

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Chování člověka v krizových situacích

Jana Hanáková

© 2018 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jana Hanáková

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Chování člověka v krizových situacích

Název anglicky

Human behaviour in crisis situation

Cíle práce

Cílem práce je analyzovat zvolené druhy lidského chování, a to především u násilí, jakožto jednou ze specifických oblastí krizových situací a následně doporučit případná řešení pro vybranou skupinu osob.

Metodika

Teoretická část práce se opírá o poznatky z nastudované odborné literatury, ve které je přiblížen pojem krize, její členění a možné formy řešení. Dále se zaměřuje na druhy krizí u jednotlivců v rámci různých věkových kategorií, na něž dále navazuje syndrom EAN, který je specifický pro starší občany. Jelikož se práce zabývá především násilím na seniorech, je potřeba kromě syndromu EAN specifikovat také násilí, jeho druhy, příčiny a následky. V závěru teoretické části jsou blíže charakterizovány jednotlivé instituce ze sociální a zdravotnické sféry a nejčastější příčiny pochybení pracovníka při péči o pacienta. Empirická část se opírá o konkrétní data získaná z rozhovorů, následně budou tyto údaje zpracovány prostřednictvím kvalitativní statistické analýzy a interpretovány. Závěr celé práce se věnuje případným doporučením cílové skupině.

Doporučený rozsah práce

40 – 50 str.

Klíčová slova

chování seniorů, instituce, krize, krizová intervence, sociální pracovník, stres, syndrom EAN

Doporučené zdroje informací

ARNOLD, J. *Psychologie práce : pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1518-3.

CIMRMANNOVÁ, T. – KOLEKTIV. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: Aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.

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

ŠPATENKOVÁ, N. *Krize : psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0888-4.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Předběžný termín obhajoby

2017/18 LS – PEF

Vedoucí práce

PhDr. Hana Chýlová, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 7. 3. 2018

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 8. 3. 2018

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 08. 03. 2018

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Chování člověka v krizových situacích" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 8. března 2018

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí PhDr. Haně Chýlové Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování práce. Dále bych chtěla poděkovat prof. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc. za jeho pomoc v počátcích. Velké díky patří také neziskové organizaci Protěž, která mi umožnila nasbírat potřebná data pro praktickou část. Na závěr chci poděkovat mé rodině, zejména pak mamce a sestře.

Chování člověka v krizových situacích

Abstrakt

Práce se zabývá zvolenými aspekty lidského chování v krizových situacích, a to zejména na příkladu násilí, jako specifický druh společensky nevhodného chování. Teoretická část se zaměřuje na definování pojmu krize včetně jejího členění a možnosti řešení. Další kapitoly se věnují krizím u jednotlivých věkových kategorií, velký důraz je kladen zejména na seniory. S touto skupinou se pojí syndrom EAN, na který navazuje problematika násilí, zejména jeho vznik, příčiny a následky. Závěr této části se zabývá typy sociálních a zdravotních zařízení a možné důvody selhání pracovníků. Empirická část se věnuje výzkumnému šetření, kde budou zjištěná data o respondentech kvantifikována na základě statistické analýzy a poté interpretována. V závěru práce budou navržena doporučení určená zejména pro cílovou skupinu, za kterou byli zvoleni senioři, jelikož nárůst této populace má velký vliv na společnost ať už z ekonomického, zdravotnického či sociálního hlediska.

Klíčová slova: chování seniorů, instituce, krize, krizová intervence, sociální pracovník, stres, syndrom EAN

Human behaviour in crisis situation

Abstract

The thesis considers chosen aspects of human behaviour in crisis situations. It deals especially with violence as a specific type of socially unacceptable behaviour. The theoretical part focuses on defining the term crisis including its division as well as possible solutions. The consecutive chapters describe crisis at different age groups while paying main attention to seniors. This age group is closely connected with the EAN (Elder Abuse and Neglect) issue which is followed by the matter of violence and its conception, causes and consequences. The final part of this section discusses various types of social and medical institutions and possible reasons for failure of their workers. The empirical part reflects on the research in which the collected data of respondents will be calculated on the basis of statistical analysis and interpreted accordingly. Specifically designed recommendations for the target group will be proposed at the end of the thesis. Seniors were chosen as the target group since the growth of their population has an immense impact on society regarding its economical, health and social points of view.

Keywords: Behaviour of seniors, institutions, crisis, crisis intervention, stress, social worker, EAN (Elder Abuse and Neglect)

Obsah

1 Úvod.....	13
2 Cíl práce a metodika	15
2.1 Cíl práce	15
2.2 Metodika.....	15
3 Teoretická východiska	18
3.1 Krize.....	18
3.1.1 Druhy krizí.....	18
3.1.2 Precipitorní krizí	20
3.1.3 Průběh krize	20
3.1.4 Determinanty krize	21
3.2 Řešení krize.....	22
3.2.1 Neformální pomoc (svépomoc, vzájemná pomoc).....	22
3.2.2 Formální pomoc (odborná pomoc)	23
3.3 Krizová intervence	24
3.3.1 Krizová intervence tváří v tvář	25
3.3.2 Telefonická krizová intervence.....	26
3.3.3 Internetová krizová intervence.....	27
3.4 Jedinec v krizi a možnosti intervence	27
3.4.1 Krize u dětí.....	27
3.4.2 Krize u dospívajících	28
3.4.3 Krize u dospělých	29
3.4.4 Krize u seniorů.....	29
3.5 Syndrom EAN.....	31
3.5.1 Typy EAN.....	31
3.5.2 Signály a rizikové faktory syndromu EAN.....	32
3.5.3 Oběti a agresori.....	32
3.5.4 Předcházení syndromu EAN.....	33
3.6 Domácí násilí.....	33
3.6.1 Specifikace domácího násilí	33
3.6.2 Rizikové faktory	34
3.6.3 Koloběh násilí.....	34
3.6.4 Dopady násilí	36
3.7 Násilí ze strany institucí	36
3.7.1 Zdravotní péče pro seniory	37
3.7.2 Sociální péče pro seniory	38
3.7.3 Pracovník sociální péče	39

3.7.4	Stres na pracovišti.....	40
3.7.5	Týránění seniorů ze strany pracovníka.....	41
4	Vlastní práce.....	42
4.1	Domov pro seniory.....	42
4.2	Metoda sběru dat a jejich analýza	43
4.2.1	Základní údaje o respondentech	43
4.2.2	Život před příchodem do zařízení.....	45
4.2.3	Důvody příchodu	46
4.2.4	Adaptace na nové prostředí	48
4.2.5	Rodinné vztahy	51
4.2.6	Zajištění péče po finanční stránce	52
4.2.7	Volnočasové aktivity	53
4.2.8	Personál v sociálním zařízení	54
5	Výsledky a diskuse	56
5.1	Hypotéza 1	56
5.2	Hypotéza 2	56
5.3	Hypotéza 3	57
5.4	Hypotéza 4	58
5.5	Hypotéza 5	58
5.6	Hypotéza 6	59
5.7	Diskuze.....	59
6	Závěr.....	61
7	Seznam použitých zdrojů	63
8	Přílohy	65
8.1	Tabulka životních událostí.....	66
8.2	Příznaky týránění seniorů	67
8.3	Sociální služby podle typu zařízení	68
8.4	Okruh otázek pro rozhovor	69
8.5	Impulsy pro podání žádosti o ubytování v domově pro seniory.....	70
8.6	Podpůrné tabulky pro výpočty statistických hypotéz	71

Seznam obrázků

Obrázek 1 - cyklus násilí; zdroj (Bednářová , a další, 2009), str. 11	35
---	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 - asociační tabulka	16
Tabulka 2 - základní informace o respondentech	44
Tabulka 3 - výstup z programu Statistica	44

Tabulka 4 - poměr mužů a žen v zařízení sociální péče	45
Tabulka 5 - srovnání bydlení	45
Tabulka 6 - sdílení domácnosti před příchodem do sociálního zařízení	46
Tabulka 7 - iniciativa k přestěhování do zařízení	46
Tabulka 8 - interval od podání žádosti k samotnému přijetí	48
Tabulka 9 - zkušenost s obdobným zařízením	48
Tabulka 10 - současná velikost pokoje	49
Tabulka 11 - změna pokoje v průběhu pobytu	49
Tabulka 12 - obtížnost při seznámení se v novém zařízení	50
Tabulka 13 - vztah se spolubydlicí/m v zařízení DpS	50
Tabulka 14 - přátelství v zařízení sociální péče	51
Tabulka 15 - návštěvnost v sociálním zařízení	51
Tabulka 16 - intervaly návštěv seniorů	52
Tabulka 17 - úhrada péče za služby v DpS	53
Tabulka 18 - počet dotázaných seniorů na spokojenost se službami v DpS	54
Tabulka 19 - zájem vedení ke vztahům v zařízení	55
Tabulka 20 - asociační tabulka, hypotéza 1	56
Tabulka 21 - asociační tabulka, hypotéza 2	57
Tabulka 22 - asociační tabulka, hypotéza 3	57
Tabulka 23 - asociační tabulka, hypotéza 4	58
Tabulka 24 - asociační tabulka, hypotéza 5	58
Tabulka 25 - asociační tabulka, hypotéza 6	59

Seznam grafů

Graf 1 - jevy ve stáří a obavy z nich; zdroj (Sak, a další, 2012), str. 30	30
Graf 2 - důvody ovlivňující rozhodnutí o přesunu do domova	47
Graf 3 - časový interval délky pobytu v zařízení sociální péče	49

1 Úvod

Krizové situace provází člověka celý život, a je pouze na něm, jak se s nimi vypořádá. Může se jednat o samostatné řešení problému nebo prostřednictvím rodiny, přátel či odborníků. Ať už jedinec zvolí jakoukoli možnost, je důležité si uvědomit, že na situaci není sám a vždy existuje východisko, přestože to tak vždy nevypadá.

Tato problematika se dá uchopit a řešit z mnoha úhlů, neboť se objevuje v celém spektru oborů a oblastí. Následující stránky se budou zaměřovat především na seniory, jejichž počet neustále roste, což značně ovlivňuje společnost. Ekonomové například stále řeší důsledky stárnutí obyvatelstva, poněvadž může v budoucnu dojít k situaci, kdy ekonomicky aktivní obyvatelstvo nebude schopno finančně zajistit starší generaci. V souvislosti s demografickými změnami také stále roste počet zařízení nabízejících sociální a zdravotní služby pro seniory.

Avšak staří lidé jsou někdy svým příbuzným na obtíž, což může vést ke špatnému zacházení, zanedbávání až týrání. Fenomén domácího násilí na seniorech se stále více objevuje především v médiích. Ať už se jedná o fyzické tresty, odepírání vlastních finančních prostředků, psychické týrání nebo zanedbávání, jde o závažný čin, za který musí pachatel nést následky. Bohužel starší občané o tom velmi neradi mluví, neboť se cítí poníženi a domnívají se, že jim nikdo neuvěří.

Násilí se však nemusí uskutečnit pouze v domácím prostředí, ale také v zařízeních zdravotní či sociální péče. Pracovníci mnohdy zneužívají svých pravomocí a trestají seniory podobnými prostředky jako u domácího násilí. Ve většině případů jsou oběti starší občané, kteří nemají rodinu, nebo je navštěvuje velmi zřídka a nehrozí tak, že by čin vyšel najevo. Dále se může jednat o seniora s chronickým onemocněním, kdy má pečovatel možnost svalovat zhoršení stavu pacienta právě na tuto situaci.

K nejčastějším faktorům, které mohou vést pracovníka k takovému jednání, patří jednoznačně stres, jenž však bývá v daném prostředí mnohdy nevyhnutelný. Vyvolává ho zejména vysoká míra zodpovědnosti, práce ve směnném provozu, nebo například nevděčnost a neustálá kritika, jak ze strany klientů a rodiny, tak jeho nadřízených. Dalším důvodem může být i nízké platové ohodnocení, řídicí se nařízením vlády č. 341/2017 Sb., nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. Z toho důvodu se při výběru sociálního pracovníka klade velký důraz na kvalifikaci, definovanou jako „*aktuální stupeň připravenosti pracovníka k výkonu práce, která bezprostředně*

reflektuje na požadavky profese nebo konkrétního pracovního místa“ (Jermář, 2012 str. 54). Kromě toho je také povinen dodržovat právní předpisy a jiná nařízení týkající se výkonu dané profese. V případě sociálního pracovníka lze hovořit například o Etickém kodexu sociálního pracovníka České republiky, který vychází ze zákonů týkajících se zejména dodržování lidských práv a upravuje tak pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke:

- 1) klientovi sociální služby*
- 2) zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci*
- 3) kolegům v sociální práci*
- 4) profesi a odbornosti sociálního pracovníka*
- 5) společnosti (Společnost sociálních pracovníků ČR, 2006)*

Bakalářská práce se zaměřuje na chování člověka v krizových situacích, především případu násilí. Pro empirický výzkum bylo vybráno prostředí domova pro seniory, kde může docházet k neadekvátnímu až násilnému chování zaměstnanců poskytujících sociální služby starší generaci.

Snahou autorky je obeznámit společnost o dané problematice a nastínit možnosti, jak předejít či řešit špatné zacházení se seniory, neboť česká populace není stále dostatečně informována o takovém jednání, čímž dává agresorovi prostor nadále pokračovat v omezování osobní svobody starší osoby.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je prozkoumat vybrané aspekty lidského chování v rámci krizových situací, včetně analýzy příčin a případných dopadů v souvislosti s násilím a nastínění možných řešení zejména pro seniory, jak lze takové specifické situaci předejít, nebo alespoň eliminovat její rizika.

Vlastní část výzkumu se opírá o poznatky získané z odborné literatury a zaměřuje se na kvalitu života konkrétní skupiny osob ve vybraném zařízení sociální péče. Pozornost se vztahuje především na chování zaměstnanců v těchto službách. Vzhledem k věku cílové skupiny a nízkému finančnímu ohodnocení pracovníků sociální péče, může docházet k neadekvátnímu jednání vůči klientům. Cílem empirického šetření je zjistit, zda zvolené zařízení sociální péče poskytuje seniorům zázemí pro důstojné stáří a do jaké míry jim zaměstnanci pomáhají s adaptabilitou v novém prostředí.

Pro potřeby zpracování praktické části byly zvoleny následující hypotézy, na jejichž přijetí či vyvrácení se výzkum zaměřuje:

H₀ (1): Nezvládání péče o seniora ze strany příbuzných nezávisí na zhoršeném zdravotním stavu respondentů.

H₀ (2): Pocit osamělosti nezávisí na pohlaví respondentů.

H₀ (3): Zkušenosti s jiným zařízením sociální péče nezávisí na věku seniorů.

H₀ (4): Adaptabilita na novém prostředí nezávisí na pohlaví respondentů.

H₀ (5): Zajištění péče po finanční stránce nesouvisí s rodinnými vztahy respondentů.

H₀ (6): Zájem personálu o spokojenost s péčí je nezávislé na věku dotazovaných.

2.2 Metodika

Tato práce se dělí na dva úseky, první, teoretická část práce vychází z kritické analýzy prostudované odborné literatury, ve které je blíže definován pojem krize, její členění a možné formy řešení. Teorie se dále zabývá druhy krizí u jednotlivců v souvislosti s jejich věkovou kategorií, na něž dále navazuje syndrom EAN, který je specifický pro starší občany. Jelikož se práce zaměřuje především na násilí na seniorech, je třeba kromě syndromu EAN specifikovat také násilí, jeho druhy a možné dopady na oběti. Závěr teoretické části se zabývá násilím ze strany institucí sociální a zdravotní péče, kde jsou

blíže charakterizovány jednotlivá pracoviště a nejčastější příčiny pochybení pracovníka při péči o pacienta.

Druhá část obsahuje terénní empirické šetření zaměřené na kvalitu sociální péče a chování personálu k cílové skupině, kde budou probírány i postupy řešení dané problematiky. K dosažení cíle práce byl zvolen kvalitativní výzkum založený na polostrukturovaných rozhovorech. Tento druh interview charakterizuje předem připravený seznam otázek, avšak pořadí pro získání potřebných informací záleží na samotném výzkumníkovi. „Způsob a forma odpovědi na tyto otázky zůstává víceméně na respondentovi“ (Ferjenčík, 2000 str. 175). Změnu pořadí otázek či jejich přeformulování lze pokládat za jistou výhodu, neboť se tak autorka může přizpůsobit toku rozhovoru a dané situaci. Nevýhoda spočívá ve složitější interpretaci výsledků, protože ve většině případů informátor neomezuje vybranou skupinu výběrem z přichystaných odpovědí.

Pro získaná data kvalitativního charakteru je třeba zjistit závislost mezi pozorovanými znaky a popřípadě jejich sílu. Slovně vyjádřené znaky lze dělit na alternativní a množné. Při analýze závislosti kvalitativních znaků záleží na množství sledovaných znaků. Pro potvrzení či vyvrácení výše uvedených hypotéz autorka zvolila pozorování dvou kvalitativních alternativních obměn, kde se výsledky utřídí do tzv. asociační tabulky:

Tabulka 1 - asociační tabulka

ZNAK A	ZNAK B		CELKEM
	ANO	NE	
ANO	a	b	a + b
NE	c	d	c + d
CELKEM	a + c	b + d	n

Zdroj: (Svatošová, 2014)

Uvnitř tabulky se nacházejí sdružené četnosti, které jsou tříděné podle obou znaků, zatímco okrajová pole obsahují tzv. marginální četnosti seřazené dle jednoho znaku. Na základě rozsahu souboru se volí nejvhodnější test. Je-li n , větší než 40, je nutné aplikovat χ^2 test pro nezávislost. Pokud je velikost souboru menší než 20, používá se Fisherův faktoriálový test. U případů, kdy se n pohybuje v intervalu $< 20; 40 >$, je třeba nejdříve spočítat tzv. očekávané četnosti:

$$a_0 = \frac{(a + b)(a + c)}{n}$$

$$b_0 = \frac{(a + b)(b + d)}{n}$$

$$c_0 = \frac{(a+c)(c+d)}{n}$$

$$d_0 = \frac{(b+d)(c+d)}{n}$$

„Pokud jsou všechny očekávané četnosti větší než 5, potom použijeme χ^2 test pro nezávislost, jestliže alespoň 1 z očekávaných četností je menší než 5, je nutno použít Fisherův faktoriálový test“ (Svatošová, a další, 2008 str. 8).

χ^2 test nezávislosti se počítá dle vzorce:

$$\chi^2 = \frac{n(ad - bc)^2}{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}$$

„V tabulkách χ^2 rozdělení nalezneme kritické hodnoty $\chi^2_{\alpha (1)}$ a porovnáme s vypočtenou hodnotou testového kritéria. Je-li $\chi^2 > \chi^2_{\alpha (1)}$ nulovou hypotézu o nezávislosti zamítáme“ (Svatošová, a další, 2008).

V případě **Fisherova faktoriálového testu** nejdříve nalezneme nejmenší sdruženou četnost, kterou postupně zmenšujeme po jedné na nulu prostřednictvím podpůrných asociačních tabulek, avšak důležité je zachovat marginální četnosti. Poté pro jednotlivé tabulky 2 x 2 spočítáme pravděpodobnost:

$$p_i = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{n! a! b! c! d!}$$

Nakonec sečteme veškerá p_i a srovnáme tuto hodnotu s hladinou významnosti α , nejčastěji 0,05. Pokud $\sum p_i < \alpha$, pak nulovou hypotézu o nezávislosti zamítáme (Svatošová, a další, 2008).

V případě zjištění asociační závislosti mezi sledovanými znaky, lze zjistit její sílu, nejčastěji za pomoci koeficientu asociace:

$$V = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}}$$

Koeficient nabývá hodnot v intervalu $< -1; 1 >$, kde 1 (resp. -1) značí absolutní závislost znaků, nulová hodnota značí nezávislost (Svatošová, a další, 2008).

Vypočtené hodnoty budou následně interpretovány a v samotném závěru práce se na jejich základě navrhnou možná doporučení a řešení pro vybranou skupinu.

3 Teoretická východiska

3.1 Krize

Pojem krize pochází z latinského slova crisis a označuje náhlý obrat, rozhodnou dobu. Přestože ve většině případů bývá krize vnímána negativně jako obtížný a složitě řešitelný stav, z latinského označení vyplývá, že nemusí nutně znamenat zhoršení stávající situace. Obrat či změna mohou být zdrojem příležitosti, nikoliv jen nebezpečí, jak chápe čínské myšlení. V medicíně je krize brána jako zlomový okamžik pro pacienta, kdy se rozhoduje, zda léčba vede k jeho uzdravení a nemoc ustupuje, nebo se stav pacienta zhorší, což může vést i k případné smrti. Z této oblasti se dostáváme až k samotnému Hippokratovi (Zuzák, a další, 2009).

S označením krize se lze setkat v mnoha oborech a odvětvích téměř každý den, kdy noviny, televize, rádio eventuálně internetové zpravodajství informují o hospodářské, ekonomické, politické nebo ekologické krizi. Tento pojem je však spojován i s menším okruhem lidí, jako je podnik, organizace, rodina či jedinec. Z tohoto hlediska může být krize označována jako svízelná situace, kterou osoba subjektivně vnímá jako nezvladatelnou (Cimrmannová, a další, 2013). Příkladem krizové situace u jedince je smrt blízké osoby, rozvod, vězení, ale také těhotenství nebo sňatek (Vodáčková, a další, 2007).

„O krizi hovoříme v případě, že se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možností zvládnání, které má k dispozici. V krizi jedinec cítí ohrožení své identity, kompetence utvářet svůj vlastní život. Prožitek schopnosti formovat život pro nás má vysokou hodnotu, která je v krizi ohrožena“ (Kastová, 2010 str. 15).

Dle výše uvedené definice lze chápat, že každý jedinec či společnost vnímá krizi trochu jinak a stejně tak se ji pokouší různě řešit. Existuje však několik druhů krizí a dle toho i odlišné možnosti nastiňující jejich případné řešení.

3.1.1 Druhy krizí

„Krizе může zasáhnout jakýkoliv subjekt a vůbec nezáleží na jeho velikosti“ (Zuzák, a další, 2009 str. 18). Základní rozdělení krizí je podle počtu účastníků:

- 1) *krize osobní* – týká se samotného jedince
- 2) *krize skupinová či společenská* – patří sem např. krize rodinná, podniková
- 3) *krize globální* – aktuálně např. uprchlická krize (Zuzák, a další, 2009)

S jinou klasifikací přišel americký psycholog B. A. Baldwin, který uspořádal jednotlivé druhy krizí do systému označovaného jako **Baldwinova typologie krizí**, kde jsou stupňovitě rozděleny podle jejich závažnosti a od vnitřních příčin k vnějším:

1) *situační krize*

Vyvolané vnějšími vlivy jako například změna, volba, ztráta a její hrozba (příprava na přijímací zkoušky či pracovní pohovor).

2) *tranzitorní krize*

Patří sem očekávané změny či přirozené překážky, na které se jedinec či skupina může částečně připravit, neboť se týkají přechodu člověka v rámci jeho přirozeného vývoje (narození potomka, odchod do důchodu, stěhování).

3) *traumatické krize*

Jedná se o neočekávané působení vnějších stresorů závažného rozsahu, nad kterými jedinec nemá kontrolu (autonehoda, pád letadla, teroristický útok).

4) *vývojové krize*

Objevuje se většinou v případě, že neproběhla tranzitorní krize. Umožňuje vyřešení záležitostí z minulosti a naplňuje tak přirozený vývoj člověka (různé druhy závislostí, nevěra, žárlivost, sexuální zneužívání).

5) *psychopatologické krize*

U tohoto druhu se mohou projevit psychická onemocnění jedince, jako jsou poruchy osobnosti či neurotické obtíže (silná deprese, závislosti na drogách).

6) *neodkladné krizové stavy*

Nejhorší možné psychopatologické chování jedince, jež může provázet psychické onemocnění (panická úzkost, nevyzpytatelné agresivní jednání, drogová či alkoholová intoxikace, suicidální jednání). Nutná rychlá intervence například psychiatrická léčebna (Baštecká, 2005)

Další pohled na rozlišení krizí přináší Špatenková:

1) *vývojové krize*

Očekávané a předpokládané změny v životě člověka, které souvisí s přirozeným vývojem jedince. Vyžadují přijetí nových rolí či úkolů (např. odchod ze zaměstnání, stěhování, sňatek), tento druh krize se vytváří několik dnů až týdnů.

2) *situační krize*

Spjaty s vnějšími a mnohdy neočekávanými událostmi jako je náhlá smrt blízké osoby, invalidita, vloupání, požár. Někdy se nazývají krizemi traumatickými, neboť ohrožují identitu, zdraví a bezpečí jedince. Nejčastěji mají trvání několik týdnů až měsíců, ve výjimečných případech rok.

3) *kumulované krize*

Nastávají v případech, kdy současná situace vyvolá u člověka vzpomínky na minulé události, které jedinec nevyřešil, nebo přijal jejich nesprávný způsob řešení. Osoba tak trpí aktuální ztrátou, současně však znovu prožívá i tu předešlou, což podněcuje k nezájmu o sociální kontakt, bezmoci a depresi (Špatenková, a další, 2004)

3.1.2 Precipitory krizí

Lze rozlišovat mnoho spouštěčů vyvolávající krizi, mezi základní patří následující:

1) *vnější*

a) *ztráta objektu* (smrt blízké osoby, rozvod či rozchod, nevěra, potrat, neúspěch, zranění, zrada)

b) *změna* (narození potomka, invalidita, bezdomovectví, meteorosenzitivita)

c) *volba* (mezi dvěma stejnými kvalitami)

2) *vnitřní*

a) *neschopnost vyhovět nárokům* spojených s nutnou adaptací subjektu na osobní vývoj

b) *náhradní opatření* sloužící k plynulému rozvoji jedince (Vodáčková, a další, 2007)

Přestože existují další iniciátory krizí, nelze vytvořit jejich úplnou sumarizaci, neboť krize je subjektivním stavem. Zatímco pro jednoho člověka může znamenat například ztráta zaměstnání bezvýhodnou situaci, jiný ji vidí jako příležitost (Špatenková, a další, 2004).

3.1.3 Průběh krize

„Na vznik, vývoj a řešení krize můžeme pohlížet jako proces, který netrvá příliš dlouho, ale má určitou zákonitou posloupnost. Pro přehlednost je možné vývoj krizového stavu rozdělit do několika stádií“ (Vodáčková, a další, 2007 str. 39).

Na samotný průběh má však vliv řada faktorů jako je aktuální zdravotní stav jedince, odolnost vůči stresu, stupeň únavy, přetížení povinnostmi, ale také okolnostmi, při kterých krize probíhá. Na základě těchto poznatků vytvořil G. Caplan model krize zahrnující čtyři hlavní fáze:

1) fáze – stav ohrožení

Jedinec vnímá ohrožení, jehož důsledkem je zvýšená úzkost. Snaží se s krizí vyrovnat podle svých osvědčených metod, pokud se neosvědčí, dostaví se během několik minut či hodin fáze druhá.

2) fáze – stav lability

Nedostatek kontroly nad situací vede k poklesu sebevědomí a dalšímu zmatku. Člověk se pokouší vyrovnat s problémem náhodným způsobem, v případě neobjevení řešení, vstup do další fáze v průběhu několika dní.

3) fáze – stav snahy o předefinování krize

Snaha o zvládnutí situace vede k maximální mobilizaci psychických i fyzických rezerv, jež by mohly vést k nalezení nových řešení. Buď dojde k úspěšnému překonání krize, nebo přejde do chronického stavu. Jestliže nenastane žádná z možností, nastupuje poslední fáze.

4) fáze – stav závažné psychologické dezorganizace

Úzkost a bezmoc se stává nesnesitelnou, napětí vrcholí. Jedinec se straní sociálního života a zužuje svou pozornost na minimum, což akorát vede k psychologické dezorganizaci. V této fázi bývá krizová intervence nejproduktivnějším řešením, neboť člověk může propadnout drogové či alkoholové závislosti, projeví se agrese a zkratkové jednání, což může vést k suicidalitě (Špatenková, a další, 2004)

3.1.4 Determinanty krize

Nejčastějšími faktory ovlivňující samotný průběh jsou následující:

- 1) věk* – Rizikové období u dětí, dospívajících a seniorů, neboť na ně okolí klade nároky v souvislosti s jejich sociální rolí.
- 2) pohlaví* – Jelikož muži neradi hovoří o svých problémech a uzavírají se do sebe více než ženy, mají na ně krize i horší dopad. Ženy své pocity a úzkosti většinou sdílejí s okolím, v případě neúspěchu se nebojí vyhledat

odbornou pomoc. Muži se naopak snaží zastínit svou situaci různými aktivitami jako např. práce, sport nebo braním návykových látek.

- 3) *zdravotní stav* – Nemoci, stejně jako nedostatek spánku, jídla a další neuspokojení základních potřeb snižuje odolnost vůči krizi.
- 4) *osobnostní vlastnosti* – Temperament, adaptabilita, emocionální rovnováha, fyzická či psychická odolnost mohou ovlivnit průběh a samotné řešení krize.
- 5) *charakter životních situací* – Zahrnuje rodinnou i pracovní situaci, bydlení, sociální vztahy, finanční situaci.
- 6) *zkušenosti s řešením krizí* – Jedinec, který již v minulosti krizi zažil, se snáze potýká s dalšími překážkami, neboť má zkušenosti s jejich zvládnutím.
- 7) *přítomnost sekundárních neboli spolupůsobících krizí* – Jestliže člověk řeší současně dvě krizové situace, může to vést ke komplikovanějšímu a delšímu průběhu a jejich případném vyřešení.
- 8) *schopnost zvládat náročné životní situace*
- 9) *naděje*
- 10) *náboženské přesvědčení*
- 11) *existence sociální opory* (Špatenková, a další, 2004)

3.2 Řešení krize

Pokud se již jedinec ocitne v krizi, není podstatné jakým způsobem, ale především jak ji může co nejlépe překonat, nebo se alespoň dostat na předkrizovou úroveň. Řešení takové situace zahrnuje v první řadě zvládnutí negativního působení, načerpání energie, oživení přetřhaných sociálních vztahů a dosažení pocitu uspokojení z vlastního života. Mohou však nastat okolnosti, kdy se krize vyřeší bez cizího přičinění, v ostatních případech si ale člověk musí vystačit sám nebo je nucen obrátit se na své okolí. Základní rozdělení pomoci je na formální a neformální (Cimrmannová, a další, 2013).

3.2.1 Neformální pomoc (svépomoc, vzájemná pomoc)

„Svépomoc a vzájemná pomoc představují cenné tradiční a zároveň nejobvyklejší způsoby zvládnutí krizových životních situací“ (Klimpl, 1998 str. 55).

V první řadě se jedinec snaží o vyřešení krize pomocí vyrovnávacích (coping¹) strategií a obranných mechanismů. Copingové strategie především zahrnují **zaměření na sebe** a **zaměření na problém**, kdy se člověk snaží získat více informací o své situaci, hledat nové řešení. Na rozdíl od vyrovnávacích strategií obranné mechanismy odvracejí pozornost jedince jiným směrem, mezi nejznámější patří hlavně:

- 1) *popření* – odmítání nepříjemné skutečnosti
- 2) *represe* – vyloučení nebezpečných či nepříjemných podnětů z mysli
- 3) *racionalizace* – rozumové zdůvodnění
- 4) *sebeobviňování* – svalování viny sám na sebe
- 5) *únik* – skutečný, obrazný, pomocí návykových látek apod.
- 6) *útok* – verbální (hádky, výhrůžky) či fyzické napadení
- 7) *projekce* – přisuzování vlastních chyb jiným lidem
- 8) *inverze* – opačné chování, než jaké se očekává (Špatenková, a další, 2004)

Pokud se člověku nepodaří vyřešit situaci svépomocí, je třeba zapojit rodinu, přátele, kolegy, známé nebo instituce. *„Smyslem vzájemné pomoci je většinou vytvoření akceptujícího, nestresujícího prostředí, ve kterém zasažený člověk může uspokojit potřebu být vyslechnut a pochopen, zažije empatii, účast“* (Matoušek, a další, 2003 str. 129). Podstatnou tohoto typu pomoci je tzv. sociální opora, která redukuje stres a napomáhá k dosažení duševní harmonie. Díky ní se jedinec necítí úplně bezmocný, nabude sebedůvěry, získá nový pohled na svou situaci, zkrátka pro překonání krize hraje sociální opora důležitou úlohu. Všechny krize však nelze vyřešit neformálně, někde je zkrátka třeba vyhledat odbornou pomoc.

3.2.2 Formální pomoc (odborná pomoc)

Tuto pomoc provádějí vyškolení experti, převážně psychologové, psychiatři a sociální pracovníci, proto je označení odborná pomoc oprávněné. *„Cílem krizové pomoci je poskytnout klientovi bezpečí, podporu, naději a vedení, aby pocítil úlevu, aby se zvýšila jeho schopnost situaci zvládat a aby se vrátil na předkrizovou úroveň přizpůsobení a žití“* (Vodáčková, a další, 2007 str. 53). U odborné pomoci lze rozlišit následující charakteristiky:

¹ coping – zvládání stresu

- 1) *princip individuality krize* (pomoc je poskytnuta všem, kdo ji potřebují)
- 2) *princip dostupnosti*
 - a) *přístup k informacím o typech krizové pomoci*
 - b) *bezodkladnost a nepřetržitý provoz*
 - c) *vnější bezbariérovost*
 - d) *možnost krizové pomoci nejen v zařízení, ale i v terénu*
 - e) *citlivost s ohledem na rozdíly věku, pohlaví, původu či náboženské a sexuální orientace*
- 3) *princip komplexnosti péče*
- 4) *princip vnitřní bezbariérovosti*
- 5) *princip návaznosti* (Vodáčková, a další, 2007)

3.3 Krizová intervence

„Jedná se o určitý druh odborné práce s člověkem, který se ocitl v krizové situaci. Krizová intervence² pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování“ (Vodáčková, a další, 2007 str. 59). Smyslem krizové intervence je poskytnout oporu, zamezit zhoršení situace, navrátit duševní harmonii a hledat východisko krize prostřednictvím odborníka. Pracovník by se měl zaměřit pouze na tu část klientova života, související s jeho krizovou situací (Špatenková, a další, 2011). Obecně existuje 5 fází rozhovoru, které by odborník měl při dialogu projít:

- 1) *navázání kontaktu* – důležité je vyvolat u klienta důvěru
- 2) *mapování* – provádí prakticky celý rozhovor, odborník zjišťuje veškeré informace o problému
- 3) *tvorba zakázky* – s čím konkrétně potřebuje jedinec poradit, jaké informace chce získat, kam rozhovor směřuje
- 4) *hledání řešení*
- 5) *zakočení* – rekapitulace řešení, ujistit o možné další pomoci (Cimrmannová, a další, 2013)

„Hlavní zásadou krizové intervence je vnímat člověka jako bytost nadanou zdravím a schopnou těžit i z nepříjemných okolností“ (Baštecká, 2005 str. 164). U krizové

² intervence – zásah, zakročení

intervence rozlišujeme, zda se jedná o formu osobního, telefonického popřípadě elektronického kontaktu (Špatenková, a další, 2004).

3.3.1 Krizová intervence tváří v tvář

Osobní setkání neboli krizová intervence tváří v tvář je neefektivnější druh formální pomoci, neboť odborný pracovník vnímá kromě ústního projevu také neverbální komunikaci. Mimika obličeje, gesta, oční kontakt či postoj jedince mohou specialistovi přiblížit osobnost klienta a snáze tak proniknout do jeho nitra, což může ulehčit hledání správného východiska. U osobního kontaktu rozlišujeme čtyři formy krizové pomoci

1) *ambulantní forma*

Jedná se o situaci, kdy klient navštěvuje specializované instituce, jako jsou rodinné či psychologické poradny, návštěvy psychiatra nebo ambulantní pracoviště³ krizových center. Tato forma zahrnuje i stacionáře, kdy pacient může docházet domů, nepřipadá-li v úvahu jeho ohrožení v domácím prostředí. Krizová pomoc formou stacionáře občas navazuje na hospitalizaci v případě, že je člověk částečně schopen čelit svým potížím, ale stále hrozí návrat do původního krizového stavu.

2) *forma hospitalizace*

Hospitalizace probíhá v časovém rozmezí 5-7 dní v krizovém centru, na krizovém lůžku v nemocnici, domovu pro seniory nebo ústavu. Tato forma pomoci přichází v úvahu, jestliže je člověk ohrožen na životě (především u suicidálního jednání) a setrvání v přirozeném prostředí by mohlo klientovu situaci ohrozit či dokonce zhoršit.

3) *forma terénní služby*

a) *výjezd ke klientovi* – pracovník vyráží za jedincem do terénu nebo do domácího prostředí, neboť se ocitl v tak závažné situaci, kdy není schopen se sám dostavit do specializovaného zařízení.

b) *doprovod klienta* – k lékaři, na úřad, na policii

c) *návštěva klienta* – krizový specialista dochází do nemocnice, či jiného střediska, kde klient delší dobu pobývá

³ ambulantní pracoviště – zařízení pro docházející pacienty

d) při mimořádných událostech – obyvatelstvu zasaženém mimořádnou událostí je třeba poskytnout pomoc, ať už plošnou nebo individuální. Krizový tým se snaží překonat u obětí počáteční šok, ulehčit prožívání, informovat o možnostech řešení, popřípadě sjednat jiný druh specializované péče

4) forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí

Krizový pracovník dochází jednorázově či pravidelně do klientova domu, neboť je nezpůsobilý k návštěvě krizového pracoviště. Tato forma pomoci je určena i pro rodiny, kdy je třeba situaci jedince řešit v rámci celého kolektivu (Vodáčková, a další, 2007).

3.3.2 Telefonická krizová intervence

Jedná se o soubor metod a technik krizové práce s klientem v situaci, založený na jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu s pracovištěm telefonické krizové intervence. Anonymita, dostupnost a nepřetržitý provoz, představuje pro mnohé obrovskou výhodu, jelikož člověka při osobním setkání omezuje strach, nesmělost či další bariéry. Někteří lidé si rádi sami vytváří obrázek o pracovníkovi a prostředí, ve kterém se nachází, což je utvrzuje v pocitu bezpečí. Další výhodou této pomoci představuje možnost svobodného a okamžitého utnutí hovoru (Hoskovcová, 2009). V České republice má telefonická krizová pomoc 3 základní podoby:

1) kontaktní linky

Nejsou určeny jen osobám v krizové situaci, ale především klientům daného pracoviště pro navázání prvního kontaktu. Pokud se problém nevyřeší telefonicky, očekává se osobní účast jedince.

2) specializované linky

Existuje celé množství linek zaměřených na určitou problematiku, u nás nejčastěji na AIDS, homosexualitu, protidrogové linky nebo se zaměřením na domácí násilí. V zahraničí je lze nalézt pod názvem hot line. Obvykle na ně navazuje konkrétní pracoviště, které se vyznačuje možností osobní návštěvy, pokud se situace nevyřeší telefonicky.

3) linky důvěry

Jedná se o linky bez konkrétního zaměření určené pro celou populaci, někdy se však můžeme setkat se specifickými linkami určené např. pro děti a mládež

(v ČR nejznámější Linka bezpečí). Člověk se tak může svěřit s jakýmkoli problémem, neboť linka využívá rozsáhlou databázi kontaktů psychosociálních a zdravotnických služeb. Pracovník tak může doporučit či odkázat na konkrétní zařízení či odborníky v závislosti na povaze situace (Vodáčková, a další, 2007).

3.3.3 Internetová krizová intervence

Pomoc prostřednictvím e-mailu, chatu, diskuzních fór využívají především mladiství, jelikož to považují za nejdostupnější a nejrychlejší řešení jejich problému, nebo také lidé s jistým handicapem. Nevýhodou u tohoto typu intervence představuje delší čekání na odpověď, což bývá pro jedince stresující. Další problém spočívá v nedostatku zpětné vazby od klienta, stejně jako u telefonické formy. Z těchto důvodů není adekvátní řešit situaci ohrožující život pomocí internetové krizové intervence, ale využít ji pouze jako odrazový můstek při hledání odborné pomoci (Špatenková, a další, 2011).

3.4 Jedinec v krizi a možnosti intervence

Každý člověk reaguje na krizovou situaci odlišně, a proto existují i různé metody odborné pomoci v souvislosti s jeho věkem, pohlavím, rodinným stavem... U člověka žijícího na ulici lze předpokládat zájem o možnosti návratu do společnosti, zatímco u dítěte se může jednat pouze o odbourání strachu z reakce rodičů na špatné vysvědčení. O odlišných druzích krizové intervence s ohledem na věk jedince pojednávají následující 3 kapitoly, neboť praktická část této práce se zaměřuje na násilí na seniorech.

3.4.1 Krize u dětí

Dítě se velmi zřídka odváží vyhledat odbornou pomoc, neboť si mnohdy ani neuvědomuje, v jaké situaci se ocitlo, natož aby ji řešilo. Jelikož je převážně na rodině či blízkém okolí, aby si všimli příznaků krize, bývá pomoc formou osobního setkání častěji vyhledávanou, než je tomu u telefonické intervence (Hoskovcová, 2009). U schůzky tváří v tvář je leckdy potřeba zapojit, kromě dětí samotných, i rodiče, prarodiče, sourozence, popřípadě další příbuzné, a to z toho důvodu, že změna jednoho příslušníka rodiny znamená změnu u všech ostatních (Simon, a další, 1995).

Pokud se však dítě rozhodne zavolat na krizovou linku, nejčastěji řeší *prospěch ve škole, rozvod či rozchod rodičů, narození sourozence, úmrtí v rodině nebo nemoc, vysoké*

nároky rodičů, nepokoje se sourozencem, týrání či zneužívání, šikana, alkohol či drogy v rodině. Telefonickou krizovou intervencí však využívají i rodiče dětí, které zajímají otázky výchovy, jak šetrně oznámit *rozvod či rozchod, těhotenství, stěhování, úmrtí v rodině, podezření na zneužívání, útěky z domova* a další (Vodáčková, a další, 2007).

Rozpoznat krizi u dítěte lze snadněji, jestliže vykazuje symptomy nejen doma, ale i ve škole či u lékaře, avšak existují i situace, kdy projevuje odlišné chování pouze v jednom z prostředí. U posouzení, zda-li projevy dítěte přiřadit normě či nikoliv, je důležité mít na paměti, že každé dítě se vyvíjí odlišně, vyrůstá v jiném prostředí, působí na něj vlivy jinak než na jeho vrstevníka, a proto je mnohdy obtížné rozeznat, zda dítě potřebuje pomoci zvenčí, nebo to zvládne samo (Špatenková, a další, 2004).

3.4.2 Krize u dospívajících

„Dospíváním rozumíme přechodné období mezi dětstvím a dospělostí, které se vyznačuje psychologickými a sociálními změnami“ (Vodáčková, a další, 2007 str. 278). Toto vývojové stadium života je velmi specifické, neboť dospívající již není dítětem, ale zároveň ho nelze přiřadit k dospělým, z toho důvodu se adolescence často označuje jako kritické období. Jedinec se v tomto věku setkává s řadou tělesných a duševních změn, které mu mnohdy ztěžují život. Dospívající je kritický k sobě i okolí, z toho důvodu se většina uchyluje k napodobování idolů stylem oblékání, vyjadřování či stylem života, neboť v nich vidí dokonalost (Špatenková, a další, 2004). Adolescenci často doprovází střídání nálad, přecitlivělost, pasivita, zkratkovité jednání, cítí nepochopení ze strany dospělých, a tak se jim straní. Mladiství hledají sami sebe, usilují o rozvoji identity a osamostatnění se (Bechyňová, 2003).

Mezi nejčastější problémy se kterými se potýkají, patří sexualita (hledání sexuální identity, otázky onanie, sexuálního styku, tělesné změny (vzrůst, akné, domnělé asymetrie), problémy s vlastní identitou, potíže s autoritami (negativní reakce na příkazy, rozkazy, nařízení), suicidalita (Vodáčková, a další, 2007).

Dospívající preferují telefonickou, popřípadě internetovou odbornou pomoc před osobním setkáním. Požadují absolutní diskrétnost, nepřejí si kontaktovat rodiče, školu, zkrátka žádnou autoritu. Pomoc přijmou pouze od člověka, který v nich vyvolá důvěru. Pokud nastane situace, kdy rodiče vyhledají krizového pracovníka, je důležité, aby tak nečinili za zády dospívajícího (Špatenková, a další, 2004).

3.4.3 Krize u dospělých

Dospělý jedinec většinou řeší několik krizí současně, mezi nejběžnější patří přírodní katastrofy, nehody, zdravotní problémy, vztahové či rodinné krize (Špatenková, a další, 2004). Avšak na rozdíl od dětí či seniorů vyhledávají odbornou pomoc častěji, což vede k důvodu, proč se touto problematikou nezabývá tolik publikací, jak je tomu v ostatních případech.

3.4.4 Krize u seniorů

Stáří je životní etapa, která se objevuje postupně, a proto nelze jednoznačně určit její počátek. Na rozdíl od předchozích stádií nekončí přechodem do další fáze, ale konec zde značí smrt. V České republice se uvažuje převážně o třech hranicích stáří. Nejčastější je věk 60 let, následuje předěl 65 let, který je spojen s odchodem do důchodu a poslední 70 let (Sak, a další, 2012).

Avšak této poslední etapě života se přisuzují negativní vlastnosti jako bezmoc, beznaděj, zoufalství či zbytečnost. Z toho důvodu je stáří často přehlíženo, společnost se soustředí převážně na mládež, jelikož v něm vidí budoucnost. Zatímco před sto lety si lidé starého člověka vážili především pro sečtělou, všeobecný přehled, zkušenosti, inteligenci a ctili jeho věk, v dnešní době je to vzácnost. Záslouhou pokroku v medicíně a změnou životního stylu však seniorů stále přibývá, a proto je třeba se jimi zabývat (Špatenková, a další, 2004).

Starší lidé se mnohem častěji setkávají s různými ztrátami a změnami, než je tomu v dospělosti či dětství. Mezi nejzávažnější patří:

1) *odchod do důchodu*

Někteří senioři se na něj těší, neboť očekávají více času na své koníčky a záliby, jiní se obávají snížení finančního standardu nebo ztráty sociálních kontaktů.

2) *stěhování dospělých dětí z rodiny*

Přestože počítají, že jejich děti s nimi nebudou bydlet napořád, jejich odchod je pro ně bolestivý, jelikož se obávají osamění a pocitu zbytečnosti.

3) *ztráta životního partnera*

Manželé berou ve stáří svého partnera jako primárního pečovatele, kterým občas nabídnou pomocnou ruku jejich děti. S jejich ztrátou se tedy velmi

těžko vyrovnávají, i zde hrozí strach ze samoty. V tomto případě je důležitá citová podpora ze strany rodiny, popřípadě přátel.

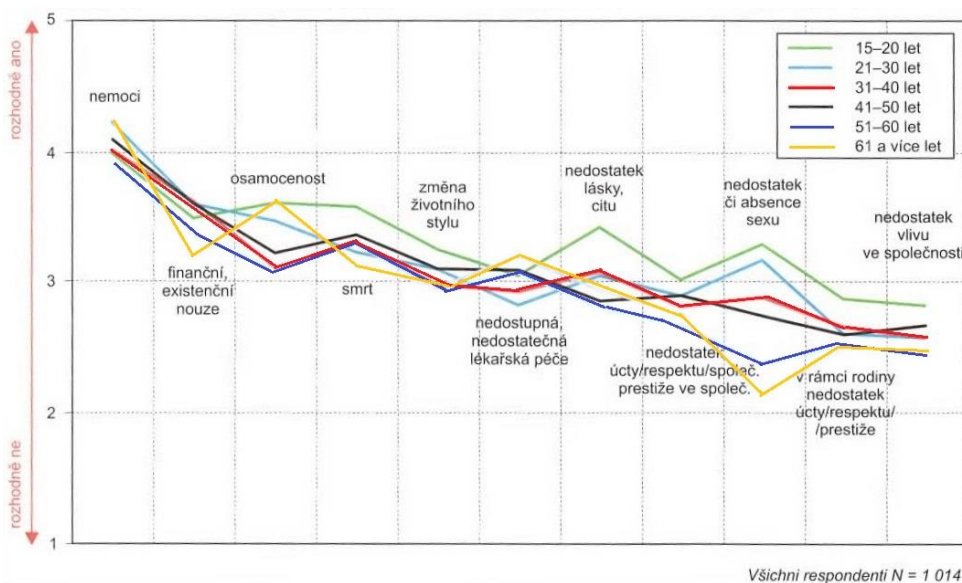
4) fyzické a biologické změny

Se stářím přichází především ochabnutí svalstva, větší lámavost kostí a s tím spojené celkové oslabení organismu, což může vést k nesoběstačnosti.

5) změna bydlení

Člověk je mnohdy nucen odejít ze známého prostředí, ať už kvůli finanční situaci nebo již zmiňované závislosti na okolí. Pokud se přestěhují k blízkým příbuzným, hrozí riziko ztráty soukromí celé rodiny, které nechce každý senior podstupovat. Další možnost je pobyt jedince v zařízení sociální péče (Špatenková, a další, 2004).

V grafu lze sledovat další obavy provázející stáří dle věku jedince:



Graf 1 - jevy ve stáří a obavy z nich; zdroj (Sak, a další, 2012), str. 30

Přestože většinu výše popsanych změn lze předvídat, člověk se na ně nemůže vždy zcela připravit, jak je tomu v případě ovdovění. Ze ztráty blízké osoby mají senioři největší strach, protože se bojí pocitu osamění (Křivohlavý, 2001). V této životní fázi se však kromě odchodu partnera musí mnohdy vyrovnat se smrtí sourozenců nebo přátel, což pak jedinci nezbyvá jiná možnost pomoci než vyhledat krizové pracoviště nebo vytočit linku důvěry (Vodáčková, a další, 2007).

3.5 Syndrom EAN

Jedním z častých témat, se kterým se senioři svěřují prostřednictvím telefonního spojení, je násilí v jakékoli podobě. O této skutečnosti lidé neradi mluví, většina se totiž stydí, anebo má pocit, že si to vlastně zaslouží. Dalším důvodem je prostá obava, že jim nikdo nepomůže (Vodáčková, a další, 2007).

Tato problematika bývá označována jako syndrom EAN⁴, do češtiny volně překládáno jako týrání a zanedbávání starých lidí nebo širším pojmem násilí na seniorech. Britská iniciativa "Action on Elder Abuse" definuje EAN jako *opakované či jednorázové špatné chování vůči starému člověku, ze strany toho, komu starý člověk důvěřuje či je na něm závislý. Důsledkem tohoto chování je poškození či výrazný diskomfort* (Jebavý, 2005). První zmínka sahá do roku 1975, kdy doktoři z Velké Británie poukazují na špatné zacházení se seniory, do té doby se tato problematika řešila pouze u dětí. V současné době existují mezinárodní seniorské charty⁵, které usilují o dodržování práv seniorů (Cimrmanová, a další, 2013).

3.5.1 Typy EAN

V praxi se senior nejčastěji setká s 5 základními typy týrání či zneužívání:

- 1) *fyzické násilí či týrání*, kdy útočník způsobuje zranění (modřiny, zlomeniny, popáleniny), úmyslně chybí v podávání léků nebo omezuje pohyb jedince.
- 2) *citové vydírání, psychické týrání* je na rozdíl od předchozího velmi špatně odhalitelné, poněvadž starý člověk nenese viditelné stopy po násilí. Patří sem vulgarismus, ponižování, zastrašování, lhaní či ignorování. Kromě toho se může jednat i o ničení předmětů, které pro člověka hodně znamenají, útoků na domácí mazlíčky nebo celkové bránění potřebě sociálního kontaktu.
- 3) *finanční či materiální zneužívání* spočívá v užívání majetku a finančních zdrojů bez souhlasu vlastníka.
- 4) *sexuální obtěžování a zneužívání* zahrnuje obtěžování či různé nemístné narážky, obnažování se, doteky na intimních místech, znásilnění.
- 5) *zanedbávání* seniora představuje odpírání potravin a tekutin, manipulace s teplotou v místnosti nebo nevhodné oblečení (Hříbalová, 2014).

⁴ EAN – Elder Abuse and Neglect

⁵ mezinárodní seniorské charty – Charta práv seniorů, Evropská sociální charta

Psycholožka Aneta Mertinová slučuje fyzické násilí se sexuálním, její bližší specifikace špatného zacházení se seniory zobrazuje tabulka v příloze 3.

3.5.2 Signály a rizikové faktory syndromu EAN

V případě podezření na týrání seniora, je třeba všimnout si příznaků, jež by tuto skutečnost potvrdily či vyvrátily. Pokud se však některý z níže uvedených signálů objeví, nemusí to nutně znamenat, že se jedná o syndrom EAN. Zvýšená ostražitost je třeba v případě upozorování následujících příznaků:

- 1) *obtížný přístup k seniorovi*
- 2) *nemožnost hovořit se seniorem o samotě*
- 3) *izolování seniora v jedné místnosti*
- 4) *žádosti o pomoc u různých institucí, časté změny*
- 5) *opakované návštěvy praktického lékaře či pohotovostních služeb, zejména pak v případě, že není zřejmý zdravotní důvod těchto návštěv*
- 6) *odmítání služeb*
- 7) *nejasné a opakované pády či drobná zranění (Kopecká, 2015)*

Agresor si ve většině případů vyhledává snadnou oběť, kterou by mohl trýznit. Rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost ke špatnému zacházení:

- 1) *senior nemá mnoho sociálních kontaktů, a tak nehrozí častá kontrola jeho stavu*
- 2) *starý člověk trpí chronickým onemocněním, které zhoršuje například jeho pohyblivost, inteligenci*
- 3) *obtížná komunikace způsobená postižením smyslů a řeči*
- 4) *pečovatel nezvládá péči o svěřené osoby, je toho na něj příliš*
- 5) *pracovník musí razantně změnit svůj život v souvislosti s péčí o svěřence*
- 6) *agresivita seniora způsobená poruchou chování či změnou osobnosti*
- 7) *náhlé a nepříznivé změny situace v rodině staré osoby*
- 8) *finanční potíže či jiné starosti pečovatele (Jebavý, 2005)*

3.5.3 Oběti a agresori

Jak již bylo výše objasněno, syndrom EAN se týká špatného chování a zacházení se starými lidmi. Obětí je tedy nejčastěji žena či muž v seniorském věku, a to nezávisle na

jejím postavení ve společnosti, může se však jednat o pečovatele, kterého týrá svěřený pacient nebo o postarší osobu z jiné etnické skupiny případně vyznávající odlišné náboženství než agresor.

Týránění seniora může být jak ze strany nejbližších (partnerů, dětí, příbuzných, sousedů), ale také od pracovníků zdravotních či sociálních zařízení (Jebavý, 2005).

3.5.4 Předcházení syndromu EAN

- 1) *primární* – podpora rodinných vztahů a kvality života, snížení rizik směřující k agresivnímu chování
- 2) *sekundární* – osobitý přístup k rizikovým jedincům, chápat jejich odlišnost a s tím související možnosti řešení krizových situací
- 3) *terciární* – náprava vztahů v rodinném kruhu prostřednictvím odborníka, ochrana oběti před opětovaným týráním či zneužíváním (Kopecká, 2015)

3.6 Domácí násilí

„Pod pojmem domácí násilí rozumíme útoky, napadání, výhrůžky od blízké osoby s cílem ublížit či získat nad obětí převahu a moc. Je útokem na lidskou důstojnost, ohrožuje zdraví a ve vyhrcovaných případech i život oběti“ (Bednářová, a další, 2003 str. 6). Někteří autoři tento pojem zaměřují na problematiku mezi partnery či manželi, jiní do ní zahrnují i další členy rodiny žijící spolu v jedné domácnosti. Pokud se však prosazuje mimo domácí prostředí, ale stále v rámci rodiny, lze ho označit přívlastkem rodinné. Tento druh doprovází především konflikty mezi účastníky, ať už fyzické nebo psychické, jejich role se mohou kdykoliv obrátit. Rodinné násilí mimo domácnost se může týkat například rodičů či prarodičů, dospělých dětí, vnoučat, strýců, tet a dalších členů rodiny nebo i bývalých partnerů (Cimrmannová, a další, 2013).

3.6.1 Specifikace domácího násilí

Jelikož lze snadno zaměnit pojem rodinné násilí s domácím, je třeba přiblížit prvky typické pro týránění v domácnosti:

- 1) *opakování a dlouhodobost* - nejedá se o jednorázovou záležitost
- 2) *stupňovitost* – v případě fyzického násilí jsou útoky čím dál tím rizikovější
- 3) *hierarchie* – nerovné postavení, agresor se povyšuje nad oběti
- 4) *soukromé prostředí* – mimo dosah veřejné kontroly (Šeřčík, a další, 2011)

Nový občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) ve druhé části zaměřené na rodinné právo, obsahuje zvláštní ustanovení proti domácímu násilí (§751 - §753). Jedná se o právní úpravu mezi manžely, kdy jeden z nich nestrpí sdílenou domácnost z důvodu násilí vůči manželovi nebo jinému členu domácnosti. V takovém případě může soud omezit či vyloučit práva manžela v domě či bytě bydlet, a to na dobu 6 měsíců, ve zvláštních případech lze tuto lhůtu prodloužit. Návrh na vykázaní druhého manžela z domu nebo bytu může podat i rozvedený partner nebo osoba, která žije spolu s manžely v rodinné domácnosti (Novotný, a další, 2014).

3.6.2 Rizikové faktory

Oběti domácího násilí, jak již bylo výše uvedeno, jsou ženy i muži bez rozdílu věku, vzdělání, barvy pleti, náboženského vyznání, tělesných proporcí. Odborníci však zjistili, jaké rysy člověka násilníka více přitahují:

1) *osoba se zkušenostmi s násilím z minulosti (ať již jako oběť nebo svědek)*

Jestliže dítě pozoruje své rodiče při násilném chování, nebo se stane cílem agresora, lze očekávat, že si tento typ chování přenesou do partnerské či rodičovské úlohy. Jedná se o tzv. naučenou útočnost.

2) *citově závislý jedinec*

Oběti si nedokáží představit život bez milované osoby, stále hájí jeho násilné chování, doufají ve zlepšení situace. Často nemají pestrý sociální život, neboť partner je pro ně vším. Obávají se osamělosti, proto raději nechávají situaci netknout, dokud agresor neohrozí jejich život.

3) *člověk se zhoršeným psychickým či fyzickým stavem*

4) *pocit viny bez logického vysvětlení (Cimrmannová, a další, 2013)*

3.6.3 Koloběh násilí

Domácí násilí má dlouhodobý charakter a probíhá ve 3 fázích, které se periodicky opakují. Jedná se o:

1) *kumulace napětí*

Ve vztahu se zvyšuje napětí, agresor vrývá do paměti své oběti její neschopnost, obviňuje ji ze všeho možného a zahrnuje kritikou. Ohrožená

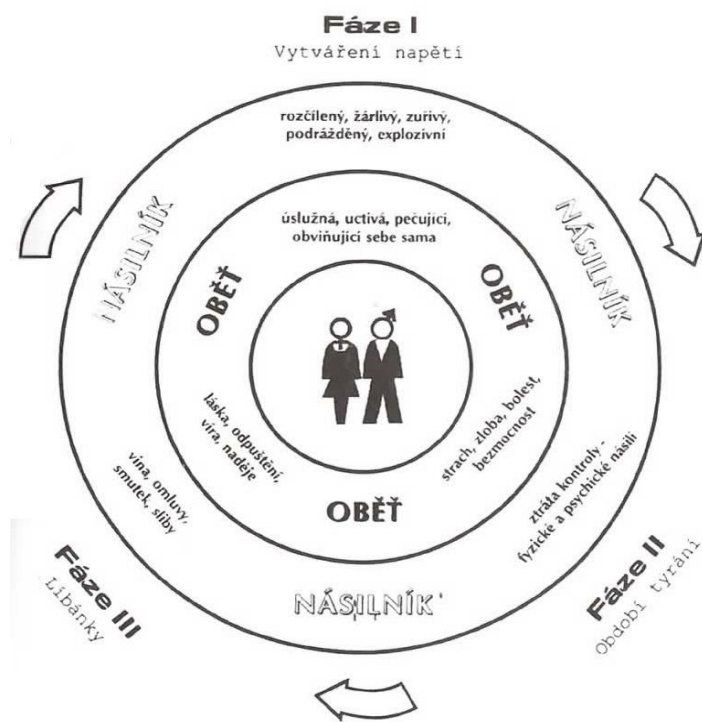
osoba činí vše pro to, aby se násilníkovi zavděčila a předešla tak násilí, nebo alespoň zmírnila jeho průběh.

2) *týrání*

Útočník se přestává ovládat, dochází k verbálnímu, fyzickému či psychickému násilí, v oběti se mísí pocity strachu, bolesti a zlosti, což ji motivuje danou situaci řešit, popřípadě odejít od agresora. Mnohdy však nastane další fáze, než se jedinec vzpamatuje z šoku a vyhledá pomoc.

3) *usmiřování*

Násilník lituje svého jednání, prosí o odpuštění, slibuje změnu chování, kupuje oběti dárky. Pokud člověk vezme útočníka na milost, dojde k vrcholu třetí fáze, tedy na tzv. líbánky, kdy je vztah v rozkvětu a naprosto bez chyb (Bednářová, a další, 2009).



Obrázek 1 - cyklus násilí; zdroj (Bednářová , a další, 2009), str. 11

Časem se ale vše vrací zpět na začátek, intervaly fází se však neustále zkracují, násilí se stupňuje, což může vést až k opakování celého cyklu několikrát za den. Pro oběť je tedy stále těžší odejít. Pokud se chce ohrožená osoba vyprostit z agresorova vlivu, musí tak učinit ve stadiu, kdy k tomu má nejméně důvodů (Conwayová, 2007).

3.6.4 Dopady násilí

V souvislosti s násilím, především toho psychického, dochází k narušení duševního zdraví jedince. V takovém případě lze hovořit o **syndromu týrané osoby**, některé publikace užívají označení syndrom týrané ženy, neboť se dříve neuvažovalo, že by obětí mohl být i muž. (Cimrmannová, a další, 2013). Tento syndrom doprovází snížená schopnost reakce na domácí násilí, v důsledku zneužívání. Projevy související s výše uvedenou tematikou lze rozdělit do tří kategorií:

1) *posttraumatická stresová porucha (PTSP)*

„Jde o zpožděnou nebo protahovanou reakci na závažný stress nebo traumatickou událost“ (Bednářová, a další, 2009 str. 49). U obětí dochází k opakovaně se vracejícím vzpomínkám, snům a představám na prožitou situaci, z toho důvodu se vědomě vyhýbají místům, lidem, aktivitám související s traumatem. Oběti s PTSP nejsou schopni vybavit si důležité okamžiky události, straní se sociálnímu kontaktu. Dále mají poruchy spánku, záchvaty hněvu, potíže s koncentrací a bývají přehnaně úzkostliví. O posttraumatickou stresovou poruchu se jedná v případě, že se symptomy projevují déle než měsíc.

2) *naučená bezmocnost*

Ohrožená osoba ztrácí kontrolu nad svým životem, neboť agresor rozhoduje za oběť i v běžných situacích, což podporuje ztrátu sebevědomí a jistoty. Člověk, který je dlouhodobě vystaven násilí, nabývá přesvědčení, že ze situace není úniku, a tak rezignuje.

3) *sebedestruktivní reakce*

Iracionální jednání ohrožené osoby v dané situaci, často označováno pojmem **stockholmský syndrom**. Jedná se o vytvoření přechodné citové vazby k útočníkovi, čímž se oběť podvědomě chrání. Vzniká v situaci, kdy je jedinec izolován od společnosti a pociťuje ohrožení na životě (Bednářová, a další, 2009).

3.7 Násilí ze strany institucí

Senioři jsou na rozdíl od dětí, dospívajících či dospělých více vystaveni riziku špatného zacházení až týrání ze strany personálu ve zdravotních a sociálních zařízeních, neboť tyto pracoviště navštěvují častěji než mladší generace. Tento druh jednání nemá

takové hojné zastoupení v počtu případů, jak je tomu u domácího násilí, což však může být způsobeno především mlčením ze strany obětí. Stejně jako u represe v domácím prostředí, i zde se člověk obává, že mu nikdo neuvěří a nepomůže. Je však třeba si uvědomit, žádná osoba nemá právo omezovat či zcela upírat právo jiné osoby.

V souvislosti s péčí o seniory se lze setkat s poskytovateli státního, soukromého, a neziskového sektoru. Všechny tyto subjekty si kladou za hlavní cíl spokojenost klienta či pacienta, avšak ho dosahují jinými prostředky, na odlišném základě a pomocí různě získaných financí. Dále je možné rozčlenit zřizovatele podle rezortu tedy na zdravotní a sociální oblast (Vodáčková, a další, 2007).

3.7.1 Zdravotní péče pro seniory

V oblasti zdravotnictví pečují o starší občany na následujících pracovištích:

1) zdravotnická zařízení

Kromě nemocnic poskytující ambulanci či lůžkovou péči sem lze přiřadit sanatoria, léčebny pro dlouhodobě nemocné, nebo ambulanci zařízení, které zahrnují mimo jiné ordinace praktických a odborných lékařů, ale také kontaktní a krizová centra či linky důvěry (Vodáčková, a další, 2007).

2) agentury domácí péče

Na návrh lékaře lze poskytnout zdravotní péči přímo v domě či bytě seniora. Domácí péče je určena především pro pacienty, kteří nepotřebují být připoutáni k lůžku, avšak jejich zdravotní stav vyžaduje odbornou pomoc. Vyskolený personál navštěvuje pacienta po operaci, úrazu, kdy mu ošetřuje rány, zajišťuje rehabilitační cvičení, nebo se jedná o dlouhodobé docházení všeobecných sester aplikujících například inzulin či infuzi (Mlýnková, 2011).

3) hospice

Zařízení zaměřená na léčbu a péči o nevléčitelně nemocné zřizované církví je na pomezí zdravotní a sociální oblasti. Hospice lze rozdělit na:

- a) domácí* – důstojné umírání v rodinném zázemí (Vodáčková, a další, 2007)
- b) stacionární* – přijetí seniora na krátkou dobu, například pokud příbuzný pečující o seniora dochází do zaměstnání, potřebuje vyřídít různé pochůzky nebo si odpočinout, je možné svěřit osobu do tohoto pracoviště
- c) institucionální* – dlouhodobý pobyt v zařízení pro osoby, které potřebují neustálý zdravotní dohled (Mlýnková, 2011)

Hospicová péče mnohdy nekončí smrtí pacienta, ale pokračuje péčí o pozůstalé. V České republice stačí ve většině případů jednorázová pomoc těsně po smrti blízké osoby, nejčastěji písemnou formou (Hoskovcová, 2009).

4) *geriatrická denní centra*

Možnost denního, ve výjimečných případech i nočního pobytu seniora, který zajišťuje:

a) *léčebnou a ošetrovatelskou péčí*

b) *fyzioterapii*

c) *psychickou mobilizaci a trénink zaměřený na koncentraci, paměť*

d) *ergoterapie* (Mlýnková, 2011)

3.7.2 Sociální péče pro seniory

1) *domovy pro seniory*

Pobytová zařízení fungující celoročně jsou určena pro občany důchodového věku, kteří nemohou bydlet sami a vyžadují všestrannou péči. Nejčastějším zřizovatelem je podle ČSÚ⁶ stát, prostřednictvím krajů a obcí.

2) *domovy se zvláštním režimem*

Tato služba je velmi podobná domovu pro seniory, neboť i tady může osoba pobývat celoročně a poskytovatelem je ve většině případů kraj. Rozdíl spočívá v obyvatelích těchto institucí, nejedná se jen o postarší občany, ale o jakéhokoli člověka s duševní poruchou nebo závislostí (Malíková, 2011).

3) *pečovatelská služba*

Spočívá v docházení pracovníka do domácnosti seniora z důvodu jeho snížené soběstačnosti na doporučení lékaře. Ošetrovatel pomáhá především s nákupem, péčí o osobní hygienu, domácími pracemi. Některé služby jsou zdarma, jiné zpoplatněné (například rozvážka jídla).

4) *domy s pečovatelskou službou*

Jedná se o pobytové zařízení s byty, které obývají jednotlivci, páry, někdy i skupina lidí důchodového věku. Senioři nevyžadují neustálou péči, ale občasnou pomoc s domácností nebo hygienou. Tyto domy disponují mnohdy prádelnou nebo společenskými prostory (Vodáčková, a další, 2007).

⁶ ČSÚ – Český statistický úřad

5) domovinky

Domovinky jsou určeny pro starší občany s omezenými tělesnými nebo duševními schopnostmi s potřebou každodenní péče. Usnadňují život především rodinným příslušníkům pečující o seniora, kteří chodí do zaměstnání a nemohou ho nechat doma samotného. Zajišťují činnosti kulturního, společenského nebo výtvarného charakteru. Kromě toho poskytují i tzv. odlehčovací služby, kdy si příbuzní potřebují odpočinout od neustálého opatrování. V době dovolené lze přijmout seniora na přechodnou dobu.

6) stacionáře

- a) *denní* – ambulantní služba pro starší osoby se sníženou soběstačností, zajištěná komplexní péče a různé aktivity, zaměřené převážně na pohyb a socializaci
- b) *týdenní* – velmi podobné denní formě, provozní doba bývá zpravidla ve všední dny, víkendy tráví senioři s rodinou, stacionáře navštěvují zejména lidé s Alzheimerovou chorobou (Mlýnková, 2011)

3.7.3 Pracovník sociální péče

Na jedince pracujícího v oblasti sociální péče jsou kladeny stále vyšší nároky, rostou počty klientů na jednoho pečovatele, stejně tak jako požadavky na dostatek času a trpělivosti při péči o ně. Ve většině případů se snaží ošetřovatelé co nejlépe dostát těmto nárokům a zastávat své funkce zodpovědně a poctivě, přesto se jim nedostává náležitého ocenění.

Nátlak ze strany klientů a jejich příbuzných na dodržování práv se neustále zvyšuje, pečovatel se tak častěji setkává s urážkami a vynucováním péče, přestože cílem sociální služby není provádět činnosti za klienta, ale pomoci mu k větší soběstačnosti při jejich výkonu a tím minimalizovat závislost na dalších lidech. „*Vědomí vlastních práv poskytuje některým osobám moc, kterou využívají bez rozmyšlení a chápání souvislosti*“ (Malíková, 2011 str. 53). Takové jednání však vede k potlačování práv samotných pracovníků a tím jejich demotivaci, což může směřovat až k syndromu vyhoření⁷.

⁷ syndrom vyhoření – někdy název burnout označuje stav vyčerpání, rezignace a ztráty zájmu

3.7.4 Stres na pracovišti

Stres lze definovat jako libovolnou sílu, která vytěsňuje fyzikální nebo psychologické faktory mimo rozsah stability a vytváří tak napětí u jedince. Často se jedná o spouštěč různých onemocnění či sociálních problémů, jako jsou problémy s alkoholem, omamnými látkami či propadnutí hazardu. Stres má vliv i na snížení pracovního výkonu a zároveň ovlivňuje i spokojenost z práce. K nejohroženějším pracovním pozicím patří zejména piloti letadel, pracovníci policie či horníci, kde stupeň stresu dosahuje nejvyšší možné úrovně. Další skupinu, které hrozí zvýšená míra stresu v souvislosti s povoláním, představuje zdravotnický personál. „*Syndrom vyhoření nebo předčasné ukončení kariéry z důvodu stresu se konkrétně běžně objevuje mezi zdravotními sestrami*“ (Arnold, 2007 str. 385). U pracovníků zdravotní a sociální péče bývá stres mnohdy ovlivněn řadou faktorů:

1) fyzická zátěž

V případě imobilních pacientů je třeba neustálá pomoc pracovníků, nejběžnějšími dopady zátěže jsou bolesti pohybového aparátu a hlavy, poruchy spánku, křečové žíly, podrážděnost, únava (Kopecká, 2015).

2) psychická zátěž

- a) *pracovní podmínky* – veškeré podněty dopadající na lidské smysly například hluk, špatné osvětlení, zápach ovlivňují duševní stav jedince
- b) *směnný provoz* – narušení stylu života může vést ke zvýšené hladině cukru v krvi, poruchy spánku, únava, poruchy metabolismu
- c) *vysoká míra zodpovědnosti* – způsobuje především srdeční onemocnění
- d) *nové technologie* – může vést ke snížení spokojenosti s pracovní pozicí, stále více však dochází ke ztrátě soukromí v souvislosti s užíváním mobilních telefonů či notebooků, které podněcují k práci mimo zaměstnání
- e) *monotonie* – rutinní činnosti mohou způsobit pocity uvěznění, klaustrofobie či odlidštění (Arnold, 2007)
- f) *časový tlak* – rozsáhlého množství úkonů v krátkém čase se týká zejména zdravotních pracovníků, kteří přizpůsobují své potřeby chodu na pracovišti a ostatním lidem, což vede k únavě a vyčerpání
- g) *pracovní náplň* – stresorem mohou být také některé ošetrovatelské úkony spojené s péčí o znečištěného pacienta, s klienty s duševní poruchou, anebo ve zdravotnických zařízeních lze předpokládat i rizika nakažení nemocí

3) *mezilidské vztahy*

a) *s pacientem a jeho rodinou* – negativní postoj názor příbuzných či pozůstalých na péči nebo organizaci práce, strach klienta z bolesti a smrti

b) *mezi pracovníky* (Kopecká, 2015)

3.7.5 Týrání seniorů ze strany pracovníka

Přes existenci etických kodexů sociálních pracovníků mohou nastat situace, kdy pečovatelé zneužijí svých pravomocí proti bezmocným klientům. Jak již bylo částečně popsáno u syndromu EAN špatné jednání ošetřovatele se odvíjí od mnoha faktorů, jako je:

1) *nezvládnutí péče o svěřeného seniora, většinou kvůli vysokým nárokům*

2) *nedostatečný dozor nad pracovníkem ze strany nadřízených*

3) *nízká kvalifikace*

4) *porušení etických kodexů a práv; syndrom vyhoření*

5) *nedostačující podmínky např. nízké finanční ohodnocení, zastaralé technické vybavení, nevděčnost klientů*

6) *ageismus – staří lidé nic nepotřebují*

7) *opětování špatného chování a jednání* (Malíková, 2011)

V případě špatného zacházení až týrání o pečující osobu v zařízeních poskytující sociální péči může dojít k restrikci. „*Jde o soubor postupů a prostředků, vedoucích k omezení pohybu jedince, a k nemožnosti výkonu většiny činností*“ (Malíková, 2011 str. 279). Restriktivní opatření zahrnuje tyto druhy omezujících prostředků:

1) *omezení na lůžku*

2) *terapeutická izolace*

3) *manuální fixace*

4) *podání sedativ bez souhlasu pacienta* (Marková, a další, 2006)

Každý poskytovatel sociálních služeb musí mít dle Standardů kvality sociálních služeb Ministerstvo práce a sociálních věcí vyhotovená vnitřní pravidla pro předcházení případům týkajících se porušení základních lidských práv a svobod osob a v momentě, kdy k takové situaci dojde, podle těchto pravidel postupovat (MPSV - Odbor 22).

4 Vlastní práce

Následující kapitola navazuje na poznatky zjištěné v teoretické části a zaměřuje se na samotný výzkum v konkrétním zařízení poskytující péči cílové skupině osob.

Nejprve je blíže přiblížen domov pro seniory, ve kterém šetření probíhalo a metoda sběru dat. Dále se autorka zabývá analýzou zjištěných informací a jejich stručným popisem. Samotný závěr se již týká interpretace výsledků výzkumu.

Za cílovou skupinu byli zvoleni senioři, jejichž populace neustále roste, což může v budoucnu vyvolat mnohé problémy, jako například nedostatek prostředků pro podporu seniorů od státu. Tyto demografické změny především způsobuje pokrok ve zdravotnictví, díky kterému lze dnes vyléčit nemoci, na které lidé dříve umírali. Neustálý posun délky života však mnohdy vede k odsunutí seniorů na okraj společnosti a s tím spojené nedůstojné zacházení. Bohužel se s takových chováním lze setkat i v zařízeních sociální péče, a to i přesto, že cílem těchto institucí je především usnadnit a zpříjemnit starším občanům jejich poslední fázi života.

4.1 Domov pro seniory

Výzkum probíhal v zimě 2017/2018 v domově pro seniory na Praze 10 a to především díky velké zásluze Dobrovolnického centra Protěž, který zprostředkoval setkání s respondenty.

Zmíněné centrum pravidelně navštěvuje domovy pro seniory na Praze 10 a zpříjemňuje tak klientům těchto zařízení alespoň část dne. Při příchodu dobrovolníků personál obejde seniory, a pokud mají zájem o setkání, doprovodí je do jídelny, kde už na ně čeká skupinka ochotných lidí. Následuje krátké seznámení s novými tvářemi, ať už ze strany seniorů nebo dobrovolníků. Poté si už mohou navzájem povídat, někdy se dostane i na zpěv nebo jinou aktivitu. Jelikož dobrovolnické centrum navštěvuje i další zařízení sociálních služeb na Praze 10, je interval návštěv 1x za 3 týdny. Setkání probíhá vždy po druhé hodině odpolední, kdy už jsou senioři odpočatí a končí nejpozději v půl 5, neboť v 5 hodin se podává večeře.

Domov pro seniory nabízí služby na dobu určitou – Odlehčovací služba, tak i na dobu neurčitou – Domov pro seniory nebo Domov se zvláštním režimem. Výzkumného šetření se zúčastnili především klienti využívající službu Domov pro seniory, neboť ve

zvláštního režimu jsou ubytovaní lidé s Alzheimerovou, či Parkinsonovou nemocí, ale i osoby s demencí.

4.2 Metoda sběru dat a jejich analýza

Pro praktickou část byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Vzhledem k tomu, že šetření probíhalo na dobrovolné bázi a s přihlédnutím ke zdravotnímu vztahu pacientů, podařilo se získat 21 rozhovorů, a to převážně s ženami, neboť muži se příliš setkání s dobrovolníky nezúčastnili a pokud ano, tak polovina z nich odmítla účastnit se rozhovoru. Tazatelka se vždy představila a vysvětlila, za jakým účelem je interview vytvořeno, dále následovalo ujištění, že šetření je zcela anonymní a na bázi dobrovolnosti, a že získané odpovědi budou použity pouze pro účely praktické části.

Autorka si připravila 25 otázek z 8 oblastí, první část se zaměřuje na zjištění demografických údajů o respondentech, další okruh se týká života před ubytováním v zařízení sociální péče, zbylé otázky se již týkají samotného bydlení v domově pro seniory. Pořadí předem připravených otázek se měnilo v závislosti na samotném průběhu rozhovoru, byly pokládány doplňující otázky na dané téma pro lepší porozumění odpovědi.

Ve většině případů se jednalo o otevřené otázky, jejichž velká výhoda spočívá ve volnosti odpovědí, respondent má prostor k detailnějšímu vyjádření k dané problematice. Uzavřené otázky byly použity u 5 otázek, kde bylo třeba výběru odpovědi z předem připravených možností. Prostřednictvím uzavřených otázek lze získat data rychleji a ve větším měřítku. „*Umožňují eliminovat tok řeči u příliš hovorných respondentů*“ (Ferjenčík, 2000 str. 177).

Po skončení rozhovorů autorka poděkovala za spolupráci. Následovala analýza závislosti kvalitativních znaků. Vzhledem k velikosti souboru $n = 21$ bylo potřeba nejdříve spočítat očekávané četnosti a na jejich základě se určí vhodný test. U všech testovaných nulových hypotéz došlo na výpočet pomocí Fisherova faktoriálového testu. Podrobnější analýze se věnuje kapitola výsledky a diskuze.

4.2.1 Základní údaje o respondentech

V souvislosti se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů byli senioři seznámeni s účelem rozhovoru, který byl zcela dobrovolný, a všichni souhlasili se zpracováním poskytnutých informací. V rámci zachování anonymity respondentů vyplývající z výše uvedeného zákona byla pozměněna jména dotazovaných.

Základní informace o dotazovaných seniorech jsou shrnuty v následující tabulce:

Tabulka 2 - základní informace o respondentech

jméno	pohlaví	věk	povolání před důchodem	typ služby
paní Amálie	žena	68	prodavačka ve smíšeném zboží	DpS ⁸
pan Josef	muž	87	herec v divadle	DpS
paní Vendula	žena	80	vychovatelka v družině	DpS
paní Kristýna	žena	84	zdravotní sestra	DpS
pan Pavel	muž	87	inženýr jakosti ve strojní fabrice	DpS
pan Karel	muž	84	truhlář	DpS
paní Jana	žena	73	učitelka na ZŠ – čeština, dějepis	DpS
paní Monika	žena	78	prodavačka v obchodě	DpS
paní Barbora	žena	85	účetní	DpS
paní Emilka	žena	95	kuchařka	DpS
paní Marie	žena	81	úprava rukavic	OS ⁹
paní Anežka	žena	83	švadlena obleků a kabátů	DpS
pan Jan	muž	63	dramaturg, kritik divadelních her	OS
paní Věra	žena	93	květinářka	DpS
pan Martin	muž	75	řezník	OS
paní Anna	žena	67	zubařka	DpS
paní Eva	žena	82	řidička ještěrky - zásobování	DpS
paní Božena	žena	74	provozovatelka hospody	DpS
paní Veronika	žena	76	švadlena	DpS
pan František	muž	71	dělník na stavbě	DpS
paní Jiřina	žena	67	nábor zaměstnanců	DpS

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky lze například pomocí programu Statistica spočítat, že průměrný věk v domově pro seniory je 79 let, prostřední hodnota, tedy medián je 80 let. Nejmladší klient dosáhl věku 63 let, nejstarší 95 let (viz. Tabulka 3).

Tabulka 3 - výstup z programu Statistica

Proměnná	Popisné statistiky (Tabulka 1)				
	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
věk	78,7142	80,0000	63,0000	95,0000	8,68989

Zdroj: vlastní zpracování

Téměř všichni zúčastnění senioři uvedli, že využívají služby domova pro seniory (viz. Tabulka 2), což lze snadno odvodit podle kapacity lůžek, zatímco DpS nabízí přes

⁸ DpS = dům pro seniory, služba, která je poskytnuta v zařízení sociální péče

⁹ OS = odlehčovací služba, další typ služby, který zařízení poskytuje

30 lůžek, OS pouze 6. Autorka nezahrnula do šetření žádnou osobu z Domova se zvláštním režimem, výsledky by mohly být zkreslené, vzhledem k duševnímu zdraví jedinců.

Tabulka 4 - poměr mužů a žen v zařízení sociální péče

pohlaví	počet	%
žena	10	71
muž	1	29
Σ	21	100

Zdroj: vlastní zpracování

Z Tabulka 4 lze vyčíst, že většina dotazovaných byly ženy, v procentuálním vyjádření se jednalo o 71 %, zbylých 29 % představují muži.

4.2.2 Život před příchodem do zařízení

Předtím než se ocitli respondenti v domově pro seniory, žili převážně v Praze (8 z dotazovaných) či městech ve Středočeském kraji (více jak $\frac{1}{3}$ dotazovaných) například v Kladně, Kutné Hoře, Příbrami a další (viz. Tabulka 5).

Tabulka 5 - srovnání bydlení

bydliště	byt	dům	Σ
Praha	6	2	8
město ve Středočeském kraji	4	4	8
obec ve Středočeském kraji	0	4	4
obec na Vysočině	0	1	1
Σ	10	11	21

Zdroj: vlastní zpracování

Zatímco v Praze převažovalo bydlení v bytových jednotkách, v dalších městech to již bylo vyrovnané (50 % v bytě a 50 % v domě). Všichni dotazovaní bydlící v obcích využívali pro bydlení pouze rodinné domy. Dále Tabulka 5 vyjadřuje, že pouze jeden ze seniorů bydlel před příchodem do domova v jiném kraji, než je Praha a Středočeský kraj.

Necelá polovina (47 %) uvedla, že bydlela předtím se svým manželem či manželkou. Našli se ale i takoví jedinci, kteří žili sami (24 %), $\frac{1}{5}$ z respondentů sdíleli domácnost s celou rodinou. Pouze jeden z dotazovaných bydlel se sourozencem a o dalšího seniora pečovala předtím jeho dcera či syn (viz. Tabulka 6).

Tabulka 6 - sdílení domácnosti před příchodem do sociálního zařízení

sdílení bydlení	počet	%
jen s manželem/kou	10	47
pouze s dětmi	1	5
s dětmi a manželem/kou	4	19
se sourozencem	1	5
sám/sama	5	24
Σ	21	

Zdroj: vlastní zpracování

4.2.3 Důvody příchodu

Stáří je bohužel spojené s postupným zhoršením zdravotního stavu, člověk už nemá tolik sil na běžné činnosti v domácnosti, stává se méně soběstačný a náchylnost k běžným nemocem se zvyšuje. Ne každý má rodinu, která by se o něj postarala a někdy ani ta nestačí na péči o seniora. Mnohdy je potřeba i zdravotní pomoc, především u osob s vážnou nemocí jako například Alzheimer, u snížené schopnosti pohybu, nebo u dlouhodobého připoutání na lůžku.

Většina z dotazovaných uvedla, že o přemístění do zařízení sociální péče si rozhodli sami, rodina jim pomáhala pouze s formálními náležitostmi. 1/3 respondentů to navrhla rodina jako nejlepší řešení pro zajištění kvalitní péče. V ostatních případech se jednalo o doporučení lékaře, a to hlavně u osob po úraze či přesunu z LDN¹⁰ (viz. Tabulka 7).

Tabulka 7 - iniciativa k přestěhování do zařízení

Iniciativa k přesunu	počet
samostatné rozhodnutí	11
rozhodnutí ze strany rodiny	7
lékař	3
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

Důvody pro podání žádosti o ubytování v sociální zařízení byly mnohdy spojeny s krizovými situacemi v životě člověka, nejčastěji se jednalo o úmrtí manžela či manželky,

¹⁰ LDN = léčebna dlouhodobě nemocných

ale také úmrtí jiné blízké osoby žijící ve společné domácnosti. Tento životní moment dovedl jedince k přemýšlení o tom, zda jsou natolik soběstační, aby se o sebe sami postarali. Všichni z dotazovaných si uvědomili, že jejich soběstačnost už nestačí na samostatné hospodaření a rozhodli se využít těchto sociálních služeb.

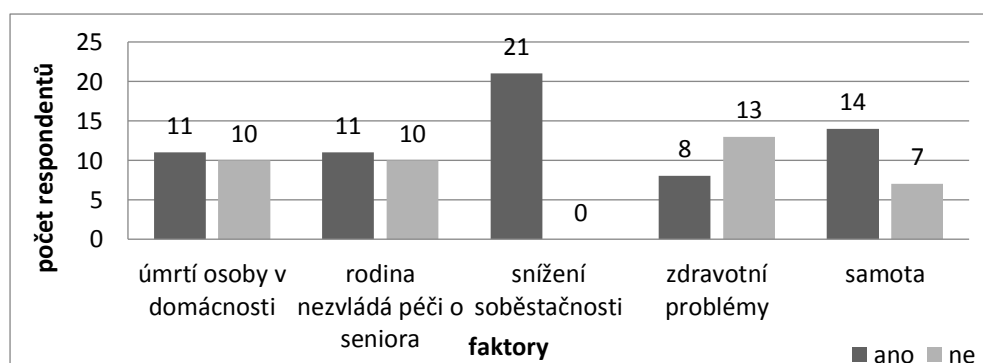
Některé rodiny, nejčastěji děti, si berou své rodiče po smrti jejich partnera k sobě domů a starají se o ně, avšak tuto péči většina nezvládá, ať už fyzicky či psychicky. Nemohou věnovat svým nejbližším tolik času, kolik skutečně potřebují, a tak se rozhodnou vyhledat pro ně odbornou péči.

U starších osob se zdravotními problémy lze předpokládat, že jejich rodina nebude riskovat případné zhoršení jejich stavu, a tak je na návrh lékaře ubytují v některém ze sociálních zařízení. Mnohdy se senioři dostanou do domova přímo ze zdravotnického zařízení, neboť potřebují zajistit nepřetržitou péči, avšak jsou ještě dostatečně soběstační, aby nemuseli být připoutáni na lůžku, ale návrat zpět do svého bytu či domu nepřipadá v úvahu. Většina dotazovaných uvedla, že je netrápí zdravotní komplikace.

Ti, kteří takové štěstí nemají, sužuje nejčastěji omezená hybnost například z důvodu artritidy, ale také se lze setkat s lidmi s částečným ochrnutím. Za další zdravotní potíže označují nemocné srdce či cévy, diabetes, potíže s trávením a další.

$\frac{2}{3}$ z dotazovaných také uvedlo, že jim chyběla společnost, cítili se osaměle. A to nejen ti, kteří bydleli sami, ale i senioři žijící u svých příbuzných, neboť většinu času jim stejně neměl kdo dělat společnost. Přestože pouhý pocit osamělosti nezajistí člověku možnost ubytovat se v zařízení sociální péče, může to být jeden z faktorů, který může vést například ke zhoršení zdravotního stavu (viz. Graf 2).

Graf 2 - důvody ovlivňující rozhodnutí o přesunu do domova



Zdroj: vlastní zpracování

Necelá $\frac{1}{2}$ z dotazovaných uvedla, že doba od podání žádosti do samotného přijetí a následující ubytování netrvala déle než jeden měsíc. $\frac{1}{4}$ ze seniorů však tuto informaci

vůbec nevěděla, jelikož se o celou záležitost staral někdo z rodiny (nejčastěji syn či dcera), ale také lékař v případě osob putujících do zařízení sociální péče přímo z nemocnice či jiné podobné instituce. Zbylí jedinci nečekali déle než 3 měsíce (viz. Tabulka 8).

Tabulka 8 - interval od podání žádosti k samotnému přijetí

časový interval	počet
měsíc a méně	10
2 měsíce	2
3 měsíce	4
neví	5
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

4.2.4 Adaptace na nové prostředí

Každý člověk je jiný a se své problémy se řeší po svém. Stejně tak je tomu v případě změny prostředí, zatímco jedna skupina lidí se na pobyt v domově pro seniory těšila, další uvedla pocity smířlivosti s osudem. Důležitý faktor pro snazší adaptaci v novém prostředí závisí také na povaze člověka. Zatímco extrovert je většinou komunikativní, vyhledává společnost a změny mnohdy i vítají. Zatímco introvertní typy hůře snášejí změny a jejich uzavřenost jim také ztěžuje případné seznámení se s někým novým.

Přes 80 % respondentů uvedlo, že nikdy předtím nebydleli v jiném zařízení sociální péče a jedná se tedy o jejich prvotní zkušenost. Zbýlých 20 % oznámilo, že již bydleli v podobném zařízení, konkrétně v pečovatelském domově, odkud však odešli z důvodu potřeby nepřetržité péče. Jedna seniorka (95 let) žila po této prvotní zkušenosti v jiném domově, kde bydlela s dlouholetou kamarádkou, po její smrti ji však rodina přemluvila k přesunu do současného zařízení, které měla blíž (viz. Tabulka 9).

Tabulka 9 - zkušenost s obdobným zařízením

předchozí zkušenost	počet	%
ano	4	19
ne	17	81
Σ	21	100

Zdroj: vlastní zpracování

Domov pro seniory na Praze 10 nabízí především dvoulůžkové pokoje. Jelikož zařízení poskytuje pouze jeden třílůžkový pokoj lze předpokládat, že v tomto případě nebude procentuální zastoupení příliš vysoké. Ani jednolůžkové pokoje nemá domov v hojném počtu (viz. Tabulka 10).

Tabulka 10 - současná velikost pokojů

velikost pokojů	počet	%
jednolůžkový	2	9
dvoulůžkový	18	86
trojčlůžkový	1	5
Σ	21	100

Zdroj: vlastní zpracování

Téměř všichni účastníci šetření žijí ve svém pokoji od začátku pobytu, ke změně došlo jen u 2 případů. Jeden ze seniorů nebyl spokojen se svým spolubydlícím, vůbec spolu nevycházeli, hádali se. Po uvolnění lůžka v jiném pokoji ho nakonec přestěhovali. Druhou paní (93 let) přesunuli, ale již si nevybavuje, proč k tomu došlo (viz. Tabulka 11).

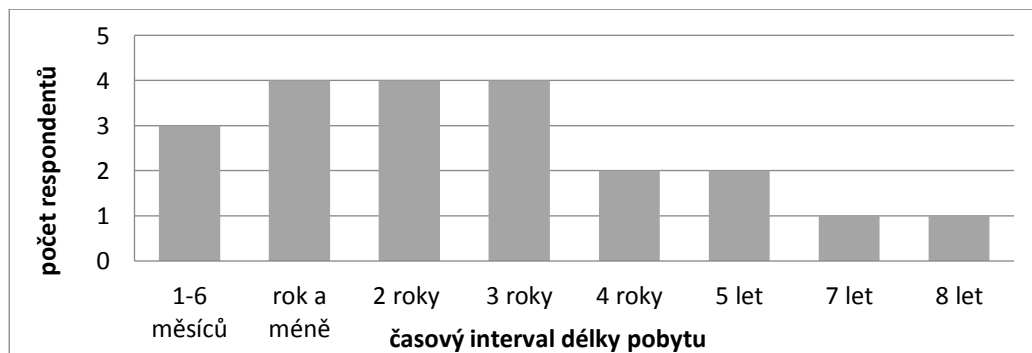
Tabulka 11 - změna pokojů v průběhu pobytu

změna pokojů	počet	%
ano	2	10
ne	19	90
Σ	21	100

Zdroj: vlastní zpracování

Z Graf 3 lze pozorovat, že přes $\frac{2}{3}$ dotazovaných bydlí v domově maximálně 3 roky. Nejdelší dobu zde žije paní s délkou 8 let, nejkratší 3 měsíce.

Graf 3 - časový interval délky pobytu v zařízení sociální péče



Zdroj: vlastní zpracování

Většina lidí neměla příliš problém se seznámit s ostatními obyvateli, jelikož se cítili osaměle a chyběl jim společenský kontakt. 3 senioři uvedli, že si více rozumí s personálem než se svými vrstevníky. Dotazovaní, kteří měli potíže se seznamováním, přiznali, že jsou spíše samotáři a nevyhledávají společnost ostatních, pokud to není nutné (viz. Tabulka 12).

Tabulka 12 - obtížnost při seznámení se v novém zařízení

obtížnost při seznámení	počet
bez problémů	10
průměrné	4
obtížné	7
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

Senioři se svými spolubydlicí vycházejí dobře, někteří dokonce označili svého spolubydlicího za přítele. Většina z nich je bere jako člověka, se kterým sice prohodí pár slov, ale nikdy to nepovede ke skutečnému přátelství. Pouze jedna paní uvedla, že by ráda měla na pokoji někoho jiného, jelikož je velmi společenská a současná spolubydlicí s ní absolutně nekomunikuje, jde o velmi uzavřenou osobu (viz. Tabulka 13).

Tabulka 13 - vztah se spolubydlicí/m v zařízení DpS

vztah se spolubydlicí/m	počet
Nemá spolubydlicí	2
velmi dobrý	7
průměrný	9
nevychází spolu	1
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

Více než 50 % z dotazovaných chyběl společenský kontakt předtím, než přišli do domova pro seniory, skutečné přátelství tady našlo jen pár z nich, a to především se svými spolubydlicími. 5 ze zúčastněných uvedlo, že by spíše použilo slovo známý, ale za přítele by nikoho neoznačili. $\frac{1}{3}$ si nenašla ani přítele, ani známého (viz. Tabulka 14 Tabulka 14).

Tabulka 14 - přátelství v zařízení sociální péče

přátelství v DpS	počet
ano – se spolubydlicí	6
ano – někdo jiný	3
ne – jen známý	5
ne - nikdo	7
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

4.2.5 Rodinné vztahy

Rodina na prvním místě, tak to má téměř každý člověk, především v pokročilém věku. Pro obyvatele domova je to mnohdy jediná radost v životě, která jim dodává sílu na další dny. Necelá polovina z dotazovaných uvedla, že je nejvíce navštěvuje dcera či syn s vnoučaty. Někdy dorazí i v doprovodu partnera či partnerky, jindy sami. Jednu paní navštěvuje její snacha s vnoučetem, další zase sestra se svými dětmi. Pouze jednu seniorku již nemá kdo navštěvovat, do zařízení se dostala po smrti své sestry, která pro ni byla poslední příbuznou (viz. Tabulka 15).

Tabulka 15 - návštěvnost v sociálním zařízení

návštěvy v DpS	počet
pouze děti	3
děti + vnoučata	9
děti + vnoučata + jiný příbuzný	5
děti + jiný příbuzný	1
vnoučata + jiný příbuzný	1
sourozenec + jiný příbuzný	1
nikdo	1
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

Nejčastěji chodí návštěvy za svými nejbližšími jednou za 14 dní, přestože většina uvedla, že je rodina přestěhovala do Prahy právě z toho důvodu, aby to měla k nim blíže. Jednou či vícekrát za týden se může těšit z návštěv čtvrtina z dotazovaných. Za pár seniory zajde rodina jednou za měsíc, delší časové intervaly zažívají jen 2 seniorky. Zatímco jedna

z nich má rodinu na druhém konci světa, dcera druhé paní svou maminku skutečně opomíjí bez důvodu (viz. Tabulka 16).

Tabulka 16 - intervaly návštěv seniorů

časový interval návštěv	počet
několikrát týdně	2
alespoň 1x týdně	3
1x za 14 dní	9
1x za měsíc	4
1x za čtvrt roku	1
1x za rok	1
nikdo nenavštěvuje	1
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

U třetiny ze zúčastněných se vztah se svými příbuznými příliš nezměnil. Co se týká zbylých seniorů, tam se názory mění. Na někoho mělo odloučení pozitivní vliv, neboť se díky němu méně hádají se svými blízkými, rodina se více zajímá o jejich zdraví a spokojenost. Jiní si stěžují na ztrátu osobního kontaktu a odcizení se.

4.2.6 Zajištění péče po finanční stránce

V dnešní době je třeba počítat s tím, že za vše musí člověk zaplatit, to platí i v případě poskytování sociálních služeb. Přestože stát poskytuje příspěvek na péči osobám se zhoršeným zdravotním stavem, jež jsou odkázáni na pomoc blízkých či na poskytovatele sociálních služeb, nepokryje to seniorům veškeré náklady na zajištění péče.

Téměř polovina uživatelů služeb je schopna si péči hradit sama v plné výši, nejčastěji z důchodů či spoření. Někteří prodali své nemovitosti, část peněz věnovali rodině a zbytek utržených peněz využívají na úhradu sociální péče. Třetina seniorů uvedla, že náklady na péči za ně hradí rodina, nejčastěji se jedná o děti, v jednom případě jde o manželku. Přesto nechtějí být dotazovaní svým rodinám nic dlužní, a tak jim dávají alespoň nějaké peníze, a pokud jejich dar odmítnou, věnují peníze svým vnoučatům. Čtvrtina uživatelů se o finanční zajištění péče dělí s dětmi, ať už jde o rovné díly či nikoliv (viz. Tabulka 17).

Tabulka 17 - úhrada péče za služby v DpS

hrazení péče	počet
pouze sám/sama	8
pouze rodina	9
část sami, část děti	4
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

4.2.7 Volnočasové aktivity

Každá rodina nemůže navštěvovat své nejbližší tak často, jak by mnohdy chtěla, a tak je třeba zajistit seniorům širokou škálu možností, jak využít čas, který nemohou strávit se svými příbuznými.

Domov pro seniory na Praze 10 umožňuje uživatelům široké spektrum aktivit, jako například tvůrčí dílnu, kterou lze využít ke kreslení, ale i k výrobě různých předmětů, keramickou místnost nebo knihovnu. Vášnivý kuchaři či pekaři obou pohlaví mohou využít společné kuchyňky nacházející se v každém patře. Zařízení nabízí možnosti fyzioterapie, které se zabývá problémy s pohybovým aparátem. Dále lze navštívit hodiny cvičení, k nejoblíbenějším patří jóga. V budově se také nachází kaplička, kde probíhají každých 14 dní bohoslužby. Téměř každý měsíc se konají v jídelně společenské akce, ať už se jedná o různé tematické večery, hraní deskových her nebo jen posezení v kolektivu doplněné povídáním, ale i zpěvem. Občas do zařízení zavítají i děti ze základní školy, ale také čtyřnozí mazlíčky, nejčastěji v rámci jejich výcviku pro zrakově postižené.

K venkovním aktivitám lze zařadit jednoznačně procházky do nedalekého parku, domov však pořádá pro pohybově způsobilé seniory výlety v Praze a okolí.

Všichni dotazovaní uvedli alespoň 2 aktivity, kterým se rádi věnují. Nejraději hrají společenské hry, jako jsou šachy, dáma, karty, kostky a další. Třetina z nich si ráda v klidu přečte dobrou knihu, ať už z místní knihovny nebo z vlastní sbírky. Velkou oblibu sklízí také tematické večery, které se konají přibližně jednou za měsíc v jídelně. Jednou z posledních akcí byl například masopust, pyžamový nebo kloboučkový večer, kde hrála hudba, a podávalo se drobné občerstvení. Společenská setkání s dobrovolníky, s dětmi základní školy, s čtyřnohými mazlíčky bývají také hojně navštěvovanou aktivitou, stejně jako venkovní procházky v nedalekém parku.

4.2.8 Personál v sociálním zařízení

Pro příjemnější pobyt v domově je pro uživatele dobré vycházet nejen se spolubydlícími či dalšími uživateli sociálních služeb, ale především s personálem. Zdravotní sestry a bratři, stejně tak jako sociální pracovníce jsou seniorům k dispozici 24 hodin denně. Dotazovaní často tato dvě povolání zaměňovali. Kromě výše uvedeného personálu, se uživatelé pravidelně setkávají se svým praktickým lékařem, kterého zprostředkovalo přímo sociální zařízení, ale mohou si ponechat i svého původního ošetřujícího lékaře, avšak na tyto návštěvy je nutný doprovod rodinných příslušníků. Za velmi důležitou osobu každého seniora se považuje tzv. klíčový pracovník, jehož náplň spočívá především se seznámením uživatele s novým prostředím, v průběhu pobytu se s ním pravidelně setkává a zjišťuje spokojenost s poskytovanými službami. Případné návrhy, požadavky či problémy lze řešit právě s ním.

Většina dotazovaných uvedla kladný vztah jak k personálu, tak k obyvatelům domova. Někteří dokonce uvedli, že si mnohem více rozumí se zaměstnanci DpS než s ostatními seniory. Při jejich příchodu se snažili pomoci s navázáním kontaktu, což ocenili především uzavřenější typy lidí. 2 uživatelé uvedli, že měli menší výměnu názorů s paní uklízečkou, jelikož vstoupili do vytřené koupelny, jiný senior si stěžoval na zdravotní sestřičku, která pána nutí jíst, přestože nemá vůbec hlad. Všichni poté ale přiznali, že takové jednání bylo pouze jednou, a navíc to s nimi personál myslel vždy v dobrém. Pouze 2 dotazovaní si vzpomněli na nepříliš ochotnou a často náladou sestru, kterou však již minimálně rok v sociálním zařízení neviděli.

Přes $\frac{2}{3}$ zúčastněných seniorů uvedlo, že se pracovníci zajímají o jejich spokojenost s pobytem, službami, a to ve většině případů po skončení zájmového kroužku či společenské akce. Zbylá $\frac{1}{3}$ si nebyla vědoma takové zájmu, jednalo se však především o introverty, kteří většinu času trávili sami, což může být důvod k menšímu zájmu o zpětnou vazbu ze strany personálu (viz. Tabulka 18).

Tabulka 18 - počet dotázaných seniorů na spokojenost se službami v DpS

zájem ze strany personálu	počet
ano	16
ne	5
Σ	21

Zdroj: vlastní zpracování

Téměř všichni dotazovaní přiznali, že se nikdy nesetkali s vedením zařízení poskytující sociální péči, což také koresponduje s odpověďmi na otázku, zda se někdy osobně paní ředitelka ptala na vztah seniorů k personálu a ostatním obyvatelům domova (viz. Tabulka 19). Jeden pán uvedl, že se na takové otázky nejspíš ptalo vedení jeho dcer, další dva uživatelé uvedli zájem paní ředitelky nepřímo. Jich samotných se nikdy na nic takového neptala, ale v případě konfliktního jednání mezi dvěma obyvateli, se její zájem projevil téměř okamžitě. Někteří uživatelé sdělili názor, že takové informace jistě sbírají pro vedení zaměstnanci zařízení poskytující sociální péči.

Tabulka 19 - zájem vedení ke vztahům v zařízení

zájem vedení	počet	%
ano	3	14
ne	18	86
Σ	21	100

Zdroj: vlastní zpracování

5 Výsledky a diskuse

Pro potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz, byla použita analýza závislosti kvalitativních znaků, která třídí zjištěná data do asociační tabulky 2 x 2.

5.1 Hypotéza 1

H_0 : Nezvládání péče o seniora ze strany příbuzných nezávisí na zhoršeném zdravotním stavu respondentů.

H_1 : Nezvládání péče o seniora ze strany příbuzných závisí na zhoršeném zdravotním stavu respondent.

Tabulka 20 - asociační tabulka, hypotéza 1

Rodina nezvládá péči o seniora	Zhoršený zdravotní stav		Σ
	Ano	Ne	
ANO	4	7	11
NE	4	6	10
Σ	8	13	21

Zdroj: vlastní zpracování

Pomocí vzorců v kapitole 2.2 Metodika lze spočítat očekávané četnosti:

$$a_0 = 4,190$$

$$b_0 = 6,809$$

$$c_0 = 3,8095$$

$$d_0 = 6,190$$

Jelikož jsou 2 očekávané četnosti menší než 5, pro zjištění závislosti mezi sledovanými znaky se použije Fisherův faktoriálový test. Pro každou podpurnou tabulku se pomocí vzorce v kapitole 2.2 Metodika vypočte pravděpodobnost. Součet všech p_i porovnáme s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Pokud by již první pravděpodobnost byla větší než α , není třeba zjišťovat ostatní hodnoty, jelikož jejich součet bude hladinu významnosti převyšovat.

$\Sigma p_i = 0,6083$; hodnota je větší než $\alpha (0,05)$. H_0 nelze zamítnout, závislost mezi znaky nebyla zjištěna. Zhoršený zdravotní stav seniorů není důvodem, proč rodina nezvládá péči.

5.2 Hypotéza 2

H_0 : Pocit osamělosti nezávisí na pohlaví respondentů.

H_1 : Pocit osamělosti závisí na pohlaví respondentů.

Tabulka 21 - asociační tabulka, hypotéza 2

Osamělost	Pohlaví		Σ
	Ano	Ne	
ANO	11	2	13
NE	4	4	8
Σ	15	6	21

Zdroj: vlastní zpracování

Očekávané četnosti:

$a_0 = 9,2857$

$b_0 = 3,7142$

$c_0 = 5,71428$

$d_0 = 2,2857$

Alespoň jedna z očekávaných četností nepřevyšuje hodnotu 5, na výpočet závislosti je třeba aplikovat Fisherův faktoriálový test.

$\Sigma p_i = 0,11452$; hodnota je větší než $\alpha (0,05)$. H_0 nelze zamítnout, asociace znaků nebyla potvrzena. Samotu pocítují senioři bez ohledu na pohlaví.

5.3 Hypotéza 3

 H_0 : Zkušenosti s jiným zařízením sociální péče nezávisí na věku seniorů. H_1 : Zkušenosti s jiným zařízením sociální péče závisí na věku seniorů.**Tabulka 22 - asociační tabulka, hypotéza 3**

Zkušenost	Věková hranice ¹¹		Σ
	< 63; 78 >	< 79; 95 >	
ANO	0	4	4
NE	10	7	17
Σ	10	11	21

Zdroj: vlastní zpracování

Očekávané četnosti:

$a_0 = 1,9$

$b_0 = 0,7$

$c_0 = 1,28$

$d_0 = 1,33$

Pro zjištění asociace mezi sledovanými znaky je třeba zvolit Fisherův faktoriálový test, neboť všechny očekávané četnosti jsou menší než 5.

$\Sigma p_i = 0,06 > \alpha (0,05)$. H_0 nelze zamítnout, závislost znaků se nepotvrdila. Předchozí zkušenosti s obdobným zařízením nezáleží na tom, jak vysoký je věk respondentů.

¹¹ věkové hranice – byla použita minimální a maximální hodnota z Tabulka 3, rozdělení je dáno průměrem

5.4 Hypotéza 4

H_0 : Adaptabilita na novém prostředí nezávisí na pohlaví respondentů.

H_1 : Adaptabilita na novém prostředí závisí na pohlaví respondentů.

Tabulka 23 - asociační tabulka, hypotéza 4

Obtížná adaptabilita	Pohlaví		Σ
	Žena	Muž	
ANO	3	4	7
NE	12	2	14
Σ	15	6	21

Zdroj: vlastní zpracování

Očekávané četnosti:

$$a_0 = 5 \quad b_0 = 2 \quad c_0 = 10 \quad d_0 = 4$$

Poněvadž jsou 2 z hodnot očekávaných četnosti menší než 5, spočítáme závislosti mezi sledovanými znaky za pomoci Fisherova faktoriálového testu.

$\Sigma p_i = 0,0654 > \alpha (0,05)$. H_0 nelze zamítnout, závislost mezi znaky nebyla zjištěna. Obtížnost se začleněním v novém prostředí mají senioři bez ohledu na jejich pohlaví.

5.5 Hypotéza 5

H_0 : Zajištění péče po finanční stránce nesouvisí s rodinnými vztahy respondentů.

H_1 : Zajištění péče po finanční stránce souvisí s rodinnými vztahy respondentů.

Tabulka 24 - asociační tabulka, hypotéza 5

Financování péče jen seniořem	Rodinné vztahy		Σ
	Stejně nebo lepší po přijetí do DpS	Zhoršení nebo žádné	
ANO	3	5	8
NE	9	4	13
Σ	12	9	21

Zdroj: vlastní zpracování

Očekávané četnosti:

$$a_0 = 4,57 \quad b_0 = 3,42 \quad c_0 = 7,42 \quad d_0 = 5,57$$

Pro výpočet asociace znaků využijeme Fisherův faktoriálový test, jelikož se u alespoň jedné četnosti objevila hodnota menší než 5.

$\Sigma p_i = 0,16514 > \alpha (0,05)$. H_0 nelze zamítnout, závislost mezi znaky nebyla potvrzena. Případné podílení se na financování péče v domově pro seniory nezáleží na vztazích mezi respondenty a jejich rodinami.

5.6 Hypotéza 6

H_0 : Zájem personálu o spokojenost s péčí je nezávislé na věku dotazovaných.

H_1 : Zájem personálu o spokojenost s péčí je závislé na věku dotazovaných.

Tabulka 25 - asociační tabulka, hypotéza 6

Starost ze strany personálu	Věková hranice		Σ
	< 63; 78 >	< 79; 95 >	
ANO	8	8	16
NE	2	3	5
Σ	10	11	21

Zdroj: vlastní zpracování

Očekávané četnosti:

$$a_0 = 7,62$$

$$b_0 = 8,38$$

$$c_0 = 2,38$$

$$d_0 = 2,62$$

Jelikož jsou 2 očekávané četnosti menší než 5, pro zjištění závislosti se aplikuje Fisherův faktoriálový test.

$\Sigma p_i = 0,5296 > \alpha (0,05)$. H_0 nelze zamítnout, asociace mezi znaky se nepotvrdila. Ze strany personálu existuje zájem o spokojenost seniorů s péčí v sociálním zařízení bez ohledu na věk respondentů.

5.7 Diskuze

Na základě statistické analýzy, pro kterou byl použit Fisherův faktoriálový test, nebyla vyvrácena žádná hypotéza, a tudíž nedošlo k potvrzení, že ve zkoumaném domově pro seniory dochází k zanedbávání či dokonce násilí na dotazovaných uživatelích.

Přesto u dvou hypotéz byla tato pravděpodobnost téměř potvrzena. Důvod, proč byla 5.4 Hypotéza 4 o složitosti začlenění s přihlédnutím k pohlaví statisticky nevýznamná je nejspíš ten, že ve sledovaném vzorku byla více jak polovina žen. Tento fakt o větším počtu žen v seniorském věku potvrzují informace ČSÚ, který uvádí, že k 31. prosince 2016

bylo ve věku 65 a více téměř 40 % mužů a 60 % žen. U osob starších než 99 let včetně byl tento rozdíl mnohem vyšší: 22,5 % mužů a 77,5 % žen, což potvrzují studie o větší délce života žen oproti mužům.

Příčinou může být také velikost sledovaného vzorku, který následně ovlivní volbu testu, pro statistický výzkum. Pokud bychom zvýšili počet respondentů z původních 21 o více než polovinu, pro výpočet závislosti kvalitativních znaků by musel být zvolen χ^2 test, což by mohlo mít vliv na jiný výsledek. V takovém případě by byl vhodnější použít dotazníky, neboť nejsou tak časově náročné jako rozhovory. Tuto metodu použila pro svůj výzkum z roku 2005 Jihočeská univerzita na Zdravotně sociální fakultě, která se zaměřovala na problematiku týrání seniorů v Jihočeském kraji. Z celkového počtu 1300 respondentů se ukázalo, že pouhých 13 % se netýkalo násilí v žádné podobě. Zbýlých 87 % odpovědělo, že se setkali s násilím ve svém okolí, nebo byli oni sami obětí jak ze strany rodiny, tak ze strany pracovníků v sociálních službách (Zimmelová, a další, 2005).

Další možností, jak dojít k jiným výsledkům je mnohem delší čas strávený s respondenty, neboť nemuseli mít k výzkumníkovi takovou důvěru, aby se mu svěřili s případným nevhodným chováním pracovníků v sociálním zařízení. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, senioři se stydí za to, že jsou něčí obětí a často mají strach si o tom s někým promluvit.

Vliv na statistickou analýzu může mít i jednotvárný vzorek lidí, jelikož autorka dělala rozhovory pouze s těmi, kdo chtěli. Ve většině případů se jednalo o velmi hovorné seniory, avšak na základě nastudované literatury bývají týráni spíše introvertní typy, které se tolik neprojevují a agresor tak může nabýt dojmu, že jeho chování vůči starší osobě nebude prozrazeno. Interview také neproběhlo se seniory, kteří trpí chronickým onemocněním, což je další z faktorů, který ovlivňuje výběr obětí.

6 Závěr

Práce se věnovala určitým druhům chování v krizových situacích, a to především těm společensky nepřiměřeným – z této oblasti byl vyzdvižen fenomén násilí na seniorech. Cílem bylo analyzovat vybrané aspekty lidského chování, zejména příčiny, průběh a následky ve spojitosti s násilím. Na základě tohoto rozboru bylo možné doporučit, jak takové situaci předcházet, či přinejmenším eliminovat její dopady.

V teoretické části byl blíže vymezen termín krize, včetně jejích druhů a případných možností, jak tuto situaci řešit. Zvláštní pozornost pak směřovala na krize jednotlivých věkových skupin, a to především u starší populace, na které následně navazoval syndrom EAN. Ve spojitosti s touto problematikou bylo třeba také definovat násilí, jeho vznik, průběh a případné následky. V závěru této části byly přiblíženy druhy sociálních a zdravotních zařízení včetně pracovníků a vytyčeny nejčastější důvody vedoucí k selhání zaměstnanců sociální péče.

Druhá část se zabývala výzkumem v sociálním zařízení, kde prostřednictvím rozhovorů byly zjištěny údaje o respondentech, které byly na základě statistické analýzy závislosti kvalitativních znaků vyhodnoceny a následně interpretovány.

Na základě výstupů je třeba se danou problematikou dále zabývat. Populace seniorů neustále narůstá, zejména díky neustálým pokrokům v medicíně, které vedou k prodloužení délky života. Ačkoliv počet sociálních zařízení každým rokem roste, jejich současný stav je nedostačující, což může být způsobeno chybějícím kvalifikovaným personálem. Tento problém mnohdy vede ke snížení požadavků na sociální pracovníky, to se však může odrazit na finančním ohodnocení, které se u zaměstnanců veřejných služeb stanovuje na základě platových tarifů. Zařazení zaměstnance do příslušné platové třídy závisí na dosaženém vzdělání, platový stupeň určuje délka praxe v dané sféře (MPSV, 2017). Nedostatečná finanční motivace může vést spolu s nevyhnutelným stresem na pracovišti k nevhodnému až k násilnému chování vůči uživatelům sociální péče.

Pokud je poskytovatel sociální služby ze soukromého sektoru, může si pomocí vyššího finančního ohodnocení pojitit vyškolený personál, avšak stále bude řešit problém spojený se stresem na pracovišti. Lze ho částečně vyřešit zajištěním vhodných pracovních podmínek, kontrolou vztahů mezi zaměstnanci a klienty, ale také mezi samotným personálem, motivací pracovníků nejen po finanční stránce, jako například uznáním za dobře odvedenou práci. Stresu se však nelze úplně zbavit, obzvláště v takovém prostředí.

Zaměstnavatel to může řešit případným přijetím psychologa ve svém zařízení, který by pomáhal pracovníkům vyrovnat se se stresem.

Stres ovlivňuje chování jedince, někdy působí na člověka pozitivně, jindy ho však odvádí na špatnou stranu, což může vést až k násilí. Přestože nelze jednoznačně určit počet obětí násilí, jelikož se s tímto problémem svěří pouze zlomek z nich, lze například na základě statistik o vykazání osob Policií ČR odhadnout, že počet obětí domácího násilí každoročně přibývá, neboť stoupá množství případů vykazání.

Základem prevence násilí je jednoznačně edukace. Bez pochopení problému lze jen obtížně předcházet, či dokonce zabránit vývoji takové situace. Vláda České republiky na začátku roku 2015 schválila Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2015-2018, který obsahuje mimo jiné opatření, na jehož základě by mělo dojít nejen ke zlepšení stupně ochrany osob ohrožených násilím, ale také zvýšení účinnosti prevence násilí včetně vzdělávání (Vláda ČR, 2015).

Lidé by se tak měli více informovat o fenoménu násilí, včetně jeho podob a průběhu, aby byli lépe připraveni, pokud by se sami stali obětí. I přesto však může nastat situace, se kterou by se jedinec nedokázal sám vypořádat. V takovém případě je důležité nebát se vyhledat pomoc, ať už se jedná o odborníky či blízké osoby. Čím dříve bude násilí odhaleno, tím nižší budou jeho případné následky.

7 Seznam použitých zdrojů

Arnold, John. *Psychologie práce pro manažery a personalisty.* Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1518-3.

Baštecká, Bohumila. *Terénní krizová práce.* Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0708-X.

Bednářová, Zdena, a další. *Domácí násilí: manuál ke kurzům.* Praha: Acorus o. s., 2003.

Bednářová, Zdeňka, a další. *Domácí násilí: Zkušenosti z poskytování sociální a terapeutické pomoci ohroženým osobám.* Praha: Acorus, 2009. ISBN 978-80-254-5422-0.

Bechyňová, Bernadeta. *Období dospívání. Klinický psycholog a psychoterapeut pro děti, dospívající a jejich rodiny, i dospělí.* [Online] 2003. [Citace: 5. 8 2017.] <http://www.bechnova-psycholog.cz/clanky/obdobi-dospivani/>.

Cimrmannová, Tereza a další. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: Aplikace v kontextu rodinného násilí.* Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.

Conwayová, Helen L. *Domácí násilí; příručka pro současné i potenciální oběti se zákonem č. 135/2006 Sb. platným od 1. ledna 2007.* Praha: Albatros, 2007. ISBN 978-80-00-01550-7.

Ferjenčík, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši.* Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7367-815-9.

Hoskovcová, Simona. *Psychosociální intervence.* Praha : Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.

Hříbalová, Marie. *Týrání, špatné zacházení, zanedbávání. Život90.* [Online] 2014. <https://www.zivot90.cz/202-senior-telefon/223-tyrani>.

Jebavý, Jan. *Špatné zacházení se starými lidmi doma. Občanské sdružení GEMA.* [Online] 2005. <http://gema.gerontocentrum.cz/spatnedoma.html>.

Jermář, Milan. *Psychologie v organizační a ekonomické praxi.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. ISBN 978-80-261-0147-5.

Kastová, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-800-5.

Klimpl, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské praxi.* Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-324-3.

Kopecká, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.

Křivohlavý, Jaro. *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

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

Marková, Eva a další. *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

Matoušek, Oldřich a další. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-262-0213-4.

Mlýnková, Jana. *Péče o staré občany; učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MPSV - Odbor 22. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Standardy kvality sociálních služeb.* [Online] [Citace: 21. 12 2017.] <https://www.mpsv.cz/cs/5963>.

MPSV. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.* [Online] 2017. [Citace: 7. 11 2017.] https://www.mpsv.cz/files/clanky/31797/NV_341_2017__UZ_-_1_1_2018_.pdf.

Novotný, Petr, a další. *Nový občanský zákoník - rodinné právo.* Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5167-2.

Sak, Petr a Kolesárová, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů.* Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

Simon, Fritz B. a Stierlin, Helm. *Slovník rodinné terapie.* Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-1-X.

Společnost sociálních pracovníků ČR. Sociální pracovníci. *Etický kodex sociálního pracovníka České republiky.* [Online] 2006. [Citace: 7. 11 2017.] http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf.

Svatošová, Libuše a Kába, Bohumil. *Statistické metody II.* Praha: Česká zemědělská univerzita, 2008. ISBN 978-80-213-1736-9.

Šefčík, Drahomír a Špatenková, Naděžda. *Domácí násilí.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-690-2.

Špatenková, Naděžda a další. *Krise - psychologický a sociologický fenomén.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4.

Špatenková, Naděžda a další. *Krizová intervence pro praxi.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 80-247-0586-9.

Vláda ČR. Vláda České republiky. *Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2015 – 2018.* [Online] 2015. [Citace: 25. 2 2018.] <https://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/pri-uradu-vlady/jiri-dienstbier/aktualne/vlada-schvalila-akcni-plan-prevence-domaciho-a-genderove-podmineneho-nasili-na-leta-2015--2018-126943/>.

Vodáčková, Daniela a další. *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Zimmelová, Petra a Švestková, Renata. Domácí násilí a senioři. *Prevence úrazů, otrav a násilí.* [Online] 2005. [Citace: 28. 2 2018.] <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/clanky/2~2005/78-domaci-nasili-a-seniori>. ISSN 1804-7858.

Zuzák, Roman a Königová, Martina. *Krizové řízení podniku.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3156-8.

8 Přílohy

8.1 Tabulka životních událostí

8.2 Příznaky týrání seniorů

8.3 Sociální služby podle typu zařízení

8.4 Okruhy otázek pro rozhovor

8.5 Impulsy pro podání žádosti o ubytování v domově pro seniory

8.6 Podpůrné tabulky pro výpočty statistických hypotéz

8.1 Tabulka životních událostí

Událost	Body
Úmrtí partnera, partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchyní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Změny stravovacích zvyklostí	15
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednání	11

Součet bodů za poslední rok nás může orientačně informovat o míře stresu a zátěže. Za hraniční hodnotu označují autoři sumu 250 bodů. Jde o takovou míru zátěže, při níž se ocitá organismus člověka na pomezí vlastních rezerv.

Zdroj: (Vodáčková, 2007), str. 33

8.2 Příznaky týrání seniorů

tělesné týrání, včetně sexuálního	emocionální týrání	zanedbávání	finanční zneužívání
Nejasné pády, úrazy (zlomeniny, škrábance)	Strach, rezignace, zmatenost	Nedostatečné nebo nevhodné oblečení	Obava nebo strach hovořit o penězích
Podlitiny, otoky, popáleniny (nezvyklé typem a místem, někdy podobné předmětům – žehlička, cigareta)	Stáhnutí se do sebe, pasivita, deprese, pocit beznaděje a bezmoci	Podvýživa, dehydratace bez vysvětlujícího onemocnění	Nerovnoměrnost mezi příjmy, majetkem a životní úrovní, úrovní péče, nedostatek pohodlí
Stopy po vbodnutí, kousnutí	Nespavost, nedostatek spánku nebo jeho nadměrná potřeba, užívání uklidňujících léků, sedativ	Zanedbané rány, proleženiny	Neobvyklé a pro daného člověka netypické výdaje peněz
Opakovaně chybné podávání léků	Změna chuti k jídlu, neobvyklé změny hmotnosti	Nadměrná zanedbanost, zápach	Náhly převod majetku jiným osobám
Známky omezování (stopy po svázání, prstech)	Ambivalence pocitů lásky i nenávisti, protiřečení si	Podchlazení, přehřátí – hypotermie/hypertermie	Nepřesné, zmatené či žádné povědomí o vlastní finanční situaci
Stopy sexuální týrání	Neochota mluvit otevřeně, vyhýbání se kontaktu s pečovatelem	Snížení pozornost, reakce a orientace – jako příznak užívání nadměrného množství léků, neužívání předepsaných léků či jejich nevhodné užívání	Mizející majetek či osobní předměty (mnohdy vysvětlované jejich ztrátou či nemožností je nalézt)
Změny chování	Úzkostné nebo panické stavy, neklidná aktivita	Neočekávané či nevysvětlitelné zhoršení zdravotního stavu	Podezřelé aktivity okolo kreditní karty, závěti
	Izolace, suicidální myšlenky, nezájem o sebe a okolí	Senior postrádá kompenzační pomůcky – brýle, zubní náhradu, naslouchátko, berle	

Zdroj: (Kopecká, 2015), str. 78-79

8.3 Sociální služby podle typu zařízení

SOCIÁLNÍ SLUŽBY PODLE TYPU - ZA ČR CELKEM V ROCE 2013

	CELKEM		Státní		Krajské		Obecní		Církevní		Ostatní	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita
Centra denních služeb	86	896	0	0	6	168	20	245	27	123	33	360
Denní stacionáře	265	3 120	3	30	41	567	75	972	60	554	86	997
Týdenní stacionáře	65	897	1	91	34	418	9	114	10	85	11	189
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	212	13 423	5	670	158	10 924	27	1 291	12	251	10	287
Domovy pro seniory	491	38 091	0	0	190	17 290	170	15 102	70	2 620	61	3 079
Domovy se zvláštním režimem	228	12 048	0	0	102	6 100	55	3 157	19	453	52	2 338
Chráněné bydlení	161	2 956	3	80	67	1 393	16	436	24	321	51	726
Azylové domy	215	6 661	0	0	6	278	49	1 374	81	2 476	79	2 533
Domy na půl cesty	34	355	0	0	0	0	5	31	8	76	21	248
Zařízení pro krizovou pomoc	46	38	0	0	1	10	3	2	12	0	30	26
Nizkoprahová denní centra	55	0	0	0	0	0	2	0	29	0	24	0
Nizkoprahová zařízení pro děti a mládež	236	0	0	0	2	0	18	0	74	0	142	0
Nocehámy	67	431	0	0	1	0	13	112	28	139	25	180
Terapeutické komunity	16	263	0	0	1	15	0	0	1	15	14	233
Sociální poradny	575	0	1	0	41	0	28	0	83	0	422	0
Sociálně terapeutické dílny	123	709	1	0	15	77	4	73	26	181	77	378
Centra sociálně rehabilitačních služeb	263	1 046	1	18	6	25	1	0	46	174	209	829
Pracoviště rané péče	42	0	1	0	0	0	2	0	13	0	26	0
Intervenční centra	18	0	0	0	6	0	0	0	4	0	8	0
Služby následné péče	42	223	0	0	0	0	2	24	5	18	35	181
ČR celkem	3 240	81 157	16	889	677	37 265	499	22 933	632	7 486	1 416	12 584

Pramen: MPSV

Zdroj: ČSÚ

8.4 Okruh otázek pro rozhovor

život před domovem pro seniory

- předchozího bydliště
 - byt/dům; město/vesnice
 - sám či sama/sdílená domácnost, pokud ano, tak s kým
- zaměstnání před odchodem do důchodu

příchod do domova pro seniory

- důvod příchodu
- délka čekací doby na umístění v domově

adaptace na nové prostředí

- ubytování v pokoji jednolůžkovém/dvoulůžkovém/třílůžkovém
- délka pobytu
- vztahy s ostatními klienty
 - obtížnost při seznamování
 - spolubydlící (ano/ne, jak s nimi vychází)
 - pouze známí nebo i přátelé?

rodinné vztahy uživatelů

- kdo je navštěvuje (pokud vůbec)
- jak často
- zhoršení/zlepšení vztahu s rodinou během pobytu

finanční zajištění péče

- sám či sama/rodina
- pokud sám/sama, jaké prostředky využívá (důchod, příspěvek na péči, jiné)

společenský život v zařízení sociální péče

- jaké aktivity domov poskytuje
- jaké aktivity klient upřednostňuje a z jakého důvodu

personál v domově pro seniory

- specializace personálu (zdravotní a sociální pracovníky, lékaři, fyzioterapeuti, ...)
- jak často se klient setkává s jednotlivým personálem
- vztah personálu ke klientovi
- zájem vedení zařízení o spokojenosti klientů

8.5 Impulsy pro podání žádosti o ubytování v domově pro seniory

pohlaví	úmrť osoby v domácnosti	rodina nezvládá péči o seniora	snížení soběstačnosti	zdravotní problémy	samota
žena	ano	ne	ano	ne	ano
muž	ano	ne	ano	ne	ne
žena	ne	ano	ano	ne	ano
žena	ne	ano	ano	ne	ano
muž	ano	ne	ano	ne	ano
muž	ano	ne	ano	ano	ano
žena	ano	ano	ano	ano	ne
žena	ne	ano	ano	ne	ano
žena	ano	ne	ano	ne	ne
žena	ne	ne	ano	ano	ano
žena	ano	ano	ano	ne	ano
žena	ano	ano	ano	ne	ano
muž	ne	ano	ano	ano	ne
žena	ne	ano	ano	ne	ano
muž	ne	ano	ano	ano	ne
žena	ano	ne	ano	ne	ano
žena	ano	ano	ano	ne	ano
žena	ne	ne	ano	ano	ano
žena	ne	ano	ano	ano	ne
muž	ne	ne	ano	ano	ne
žena	ano	ne	ano	ne	ne

Zdroj: vlastní zpracování

8.6 Podpůrné tabulky pro výpočty statistických hypotéz

a) hypotéza 1

4	7	11
4	6	10
8	13	21

$p_i = 0,34055$

3	8	11
5	5	10
8	13	21

$p_i = 0,2043$

2	9	11
6	4	10
8	13	21

$p_i = 0,05675$

1	10	11
7	3	10
8	13	21

$p_i = 0,00648$

0	11	11
8	2	10
8	13	21

$p_i = 0,00022$

$\Sigma p_i = 0,6083$

b) hypotéza 2

11	2	13
4	4	8
15	6	21

$p_i = 0,100619$

11	2	13
4	4	8
15	6	21

$p_i = 0,01341$

11	2	13
4	4	8
15	6	21

$p_i = 0,0005$

$\Sigma p_i = 0,11452$

c) hypotéza 3

0	4	4
10	7	17
10	11	21

$p_i = 0,05513 \doteq 0,06$

d) hypotéza 4

3	4	7
12	2	14
15	6	21

$p_i = 0,05869$

2	5	7
13	1	14
15	6	21

$p_i = 0,00541$

1	6	7
14	0	14
15	6	21

$p_i = 0,00013$

$\Sigma p_i = 0,0654$

e) *hypotéza 5*

3	5	8
9	4	13
12	9	21

$p_i = 0,136$

2	6	8
10	3	13
12	9	21

$p_i = 0,027$

1	7	8
11	2	13
12	9	21

$p_i = 0,0021$

0	8	8
12	1	13
12	9	21

$p_i = 0,00004$

$\Sigma p_i = 0,16514$

f) *hypotéza 6*

8	8	16
2	3	5
10	11	21

$p_i = 0,3648$

9	7	16
1	4	5
10	11	21

$p_i = 0,1621$

10	6	16
0	5	5
10	11	21

$p_i = 0,0227$

$\Sigma p_i = 0,5296$