s ohledem na nutnost hájit oprávněné zájmy obětí závažného násilného nebo mravnostního trestného činu. Kriminální a vyšetřovací po oznámení na případu spolupracují a věc ve vhodnou dobu předají k zahájení trestního řízení, případně k provedení dalších opatření.

Důležité upozornění

Právo na potvrzení o tom, že jste trestní oznámení podali a právo na vyrozumění o tom, jak bylo vaše oznámení vyřízeno, vám vznikne jen tehdy, pokud o to jako oznamovatelé výslovně požádáte (např. v písemném oznámení: „žádám, abych byl/a vyrozuměn/a o tom, s jakým výsledkem bylo moje trestní oznámení prošetřeno“). Bez tohoto výslovného požadavku nemá Policie ČR povinnost oznamovatele vyrozumět o výsledku svého šetření.

Co by mělo obsahovat trestní oznámení?

Po obsahové stránce by se měl oznamovatel trestného činu řídit souborem otázek stanovených již římským právem. Forma a obsah trestního oznámení nejsou formálně

stanoveny. Doporučuje se však trestní oznámení formulovat srozumitelně a stručně tak, aby bylo zřejmé,

- **kdo** (s uvedením přesné totožnosti a adresy),
- **kdy**, a **kterému policejnímu útvaru** trestní oznámení podal.

Kdy?

Doba, kdy k události došlo (okamžik, nebo období, pokud je událostí více, chronologicky je seřadit a uvést souvislosti, dobu je možno i odhadnout podle jiných souběžných událostí - politických, sportovních, kulturních včetně TV programu a pod.).

Kde?

Místo, nebo místa, kde k události došlo, případně kde trestný čin vyšel najevo nebo byl dokonán. Pokud oznamovatel nezná přesnou dislokaci (adresu), uvede jak lze místo vyhledat.

Kdo?

Totožnost účastníků: pachatel, poškozený, svědci. Pokud oznamovatel nezná jejich totožnost, uvede co nejpodrobnější popis osoby a jejich vnějších projevů.

Jak?

Popis jednání všech zúčastněných osob.

Co?

Následky vyšetřované události, především škoda na zdraví a majetku, ale i další.

Čím?

Zde vyjmenovat předměty doličné, jako jsou nástroje a zbraně, ale obecně veškeré důkazy, včetně listinných.

Proč?

Motiv jednání pachatele.

Pokud oznamovatel na některou z výše uvedených sedmi otázek nezná odpověď, je třeba, aby to do trestního oznámení výslovně uvedl (například: „Proč tak pachatel učinil, mi není známo“) (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/pomoc-obetem/trestni-oznameni/>, cit. 9.8.2012).

Příloha č. 12: Popis navazujících služeb Bílého kruhu bezpečí

Městská policie (obecní policie)

Městská policie (MěP) stejně jako Policie ČR poskytne v rozsahu své působnosti pomoc každému, kdo se na ni obrátí. MěP zabezpečuje místní záležitosti veřejného pořádku a plní další úkoly podle zákona. Strážníci zejména přispívají k ochraně bezpečnosti osob a majetku a dohlíží nad dodržováním pravidel občanského soužití. Nemohou řešit konflikty v rodinných vztazích, avšak zasáhnou při protiprávním jednání v rodině vůči zájmům chráněným zákonem, což jsou zejména život a zdraví občanů, jejich práva a majetek. Městská policie poskytne okamžitou pomoc, pokud vznikne důvodná obava, že je ohrožen život nebo zdraví osoby, nebo hrozí-li větší škoda na majetku, jsou strážníci oprávněni otevřít byt nebo jiný uzavřený prostor, v jiných případech je ke vstupu do bytu nutný souhlas alespoň jedné osoby žijící v domácnosti. Při podezření ze spáchání trestného činu přivolají na místo Policii ČR, v ostatních případech postoupí úřední záznam o incidentu příslušnému orgánu - obecní/obvodní úřady, magistráty statutárních měst (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Přestupková oddělení a přestupkové komise obecních úřadů

Přestupkem je zavinění jednání, které porušuje nebo ohrožuje zájem společnosti, je výslovně za přestupek označeno v zákoně a nejedná se o trestný čin. Přestupkové oddělení či přestupková komise je zřízena na téměř každém obecním, městském nebo obvodním úřadě. Oznámení o přestupcích podávají na tato oddělení/komise některé organizace (policie aj.), avšak může tak učinit kterýkoli občan. Na pracovníky přestupkových oddělení/komisí se občané rovněž mohou obracet se žádostí o radu či pomoc, jak v konkrétních případech postupovat.

Přestupková oddělení/přestupkové komise provedou šetření případu, a prokáže-li se pachateli vina, je mu uložena pokuta. Přestupky mezi osobami blízkými (manželé, rodiče, děti apod.) jsou tzv. „návrhové přestupky“, které lze projednat jen na návrh poškozené osoby – navrhovatele/ky. Lhůta pro podání návrhu činí tři měsíce (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Orgány sociálně právní ochrany dětí

Orgány sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) poskytují pomoc dětem v různých sociálních situacích, které ohrožují jejich život a příznivý vývoj. K těmto situacím patří nejen případy týrání a zneužívání dětí, ale i stav, kdy je dítě svědkem násilí mezi svými rodiči nebo prarodiči. V ČR zabezpečují sociálně právní ochranu dětí úřady městských obvodů či městských úřadů a magistráty statutárních měst. Každý, kdo je obeznámen s případem dítěte strádajícího v důsledku trestného činu či přestupku, by měl informovat sociální pracovníky místně příslušného úřadu (telefonicky, písemně, nejlépe však osobně). Oznamující osoby jsou chráněny anonymitou! Sociální pracovníci jsou povinni na každé oznámení reagovat, zjistit závažnost situace a po vyhodnocení přijmout opatření k ochraně dětí.

Orgány sociálně právní ochrany dětí poskytnou obětem (i dalším zúčastněným osobám) rady a informace ve věcech právních (péče o děti, rozvod, sociální dávky, trestní oznámení aj.)

Podle povahy případu vstoupí v jednání s dalšími institucemi (policie, soudy aj.), mohou obětem poskytnout doprovod k jednání. Zprostředkují obětem ubytování v azylovém domě. Zajistí ozdravný pobyt pro dítě. V nezbytných případech zajistí ústavní výchovu dítěte (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Manželská a předmanželská poradna

Na manželskou a předmanželskou poradnu (MPP) se může obrátit každý občan bez ohledu na věk a místo bydliště. K návštěvě není nutné doporučení, veškeré služby jsou bezplatné, diskrétnost je zaručena.

MPP zajišťuje výchovnou a poradenskou činnost v rodinných, manželských a mezilidských vztazích. Poskytuje občanům odborné sociální služby a pomoc při řešení partnerských a rodinných vztahů, včetně případů domácího násilí.

Manželská a předmanželská poradna nabízí krizovou intervenci v oblastech osobních a rodinných problémů (problémy mezi generacemi, žárlivost a nevěra, zvláštnosti osobností, povah a zájmů, agresivita v rodině, alkoholismus aj.).

Dále nabízí diagnostiku partnerských vztahů, psychoterapii individuální nebo párovou, sociálně právní poradenství (mediační služba v předrozvodovém, rozvodovém

a porozvodovém uspořádání vztahů k nezletilým dětem), informační a zprostředkovatelské služby - kontakt na jiná odborná zařízení, lékaře, specializovaná pedagogická pracoviště, informace o azylovém bydlení aj. (dostupné na World Wide Web: <http://www.bkb.cz/kontakt/navazujici-sluzby-v-cr/>, cit. 9.8.2012).

Příloha č. 13: Karta pro lékaře

Příloha č. 14: Karta pro zdravotní sestry

Příloha č. 15: Intervence sester v případech domácího násilí

Příloha č. 16: Dotazník

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

dovolte mi, abych Vám předložila dotazník, který je zaměřen na zjištění názorů a zkušeností seniorů s kriminalitou a trestnými činy na nich páchanými a který bude podkladem pro diplomovou práci. Ujišťuji Vás, že se všemi odpověďmi bude nakládáno zcela anonymně a veškeré údaje budou použity pouze pro účely průzkumu.

Prosím o pravdivé zodpovězení všech otázek. Odpovědi prosím zakroužkujte. U některých otázek je možno zakroužkovat více odpovědí anebo je zde prostor pro Vaše vyjádření. Budu ráda za všechny Vaše názory a zkušenosti. Pokud by Vám nevystačil prostor v dotazníku, můžete se rozepsat i na zadní stranu papíru.

Děkuji Vám za čas věnovaný tomuto dotazníku.

Bc. Eva Konečná

1. Jste: a) muž b) žena

2. Kolik máte let:

- | | |
|------------|--------------|
| a) 60 – 64 | e) 80 – 84 |
| b) 65 – 69 | f) 85 - 89 |
| c) 70 – 74 | g) 90 a více |
| d) 75 - 79 | |

3. Jste: a) vdaná/ženatý c) vdova/vdovec

b) rozvedená/ý d) svobodná/ý

e) Pokud jste v jiném vztahu, tak vypište v jakém

.....

4. Pocházíte z: a) města b) vesnice

5. Pobýváte:

a) ve své domácnosti

b) ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení (nemocnice, domov pro seniory, domov s pečovatelskou službou)

6. Pokud pobýváte ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení, jaký byl důvod Vašeho příchodu:

a) zdravotní důvody

b) rodinné důvody

e) stáří

c) sociální důvody

d) osamělost

7. Jak dlouho už pobýváte ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení?

a) déle než 1 rok

b) 1 až 5 let

c) více než 5 let

8. Rozhodnutí k odchodu do zdravotnického nebo sociálního zařízení jste učinili:

a) sami

b) po dohodě s partnerem

c) na žádost dětí nebo jiných příbuzných

d) jiné, vypište.....

9. Litujete svého rozhodnutí? Chtěli by jste se vrátit do svého původního bydliště?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli ano, tak z jakého

důvodu?

.....

.....

10. Jak dlouho jste si zvykali na život ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení?

- a) 1 týden b) 1 měsíc c) 1 rok
- d) déle než uvedené údaje, vypište jak dlouho
.....
- e) dosud jsem si nezvykl/a

11. Jste s životem ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení spokojeni?

- a) ano, jsem spokojen/a
- b) ne, nejsem spokojen/a, mám připomínky
- c) někdy spokojen/a, někdy nespokojen/a

12. Pokud jste nespokojen/a a máte připomínky, tak se týkají:

- a) stravy
- b) spolubydlících
- c) chování personálu
- d) poskytování služeb (ubytování, poskytování osobní hygieny, úklid, péče o oblečení)
- e) nabídky volnočasových aktivit (kroužky, kulturní akce, koncerty, procházky, výlety)
- f) jiné, vypište.....
-
-

13. Na co nejvíce vzpomínáte?

- a) na rodinu b) na přátele c) na zaměstnání
d) mládí e) minulé časy f) zdraví
g) jiné, vypište

.....

14. Navštěvují Vás příbuzní (děti, vnoučata...) pravidelně?

- a) ano b) ne
c) nikdo mě nenavštěvuje d) navštěvují mě přátelé

15. Vnímáte péči a zájem příbuzných za dostatečný a přiměřený?

- a) ano b) ne

16. Vypomáháte finančně svým příbuzným (dětem, vnoučatům...)?

- a) ano, pravidelně b) ne c) občas

17. Míváte konflikty s příbuznými (děti, vnoučaty...)?

- a) ano b) ne c) občas

18. Pokud jste uvedli, že míváte konflikty, tak popište, čeho se konflikty týkají.....

.....
.....

25. Pokud ano, tak popište o jaký typ násilí se jednalo.

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

26. Těmito cizími osobami byly (můžete zakroužkovat více odpovědí):

a) sousedé

b) neznámé osoby (na ulici, v obchodě, v tramvaji...)

c) pracovníci ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení (zdravotní sestry, pečovatelky, lékaři, pomocný personál)

d) jiní lidé, vypište kteří

.....

27. Oznámili jste někomu takové jednání nebo zacházení?

a) ano

b) ne

28. Pokud jste to neoznámili, tak z jakého důvodu:

a) stud

b) strach

c) nedostatek informací o tom, kde lze hledat pomoc

d) jiný důvod, vypište.....

29. Kdyby se Vám něco takového přihodilo, tak byste žádali o pomoc (můžete zaškrtnout více odpovědí):

a) policii ČR

b) svého lékaře

c) sociální odbor městského nebo krajského úřadu

d) linku důvěry

e) organizace zabývající se pomocí obětem trestných činů

f) pokud jinde, tak uveďte kde

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

30. Stali jste se někdy obětí kriminality? Okradl Vás někdo, přepadl, vyloupil byt nebo auto, vyhrožoval Vám, napadl apod.?

a) ano

b) ne

31. Pokud jste odpověděli ano, tak popište, jaký trestný čin byl spáchán.

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

32. Přístup policie při vyšetřování shledáváte:

a) profesionálním

b) lidským

c) necitlivým

d) jiné, vypište

.....

e) nekontaktoval/a jsem policii

33. Poté, co jste se stali obětí trestného činu, došlo u Vás ke změně chování?

a) ano

b) ne

34. Pokud ano, tak vyberte z nabízených odpovědí ty, které nejvíce popisují Váš stav a zakroužkujte je (můžete zaškrtnout více odpovědí):

- a) poruchy spánku (potíže s usínáním, časté probouzení), noční můry
- b) zvýšená podrážděnost
- c) poruchy soustředění
- d) pocity ohrožení a nebezpečí
- e) vyhýbání se místům nebo situacím, v nichž došlo ke spáchání trestného činu
- f) ztráta zájmu o činnosti, dříve oblíbené
- g) vyhýbání se sociálním kontaktům
- h) nadměrný smutek, výkyvy nálad
- ch) pocity strachu, napětí, zloby, viny
- i) jiné, vypište

.....
.....

35. Vyhledali jste odbornou pomoc?

- a) ano
- b) ne

36. Pokud ano, tak jakou:

- a) psychologa
- b) lékaře
- c) organizace zabývající se pomocí obětem trestných činů
- d) jiné, vypište

.....

37. Domníváte se, že senioři patří k nejvíce ohroženým skupinám obyvatel?

a) ano

b) ne

38. Jaký vnímáte, že má společnost postoj k seniorům?

a) pozitivní

b) negativní

39. Mělo by se věnovat více pozornosti problémům seniorů?

a) ano

b) ne

40. Jaký je Váš názor na přístup společnosti k seniorům?

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

41. Napadá Vás, jak by se dalo preventivně zabránit násilí na seniorech?

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

Velice Vám děkuji za vyplnění dotazníku a za Vaše názory.

V případě zájmu o výsledky dotazníkového šetření mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: ekonec@seznam.cz.

ANOTACE

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Konečná
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Kriminalita páchaná na seniorech
Název v angličtině:	Crime committed against seniors
Anotace práce:	Diplomová práce se zaměřuje na problematiku kriminality. Důraz je kladen na zjištění možného výskytu syndromu týraného a zanedbávaného seniora a domácího násilí páchaného na seniorech. Rovněž se zabývá dopadem trestného činu na život oběti a vznikem posttraumatické stresové poruchy. Diplomová práce seznamuje s organizacemi, které se zabývají pomocí obětem trestných činů. Předkládá konkrétní doporučení seniorům – obětem trestných činů a přináší praktické rady a informace pro pomáhající profesionály (policisty, sociální pracovníky, zdravotníky...), kteří se dostávají do kontaktu se seniory. Součástí diplomové práce je průzkum prováděný pomocí dotazníků.
Klíčová slova:	Senior, kriminalita, týrání, zanedbávání, domácí násilí, oběť trestného činu, viktimizace, posttraumatická stresová porucha, Bílý kruh bezpečí.
Anotace v angličtině:	This thesis focuses on the problem of crime. Emphasis is placed on determining the possible occurrence of syndrome abused and neglected seniors and domestic violence against seniors. It also addresses the impact of crime on the lives of victims and the emergence of post-traumatic stress disorder. Diploma work with organizations that deal with victims of crime. It presents specific recommendations to senior citizens - victims of crimes and provides practical advice and information for helping professionals (police, social workers, health professionals ...) who comes into contact with seniors. The thesis is a survey conducted using questionnaires.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, crime, abuse, neglect, domestic violence, victim, victimization, posttraumatic stress disorder, the White Circle of Safety.

Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Policista v kontaktu s obětí trestného činu</p> <p>Příloha č. 2: Kazuistiky</p> <p>Příloha č. 3: Co mohou udělat lékaři pro oběti syndromu EAN a domácího násilí</p> <p>Příloha č. 4: Co může udělat oběť syndromu EAN a domácího násilí</p> <p>Příloha č. 5: Bezpečnostní plán pro oběti domácího násilí</p> <p>Příloha č. 6: Soubor rad a informací pro seniory</p> <p>Příloha č. 7: Neziskové organizace, kde je možné obdržet další informace a podporu</p> <p>Příloha č. 8: Náhrada škody</p> <p>Příloha č. 9: Peněžité pomoci obětem</p> <p>Příloha č. 10: Popis sociálních služeb Bílého kruhu bezpečí</p> <p>Příloha č. 11: Jak podat trestní oznámení</p> <p>Příloha č. 12: Popis navazujících služeb Bílého kruhu bezpečí</p> <p>Příloha č. 13: Karta pro lékaře</p> <p>Příloha č. 14: Karta pro zdravotní sestry</p> <p>Příloha č. 15: Intervence sester v případech domácího násilí</p> <p>Příloha č. 16: Dotazník</p>
Rozsah práce:	137 s.
Jazyk práce:	Čeština