

Život v domovech pro seniory

2007

PROBLÉMY TÝRÁNÍ,
ZNEUŽÍVÁNÍ
A ZANEDBÁVÁNÍ
PÉČE V DOMOVECH
PRO SENIORY

Zpráva
z výzkumu

ZADAVATEL: MUDr. Džamila STEHLÍKOVÁ
ministřyně pro lidská práva
a národnostní menšiny

ŘEŠITELÉ: Mgr. Lucie VIDOVIČOVÁ, Ph.D.
Mgr. Jan LORMAN

SPOLUPRACOVALI: MUDr. Džamila Stehlíková
MUDr. Tamara TOŠNEROVÁ
PhDr. Jana TOROVÁ
Bc. Robert PITRÁK
ÚŘAD VLÁDY ČR

1 Úvod

Problematika týrání, špatného zacházení a zanedbávání péče u starších lidí je relativně nový koncept. V USA se první zájem o zneužívání dětí objevil v šedesátých letech 20. století, následován zájmem o partnerské, domácí násilí v raných letech sedmdesátých a konečně se veřejným tématem stalo i násilí na seniorech. U nás tento trend teprve vrcholí. Podobně jako v časování zájmu o tuto problematiku existují mezikulturní rozdíly i ve vnímání násilí a jeho definiční náplně. Neexistuje například jasný konsenzus zda je zanedbávání podtypem zneužívání, nebo zda funkcionální disabilita, narušené zdraví či vztah závislosti jsou koreláty jednoho nebo obojího. Dlouhou dobu bylo špatné zacházení se seniory pokládáno za „domácí záležitost“, problém odehrávající se v rodinách. Hudsonová [2002] shrnuje, že špatné zacházení ale není omezeno jen na domácí násilí. Zahrnuje také špatné zacházení od osob v profesionálních rolích spojených s konceptem důvěry, jako jsou právníci, lékaři, zdravotní sestry a další pečující personál. Dále autorka doporučuje chápat a studovat zanedbávání a zneužívání jako oddělené koncepty a všimnout si záměrných i nezáměrných forem obojího. V teoretických definicích Hudsonová [2002] rozvádí koncept násilí páchaného na starších lidech do několika úrovní. V první úrovni je špatné zacházení se seniory definováno jako destruktivní chování zaměřené vůči staršímu dospělému, které se odehrává v kontextu důvěrného vztahu dostatečné intenzity a frekvence. Působí škodlivé důsledky v oblasti fyzické, psychické, sociální a/nebo finanční; zbytečné utrpení, zranění, bolest, ztrátu nebo porušení lidských práv a horší kvalitu života seniora. Vztah mezi obětí a pachatelem, jak již bylo naznačeno, může být osobní/sociální nebo profesionální. V prvním případě se jedná o osoby spřízněné, partnery, příbuzné, sousedy, nebo jiné „významné druhé“. V případě profesionálního vztahu se předpokládá důvěra a očekávané služby (mimo již jmenovaného sem patří i sociální pracovníci, majitelé nemovitostí, bankéři, pečovatelky apod.). Na druhé úrovni autorka rozlišuje zneužívání/týrání a zanedbávání. Agresivní nebo invazivní chování a jednání nebo vyhrožování takovým jednáním, které má pro seniora škodlivé důsledky je zneužívání/týrání. Zanedbávání je selhání odpovědné osoby/osob při poskytování adekvátní pomoci, která je k dispozici a žádaná, a selhání při zajištění základních fyzických, duševních (psychických), sociálních a finančních potřeb seniora. Za záměrné je takové jednání považováno jestliže je konáno s úmyslem ublížit, ošálit, nutit nebo kontrolovat seniora s cílem vyprodukovat zisk pro útočníka. Tato forma bývá také označována jako aktivní zneužívání/zanedbávání. Opakem je pasivní, nezáměrná forma jednání, která nesleduje výše definované cíle. Na nejpodrobnější úrovni je pak rozlišováno jednání v oblasti fyzického a psychického stavu, sociálních vztahů a financí, případně též v oblasti sexuální. V případě fyzického násilí se jedná o použití síly vůči seniorovi, nebo odmítnutí potřebné a ujednané fyzické pomoci, která ústí v zanedbání. Psychické násilí je obdobným jednáním/chováním, zejména verbálním, případně odkazuje k zanedbání poskytnutí ujednané psychologické a emocionální pomoci a podpory. Pokud se jedná o jednání či chování, které brání tomu, aby byly naplněny základní sociální potřeby seniora hovoříme o sociálním násilí. Krádež nebo zneužití prostředků či majetku seniora nebo selhání dostupných a ujednaných prostředků k zajištění materiálních potřeb – to vše spadá pod špatné zacházení v oblasti finanční.

Zanedbávání pečovatelem má pro seniora negativní důsledky, ale vzhledem k tomu, že se de facto jedná o „nekonání“ je zanedbávání méně zjevné a více amorfní než abusus. K jeho odhalení obvykle dochází až v důsledku kumulace viditelných následků. Zanedbávání může mít různou intenzitu – od nedostatečných sociálních podnětů po totální opuštění nesoběstačného seniora. Tato forma špatného zacházení je podstatně častější než samotné (např. fyzické) týrání, přesto jí byla dosud věnována jen velmi omezená empirická pozornost. Hudsonová [2002] tvrdí, že zatímco jak zdraví, tak křehcí senioři v různém věku mohou být oběťmi týrání, riziko zanedbávání je vyšší v případě seniorů křehkých, velmi starých (80+)

a odkázaných na cizí pomoc v uspokojování základních potřeb. Hudsonovou citované výzkumy uskutečněné v USA mezi seniory žijícími v domácím prostředí hovoří o třech procentech seniorů, kteří se stali oběťmi fyzického a psychického zneužívání ze strany pečovatele. Jiná studie osob strašících 65 let uvádí, že 7,5 procenta osob bylo zneužíváno fyzicky, psychicky, sociálně nebo finančně.

My jsme se v našem výzkumu zaměřili na různé indikátory týrání i zanedbávání ve všech čtyřech zmiňovaných oblastech ve specifické populaci institucionalizovaných seniorů, žijících v domovech pro seniory. Dle posledních dostupných dat žilo v různých typech domovů pro seniory o něco více než 50 tisíc obyvatel (zdroj: MPSV, k 31. 12. 2006). To představuje 3,4 % celé populace starší 65 let a pouhého půl procenta populace České republiky. Počet těchto zařízení každým rokem roste, stejně jako počet neuspokojených žádostí seniorů o umístění. To potvrzuje tradiční, kulturně zakotvený trend, že o naše stáří by se měl postarat stát či nějaká instituce. Vzhledem k postupnému stárnutí populace a zvyšování podílu nejstarších seniorů na seniorské složce populace se tyto tendence mohou do budoucna stupňovat. Nejen že by pak vyvstaly otázky dlouhodobé udržitelnosti takového systému, ale především by bylo nutné se zamyslet nad kvalitou života v takových institucích a definovat jeho alternativy. Tato studie si kladla za cíl ukázat na některé problematické okruhy života v domovech pro seniory a na základě výsledků některé z možných alternativ nabídnout.

V následujícím oddíle se věnujeme technickému popisu sběru dat a charakteristice našeho vzorku respondentů. Následují kapitoly, ve kterých jsou tematizovány projevy sociálního, psychického, finančního a konečně i fyzického zanedbávání, zneužívání a týrání. V závěru, po krátké metodologické diskusi, navrhuje několik bodů k diskusi věcné, která by měla – jak doufáme – inspirovat některé substantivní změny v domovech pro seniory a zkvalitnění jejich služeb.

2 Metodologie

V této zprávě představujeme výsledky pilotního projektu, který si kladl za cíl pokusit se o první vhled do metodologicky velmi složitěho tématu špatného zacházení se seniory, a to ve specifické, institucionalizované populaci.

Základním souborem pro výběr byl adresář zařízení pro seniory (dále jen DpS¹) dodaný ministryní pro lidská práva. Z tohoto adresáře provedli sociální pracovníci ŽIVOTA 90 první výběr podle zadaných kritérií (kraj, obec, zřizovatel). Bylo vybráno celkem 49 zařízení. Z těchto 49 zařízení metodou náhodného losu vylosovala ministryně Stehlíková 26 zařízení, které byly osloveny s žádostí o spolupráci na výzkumu. Z 26 oslovených zařízení: 23 zařízení na žádost ministryně reagovalo, tři na výzvu nereagovala. Jedno zařízení výslovně nesouhlasilo bez udání důvodu, jedno zařízení nesouhlasilo z důvodu personálně/časového, tři zařízení změnila statut z DD na chráněné byty (po účinnosti 108/2006 Sb.), nebo tam byl obdobný důvod, a konečně 18 zařízení přímo souhlasilo s výzkumem a v 16 z nich byl výzkum uskutečněn. Výzkum probíhal od 21. 11. 2007 do 11. 1. 2008. Dotazníky byly administrovány „face to face“ šesti tazatelkami metodou nahodilého výběru uvnitř vybraného zařízení. Vzhledem k povaze výzkumu a výběru si výsledky nekladou žádný nárok na reprezentativitu. V důsledku použitých metod nelze proto vynášet ani soudy o statistických korelacích, asociacích a významnosti vztahu dvou proměnných. O sledovaných vztazích mluvíme pouze na základě percentuelních podílů. Vzhledem k pilotními charakteru studie byly ze sociodemografických ukazatelů sledovány pouze věk, pohlaví a vzdělání. Upozornujeme, že věk nebyl výběrovou charakteristikou.

¹ Pro zjednodušení označujeme všechna zařízení jako domovy pro seniory (zkratkou DpS).

Žádné z výsledků nejsou prezentovány v třídění podle konkrétních zařízení. Šetření nebylo konáno za účelem kontroly kvality péče v daném zařízení, ale s cílem pokusit se popsat fenomén zneužívání a zanedbávání v kvantitativní pojmech. Jelikož se jedná o jev s obecně nízkou prevalencí, a my jsme pracovali s nahodilým výběrem respondentů, ani „nulový“ výsledek v určitém zařízení by nevypovídal o absolutní nepřítomnosti sledovaných jevů. Pro sociologickou analýzu proto byla zařízení, stejně jako respondenti, anonymizována.

Hovoříme-li v textu o respondentech, máme na mysli jak respondenty muže, tak respondentky ženy.

2.1 Charakteristika souboru

Celkem bylo ve výzkumu realizováno 518 rozhovorů s respondenty ve věku 49 až 103 let (průměr 80,8 let věku). Ženy tvořily 74 % souboru a jejich průměrný věk byl 82,1 roku. Průměrný věk mužů-respondentů byl 77,2 let; tvořili 26 % souboru.

Tabulka 1. Věkové rozložení souboru

věk respondentů	N	%
49 – 59	16	3
60 – 69	46	9
70 – 79	124	24
80 – 89	270	52
90 – 103	61	12

Nadpoloviční většina respondentů (58,6 %) měla střední vzdělání, necelých 35 % základní a pouze 7 % má vzdělání vysokoškolské. Dvacet dva procent respondentů bylo celoživotně bezdětných (32 % mužů a 19 % žen). Naprostá většina respondentů (88 %) nemá partnera/partnerku, tři procenta partnera má, ale nebydlí s ním, zbývajících devět procent má partnera přímo ve stejném DpS.

Tabulka 2. Podíl respondentů, kteří mají v současné době stálého partnera (sloupcová %)

	muži	ženy
ano, bydlí v tomto domově	17,0	6,1
ano, ale nebydlí v domově	8,9	1,1
ne, nemám	74,1	92,9
Celkem	100	100

Zdravotní stav jsme měřili skrze zástupnou proměnou, kterou označujeme jako subjektivní pohyblivost, aneb do jaké vzdálenosti je respondent bez větších problémů schopen dojet sám nebo s malou pomocí. V našem souboru je 20 % respondentů schopno vyjít ven i na delší trasy, 40 % chodí ven, ale ne na dlouhé trasy, jen v okolí domova; 24 % respondentů je schopno chodit volně po domově (např. do jídelny a společenských prostor); 5 % je již omezeno pouze na pohyb po pokoji, dojde nejdále na toaletu či do koupelny; a zbývajících 11 % uvedlo, že jsou ležící, kteří již nikam nechodí.

3 Život v DpS

Podle roku, kdy se respondent do zařízení nastěhoval můžeme říci, že průměrná doba, po kterou naši respondenti žijí ve sledovaných zařízeních, činí čtyři a půl roku. U mužů je to o půl roku více, u žen pouze 4,4 roky. Existuje určitá souvislost i podle věku respondenta – čím vyšší věk, tím kratší průměrná délka pobytu (respondenti 49 – 59 let 4,9 let; resp. 90+ 4,1 let).² Delší dobu pobytu uvádí lidé, jejichž partner nebydlí v domově, nebo jsou bez partnera, a také osoby se základním vzděláním (4,8 let vs. vysokoškoláci 3,7 let).

Průměrný věk, ve kterém se respondenti do DpS nastěhovali je 76 let, a je opět vyšší pro ženy (77,3) než pro muže (72,1) a vyšší pro vysokoškoláky (77,4) než pro osoby se základním vzděláním (75 let).

To, že muži a lidé s nižším vzděláním se do DpS dostávají dříve a tudíž v okamžiku dotazování v něm trávili delší dobu by potvrdovalo hypotézu násobných rizik. Ta říká, že dopady ageismu, jehož je špatné zacházení extrémním projevem, jsou násobené marginalizovaným sociálním statutem nebo genderem [pojmy viz např. Vidovičová 2005, 2008].

Téměř polovina respondentů žije v jednolůžkových pokojích, 40 % v pokojích dvojlůžkových. Relativně běžné jsou ještě i pokoje třílůžkové (12 %), ve čtyř a více lůžkových pokojích žilo sedmáct našich respondentů – tedy o něco více než tři procenta (Tabulka 3).

Tabulka 3. Počet obyvatel na jednom pokoji, včetně respondenta

pokoje	N	%
jednolůžkový	241	46,7
dvojlůžkový	198	38,4
třílůžkový	60	11,6
čtyřlůžkový	11	2,1
pětilůžkový	2	0,4
šestilůžkový	4	0,8
Celkem	516	100

Počet spolubydlících se zdá být ovlivňován i vzděláním respondenta – čím vyšší vzdělání, tím vyšší pravděpodobnost jednolůžkového pokoje, a naopak čím nižší vzdělání tím větší pravděpodobnost nutného soužití s dalšími lidmi na pokoji. Nebo, jinak vyjádřeno, lidé se ZŠ mají 1,8 spolubydlícího, vyučení a SŠ 1,7 spolubydlícího a lidé s VŠ již „jen“ 1,4 spolubydlících.

² Tyto průměrné hodnoty jsou počítány z proměnné, která byla očištěna od extrémních hodnot. V našem souboru se vyskytlo pět respondentů, kteří se do DpS nastěhovali (podle svých slov) v letech 1950, 1973, 1974, 1977 a 1984 a byly v té době mladší 30 let. Jelikož se jedná o výjimečné případy, nebyly zahrnuty do těchto analýz.

Tabulka 4. Počet obyvatel na pokojích dle vzdělání respondenta (sloupcová %)

	ZŠ	vyuč. + SŠ	VŠ
jednolůžkový	42,9	46,8	62,9
dvojlůžkový	42,4	36,9	31,4
třílůžkový	11,3	12,6	5,7
čtyřlůžkový a větší	3,4	3,7	-

Data také naznačují, že více pohybliví klienti jsou častěji na menších pokojích, než klienti s omezením hybnosti, ale souvislost je relativně nízká (osoby s plnou hybností mají průměrně 1,6 spolubydlícího; osoby ležící 2,1).

Příspěvek na péči dle svého vyjádření pobírá 43 % respondentů, 36 % jej nepobírá, 10 % si není jisto a 11 % neví, o co se jedná. Tento příspěvek pobírá 23 % osob s plnou hybností, ale již 69 % osob nechodících, mezi nimi je také více těch, co si pobíráním příspěvku nejsou jisti. Informovanost o čerpání nároku také roste se vzděláním respondenta. Častěji jej pobírají lidé s vysokoškolským vzděláním (57 % vs. 39 % ZŠ).

3.1 Subjektivní důvody pobytu v DpS

Sedmdesát jedna procent uvádí, že je v DpS z vlastní iniciativy, zbývajících – a nutno dodat překvapivě vysokých – 29 % z iniciativy rodiny či blízkých. Zde ovšem musíme být s interpretací velmi opatrní. I když by se nabízela pesimistická varianta, že tito senioři byli k pobytu nějak nuceni či směřováni svým okolím, může se jednat i o zcela neutrální vyjádření, že při nástupu do zařízení hrála nějaká další osoba zprostředkovatelskou úlohu. Jak upozorňují někteří autoři, je to často střední generace, která je pro seniory zdrojem informací a pomáhá jim ve výběru sociálních služeb [viz např. Kubalčíková 2007, Sýkorová 2007].

Tabulka 5. Hlavní důvody, z kterých respondent žije v DpS

	%
ze zdravotních důvodů, potřebuji celodenní péči	46,3
nemám nikoho, kdo by se o mne mohl jinde postarat	15,5
cítil/a jsem se doma osamělá/osamělý	9,8
už jsem na to měl/a věk	7,1
je to pro mne pohodlné a rodina má klid	4,6
z finančních důvodů	2,8
rodina („mladí“) potřebovali někde bydlet, uvolnil/a jsem jim místo pro život	1,5
jiné důvody	12,4

Pozn.: Respondent mohl udat až dva důvody, jejich priorita se nesledovala.

Jak vyplývá z předchozí tabulky 5, naši respondenti se do DpS nastěhovali nejčastěji z důvodu potřeby intenzivní péče, kterou nemůže zajišťovat rodina, což splňuje účel existence takových zařízení. Přesto se v relativně vysokých podílech objevují i důvody méně legitimní – jako

např. věk.³ Mezi jinými důvody byly uváděny různé rodinné situace jako úmrtí osoby, které respondent poskytoval péči; bariérovost původního bydliště (schody bez výtahu, absence infrastruktury), doprovázení či přidružení se k partnerovi/partnerce. Vyskytly se i případy, kde byl jako důvod uveden strach (z prostředí, z kriminality, apod.) a také případy domácího násilí a ztráty bydlení v důsledku podvodu. Respondenti nezářídka explicitně jako jiný důvod uváděli, že „nechtěli být na obtíž“.

3.2 Vztahy a návaznost na původní bydliště

Zhruba polovina respondentů do DpS přišla z vlastní jednočlenné domácnosti – častěji to byly ženy, necelá čtvrtina žila těsně před příchodem do DpS s partnerem/partnerkou – to byly častěji muži. Muži také třikrát častěji než ženy těsně před přestěhováním se do DpS trávili čas u svých dětí (Tabulka 6). Mezi variantami „jinde“ se objevilo bezdomovectví a různé typy ubytoven. V tabulce 7 je pak uvedeno, kdo byl majitelem předchozího bydlení v případě, že respondent žil sám nebo s partnerem.

Tabulka 6. Kde respondent žil před nastěhováním do DpS (v %)

	celkem	muži	ženy
sám/a v bytě/domě	52,5	39,3	57,4
s partnerem/kou nebo manželem/kou	23,5	37,0	18,5
u svých dětí	7,6	3,0	9,3
u jiných příbuzných či známých	4,1	5,9	3,4
v nemocnici, léčebně	6,8	8,1	6,3
v jiném zařízení pro seniory	3,9	2,2	4,5
jinde	1,6	4,4	0,5
Celkem	100	100	100

Tabulka 7. Majitel předchozího bydlení seniora (v %)

město/obec nebo zaměstnavatel	45,9
respondent („já“)	43,0
můj manžel/manželka	8,8
jiní členové rodiny (dětí, příbuzní)	2,1
druh/družka	0,3
Celkem	100

Pozn. Odpovídali pouze ti, kdo žili ve svém domě sami nebo s partnerem/manželem.

V případě, že respondent objekt svého předchozího bydliště vlastnil zajímalo nás, jak s touto nemovitostí naložil před odchodem do DpS. Výsledky v tabulce 8 naznačují, že nadpoloviční většina tento majetek převedla ve prospěch svých nejbližších příbuzných

³ Samotný věk hodnotíme jako neadekvátní důvod pro „potřebu“ sociální služby, přestože pro sociální služby je jednou z definičních podmínek jejich poskytování.

Tabulka 8. Jak naložil/a s nemovitostí, kterou vlastnil/la před odchodem do DpS

	N	%
užívá ji nebo pronajímá	12	6,1
převědl/a na děti či příbuzné	115	58,4
v domě žijí děti/příbuzní, ale stále je majitelem/kou	22	11,2
prodal/a nemovitost	47	23,9
poskytl/a nemovitost DpS	1	0,5
Celkem	197	100

Pozn. Bez „nevím“ (n = 11).

Více než polovina respondentů, přesněji 58 %, mělo své původní bydliště ve stejném místě jako se nachází DpS, a dalších 29 % bydlelo blízko od zařízení – ne více než 30 km nebo hodinu jízdy, což je velmi podstatné z hlediska zachování sociálních, primárních i komunitních vazeb. Dalších 10 % respondentů se do DpS nemuselo stěhovat déle než hodinu a půl, jejich bydliště nebylo dále než 100 km. Zbývající tři procenta respondentů jsou již od svého bydliště poměrně daleko, z toho jedno procento dokonce více než 200 km.

Tabulka 9. Aktivní a pasivní návštěvy (v %)

	Chodí na návštěvy ven			Přijímá návštěvy v DpS		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
ano	31,8	36,8	30,0	85,5	83,1	86,3
ne	68,2	63,2	70,0	14,5	16,9	13,7

Téměř třetina respondentů (32 %) **navštěvuje** své přátele a příbuzné ve svém bývalém bydlišti. O něco častěji ven vychází muži, ženy naopak častěji přijímají návštěvy v DpS. Ovšem jak pro muže, tak pro ženy platí, že čím nižší věk, tím častější aktivní návštěvy mimo DpS a naopak, čím vyšší věk, tím častěji návštěvy „pasivně“ přijímané. Předpokládali jsme, že na návštěvní režim bude mít vliv vzdálenost původního bydliště od daného DpS. Tato hypotéza se nám ovšem nepotvrdila. Svůj nezanedbatelný vliv na aktivitu návštěv ale měl zdravotní stav, který jsme měřili skrze zástupnou proměnnou dotazující se na schopnost pohybu. Zde dle očekávání platí, že čím horší subjektivní hybnost, tím nižší podíl aktivních návštěv. Na druhou stranu ale na „pasivní“ návštěvy zdravotní stav dle našich zjištění vliv nemá. Pravděpodobnost návštěv v domově také zvyšuje přítomnost (spolubydlícího) partnera v domově, a naopak absence partnera zvyšuje riziko absence návštěv. Celkem povzbudivé je to, že ze všech respondentů, kteří převědli svoji nemovitost na své děti a příbuzné, návštěvy z bývalého domova přijímá 94 %. Ze všech sledovaných skupin v tomto kontextu nejméně návštěv přijímají osoby, které svoji nemovitost prodali, čímž se pravděpodobně zbavili většiny sociálních vazeb v původní komunitě. I když nelze vyloučit ani opačnou kauzalitu, že svoji nemovitost prodali, a do DpS se nastěhovali až v důsledku ztráty sociálních vazeb v bydlišti.

Pokud zcela pomineme 18 % respondentů, kteří uvedli, že ven nechodí a tudíž neznají pravidla domova pro „vycházky“, naprostá většina osob (86 %) může **kdykoliv odejít** na návštěvu či na výlet pouze s uvědoměním personálu. Deset procent dokonce DpS volně opouští bez vědomí personálu. Pouze tři osoby uvedly, že pokud chtějí jít ven, musí se nejdříve dovolit a někdy jim to není umožněno. Vzhledem k takto nízké frekvenci lze ovšem uvažovat o vlivu subjektivní

definice situace, spíše než o „problematickém režimu“ některého z domovů nebo vlivu někoho z personálu.

O vztazích s personálem a o spokojenosti seniora nám může leccos napovědět analýza preferovaného a skutečného způsobu **oslovování** klientů v domově jejich zaměstnanci, například ošetřujícími sestrami.

Tabulka 10. Obvyklé a preferované oslovení seniora personálem DpS

	obvyklé oslovení	preferované oslovení
titulem (např. pane inženýre, paní doktorko)	1,4	1,5
oslovením „Pane, paní“ a vaším příjmením (např. paní Nováková/pane Novák)	87,5	82,6
oslovením „Pane, paní“ a vaším křestním jménem (např. pane Jaroslave)	4,1	4,1
pouze křestním jménem (např. Jaroslave)	3,5	5,8
zdrobnělinou vašeho jména (např. Jaroušku)	2,1	2,5
nějak obecně jako např. babi, dědo	1,4	1,2
jinak :	0,4	2,3

Nejčastěji je používáno korektní oslovení „paní“ a příjmením, což je také forma nejčastěji preferovaná. Titulem jsou oslovováni pouze senioři s vysokoškolským vzděláním, ale ne všichni vysokoškoláci mají toto „privilegium“. Ženy jsou o něco častěji než muži oslovovány oslovením „paní“ a křestním jménem nebo zdrobnělinou jména. Muži jsou naopak častěji než ženy titulováni pouze křestním jménem. Podstatné je, že přání a realita jsou téměř bez výjimek identické. Do jaké míry se jedná o skutečnou spokojenost s formou oslovení a zda-li se nejedná pouze o racionalizaci reálného stavu, nejsme schopni pouze na základě našich dat rozhodnout. Asi největší „nespokojenost“ projevovali ti, co jsou oslovováni příjmením a chtěli by, aby je personál oslovoval pouze křestním jménem. V možnosti preferovaného oslovení „jinak“ byl nejčastěji zaznamenán názor „je mi to jedno“ a dále několik familiérních zdrobnělin. Jako preferované oslovení se v jednom případě objevil i titul „soudruh“. Přání být titulován „tak nějak obecně“ měli spíše starší respondenti nad 85 let.

V naší kultuře patří k sociálním vztahům též dary jako projevy vděčnosti. V kontextu vztahu pečovaného – a potenciálně závislého – a pečujícího, tj. osoby v pozici autority a moci, se však mohou takové projevy dostávat do nového kontextu. Naším respondentům jsme proto položili otázku následujícího znění: „Když máte někdy pocit, že byste se chtěl/a nebo potřebovala zavděčit někomu z personálu, jak to nejčastěji uděláte?“ Nejvíce – téměř 67 % dotázaných svoji vděčnost projevuje především verbálně – tedy dobrým slovem, úsměvem, poděkováním či pochvalou. Ženy tento způsob volí dokonce v 70 %, muži pouze v 58 %. Druhým nejfrekventovanějším způsobem jsou drobné dary, které dává téměř 21 % respondentů. Jedná se o dary typu káva, čokoláda, ale i posílání dál přijatých „nehodných“ darů (např. „ovoce co nesním“, „cukroví od neteře“ apod.). Tyto dva způsoby se ale často vyskytují v kombinaci, což bylo mnoha respondenty dodatečně zdůrazněno (např. „poděkování za běžné, káva za mimořádné“). Menším finančním obnosem se snaží zavděčit jen 1 % souboru, což představuje pět respondentů. Zvláštní je snad pouze to, že se jedná o respondenty s velmi vysokým průměrným věkem 87,2 let. Jako další způsoby se objevily i „proti-slужby“ jako např. masáž, hrabání listí a úklid odpadků. Dvanáct procent celého

souboru se vyjádřilo, že žádné způsoby jak se zavděčit personálu nehledá. O sedm procentních bodů bylo toto vyjádření častější u mužů.

3.3 Ochrana soukromí a možná rizika jeho narušení

Soukromí při návštěvách

Se svojí návštěvou má 85 % respondentů možnost se setkat vždy v potřebném soukromí, 13 % někdy má na setkání soukromí, ale ne vždy a 2 % tvrdí, že se svojí návštěvou nemá soukromí nikdy. Tato proměnná je ovlivněna počtem spolubydlících na pokoji, logicky čím je jich více, tím méně soukromí má respondent pro setkání s návštěvou. A jelikož je počet spolubydlících svázán se vzděláním a hybností dotázaného – mají větší soukromí i lidé vzdělanější a lidé více pohyblivější, kteří si své soukromí také snadněji aktivně najdou.

Klepání na dveře

Tyto výsledky podporuje i zjištění, že pouze necelá dvě procenta dotázaných si postěžovala, že personál domova nikdy nezaklepe předtím, než vstoupí do jejich pokoje. Dle našich respondentů ve sledovaných domovech klepe personál v 79 % případů vždy, v 16 % případů někdy ano, někdy ne, a 3 % respondentů přiznává, že si není jistá, protože dobře neslyší. Jedná se o respondenty s výrazně vyšším průměrným věkem (87,9 let vs. 75,8 let u respondentů, kteří říkají, že u nich personál nikdy neklepe a kolem 80 let v ostatních kategoriích). Určitou souvislost sledujeme i ve vztahu „ne-klepání“ a větší velikosti pokoje a výraznějšího omezení v pohybu (což jsou taktéž spojené proměnné). Personál klepe na dveře u 85 % zcela zdatných, ale jen u 66 % ležících.

Možnost chránit svůj majetek

Možnost uzavřít a uzamknout své věci svým klíčem ve stolku či skříni má 89 % obyvatel DsP a 3 % si své cennosti ukládá u sester. Přesto téměř 8 % žádnou z těchto možností nemá. To lze, vzhledem k tomu, že část klientů se do DpS stěhuje z důvodů různorodých obav o své bezpečí, hodnotit jako relativně vysoký podíl. Třináct procent respondentů z celého souboru má zkušenost, že jim někdo vzal nějaké věci bez jejich svolení, z toho dvěma procentům se taková věc stává často, zbývajícím jedenácti jen výjimečně. O něco častěji mají tuto nepříjemnou zkušenost muži (4 % vs. 2 % žen), lidé s vysokoškolským vzděláním a lidé, kteří mají pocit, že nemohou ve svém každodenním životě nic ovlivnit.

Hygiena

Denní hygiena je jedním z indikátorů jakéhosi pohodlí a zároveň je oblastí nejvyšší intimity. Potřeba hygieny patří mezi základní biologické a fyziologické potřeby a zejména ve stáří patří, či měla by patřit, k těm neakcentovanějším [Nešporová, Svobodová, Vidovičová 2008]. My jsme se dotazovali, zda má respondent možnost provádět svoji hygienu tak často a v takovou dobu, kdy sám potřebuje, anebo se musí v těchto ohledech přizpůsobit režimu domova a provádět hygienu jen tehdy, když to personál umožní. Šedesát tři procenta respondentů má možnost provádět svoji intimní hygienu zcela podle vlastních potřeb, kdežto zbývajících 37 % vnímá, že se musí podvolovat režimu domova. Jak je patrné z následující tabulky 11, je tato druhá zmíněná varianta devětkrát častější v případě respondentů s omezenou pohyblivostí.

Tabulka 11. Možnost intimní hygieny dle hybnosti respondenta

	ven i na delší trasy	ven, ale jen v okolí DpS	do jídelny a spol. prostor (po domově)	pouze na WC a do koupelny	nechodím, ležící
podle vlastní potřeby	90,4	75,6	46,8	42,9	13,2
podle režimu DpS	9,6	24,4	53,2	57,1	86,8
Celkem	100	100	100	100	100

Naprostá většina dotazovaných obyvatel DpS má ovšem možnost provádět hygienu, tj. sprchování, koupání nebo mytí, v soukromí, tedy bez přítomnosti dalších osob, samozřejmě kromě těch, které respondentovi s tímto úkonem bezprostředně pomáhají. O toto nezbytné soukromí je ale stále ještě připraveno 8 % dotázaných (N = 42). Dle očekávání se častěji jedná o osoby žijící ve tří a více lůžkových pokojích a osoby, které se co do frekvence a času mytí musí přizpůsobovat režimu domova.

Tabulka 12. Možnost hygieny v soukromí dle omezení hybnosti respondenta

	chodí ven i na delší trasy	chodí ven, ale jen v okolí DpS	do jídelny a spol. prostor (po domově)	dojde pouze na WC a do koupelny	nechodí, ležící
ano	92,3	93,2	91,2	89,3	88,9
ne	7,7	6,8	8,8	10,7	11,1
Celkem	100	100	100	100	100

Dále jsme se zajímali, v případě, že se respondent musí přizpůsobit režimu domova, jaký tento režim je. Ve 15 % případů se jedná o frekvenci jednou denně, v 10 % případů o frekvenci asi dvakrát do týdne, ale nejčastější (75 %) je frekvence poskytované hygieny jednou za týden. Část dotázaných spontánně uvedla, že „kdykoliv“.

3.4 Jídlo

Jídlo je další ze základních lidských potřeb [Maslow 1943] a jeden z klíčových prvků kvality života. V seniorské populaci hraje jídlo důležitou úlohu hned z několika důvodů: 1) nutriční potřeby se s narůstajícím věkem mohou měnit, stejně jako 2) může být změněna schopnost potravu přijímat. Významným faktorem je ale i fakt, že v institucionálním prostředí 3) je omezena možnost výběru stravy a 4) neexistuje možnost kontroly její kvality, kvantity a frekvence jejího podávání. Proto jsme se v našem výzkumu detailněji zaměřili i na tuto oblast.

Tabulka 13. Spokojenost s porcemi podávaného jídla (v %)

	celkem	muž	žena
uvítal/a bych větší porce, někdy mi nestačí	2,1	1,5	2,4
porce odpovídají mé potřebě	77,4	86,7	74,1
porce jsou až zbytečně velké, plýtvá se	20,4	11,9	23,5
Celkem	100	100	100

Podle našich výsledků je opět většina lidí s denními porcemi, které v DpS dostávají, spokojena. Jestliže jsou muži o něco více spokojeni než ženy, je to na úkor přesvědčení žen, že se jídlem spíše plýtvá. Příliš velké porce se také častěji zdají starším respondentům, kteří ale také méně často dostávají své oblíbené jídlo. Při pohledu na celý soubor, dostává své oblíbené jídlo asi tak jednou týdně 46 % obyvatel domovů, 31 % asi tak jednou měsíčně, jen málo kdy 18 % a asi nikdy zbývajících 5 % dotázaných. Snad jen pro zajímavost dodejme, že subjektivně dostávají své oblíbené jídlo častěji ti, kteří uvedli, že jsou v domově z vlastní iniciativy, než ti, co jsou v domově z iniciativy rodiny či blízkých. Částečně to potvrzuje i fakt, že méně své oblíbené jídlo mají možnost ochutnat i lidé, kteří mají pocit, že o svých věcech nemohou rozhodovat.

Tabulka 14. Nejoblíbenější jídla (v %)

masitá jídla (řízec, sekaná, guláš...)	19,5
„jím všechno, nevybírám si, je mi to jedno“	18,1
bramborová jídla (kaše, bramboráky, salát, šišky...)	14,7
omáčky (rajská, svíčková)	10,4
sladká jídla (knedlíky, buchty, žemlovka...)	10,0
knedlo-vepřo-zelo	7,8
kuře, kachna, husa	6,0
knedlíky, těstoviny, rýže	5,8
zelenina, ovoce, saláty	3,6
polévky (bramborová, kulajda...)	2,8
ryby	0,6
„skromné, obyčejné jídlo“	0,6

Mezi nejoblíbenější jídla patří jídla s masem a jídla z brambor. Velmi častá byla ale i varianta „jím všechno, nemám žádné nejoblíbenější“, kterou respondenti spontánně uvedli v osmnácti procentech případů.⁴ Při pohledu na „jidelníček“ v tabulce 14 vidíme, že se nejedná o žádné zvláštní a na přípravu náročné speciality, ale spíše o tradiční českou kuchyni, jak ji známe z našich domácností.

4 Finanční výpomoc rodině

Finanční zneužívání je považováno za jeden z nejfrekventovanějších typů zneužívání seniorů. Někdo dokonce hovoří o „folklóru“, když mladší příbuzní chodí do DpS „na návštěvu“ pouze v období výplaty důchodu. Zajímali jsme se proto, nakolik je tato situace z pohledu samotných seniorů prevalentní. Vzhledem k etické obtížnosti a předpokládané ostýchavosti respondentů se

⁴ Pro zajímavost přidáváme oblíbená jídla (a další doplňkové odpovědi) v detailnějším rozdělení (v závorkách vždy počet respondentů, kteří danou variantu uvedli): maso, řízec, sekaná, karbanátek (párek, uzené) (83); omáčky (rajská, svíčková) (52); „všechno“ (51); knedlo-vepřo-zelo (39); „nevybírám si, jím všechno, je mi to jedno“ (29); kuře (24); brambory (19); sladké kaše (krupicová) (17); bramborová kaše (17); zelenina (saláty) (16); sladká jídla (žemlovka, buchtičky, nudle s mákem, palačinky) (16); bramborák, bramborové placky (15); šklubánky, bramborové šišky (14); polévky (bramborová, kulajda, zelná) (14); buchty, štrůdl (13); „jiné“ (13); knedlíky (12); guláš, džuveč (10); „nemám nejoblíbenější“ (10); těstoviny, špagety, nudle (9); bramborový salát (8); kachna, husa (6); ovocné knedlíky (4); halušky (4); španělský ptáček (4); rýže (rizoto) (4); ryby (3); „skromné, obyčejné jídlo“ (3); „vařím si sám“ (3); „nevím, nepamatuji si“ (2); ovoce (1); houby (1).

k tomuto tématu vyjadřovat, jsme použili následující formulaci otázky: „Někdy se stává, že rodina a blízcí potřebují finanční výpomoc. Jak často Vy sama/sám své rodině finančně vypomáháte?“ Výsledky shrnuje tabulka 15.

Tabulka 15. Frekvence finanční výpomoci rodině (v %)

často, několikrát do měsíce	0,3
každý měsíc, vždy z důchodu	1,6
jen občas, když něco potřebuji	4,7
jen velmi zřídka, když je nějaká krize	2,9
nikdy, rodina zatím ode mne žádné peníze nepotřebovala	87,2
nevzpomínám si	3,4

Oněch deseti procent respondentů, kteří pokračují v „rodičovském“ směru finanční podpory dospělým dětem jsme se dále zeptali, jaké pocity prožívají, když rodině takto přispívají. Dalo se sice očekávat, že velký podíl dotazovaných potenciálně postižených finančním zneužíváním bude své jednání racionalizovat, přesto jsme doufali, že se nám podaří vyfiltrovat alespoň příbližný podíl osob, které nejsou s touto situací spokojeny. Z metodologického hlediska mohlo již samotné nabídnutí variant v dotazníku tuto možnost otevřít.

Tabulka 16. Pocity seniorů provázející finanční dary rodině

	N	%
vždy mně potěší, když mohu dát	21	35
nevím	21	35
rád/a přispívám, já už nic nepotřebuji	10	17
je to povinnost pomáhat	4	7
někdy mne to zlobí, ale potřebuji, tak vyhovím	3	5
je mi to jedno	1	2
Celkem	60	100

Pozn.: Odpovídali pouze ti, kteří rodině přispívají.

Celkem třicet pět procent respondentů, kteří nějak finančně přispívají rodině říká, že je vždy potěší, když mohou dávat. Zarážející je ale nestandardně vysoký podíl osob, které nedokázaly své pocity v této otázce vyjádřit, jedná se taktéž o 35 % souboru. Vyloučíme-li možnou metodologickou chybu, nezbude nám než zvážit, zda se za touto únikovou odpovědí neskrývá ostych vyjádřit svoji nevoli vůči postupům svých blízkých. Naše data nám bohužel nedovolují tuto spekulaci potvrdit, ale ani odmítnout. Pokud se zaměříme na „pocity“ provázející finanční výpomoc rodině v rozložení podle frekvence či intenzity jejího poskytování- jak to dělá tabulka 17 níže - uvidíme sledované vzorce v poněkud jasnějším světle.

Tabulka 17. Pocity seniorů provázející finanční dary dle jejich frekvence

	někdy mne to zlobí, ale potřebuji, tak vyhovím	je to povinnost pomáhat	rád/a přispívám, já už nic nepotřebuji	vždy mně potěší, když mohu dát	je mi to jedno	nevím	Celkem
často, několikrát do měsíce	33						3
každý měsíc, vždy z důchodu	33	25		14	100	100	18
jen občas, když něco potřebuji	33		70	57			50
velmi zřídka, jen v krizi		75	30	29			30
Celkem	100	100	100	100	100	100	100

Skutečně „rádi“ a s pocitem „povinnosti“ dávají senioři, od nichž je pomoc vyžadována jen v případě finanční tísně. V případech, kdy chodí rodina v důchodových výplatních termínech či dokonce častěji v průběhu měsíce se respondenti netají s negativním hodnocením takového počínání. „Racionalizační“ odůvodnění jsou sice také přítomna, ale jen v menší míře.

5 Špatné zacházení – multidimenzionální fenomén

Nyní naši pozornost zaměříme na explicitní ukazatele zneužívání a špatného zacházení. Jako první jsme se soustředili na subjektivní pocit ohrožení či obav a ptali jsme se, zda respondent má důvod se obávat někoho z rodiny, někoho z personálu nebo někoho ze spolubydlících.⁵

Tabulka 18. Respondentův pocit ohrožení různými skupinami

	ano	ne	nevím/netýká se*)
(někoho z) rodiny	0,8 (n =4)	93,3	5,9
personálu domova	1,4 (n=7)	95,7	2,9
ostatních obyvatel domova	5,7 (n=29)	89,5	4,9

Pozn.: *) V případě rodiny třetí možnost odpovědi vyjadřovala formu „netýká se, respondent nemá rodinu“; v případě personálu a spoluobyvatel se jednalo o variantu „nevím“.

Ve všech třech případech hovoří o svých obavách častěji ženy, než muži. Musíme přiznat, že tak velkou převahu obav z ohrožení ze strany ostatních spolubydlících jsme neočekávali – jsou téměř šestkrát častější než případné obavy z rodinných příslušníků. Při podrobnějším zkoumání lze ovšem tuto situaci poměrně spolehlivě interpretovat faktem, že někteří respondenti zvolili pobyt v DpS právě v reakci na neutěšené poměry v domácím prostředí a jsou tedy před nimi

⁵ Otázky byly kladeny následovně: „Vztahy v rodinách bývají různé, stejně jako se liší lidé, kteří rodinu tvoří. V některých rodinách bývají vztahy dost napjaté. Myslíte si, že konkrétně ve Vaší rodině existuje nějaký důvod, proč byste se třeba musel/a někoho bát?“, „Řekl/a byste, že máte důvod se bát někoho z personálu domova?“, „A co v případě ostatních obyvatel domova? Řekl/a byste, že můžete mít důvody k obavám ze strany ostatních obyvatel domova?“.

chránění. Na druhou stranu určitá nepřírozenost životního prostředí ve věkově homogenních domovech, vysoká míra stresu provázející stěhování a adaptaci na život v novém prostředí, nutnost sdílet často i velmi intimní prostor s cizími lidmi a v neposlední řadě vyšší pravděpodobnost setkání se s osobami, u kterých se rozvíjí některý druh mentální poruchy, případně začínající demence, přispívají ke zvýšenému riziku nesouladu, potenciálně ústícího do vyhocených situací, jako jsou konflikty či dokonce fyzické napadení. Jakou zkušenost mají osoby v našem souboru s dalšími formami špatného zacházení, tentokrát bez ohledu na jeho původce, shrnuje tabulka 19.

Tabulka 19. Subjektivní výpověď o frekvenci špatného zacházení

	často		občas		nikdy %
	%	N	%	N	
dávají mu/jí najevo, že obtěžuje svými problémy personál	0,8	4	8,7	44	90,5
má pocit, že nedostává léky, jaké potřebuje	1,3	6	4,4	21	94,3
v nedávné době někdo vyhrožoval, že mu/jí ublíží	0,6	3	2,7	14	96,7
v nedávné době někdo fyzicky ublížil, uhodil, strčil apod.	0,6	3	1,5	8	97,9
někdo z personálu jej/ji ponižoval/zesměšňoval	0,6	3	3,5	6	95,9
byl/a nucena ležet v posteli proti své vůli	0,2	1	0,6	3	99,2

Nejfrekventovanější je výpověď, že bylo respondentovi dáno někým z blízkého okolí nebo z personálu domova najevo, že ji/jej svým problémy obtěžuje. S takovým postojem se setkala téměř deset procent dotázaných. Dalších téměř šest procent se domnívá, že od personálu nedostává takové léky, které by, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, odpovídaly jeho potřebám. Pokud bychom sledovali absolutní počet postižených seniorů, pak by se na pomyslné třetí příčce bohužel umístila zkušenost sedmnácti respondentů s vyhrožováním fyzickým násilím. Adekvátnost medikace častěji zpochybňují lidé s vyšším vzděláním, jinak pro malý počet zjištěných případů nemůžeme sledovat žádné významné asociace. Z výsledků sice vyplývá, že v případech jako je ponižování nebo vyhrožování se jedná především o ženy (v případě vyhrožování je ale mezi třemi postiženými i jeden muž), to ale může být dáno jejich početnějším zastoupením ve vzorku. V souhrnu lze říci, že špatné zacházení, tak jak jsme ho sledovali v tomto šetření, se ukázalo být spíše marginální. Přesto je nutné se nad výsledky znovu zamyslet. Podle našich zjištění se totiž nejedná, až na několik málo výjimek, o stejné osoby (můžeme tedy opustit hypotézu chronického stěžovatele). Náš závěr by proto mohl také znít, že **některou z forem špatného zacházení v různé intenzitě je postiženo téměř dvacet procent celého souboru.**

Na přímou otázku, zda-li respondent ví o někom v DpS, kdo by za poslední rok zažil nějaké špatné zacházení, týrání nebo zanedbávání péče odpovědělo kladně patnáct respondentů (2,9 %), z toho tři muži a dvanáct žen. Překvapující pro nás bylo, že na otázku, zda se někdy stalo dotazovanému, že by on osobně byl terčem špatného zacházení, týrání nebo zanedbávání péče pozitivně odpovědělo dokonce třicet respondentů (5,8 %). V tomto případě se jednalo o pět mužů (3,7 %) a dvacet pět žen (6,6 %).

V následujícím oddíle reprodukuje krátké výpovědi o konkrétních zážitcích našich respondentů tak, jak je zaznamenali naši tazatelé. Každá zkušenost je v závorce označena pohlavím respondenta (M/Ž), věkem a identifikačním číslem dotazníku. Jak již naznačily výsledky v tabulce 16, asi nejčastější problémy se týkaly vztahů s ostatními obyvateli. Kromě agrese ze strany spolubydlících se ale objevily i zkušenosti z dalších oblastí, jako je zanedbávání péče až

týrání, nedostupnost lékařské péče, rigidita systému a stížnosti na chování personálu. V závěru uvádíme i dva případy domácího násilí, které se ovšem nestaly v DpS, ale byly naopak (podpůrným) důvodem pro nastěhování do instituce.

Agrese ze strany spolubydlících

- *Nesnášenlivost až agresivita klientů. Potřebuji samostatné bydlení. Už 2x jsem zažila nervovou zátěž. (Ž, 78, ID 226)*
- *Sousedka na pokoji mě obviňovala, že jí kradu věci, její dcera ale řekla, že už nerozezná skutečný život. (Ž, 90, ID 219)*
- *Měla jsem agresivní sousedku, uhodila holí do stolu, ztrácely se věci, mlátila mě a vyhrožovala, že mi „vyrve vlasy“. Už se to vyřešilo, přestěhovali mě a byl u mě psycholog. (Ž, 77, ID 222)*
- *Sousedka klientku nechce pustit do koupelny; zničila jí nůžky; klientka neví, kdo jí rozřezal lavor; když si přinesla věci z ateliéru, obyvatelé se jí smáli, kam to dá. (Ž, 84, ID 161)*
- *Pomluvy mezi obyvateli. (Ž, 73, ID 213)*
- *Bláznivá obyvatelka, sprostě nadává a v noci tluče na dveře. (Ž, 89, ID 240)*
- *Jeden klient tohoto domova nadával, strkal do ostatních a někoho uhodil - bylo hlášeno sestřím. (Ž, 77, ID 265)*
- *Jedna obyvatelka tohoto domova mi říkala, že by mě nejradši zabila. Je to nahlášené a čekám na jednopokojový byt. (Ž, 83, ID 274)*
- *Slepý spolubydlící pánovi vyhrožuje, že ho zabije. Ale nevyhrožuje často a nikdy to ještě ne-realizoval. (M, 66, ID 623)*
- *Od obyvatel: nedorozumění a nadávky. (Ž, 78, ID 624)*
- *Zařazení na odd. s těžkou pacientkou mě zatěžuje, v noci ruší, mám strach v noci jít spát, pořád mluví, není agresivní, ona ani neví, že povídá, jsem nevyspalá, nervózní. (Ž, 85, ID 712)*
- *Obyvatelka na pokoji je vzteklá, bere mi věci, bouchá holí. (Ž, 83, ID 720)*
- *Bojím se sousedky na pokoji, je strašná. (Ž, 86, ID 725)*
- *Sousedské vztahy jsou problém, klienti dříve brali věci mentálně postiženým. (Ž, 85, ID 166)*
- *Trpím, čekám na jednolůžkový pokoj. Mělo by se hledět na věkovou strukturu ubytovaných a věkové rozdíly. Někteří si myslí, že když jsou staří, mohou všechno, nechtějí si vyhovět. (Ž, 78, ID 226)*

Zanedbávání, nedostatečná péče

- *Paní chodí na toaletu na křeslo - ale sestřička ho na den odnáší a nutí paní, aby chodila na toaletu vedle. Paní chodí o berlích a sestra je na ní často protivná. (Ž, 88, ID 94)*
- *Sestry na noční službě nekontrolují, jak by měly; paní se několikrát stalo, že spadla a celou noc jí nikdo nepomohl, ležela na studené zemi (nemají koberec), a to se stává prý poměrně často. (Ž, 66, ID 135)*
- *Sestra asi před rokem myla ledničku špinavým hadrem, paní k ledničce ani nesměla. Musela být v pokoji v smradu. Když paní vezla na vozíčku, 2x prudce otočila vozíčkem, až se paní zamotala hlava. (Ž, 79, ID 126)*
- *Když zůstane sám bez manželky, nedostane například čaj, když o něj požádá. (M, 83, ID 186)*
- *Nikdo za ní nepřijde na pokoj odmrazit lednici, zrušili masáže. (Ž, 89, ID 216)*
- *Sestra mi necitlivě masírovala nohu, málem mi ji zlomila, měla zlost. (Ž, 89, ID 240)*
- *Zapomínají donést stravu, dlouho jsem čekal na úpravu sprchy. (M, 57, ID 750)*
- *Šízení v jídlu. (M, 83, ID 186)*
- *Omezování v jídlu, málo jídla. (Ž, 81, ID 189)*
- *Před 5 lety v tomto domově dvě sestry bezdůvodně vyházely obsah skříně, to se opakovalo 1x za měsíc. Vedoucí to věděla, ale nic neudělala. (nikdo z těchto lidí už zde nepracuje) (M, 71, ID 260)*
- *Prohlídka skříní bez souhlasu klienta. (Ž, 68, ID 36)*

- Zanedbávání péče - manželovi se chce spát, ale personál pomůže do postele jinému klientovi, který by třeba ještě rád zůstal vzhůru. (Ž, 84, ID 169)
- Málo akcí, není kontakt s vedením, nikdo se neptá, jak se cítíte, nesamostatný klient má situaci těžší, bojím se, až ulehnu. (Ž, 86, ID 223)

Nedostupná lékařská péče

- Lékařská péče nefunguje - když měla klientka zlomenou nohu, vůbec se u ní neukázal lékař. (Ž, 73, ID 213)
- Zdravotní potíže klienta jsou bagatelizovány. (Ž, 68, ID 36)
- Nedodržení doporučení lékaře ze strany personálu. Paní si tazatelce stěžovala na nedostatečnou péči po úraze (zlomeniny), ale bála se říci, že s péčí není spokojená. (Ž, 82, ID 227)
- Manžel měl virózu než umřel, byl sice v čistotě, ale nebyl motivovaný jít, když jsem já sama byla v nemocnici. (Ž, 86, ID 223)
- Potřeba pravidelných návštěv odborného lékaře, obavy o obstarání sanitky. (M, 72, ID 627)
- Doktor přijde málokdy a vždy se u klientů zdrží jen na velmi krátkou dobu. (Ž, 73, ID 213)
- Málokdy přítomnost lékaře, rehabilitace zrušena, dojíždění za rehabilitací jinam. (Ž, 90, ID 219)

Stížnosti na systém a na personál

- Rozkaz „kdo chodí, má jídlo dole“, ráda bych snídala později (kolem 9,00 hod), ale bojím se si o to říci. Je nás víc, rádi bychom si přispali. (Ž, 86, ID 223)
- Chod dne je špatný, rozdíl v pokojích kvůli náboženství, nerespektování soukromí při koupání. (Ž, 84, ID 161)
- Dlouho bylo neuklizeno. (Ž, 87, ID 230)
- Přestali nám dávat mléko, obavy, jak to bude. (Ž, 99, ID 235)
- Personál nutil paní, aby i přesto, že je nemocná (měla teplotu, zimnici), vstala a chodila, aby neležela. (Ž, 87, ID 258)
- Pánovi se občas ztrácí peníze. (M, 56, ID 131)
- Mám dojem, že se ke mně personál chová hůř než k ostatním lidem. Myslím, že je to proto, že si nerozumím se sousedkou. Hlásilo se to sestře, bezvýsledně, nutí mě ráno vstávat (ráda spím déle), abych šla na snídani. (Ž, 84, ID 283)
- Příspěvek na péči беру, ale všechno si sama kolem sebe udělám a peníze-příspěvek má domov - není to spravedlivé. (Ž, 78, ID 624);
- Paní si pamatuje na jednu obyvatelku, která nebyla spokojená, měla pocit, že ji někdo přehlíží, proto často psala stížnosti-ale teď už se odstěhovala. (Ž, 73, ID 129)
- Mám pocit, že se zde mají líp lidi, kteří jsou bohatší a zdejší. (Ž, 84, ID 283)

Domácí násilí

- Manžel paní dříve hodně mlátil - vždycky se opil a potom jí zbil, proto se musela odstěhovat. V současné době se s ním nevidá, do DD má zákaz vstupu. (Ž, 77, ID 102)
- Syn zjistil, že je gay a od té doby se začal chovat hrubě; od rodiny se odtáhl, po matce chtěl peníze, ale ona mu je odmítla dát, poslední dobou (asi 3 měsíce) nekomunikuje. (Ž, 65 ID 107)

Že nebylo vždy snadné o těchto zkušenostech mluvit dokazuje případ, kdy tazatelka u jedné ženy (85 let) zaznamenala: „nějaká nepříjemná příhoda se stala, ale paní má obavy se svěřit“ (ID 713).

I když toto šetření nebylo zaměřeno primárně na osvětu, chtěli jsme využít této možnosti a účastníkům dotazování nabídnout další informace o tématu. O něco více než 90 % dotázaných však uvedlo, že nemá zájem o další informace k problému týrání, zneužívání či zanedbávání seniorů. Jen o něco více než osm procent (N = 42) by si rádo k tématu něco přečetlo a pouze zbývající jedno procento – přesněji sedm respondentů – by uvítalo, kdyby si s nimi o tom

někdo důvěryhodný promluvil.⁶ Pokud bychom se soustředili pouze na ty osoby, které v předchozí otázce uvedli, že se se špatným zacházením osobně setkali, pak si další písemné informace přálo 11 % respondentů a důvěrný rozhovor 7 % (Tabulka 20).

Tabulka 20. Zájem o další informace o problematice týrání dle existence vlastní zkušenosti se špatným zacházením, týráním nebo zanedbáváním péče (v %)

	zažil/a osobně špatné zacházení	nezažil/a osobně špatné zacházení
ano, chtěl/a bych si k tomu něco přečíst	10,7	8,1
ano, chtěl/a bych si o tom promluvit s někým důvěryhodným	7,1	1,0
ne, nechci další informace	82,1	90,8
Celkem	100	100

5.1 Autonomie jako základní determinanta absence špatného zacházení

Téměř 31 % našich respondentů má pocit, že nikomu už na nich nezáleží, necelých šest procent má tento pocit dokonce často. Jsou to spíše respondenti se základním vzděláním a respondenti, kteří hodnotí, že jsou v DpS především z iniciativy rodiny či příbuzných. I tento pocit je svázán s poslední proměnou, kterou si v této zprávě představíme a to „vírou v možnost rozhodovat o věcech ve svém životě“. V průběhu našich analýz se totiž tato otázka ukázala jako zcela zásadní proxy (tj. zástupná) proměnná, asociovaná s většinou explicitních ukazatelů kvality života. Jak uvádí Sýkorová [2007], která konceptu osobní autonomie ve stáří věnovala celou monografii, bývá pojem autonomie ztotožňován s individuální svobodou, samosprávou nebo suverenitou, někdy je také pojímán jako svobodná vůle či volba, resp. rozhodování. My jsme autonomii operacionalizovali do otázky s následujícím zněním: *O kolika věcech ve svém každodenním životě byste řekl/a, že rozhodujete úplně sama/sám? Je potěšující že plnou autonomii si dle svého názoru drží téměř 42 % respondentů, kteří odpověděli, že rozhodují úplně o všech každodenních věcech. O „většině věcí“ si pak rozhoduje dalších necelých 36 % dotázaných. Devatenáct procent obyvatel již takový pozitivní přístup nesdílí a uvedli, že rozhodují jen o málo věcech, přičemž zbývající necelá čtyři procenta se domnívají, že ve svém dni nerozhodují „vůbec o ničem“. Je zřejmé, že tento indikátor neměří nutně „objektivní realitu“, přesto má zcela zásadní vliv na hodnocení našich výsledků. Podle známého Thomasova teorému se situace, které jedinci považují za reálné, stávají skutečnými ve svých důsledcích. Jak tento princip funguje v oblasti špatného zacházení se podíváme v následujícím odstavci.*

Tabulka 21. Míra pocitu autonomie dle původce iniciativy přestěhování do DpS (v %)

	o všech věcech	o většině	jen o málo věcech	vůbec o ničem
v DpS z vlastní iniciativy	79,0	75,6	48,9	44,4
v DpS z iniciativy rodiny, blízkých	21,0	24,4	51,1	55,6
Celkem	100	100	100	100

⁶ Tito respondenti byli nakontaktováni na příslušnou odbornou pomoc.

Podle našich zjištění, je míra s jakou respondenti percipují svoji autonomii ovlivněna celou řadou námi zkoumaných otázek. Například osoby s nízkou mírou autonomie častěji hovoří o absenci soukromí při setkání s návštěvami, nemají možnost si uzamykat své věci, častěji se jim stane, že si někdo něco vezme bez dovolení, sestry při vstupu do jejich pokojů méně často klepou, bývají oslovováni „zdrobnělinami“ spíše než plným jménem, méně často dostávají své oblíbené jídlo a odpovídající medikaci, a dokonce se i častěji musí přizpůsobovat režimu domova ve frekvenci hygieny (Tabulka 22). Jak jsme již zmínili, tyto lidé také mají častěji pocit, že svými problémy obtěžují okolí, a že už nikomu na nich nezáleží. Jak jsme ukázali v tabulce 21, mají míru percipované autonomie výrazně sníženou také lidé, kteří jsou v domově pro seniory z iniciativy nikoliv vlastní, ale z iniciativy rodiny či blízkých. A co je pro naše téma asi nejpodstatnější, také se více než dvakrát častěji stali osobně terčem týrání či špatného zacházení.

Tabulka 22. Frekvence hygieny dle percipované míry autonomie (v %)

	o všech	o většině	jen o málo věcech	vůbec o ničem
podle vlastní potřeby	77,9	67,6	33,3	33,3
podle režimu DpS	22,1	32,4	66,7	66,7
Celkem	100	100	100	100

Tyto vlivy samozřejmě působí do značné míry jako spojené nádoby. Možná ještě lepším příkladem je spirála či bludný kruh, který vystihuje vzájemnou provázanost působení zmíněných negativních vlivů na snižování pocitu autonomie a snížená autonomie na prohlubování a rozšiřování viktimizace postižené osoby. Pocit omezení vlastní kontroly nad životem se tak stává ve svých důsledcích skutečným a tento účinek může být zesilován dalšími faktory sociálního vyloučení.

6 Diskuse

Čísla, která jsme prezentovali v této přehledové výzkumné zprávě nejsou na první pohled nikterak závratná, či šokující. Protože neexistuje možnost srovnání, nemůžeme potvrdit ani vyvrátit, zda jsme zde popsali příslušný vrcholek ledovce, jehož pouze jedna pětina „pluje nad vodou“, nebo je špatné zacházení se seniory v institucích skutečně deviantním, a tudíž spíše marginálním, chováním. Je ale nutno dodat, že tato „deviace“ je takovému jednání inherentní, **a jeho případná marginalita zcela nic nesnižuje na jeho závažnosti.** Vzhledem k etickému a morálnímu kontextu tohoto fenoménu nelze náš (ne)zájem ospravedlňovat (ne)dostatečnými čísly. Podobně jako policie neřeší případy vražd teprve až se jich ve statistice nastřádá dostatečné množství, ani zde nelze takový postup legitimně očekávat či snad vyžadovat.

Mezi možné důvody podprezentovanosti evidence sledovaných jevů může patřit stud respondentů, který jim brání o svých zkušenostech hovořit (např. je-li pachatelem vlastní potomek), obava plynoucí ze vztahu závislosti na pachateli, podceňování závažnosti útoku. Svoji roli v nízkém podílu hlášených a zaznamenaných případů může hrát i falešná víra, že se jednalo o jedinečný exces. Důvody zjištění menšího podílu než skutečného mohou být ovšem i technického rázu. Například použitá metoda kvantitativního výzkumu je standardně málo využitelná k popisu marginálních jevů. Můžeme uvažovat o příliš malém vzorku a nutnosti vyčerpávajícího šetření, které by tento fenomén popsalo spolehlivěji, ale které je bohužel nad možnosti našeho projektu. Dotazníková forma šetření je dalším z omezení. Přestože tazatelé byli poučeni o stan-

dardizovaném vedení rozhovoru, navíc přizpůsobeném možným omezením stárnoucího člověka, nebylo možné zaručit, že všichni respondenti otázkám porozumí, a že je budou interpretovat tak, jak jsme to my při jejich konstrukci zamýšleli. Navíc principem dotazníku je nabídnout omezený výběr variant. Nutnost z nich vybírat a akceptovat námi vložené významy tak může představovat další zdroj zkreslení a zúžení záběru popisovaného fenoménu. Vůbec jsme se například nevěnovali zneužívání sexuálnímu apod.

Na druhou stranu je potřeba také zvážit, zda některé popsané jevy nejsou naopak v odpovědích našich respondentů příliš nadsazeny. Jedním z možných důvodů nad-representace evidence sledovaných jevů je subjektivní a kontextuální vnímání situace. Je potřeba se ptát, zdali nemohla být např. výpověď o nutnosti vstávat i když byla respondentka nemocná interpretována jako projev dobré, namísto špatné, péče. Nemohlo mít jednání personálu medicínské důvody? Podobně respondenti s depresemi či jinými mentálními poruchami mohou hodnotit situace negativněji než jiní. Navíc zvolená metodika explicitně pracovala s pocity, tedy respondentovým pohledem na situaci. Záměrně jsme se nesnažili zaznamenávat „objektivní realitu“, ale realitu vnímanou a konstruovanou samotným respondentem.

Tato omezení mohou ovlivňovat naše výsledky a proto je důležité je v této části diskuse zmínit. Přesto jsme přesvědčeni, že se nám podařilo – pokud je nám známo v ČR poprvé – popsat situaci špatného zacházení, týrání a zanedbávání v institucionalizované starší populaci. Zjišťovali jsme jak explicitní negativní chování různých osob, tak subtilnější charakteristiky života v domovech pro seniory, které poukazují na riziko snížené kvality při poskytování péče.

7 Doporučení vyplývající ze šetření Život v DpS '07

Výsledky našeho šetření jsou v zásadě pozitivní. Většina respondentů je s pobytem v domovech pro seniory spokojena ve většině sledovaných dimenzí. Přesto náš výzkum poukázal na některé oblasti, ve kterých by bylo možné dosáhnout zkvalitnění života v institucionálním prostředí.

Prostředí domovů pro seniory je specifické svou věkovou homogenitou a existencí zvláštních potřeb osob, které se z domácího prostředí do domovů pro seniory stěhují. Tato východiska ovlivňují řadu našich zjištění – od nespokojenosti s mírou soukromí, po zjištěná závažná porušení sousedské snášenlivosti. Zde jsou tedy některé body, které by dle našeho názoru byly užitečné dále rozpracovat do legislativních úprav a metodických pokynů:

- jedním z nejzávažnějších problémů se ukázal být stále ještě vysoký podíl více lůžkových pokojů – tento fakt přispívá jak k omezení soukromí, tak zvyšuje riziko sousedské agrese
- výsledky naznačují, že na více lůžkové pokoje jsou umisťováni „problematičtější“ klienti (ležící, dementní, osoby s nižším sociálním statusem apod.), tento výsledek by bylo nutné ověřit dalším šetřením a zvážit opatření, která by přispěla k zlepšení tohoto stavu
- zhruba 40 % respondentů je v DpS z důvodů, které by bylo možné ošetřit levnějšími, terénními a ambulantními službami, případně významnějšími strukturálními změnami např. na trhu s nemovitostmi (aby institucionalizace seniora nebyla výhodným řešením bytové situace mladších členů rodiny – jako to je v případě 70 % našich respondentů); delší setrvání se

niora v domácím prostředí by mělo také pozitivní vliv na jeho fyzické i mentální zdraví – což představuje další úsporu čerpání zdrojů ze sociálně-zdravotních rozpočtů

- mezi „výtkami“ tvořily největší podíl systémové nedostatky – nespokojenost s jídlem, nedostatečná úcta k obyvatelům (klepání na dveře, oslovování) a především nemožnost chránit své soukromí a majetek; absence respektu a ochrana před studem při provádění intimní hygieny je jedním z nejvíce alarmujících problémů
- je nutné zavést účinnější ochranu před finančním zneužíváním seniorů, které se sice nezdá být tak časté, jak jsme očekávali, ale v zaznamenaných případech je značně závažné
- výsledky naznačují nedostatečnou svobodu „od strachu“; to je v situaci, kdy se část respondentů do domova přistěhovala z důvodů různých obav v domácím prostředí, ukázkou selhání účelu celého systému
- faktorem, který je spojen s většinou negativních rysů života v DpS je pocit absence kontroly nad svojí každodenností, absence možnosti „vlastnit sama sebe“, možnosti pěstovat vnitřní lokalizaci kontroly – i zde mohou být provedeny drobné a snad i levné systémové úpravy k větší emancipaci klientů v každodenním rozhodování (čas snídaně, volba obědového menu, samosprávné rady, anketní šetření spokojenosti, apod.)
- existují také rezervy v informovanosti seniorů o jejich právech a možnostech využití příspěvku na péči; informace by měly být distribuovány různorodými kanály, aby se zvýšila pravděpodobnost zasažení heterogenní seniorské populace jako celku; zdá se, že část respondentů nebyla seznámena s novým pojmem, ale ztotožňovala příspěvek na péči s příspěvky pro bezmocnost
- absolutním základem je ale rozpoznání důstojnosti a individuality každého jedince, zachovávání zlatého pravidla „jednejte s lidmi tak, jak chcete, aby lidé jednali s vámi“
- řada potíží je odstranitelná striktním dodržováním a „vymahatelností“ standardů kvality sociální péče
- nezbytná je podpora pečujícího personálu – profesní růst, finanční ocenění, cílená ochrana před vyhořením a přílišnou pracovní zátěží; péčí o pečující lze předejít řadě drobných selhání, na která respondenti citlivě reagovali
- případy špatného zacházení není možné řešit proti vůli postiženého, neboť i zde platí respekt ke svobodné vůli individua, proto je i zde nutná investice spíše do prevence a informovanosti osob, které mohou přijít s potenciálně týraným či zanedbaným seniorem do styku, aby byly s to poskytnout bezodkladnou a účinnou pomoc, kde je o ní zájem; profesionálové, u nichž je vyšší pravděpodobnost setkání se s týraným/zanedbávaným seniorem by měli být trénováni a vzděláváni v technikách pomoci obětem takového násilí; řešení takových případů ovšem obvykle vyžaduje multidisciplinární spolupráci zdravotníků a pomoc v oblasti sociální, psychologické, právní i bytové apod.; otázky financování takové prevence i intervence by měly být řešeny meziresortně
- bylo by také zajímavé se hlouběji zabývat individuálními rizikovými faktory nastěhování do DpS a hledat jejich účinnou prevenci

8 Literatura

Hudson, Margaret. 2002. „Elder abuse and neglect“. Pp. 405-411 in Ekerdt, David. 2002. *Encyclopedia of Aging*. Vol 2., New York: Macmillan.

Maslow, Abraham. 1943. „A theory of human motivation“. *Psychological Review*, 50, 370-396. [online]. [cit. 2007-11-04]. Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>.

Nešporová, Olga; Svobodová, Kamila; Vidovičová, Lucie. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. (v tisku)

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2006. 2007. [On-line] Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2008-03-05]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/4896/rocenka_akt.pdf

Sýkorová, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Vidovičová, Lucie. 2005. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

Vidovičová, Lucie. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Mezinárodní politologický ústav Masarykova univerzita (v tisku).

9 Příloha

Chtěli bychom na tomto místě poděkovat všem zřizovatelům, ředitelům a ředitelkám, personálu a především obyvatelům níže citovaných zařízení, kteří svou nesmírnou ochotou a odvahou toto šetření umožnili. Naše speciální poděkování a obdiv patří zejména těm, kteří se rozhodli nemlčet.

Tým projektu

Seznam zařízení pro seniory, která se podílela na projektu:

- Domov pro seniory Dobřichovice
- Domov seniorů Charlese Jordana
- Domov pro seniory Praha 11 - Háje
- Diakonie ČČE - středisko v Libici nad Cidlinou
- Pension Celina
- Domov pro seniory Krabčice
- Domov seniorů Dobříš
- Dům spokojného stáří sv. Ludmily
- Domov důchodců a Ústav sociální péče Mašřov
- Domov důchodců Bystřany
- Domov pro seniory Naděje
- Domov pro seniory - Děčín
- Domov pro seniory v Mostě
- Domov pro seniory Osoblaha
- Domov pro seniory Korýtko
- Dům pokojného stáří u Panny Marie Frýdecké
- Charitní domov Sv. Mikuláše - Ludgeřovice