

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Písemná práce k bakalářské zkoušce

Etické aspekty sociální práce se seniory

Marta Mills Fialová

Studijní obor:

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí práce:

Doc.PhDr. Anna Hogenová

2006

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Doc.PhDr. Anně Hogenové za odborné vedení této práce. Dále velice děkuji za kritické připomínky, podporu a inspiraci MUDr. Olze Dostálové, CSc., Mgr. Lence Kader Aghové za korekci tohoto textu a mému manželovi za jeho neutuchající podporu.

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a cituji v ní všechny použité prameny, které jsem použila.

V Praze dne 25. srpna 2006

Marta Mills Fialová

Obsah:

ÚVOD.....	4
1 ZÁKLADNÍ POJMY A PROBLEMATIKA.....	7
1.1 Definice základních pojmů.....	7
1.2 Vývoj pohledu na stáří.....	8
2 TÉMA DŮSTOJNOSTI SENIORŮ.....	12
2.1 Sociální pracovník a důstojnost klientů.....	13
2.2 Jazyk a komunikace v sociální práci se seniory.....	16
2.3 Respektování seniorova soukromí.....	19
2.4 Sociální pracovník a zapojení klientů do procesu řešení jejich problémů.....	20
2.5 Specifika důstojnosti klientů s demencí.....	21
2.5.1 Jak senior svou demenci prožívá.....	22
2.5.2 Osoba pečující o pacienta s demencí.....	23
2.5.3 Přístup pečovatele.....	24
2.6 Téma smrti a eutanázie.....	25
2.6.1 Hospicová a paliativní péče.....	27
2.6.2 Právo na informace.....	29
2.6.3 Několik zamyšlení nad eutanázií.....	31
2.7 Krátká úvaha nakonec.....	33
3 Týrání a zneužívání seniorů.....	35
3.1 Uvedení do problematiky.....	35
3.2 Právní ochrana u nás a ve světě.....	39
3.3 Příčiny a řešení.....	41
4 ZÁVĚR.....	42
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	44

ÚVOD

„Když jsem byl mladý, mládí se netěšilo žádnému respektu a teď když jsem zestárl, se netěší respektu stáří...“

J. B. Priestly

Zdá se, že až na pár ojedinělých hlasů se většina populace stáří obává. Stáří je podle mnohých totiž něco, co se člověku „z ničeho nic přihodí“, a když se to stane, už je všemu hezkému konec: člověk už není ani mladý, ani krásný, ani úspěšný, ztratí zdraví a zhloupne – to vše se mu „přihodí“. Nebo ne? Těžko říci, ona se totiž většina z nás se seniory v podstatě do kontaktu nedostane. Možná je potkáváme na ulici, ale nic o nich nevíme, neznáme jejich příběh ani to, jak dnes žijí. Určitě by nám měli co říci, ale my neposloucháme. Možná jste někdy viděli nějaký dotazník, co si myslíte o seniorech. *Co si myslíte o seniorech?!* Cožpak senioři jsou nějaká zvláštní skupina živočichů, o nichž si člověk vytváří speciální mínění, jiné než má o většině lidí? Cožpak jsou senioři nějaká podivná homogenní skupinka lidí, která vyžaduje zvláštní pohled? A co si myslíte o dětech nebo o dospělých? Anebo lépe, co si myslíte o Romech nebo Němcích? Podobně zní i často používaná věta typu „co jiného byste od starého člověka čekali?“. Jak poznamenává STUART-HAMILTON: *„Říkají vlastně, že staří lidé se s velkou pravděpodobností chovají určitým způsobem. Nahrad'te si ve výše uvedeném výrazu „starého člověka“ za slovo černocho (cikána) a ihned pochopíte, o jak nemístné generalizování se v tomto případě jedná“* (1999, s.226).

Přestože nelze popřít, že senioři mají své specifické potřeby a to i vzhledem k vyššímu věku, sám fakt, že všichni senioři jsou vyššího věku, z nich ještě nedělá homogenní skupinu – jsou snad všichni čtyřicátníci homogenní skupinou, která má stejné zájmy a životní styl?

Stáří je prezentováno jako nepříjemná životní etapa, která se týká právě jen těch starých lidí (tedy ne nás všech, kteří jednou zestárneme) a lidé, kteří jsou často oslavně vyzdvihováni ve svém seniorském věku, jsou tak často oslavováni proto, že „staře nevypadají“ a nechovají se tak, jak my si představujeme, že se senior nutně chová. Otázkou tedy zůstává, do jaké míry

jsou obavy ze stárnutí problémem představ a strachů většinové populace, a do jaké míry jsou oprávněné.

V poslední době se problémy jako zneužívání a týrání seniorů pomalu dostávají na světlo veřejnosti, i když odezva ze strany veřejnosti či sponzorů různých charitativních projektů zaměřených na tyto problémy ještě zdaleka není stejně pozitivní jako např. u týrání dětí nebo domácího násilí.

A podle mého názoru je zcela opomenutým tématem téma důstojnosti seniorů a respektujícího přístupu k seniorům obecně. Sama jsem měla možnost v různých domovech pro důchodce pracovat a přestože jsem se nesetkala s žádnou extrémní podobou péče o seniory (jako je např. týrání), měla jsem vždy pocit, že se k seniorům chováme jak k jinému lidskému druhu, u kterého přirozený respekt, zachování důstojnosti a soukromí nakonec nehrají tak velkou roli. Uvědomila jsem si, že mnohé projevy chování ze strany pečujících, ať už profesionálů nebo rodinných příslušníků, by byly v kontaktu s jiným dospělým naprosto nepřijatelné a urážlivé. Přijde mi, že celkové kulturní nastavení společnosti nespátňuje v tomto typu pečujícího chování nic závadného, na stranu druhou nedostatek jasně stanovených hranic důstojnosti seniora a jeho soukromí může být jakýmsi podhoubím vyhocenějších forem zanedbávání až týrání seniorů.

Ze všech těchto výše zmíněných důvodů jsem se rozhodla pro toto téma. Má práce si neklade za cíl dokonale zmapovat všechny problematické sféry péče o seniory, ale v hrubých rysech nastínit ty nejpálčivější a ty, které považuji za zcela opomíjené.

Cílem mé práce bylo poukázat na současné společenské a etické problémy spojené se stářím a stárnutím. Dále se tato práce zaměřuje na problematiku lidské, resp. seniorské důstojnosti. Mnoho z těchto problémů je již známých nejen odborné, ale i širší veřejnosti (jako např. týrání seniorů), jiné jsou neznámé nebo stále podceňované (např. způsob komunikace a vztahování se k seniorům v rámci zdravotnických a sociálních zařízení a důraz na seniorovu důstojnost). Na tyto problémy jsem se snažila poukázat v rámci širšího společenského kontextu, naznačit jejich možný původ a případně navrhnout obecné řešení.

V první kapitole definuji základní pojmy, které se nejčastěji vyskytují v této práci a dále stručně uvádím, jak se vyvíjel pohled na stáří a starší občany v průběhu historie, jak byl onen pohled ovlivněn náboženstvím a společenskou atmosférou.

V druhé části se věnuji několika specifickým problémům, a to zejména etickým aspektům vztahu sociálního pracovníka a seniora a tématu péče o seniora s demencí. Poukazuji na obecné zásady komunikace, péče zaměřené na podporu seniorovy důstojnosti a specifika důstojné péče

o pacienta s demencí. Na konci této části se snažím o základní vymezení etických konfliktů spojených s eutanázií a smrtí.

Třetí část této práce je zaměřena na vážný společenský problém, jakým týrání a zneužívání seniorů bezesporu je. Pro širší kontext uvádím příklady z naší republiky i ze zahraničí, způsoby řešení problému a kulturní pozadí tohoto jevu.

Témata jako týrání seniorů či eutanázie jsou podložena odbornou literaturou jak v zahraničí tak i v ČR, ale tématu seniorské důstojnosti se věnuje pozornost i v odborných kruzích teprve v posledních letech. Proto jsem zejména tuto oblast považovala ve své práci za klíčovou a snažila jsem se upozornit na co nejvíce problémů a otázek souvisejících s tématem seniorské důstojnosti. Jsem přesvědčena, že téma důstojnosti seniorů získá v budoucnosti na důležitosti a kvalitní diskuze odborné veřejnosti se stane základem pro péči o seniory jak v sociálních, tak ve zdravotnických zařízeních a pronikne i do širšího veřejného povědomí.

1 ZÁKLADNÍ POJMY A PROBLEMATIKA

1.1 Definice základních pojmů

Přestože tato práce je spíše zaměřením na téma péče o seniory a zachování jejich důstojnosti a nepracuje tedy vždy s exaktními termíny, přesto považuji za nutné blíže určit ty nejběžnější z nich a zároveň poukázat na možné nejasnosti v rámci běžného porozumění.

Základní pojmy tedy jsou : stáří, sociální věk, důstojnost, autonomie.

Stáří lze definovat mnoha způsoby: biologicky, sociálně, z psychologického hlediska, aj. Mnoho definic vymezuje stáří negativně a zaměřuje se na nedostatky, které jsou pro období stáří více typické než pro jiné. Stáří lze definovat jako „*konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života*“ (HARTL, 2000, s.562). Někdy je stárnutí definováno jako proces změn (většinou právě negativně vymezených), které nastávají po adolescenci a dále. Je zajímavé, že např. angličtina jazykově rozeznává různé druhy stárnutí (i když tyto termíny asi nebudou patřit do slovníku běžného mluvčího), rozlišuje tedy biologické (senescing), psychologické (geronting) a sociální (eldering) stárnutí (STUART-HAMILTON, 1999, s.284).

Tzv. **sociální** nebo **chronologický věk** definuje věk jedince jako soustavu chování a postojů, které jsou pro daný věk považovány za typické – tedy zda-li se člověk chová přiměřeně (rozumně) svému věku (STUART-HAMILTON, 1999, s.283).

Definujeme-li stáří statisticky, pak se naše porozumění tomuto termínu bude značně geograficky lišit. Přestože se na začátku tento pojem zdál jednoduše objektivně vymezitelný, nakonec prochází určitou mírou stereotypizace, s kterou je nutno počítat. Na obecné rovině by bylo možné se shodnout, že stáří obvykle určujeme od určitého věku (rané stáří od 60 let věku), spojujeme ho s odchodem ze zaměstnání a od seniora očekáváme určité chování a postoje.

Důstojnost může souviset s našimi životními zásluhami, s tím, co jsme v životě dokázali anebo s mravností. Aniž bych chtěla tyto dva bezesporu důležité aspekty důstojnosti přehlížet, v této práci používám pojmu důstojnost především v kontextu osobní identity a termínu Menschenwürde.

Důstojnost osobní identity v sobě zahrnuje takové důležité aspekty lidství jako je fyzická důstojnost, vědomí si vlastního životního příběhu a smysluplnosti a jeho svobodného naplňování, zakořeněnost uprostřed společnosti a užšího sociálního okruhu (rodina, přátelé).

Menschenwürde odkazuje k hodnotě lidství pro lidství samo, má hodnotu samo v sobě, člověk je nenabývá ani je nemůže ztratit, jde o univerzální hodnotu lidského života. Důstojnost a hodnota lidské bytosti tu nesouvisí s žádnými dalšími aspekty člověka, je tu sama o sobě.

Autonomie je schopnost a vůle člověka k nezávislému, svébytnému, svobodnému jednání a chování. Respektováním této lidské potřeby a jejím podporováním projevujeme druhému úctu a respekt.

1.2 Vývoj pohledu na stáří

„Jakmile se starší lidé stanou méně schopnými fyzicky, měli by zdvojnásobit svou aktivitu intelektuální a jejich hlavní činností by měla být pomoc mladým, přátelům a především státu, podložená jejich moudrostí a úsudkem. Jen máloco jim může být nebezpečnější nežli lenost a zahálka. Luxus, který je hanebný v jakémkoli období života, dělá stáří škaredým. Pokud je spojen se smyslností, pak se špatnost umocní. Věk pak sám sebe znevažuje a zhoršuje nestoudnou opovážlivost mladých.“

~ Cicero, 44 př.n.l.

V antice byl hlavou rodového zřízení muž, otec. Rod většinou své staré členy podporoval, ale jejich práva spadala pod konečné rozhodnutí otce rodu. Zákonem byla v Athénách stanovena povinnost dětí postarat se o staré rodiče.

Ideál antické společnosti, kalokagathia, tedy harmonie mezi krásou ducha a těla, měla za následek odpor k tělesným nedostatkům a osobám postiženým či nemohoucím hrozilo usmrcení nebo alespoň společenská smrt.

Už antika se vyjadřovala k tématům, které se zdají být aktuální až dnes, např. k eutanázii. Zatímco Hippokratova přísaha ji přísně zakazuje, Platónova Ústava mluví spíše pro ni: „*nechat zemřít ty, kteří jsou nezdraví na těle, zabít ty, kteří vyrostli špatně duchovně a nelze je vyléčit.*“ Podobně smýšlí i Aristoteles a Seneca, když říká, že nenapravitelně poškození jedinci mají být sprovozeni ze světa, stejně tak jako poškozená novorozeňata a dobytek. Podle Tacita sám Seneca umírá díky eutanázii. Pro středověk, hluboce ovlivněný křesťanstvím, jsou podobné úvahy zcela nepřipustné, jedině Bůh jako dárce života smí život zase vzít, navíc utrpení získává v této době téměř spirituální smysl.

Podle některých historiků středověk nechápal stáří jako nějaké specifické období lidského života. Možná s tím souvisí i fakt, že většina středověkých lidí nebyla s to určit svůj věk a většinou se omezila jen na přibližný odhad či zaokrouhlení. Znalost svého věku souvisela i se sociálním postavením, střední a bohatší vrstvy obyvatel si spíše pamatovaly svůj věk než chudé vrstvy. Je také možné, že časté morové epidemie a jiné katastrofy stíraly rozdíl mezi mládím a stářím, neboť obě skupiny byly ohroženy smrtí stejně.

Sv. Augustin rozděluje lidský věk podle věku lidstva a věků takto: *infantia* od Adama po Noea, *pueritia* od Noea po Abrahama, *adolescentia* od Abrahama po Davida, *juventus* od Davida po útěk do Babylonie, *gravitas* od útěku do Babylonie do příchodu Ježíše Krista a *senectus* od příchodu Ježíše až do konce věků (NODL, 1997). Středověcí autoři se také příliš neshodují na tom, zda stáří začíná již od čtyřiceti let, od padesáti (některá středověká medicínská literatura, Isidor ze Sevilly) nebo až od šedesáti let.

Úcta ke stáří vychází i ze starozákonní tradice. Kniha Přísloví nebo Kazatel na mnohém místě upozorňuje na kvality stáří a na respekt, který si zaslouží. Genesis vypráví o bájných letech, kterých se první lidé dožili a sám Hus chápe touhu po dlouhověkosti jako součást lidské přirozenosti.

Je zajímavé, že raně a vrcholně středověké umění příliš starý věk v pravdivých barvách nezachycuje, postavy obrazů jsou buď věkově neurčité nebo ve svém stáří zidealizované

(NODL, 1997). Daleko barvitěji a naturalističtěji popisuje stáří středověká literatura (VILLON, 1975).

Ve středověku ještě neexistovala rozvinutá péče o staré, starobince a útulky pro staré přicházejí daleko později. Přesto mnoho klášterů poskytovalo i laikům určité útočiště ve stáří. Ti, kteří nebyli ekonomicky zabezpečeni, byli odkázáni na pomoc zvenčí, ať už žebrotou, podporou církve nebo uchýlením se do tzv. špitálů.

Zdá se, že většina rodičů se nedožila produktivního věku svých dětí a většina domácností byla jedno- nebo dvougenerační. Lidé se tedy na pomoc svých dětí rozhodně nemohli spoléhat.

Očekávaný dožitý věk je dnes podstatně vyšší, výrazně přes 65 let (STUART-HAMILTON, 1999, s.20). Přestože je ve společnosti velké procento seniorů, většina lidí s nimi nevchází do každodenního úzkého kontaktu a většina si vytváří představy o stáří na základě stereotypizace z okolí a médií.

Stáří už není nutně spojováno s moudrostí, zkušenostmi, zralostí, respektem aj. Kultura mládí si stanovila za hlavní hodnotu pracovní produktivitu jedince, touží po neustálém vývoji (vývoji ve smyslu pokroku, zlepšení) a stáří tu nemá mnoho co nabízet. Výrazně klesá náboženský život, lidský život se chápe jako konečný a to paradoxně vede k tomu, že se smrti jako tématu lidé více a více vyhýbají, nechtějí mluvit o definitivní konečnosti.

LIPOVETSKY (1999) poukazuje na fenomén kultu lidského těla a péče o ně, životního stylu založeného na zdokonalování a udržování těla, a naši dobu označuje za svým způsobem hédonistickou a narcisistickou. Člověk je povinen se na stáří připravit s využitím všech informací z oblasti medicíny, psychologie a se znalostí alternativních životních stylů. Hlavní determinantou dobrého, kvalitního života je zdraví. Stáří je vnímáno jako období, kdy by si člověk ve zdraví a s finančním zabezpečením měl užívat své plány a sny, měl by si najít novou společenskou roli, neboť role pečovatelská již není příliš ceněna. Každý člověk drží kvalitu svého života ve svých rukou a je jeho odpovědností, jak ji prožije – málo se zde berou v úvahu faktory, které člověk jednoduše nemá pod kontrolou.

Mnoho publikací pro seniory, které jsou na trhu dostupné, už svým názvem komunikují podobná poselství : Jak zdravě stárnout od Šípra, Nezačínajte stárnout od Dessainta, Zdravě a

úspěšně do přirozené stovky od Bortze, Jak zůstat mladý apod. Autoři čelí nelehkému úkolu, musejí překlenout běžnou stereotypizaci seniora jako nemocného, neschopného, bez dalších životních vyhlídek. Pomáhají si poukazem na slavné osobnosti kultury, které i ve vysokém věku byly velmi aktivní (cit.dle EHRENBERGEROVÉ, 2002).

Dále zdůrazňují tři rozhodující oblasti pro moderního seniora: ovlivnitelnost svého života, zodpovědnost za zvolený životní styl a samostatnost (cit.dle EHRENBERGEROVÉ, 2002). Autoři zdůrazňují aktivitu a zodpovědnost jako povinnost vůči uchování života hodného žití, opak je téměř zločinem. Tedy senior vybavený informacemi, žijící zdravým životním stylem má právo očekávat podzim svého života s radostí a bez zásadních problémů. Někteří v této souvislosti hovoří o kultuře healthismu, kde zdraví je hlavní podmínkou kvalitního života. Otázkou zůstává, jak takový přístup ovlivňuje diskuse o eutanázii, utrpení v nemoci obecně a zda-li neklade téměř morální vinu na ty, kteří „zklamali“ a jsou nemocní.

Smrt není každodenní skutečností jako dříve, člověk už většinou neumírá v rodině, ale někde stranou, skrytě. Předchozí generace měly mnoho rituálů, které vyrovnávaly přechod mezi životem a smrtí, smiřovaly a dávaly událostem jiný rozměr. Moderní člověk tuto možnost až na výjimky nemá. Smrt je naší každodenní součástí jen v televizi, kde působí neosobně, nereálně, jen jako další zápletka.

2 TĚMA DŮSTOJNOSTI SENIORŮ

„Důstojnost lidské existence spočívá podstatně v tom, že člověkem, majícím svobodu sebeurčení, nesmí nikdo disponovat“ (ROTTER, 1999, s.25).

Hodnota lidského života je zdůvodnitelná různě. Je nábožensky a kulturně podmíněna a často je součástí předem přijatých kulturních stereotypů, které přijímáme za své z okolí, aniž bychom je podrobili vlastnímu kritickému uvažování. Lidská důstojnost úzce souvisí se svobodnou vůlí a autonomií člověka, i když není jejím jediným předpokladem. Tam, kde lidský jedinec je schopen a chce sám o sobě rozhodovat, má na to nejen právo, ale je naší povinností mu k tomu poskytnout podmínky nebo mu alespoň nebránit. Tento přístup je také velmi silně kulturně podmíněn, vychází z anticko-křesťanské kulturní tradice a nelze očekávat, že bude stejně akceptován i v jiném kulturním prostředí.

Nehledě na kulturní prostředí člověk zakouší svou vlastní hodnotu ve velké míře přes druhé. To, jak ho ostatní přijímají a oceňují, zvyšuje jeho zakoušení vlastní hodnoty. Tyto dva prvky, svobodná vůle a přijetí druhými, úzce souvisí s tím, jakou hodnotu připisujeme v současné době seniorům, případně oni sami sobě.

Problém nastává i tehdy, když člověka vnímáme jen jako biologického tvora bez hlubšího určení, jehož hodnota je pak zpochybnitelná z funkčního hlediska tehdy, kdy jeho možnosti výkonu a schopnost užívat si život tak jako většinová populace je omezená. Hodnota lidského života by neměla vycházet jen z jeho zdraví a fyzické funkčnosti, blahobytu a schopnosti ho produkovat. K tomuto všemu odkazuje termín „Menschenwürde“, který odkazuje k typu důstojnosti bytostně spjaté s lidstvím jako takovým, k hodnotě, která je tu sama v sobě, bezpodmínečně. Je to hodnota, kterou nelze získat ani ztratit.

2.1 Sociální pracovník a důstojnost klientů

Mnoho seniorů žije v rámci nějakého ústavního zařízení, kde je v péči sociálních pracovníků, zdravotního personálu, fyzioterapeutů aj. Senior si ne vždy může vybrat zařízení, ve kterém by rád žil, podle nějakých standardů kvality péče a většinou je z velké části na něm, aby se přizpůsobil přístupu a celkové filosofii zařízení, do něhož přichází.

Většina seniorů se naštěstí s tak vyhoceným chováním, jako je týrání a zanedbávání, nesetká, ale mnoho každodenních projevů péče může v konečném důsledku snižovat klientovu důstojnost, přestože jsou v naprosté většině považovány za standardní pečující chování.

Podle výzkumu Hospicového občanského sdružení „Cesta domů“ (2004), senioři často upozorňují, že sociální pracovníci jsou často až příliš protektivní a ve snaze vyhnout se všem rizikům (alibismus) uzavírají starší osoby do izolace a omezují jejich autonomii (důstojnost).

Základní body podpory důstojnosti seniorů jsou :

- Zachování lidské důstojnosti navzdory tlaku systému.
- Klíčovým aspektem péče o seniory v rámci zdravotnické a sociální péče je úcta k lidské identitě jako takové.
- Jednostranné spoléhání se na technologické řešení v rámci zdravotnické péče vede k dehumanizaci pacienta.
- Nízké zdroje a finanční zázemí vede k odlidštění a znečitlivění personálu.

V ústavech se často setkáváme s takovým jednáním a chováním ze strany pečujících, které je bezesporu dobře míněno a již se stalo součástí běžně akceptovaného pečujícího chování, jen možná důsledky takové péče nebyly plně domyšleny. Příkladem takovéto péče je zastavení klienta na chodbě a urovnání jeho oděvu, zapnutí knoflíku, pohlazení po hlavě. Na první pohled takové chování těžko může být považováno za nedůstojné klienta, naopak působí velmi mile, přátelsky a ve shodě s ideálem toho, co pro většinu z nás spadá do ideálu pečující osoby. Klient je ovšem v situaci, kdy si takovou péči žádným způsobem nevyžádal a celá

situace ho může uvrhnout do nerovnocenného postavení člověka, který se cítí zavázán za jemu projevené laskavosti, může se cítit jako malé dítě, nesamostatný jedinec. Může se vzniklou situací cítit natolik zaskočen, že se nebude schopen ohradit, nastavit si určité osobní hranice a postupně si na tento přístup zvykne, podvolí se mu. Senior se může cítit, že to již není on, kdo o sobě rozhoduje a že ostatní, obzvláště odborníci jako lékaři či zdravotní sestry, vědí nejlépe, co je pro něj nejlepší. Senior se dostává do pozice pouhého příjemce péče, rozhodnutí i o těch nejběžnějších věcech činí jiní, kteří z odborného hlediska „lépe rozumí jeho potřebám“.

Věřím, že sami pečující pracovníci se takto nechovají s cílem v seniorovi tyto pocity vyvolat, jde spíše o nereflektovaný a zažitý přístup k seniorům v rámci institucionální zdravotnické orientované péče.

Dalším příkladem péče, která vrhá klienta do závislého postavení, je způsob, jakým je připravován program domova důchodců či ve stacionáři. Senior do zařízení přichází a je mu předložen denní program, a je mu řečeno, co dnes bude dělat. Klienti nebyli součástí diskuse, co a kdy se bude dít, co je zajímavé, co sami umí a co by se chtěli naučit. Nevytváří program, ale jen ho pasivně přijímají.

Samozřejmě chápu, že klienti, kteří trpí rozsáhlou demencí, nemohou být stejně aktivní jako ostatní. Přesto ti senioři, kteří jsou stále mentálně a fyzicky vitální, jsou vtaženi do pozice pasivního příjemce péče, někoho, kdo o sobě vzhledem ke svému vysokému věku již nemůže rozhodovat. Vysoký věk a neschopnost jakoby se rovnaly.

Je tedy potřeba vnímat seniora jako partnera a nevnímat ho prismatem jeho věku a „tudíž“ neschopnosti, přizpůsobit péči skutečným a ne domnělým potřebám seniorů, vyvarovat se chování, které klienta vrhá do méněcenné pozice, a které bychom si sami nepřáli. Jedna věc je pohazení tam, kde klient o takový tělesný kontakt stojí a kde je na místě vzhledem k situaci a vztahu mezi seniorem a pomáhajícím, a druhá věc je pohazení jako nástroj určité moci, kdy je nevyžádaný a ohrožující.

Při vytváření programu je třeba brát v úvahu ty klienty, kteří jsou stále na dobré mentální úrovni a dát jim prostor pro vyjádření jejich potřeb, přání a také jim dát prostor ukázat a sdílet

jejich vlastní schopnosti a dovednosti, aby se cítili jako užiteční a potřební a především být v kontaktu s klientem a dát mu aktivnější prostor.

Hospicové občanské sdružení Cesta domů (2004) ve svém projektu na podporu důstojnosti seniorů vymezilo několik zásadních bodů, které by měly být pomáhajícímu pracovníkovi určitým návodem důstojné péče:

- Respektuj individuální zvyky a hodnoty.
- Respektuj u každého domov, životní prostor a soukromí.
- Poskytuj útěchu a projevuj takt.
- Získavej souhlas k nezbytným pečovatelským úkonům.
- Povzbuzuj seniory k vlastní volbě a rozhodování.
- Podporuj začleňování a účast, nedopouštěj vyčleňování nikoho.
- Podporuj každého, aby dbal na osobní hygienu a vzhled.
- Dopřej každému dost času. Na nikoho nespěchej.
- Přizpůsob péči potřebám a životnímu rytmu každého jednotlivce.
- Snaž se předvídat individuální potřeby.
- Respektuj hranice schopností každého jednotlivce.
- Nevykonávej činnosti, které překračují tvou odbornou způsobilost.
- Na konkrétní požadavky reaguj zdvořile.
- Chovej se zdvořile a projevuj úctu i v případě, kdy máš špatnou náladu nebo jsi ve stresu.
- Pokud je to možné, informuj toho, o kterého pečuješ předem o všech úkonech.
- Vyjadřuj se zdvořile a užívej zdvořilá gesta.
- Umožni seniorům podstupovat jisté riziko.
- Podporuj účast na každodenním životě.
- Zachovej si smysl pro humor.

2.2 Jazyk a komunikace v sociální práci se seniory

Jazyk je jeden ze způsobů jak se vztahujeme k ostatním lidem. Vypovídá mnohé o nás samých, o vztahu mezi mnou a druhou osobou a o tom, jaké mám o partnerovi v dialogu představy. Způsob jakým s ostatními komunikujeme a jaký volíme jazyk úzce souvisí s naší sociální rolí v dané chvíli, s kulturním prostředím, liší se podle toho, s kým komunikujeme, jaký k němu máme vztah a v jakém jsme mezi sebou postavení apod. Zároveň „*se změnou role mění člověk své vyjadřování. Někdy natolik, že nejenže volí jiná slova či formu, ale mluví i jinak usazeným hlasem, jiným tempem, kontroluje či nekontroluje svou mimiku, gesta, apod.*“ (VYBÍRAL, 2005, s.40). Zdá se, že mnoho z těchto aspektů naší každodenní komunikace je naučené nebo neuvědomělé. Často přijímáme způsob komunikace, který je vlastní určitému prostředí v rámci naší vlastní asimilace a je často chápán jako přijetí určité profesní „hantýrky“, „tak se to u nás prostě dělá“.

Tímto mechanismem přijímání vnitřních norem chování a komunikace určitého profesního prostředí si je asi možné vysvětlit mnohé komunikační přístupy, které podle mého seniorovu důstojnost nepodporují a nekomunikují s ním z rovnocenného postavení, ale v naprosté většině případů se lze domnívat, že nejsou zle míněny.

Když jsem se poohlížela po nabídce domovů důchodců, stacionářů a jiných aktivit pro seniory, často mě právě zarážel jazyk a slovník, jaký byl použit k popisu nabídky. V té se často objevovala slova jako „kroužek“, „zpívánky“, canisterapie jako „práce se zvířátky“, „kapesné“ jako to, co klientovi zůstane po zaplacení nutných poplatků za pobyt v domově a dále nazvání aktivních klientů „pracovitě včeličky“ a fakt, že jsou senioři často oslovováni v podstatě neznámými lidmi „babičko“ a „dědo“. To vše mi připadá zavádějící a nepodporující důstojnost a respekt seniora. Je to jazyk, kterým bychom asi těžko promlouvali k našim přátelům, kolegům nebo nadřízeným, snad možná tak k dětem. Otázkou zůstává, proč se právě u seniorů tento jazykový úzus zabydlel, a proč senior nemá nárok na stejný způsob komunikace, jakou mezi sebou používají rovnocenní a kompetentní partneři.

Je těžké rozlišit, co bylo dříve, zda-li určitý způsob komunikace a chování, který v konečném důsledku vytváří okolo seniorů atmosféru nerovnosti až neschopnosti, nebo vnímání seniorů už od počátku jako méně schopných rozhodovat se o sobě a o svém životě, které nakonec vedlo i ke změně jazykového paradigmatu. Je to asi věčný spor na téma „co bylo dřív, vejce nebo slepice“.

Druhou stránkou problému se může stát, že sami senioři postupně začnou podobný způsob komunikace vyžadovat, neboť získají pocit, že je projevem péče a laskavosti a obávají se, že změna by znamenala ztrátu těchto kvalit. A zároveň si uvědomují, že způsob péče, který zde kritizují, může pro mnoho seniorů být výhodný a mohou se v něm cítit dobře. Pasivní přijímání péče a ne zcela rovnocenné postavení mohou považovat za součást toho „být starý“ a mohou se v něm cítit dobře a dokonce právě tehdy se budou cítit oceněni za své celoživotní úsilí. Je tedy potřeba přistupovat ke každému klientovi pokud možno individuálně, a v mezích možností mu nabízet takový způsob péče, který bude pro něj přijatelný. Podstatným rozdílem je ona možnost volby. Je na seniorovi si zvolit, jak si přeje, aby se k němu ostatní chovali, a toto přání by se mělo respektovat.

Jedním z prvních kroků by mohlo být prosté uvědomění si a vcítění se do pozice seniora a představení si jak já sám bych chtěl, aby se mnou ostatní komunikovali, až budu ve seniorském věku. Nebo si představit jestli bych tímto stejným způsobem promlouval ke svému kolegovi, přátelům apod.

Další možností je pozorně naslouchat signálům, které senior vysílá.

Případ z praxe (I):

Žena, okolo 75 let, byla přijata do rezidenční části domova důchodců k dlouhodobému pobytu na žádost syna. Od počátku byla vůči personálu nedůtklivá až agresivní, celé hodiny trávila v pokoji na lůžku, často v noci plakala. Podobně se chovala i vůči ostatním obyvatelům domova. Po dvou týdnech byla považována za problémovou.

Když jsem k té paní byla poslána jako stážistka na tzv. popovídání, setkala jsem se s velmi uzavřenou ženou, která měla tendenci občas zdůrazňovat to, co chtěla říci, křikem a mohutnými gesty, které mohly zvláště některé seniory opravdu děsit. Přistoupila jsem částečně na její způsob komunikace, na otevřené kladení otázek a upřímné odpovědi. Po bouřlivějším úvodu bylo vidět, že mi paní začíná pozvolna věřit a otevřela některá bolestná témata svého pobytu. Zejména byla nešťastná z toho, že personál se neustále mění, nezná tyto osoby jmény, mohou přijít na její pokoj kdykoliv, píchnout jí jakoukoliv injekci a odejít, připadala si jako „panák“. Hlavním důvodem její nespokojenosti samozřejmě bylo, že nebyla smířená a ani připravená na nový život v domově důchodců a šla do něj jen na přání syna. Loučily jsme se po více než hodině povídání, kdy se rozhovořila i o své minulosti a zavzpomínala si.

Dodnes jsem přesvědčená, že kdybych ji pouze chlácholila a volila komunikaci nerespektující její žal a zlobu, nikdy by se neotevřela. Nejen v krizové intervenci se vyplácí přistoupit na klientův jazykový svět a tak se mu alespoň trochu přiblížit.

Případ z praxe (II):

Seniorka, okolo 85 let, velmi aktivní a bystrá, s velmi břitkým smyslem pro humor, který tříbila na každém ve svém okolí, v domově byla spokojená, žila v samostatném pokoji. Někdy reagovala na pracovníky domu posměšně a s jistým despektem. Jinak velice šarmantní dáma.

Myslím, že i v jejím případě se osvědčilo reagovat na její humor podobně, podobným způsobem komunikace jí dávat najevo, že je respektována jako partner v rozhovoru. Její uštěpačné reakce vůči personálu byly podle mě jasným znamením, že si nepřeje, aby k ní bylo promlouváno chlácholivě, ale na její úrovni. Vymezit hranice její štiplavé ironii se dalo právě tak dobře s humorem a dočkalo se z její strany pozitivnější reakce.

Domnívám se, že je tedy užitečné v rámci možností, profesionality a slušnosti, přistoupit na klientův způsob komunikace a snažit se rozumět jeho jazykovému světu. Je to jeden z nejjasnějších signálů respektu z naší strany.

2.3 Respektování seniorova soukromí

Právo na soukromí je jedna ze zásadních podmínek pro vytvoření prostředí, které vzbuzuje pocit důvěry, domova a bezpečí. Tam, kde je soukromí člověka neustále narušováno, se může člověk cítit ohrožený, ztratit důvěru k personálu a uzavřít se nebo být agresivní. Narušování soukromí klienta opět přivádí do nerovnocenného postavení, kde jeho přání a potřeby nejsou pokládány za důležité. Za narušení soukromí lze považovat nejen onu úpravu oděvu na chodbě, ale především vstup do klientova pokoje bez zaklepání, nepředstavení se a nedostatečná informovanost ohledně zdravotních zákroků, které klienta čekají. Právo na soukromí úzce souvisí s předchozím problémem. Je-li klient vystavován situacím, které ho uvádějí do nerovnocenného postavení, kterým se nebrání nebo nemůže bránit, často dochází ze strany pomáhajících k tomu, že si sami na tuto skutečnost zvykají a posunují její hranice.

V jednom domově důchodců jsem se pravidelně setkávala s tím, že nejen pomáhající pracovníci - profesionálové, ale i praktikanti a někdy i uklízečky bez zaklepání či jakéhokoliv upozornění vcházeli ke klientům do pokojů a to obzvláště tehdy, bydlelo-li jich na pokoji více. Přesto ani u seniorů, kteří měli v rezidenčně-zdravotní části objektu ubytování v samostatných pokojích, nebylo neobvyklé vstoupit do pokoje bez zaklepání a vyzvání. Sestra vstoupí na pokoj, oznámí klientce, že jí píchne injekci a ať se vysvlékne... Klient často netuší, co je to za lék a proč mu je podán, sestru často nezná a ani u stálých zdravotních pracovníků nezná jejich jméno a tudíž je oslovuje např. „sestro“ a je tedy opět v pozici nerovnocenné: zatímco sestra o něm leccos ví, zejména ze zdravotní anamnézy, klient často nezná ani její jméno a jen pasivně, vděčně přijímá její pomoc. Ti klienti, kteří se ohradí proti tomuto vstupu do soukromí, požadují klepání a vyčkání, znalost léků a jména sestry, jsou většinou považováni za problémové a je jim zdůrazněno, že mají být vděční a nedělat problémy, nebo jsou uchlácholeni, aby si to tak nebrali. A opět jsou v naprosto nerovnocenném postavení, které maximálně snižuje jejich pocit důstojnosti.

Jak to vyjádřila jedna klientka, která byla považována za velmi problémovou: *„Já tu prostě jen ležím a někdo přijde, koho jsem nikdy neviděla, píchne mi injekci, čeho a proč já nevím a odejde. To se několikrát denně opakuje. Nemám tu soukromí a jsem jak panák“.*

Opět zde vyvstává otázka, jak vytvořit prostředí, kde bude ke klientovu soukromí přistupováno s respektem. I v tomto případě bych se přimlouvala, aby se sociální pracovník či zdravotník snažil vcítit do seniorova postavení a nedělal to, co by nedělal svému kolegovi nebo příteli.

2.4 Sociální pracovník a zapojení klientů do procesu řešení jejich problémů

Jeden z bodů etického kodexu pro sociální pracovníky zdůrazňuje povinnosti sociálního pracovníka zapojovat klienta do řešení problému s ním souvisejících. To znamená, že klient se nebude v závažných i běžných rozhodnutích obcházet, že se nebude rozhodovat bez něj, že to nebudou příbuzní a sociální pracovníci, kdo bude mít hlavní slovo - a především, že seniorovo přání bude vyslyšeno a v maximální možné míře respektováno.

Často jsem se setkávala s tím, že klientovy problémy se řešily s jeho dětmi a to bez účasti klienta samotného. Bylo by to pochopitelné u klientů, kteří jsou zbaveni svéprávnosti nebo jejichž zdravotní mentální stav nedovoluje činit samostatná rozhodnutí. Ale to nebyl případ většiny klientů. Syn či dcera byli požádáni, aby přišli do centra k řešení nějaké klientovi situace či v rámci každodenního vyzvedávání těch klientů, kteří z fyzických či jiných důvodů cestu sami domů nezvládli, aby šli tzv. na slovíčko. To se často dělo s vědomím samotných klientů a často ve stejné místnosti, kde byl jak sám klient, tak i ostatní klienti a pracovníci centra! Hovor slyšet nebyl, ale opět nastává situace, kdy je klient považován za neschopného řešit či alespoň se účastnit rozhovorů o něm samém. Chápu, že když klientův syn či dcera platí obědy a denní pobyty ve stacionáři, je to něco, co jaksi prakticky sám klient řešit nemůže, ale alespoň by mu mělo být umožněno, aby se oné diskuse účastnil.

Ve chvíli, kdy centrum řeší s dětmi klientů chování seniorů, jejich zdraví, potřeby apod. mi připadá vyloženě nedůstojné klienta z tohoto jednání vyřadit, jako by se ho rozhodnutí tam učiněná netýkala nebo nebyl schopen projevit svoji vůli a přání.

Tento přístup profesionálů podle mého vede k tomu, že samotné rodiny se pak ke svému staršímu členu chovají jako k malému a neschopnému, jako k „dalšímu dítěti“, protože „když

se tak k naší mamince chová paní doktorka, tak asi ví proč to dělá“. Senior se tak ocitá v situaci, kdy není nikde brán vážně a s respektem, kdy se nebere ohled na jeho přání a vidění světa, kdy není doceněno to, co v životě vytvořil a co umí.

2.5 Specifika důstojnosti klientů s demencí

HARTL (2000, s.101) definuje demenci jako „*onemocnění mozku, většinou chronického nebo progresivního rázu, podmíněné postižení psychických funkcí, jako je paměť, zvláště přijímání, uchovávání a vybavování nových informací, dále myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnosti učení, řeč a úsudek, při neporušeném vědomí; dochází ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování; narušeny jsou i aktivity denního života, jako je mytí, oblékání, jídlo, osobní hygiena, vyměšování a toaleta; pro stanovení diagnózy musejí příznaky trvat nejméně šest měsíců... vyskytuje se při Alzheimerově a Parkinsonově nemoci nebo opakovaných cévních mozkových příhodách (multiinfarktová demence)...*“

BUIJSSEN (2005, s.13) píše: „*Pojem „demence“ pochází z latiny a doslova znamená „bez myšli...“.* Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku... Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě.“

Demence je často spojována se stářím jako její nevyhnutelný průvodce. Je pravdou, že výskyt je častější u lidí mezi 65. a 70. rokem a dále pak stoupá, mezi 85-letými trpí demencí každý pátý. Přesto nelze říci, že je demence nevyhnutelným důsledkem stáří.

Hlavním problémem pro toho, kdo se o pacienta s demencí stará, je velká nesrozumitelnost pacientova chování, které se zdá chaotické a bez jakékoliv vnitřní logiky nebo zákonitostí. Navíc stav člověka s demencí se neustále vyvíjí, je to proces a to, co platilo před pár dny už nemusí platit dnes. Pacient vyžaduje neustálou péči, zvláště v pozdějších fázích nemoci, může být náladový, podezřívavý, interpretovat si události okolo sebe podle logiky, které rozumí jen on sám.

U pacientů s demencí dochází k tzv. retrogenezi (Ribotova hypotéza), to znamená, že pacienti ztrácejí intelektuální i praktické dovednosti v opačném pořadí, než se je naučili. To v mnohém vysvětluje proč zážitky, které se odehrály před krátkou chvílí pacientovi v paměti neutkvěly, ale vzpomínky z dětství jsou docela jasné.

2.5.1 Jak senior svou demenci prožívá

Pro péči o pacienta s demencí, která má respektovat jeho důstojnost i v tak náročném období, je nutné se snažit co nejvíce porozumět jeho vnitřnímu světu, jeho prožitku této nemoci. Pro partnery nebo blízké pečující osoby je toto téma obzvláště palčivé, často se trápí představou, jak moc si jejich milovaný svůj stav uvědomuje, jak moc ho to trápí. Zdá se, že především v počátečních fázích si člověk uvědomuje prvotní znaky jako je zapomnětlivost, více chybných úkonů apod. a často zažívá pocit frustrace, rozladěnosti, hněvu. V pozdějších fázích je možné, že paměť odchází natolik pozvolně, že si to sám pacient neuvědomuje. Zdá se, že dochází ke zvýraznění určitých osobnostních rysů a zároveň, že ten, kdo byl vždy optimistického založení, takový zůstane i s demencí. To, jak se člověk bude vyrovnávat s demencí souvisí s jeho celoživotním zvládáním kritických situací, s jeho životními prožitky a celkovým osobnostním nastavením. U člověka s demencí dominují pocity nad myšlením, často bývá zaplaven mnoha pocity, které nedokáže tak jednoduše zpracovat. Zároveň ztrácí pocity ohledně minulosti a budoucnosti, na jedno si už nepamatuje a o druhém už nedokáže střízlivě racionálně uvažovat. Pacient ztrácí pocity jako stud, vina, naděje apod., čímž by bylo také možno vysvětlit určité asociální projevy pacienta.

Jak se pacientova paměť postupně pozpátku „vymazává“, pacient má tendenci se vracet k tématům a zážitkům, které pro něj byly v minulosti významné, chce opakovat činnosti, které dříve byly součástí jeho každodenního života. Tak může žena, která byla po dlouhou dobu v domácnosti, netrpělivě očekávat příchod svých dětí ze školy a prožívat velkou úzkost, když nepřicházejí. Pacient ztrácí představy o čase a prostoru, tedy i o tom, kde je a co je za dobu.

Tak jak se pacientova mysl obrací čím dál více k minulosti, tak může člověk opět prožívat traumatické zážitky a události ze své minulosti. Určité psychické hráze, které člověka chránily před strašnou bolestí a zaplavením strachem a úzkostí, se postupně hroutí a pacient

těmto pocitům může být zcela vystaven. BUIJSEEN (2005, s.52) píše: „Člověk s demencí může najednou přímo uprostřed dne prožívat strašnou noční můru. Pro něho to však není sen, ale skutečnost. Zoufale vyděšený jako zraněné zvíře nebo živočich ve velkém nebezpečí ztratí kontrolu sám nad sebou a je nečekaně konfrontován s příšernou událostí, jež se stala před mnoha lety.“

Pro pacienta je sociální kontakt s ostatními čím dál složitější, stále méně rozumí slovní komunikaci a je více závislý na gestech a mimoslovní komunikaci. Má také zvýšenou potřebu důvěry, zejména u těch, kteří ho obklopují a starají se o něj. Ale kombinace zhoršeného rozumění a zvýšené potřeby důvěry může mít často za následek podezíravost, strach, až agresivitu.

V poslední fázi demence má pacient velké problémy vnímat to, co se okolo něj děje a nějakým způsobem tomu rozumět, nakonec nemusí poznávat ani své nejbližší a ani své domácí prostředí. Minulost si nepamatuje, budoucnost nezná a prožívá jen bezprostřední „teď“. Na konci života je jak malé novorozeně, většinu času prospí, nevnímá rozdíl mezi sebou a okolím, často nepoznává ani části svého těla. „Poslední z celého procesu demence odchází schopnost usmívat se. Když se neusmívá, smrt není daleko“ (BUIJSEEN, 2005, s.57).

2.5.2 Osoba pečující o pacienta s demencí

Ten, kdo pečuje o nemocného demencí, to má v mnohém velmi náročné. Musí se vyrovnat s neobvyklým světem nemocného a alespoň zčásti mu porozumět. Péče o nemocného demencí může vyžadovat nejen každodenní, ale často celodenní péči, a ani noci nebývají klidné. Pečující je vystaven neustálým požadavkům a přáním nemocného. Zároveň čelí vlastním obavám, co všechno by se mohlo stát a to vše s často minimální podporou okolí. Pečující může omezit nebo ztratit své kontakty s přáteli, nemá čas a prostor na vlastní odpočinek, koníčky a zájmy. Je vystaven celé řadě smíšených pocitů, se kterými si neví rady a často se za ně i stydí. Pocity viny jsou u pečujících o demenční pacienty velmi časté a je to závažný problém, o kterém se příliš mnoho nemluví. Pro příbuzné a partnery je navíc velmi těžké se vyrovnat s tím, že postupně ztrácí svého blízkého a milovaného člověka, ztrácí se jim před očima, odchází někam, kam oni za ním nemohou. Dopad na nejbližší okruh lidí

nemocného je ohromný, nemoc trvá v průměru okolo sedmi let a život rodiny se za tu dobu převrátí vzhůru nohama. Pečující se bojí, co by se stalo, kdyby sami onemocněli. Prožívají pocity nedocenění ze strany okolí, někdy i nejbližší rodiny.

Pečujícím často hrozí riziko, že ve shonu naplňování potřeb a přání nemocného zcela opomenou vlastní zdraví a psychickou pohodu. Existují spolehlivé důkazy, že lidé pečující dlouhodobě o nemocného s demencí, mají větší míru výskytu deprese a zdravotních problémů souvisejících se stresem (STUART-HAMILTON, 1999, s.221). U těchto pečujících je také zvýšené riziko sebevraždy. Pro vyrovnávání se s náročností této role se zdá být rozhodující i citové pouto mezi pečovatelem a pacientem. „...*silné citové vazby vnímanou zátěží snižují, zatímco silné pocity povinnosti ji naopak zvyšují*“ (STUART-HAMILTON, 1999, s.223).

2.5.3 Přístup pečovatele

Pro pečovatele je výhodné, aby pozoroval a zapisoval si situace, které u jeho pacienta vyvolaly zlostnou a agresivní reakci, je to jeden z možných způsobů, jak podobným situacím předcházet a možná se jim tak naučit i porozumět.

V předchozí části své práce jsem se zmínila, že se domnívám, že je výhodné, naladit se na seniorův způsob komunikace a tak mu nejlépe dát najevo náš respekt a pochopení. Podobná situace je u pacientů s demencí, kteří reagují zlostně a agresivně. Vezmeme-li jejich zlobu vážně, nebudeme ji zlehčovat a chlácholit lacinými slovy, ale „*vyjádříme jeho pocity slovy. „Vidím, že se na mě hněváš“*“ (BUIJSEEN, 2005, s.76). Tak dojde k uvolnění atmosféry plné zlobných emocí a otevření tématu, zároveň se k pacientovi chováme s respektem a důstojností, chováme se k němu jako k jakémukoliv jinému člověku a to jsou signály, které sám pacient velmi jasně vnímá.

Obdobná situace nastává tam, kde pacient zažívá halucinace. Utěšováním typu „ale tam přece nikdo není“ jen zvyšujeme jeho úzkost a nebereme ho dostatečně vážně. Ale pokud vyjádříme pochopení proto, že se děje něco, co pacienta zneklidňuje a zúzkostňuje, opět ukazujeme, že ho stále bereme vážně a nasloucháme jeho obavám.

Huib Buijssen sám doporučuje jako nejlepší přístup k seniorovi s demencí, abychom s ním jednali jako s dospělým. *„Každý člověk může pocítovat rozpaky, například když se svléká před sprchováním. Také ví velmi dobře, kdy o něm mluvíte s někým jiným v jeho přítomnosti. Dovolte mu, aby si nechal peněženku. Když má nějaké peníze, dává mu to pocit jistoty“* (BUIJSSEN, 2005, s.105).

2.6 Téma smrti a eutanázie

„Na počátku jsme to, co jsme dostali. Uprostřed života, když jsme se konečně naučili stát na vlastních dvou nohou, se učíme, že jsme povoláni dávat druhým, abychom završili svůj život, takže když opouštíme tento život, můžeme být tím, co jsme dali. Smrt může být z tohoto pohledu náš poslední dar.“

~ Erik Homburger Erikson

„Smrt je poslední možnost jako konec všech mých možností.“

~ Martin Heidegger

Smrt je pro člověka určitým horizontem, ke kterému se postupně přibližuje a ke kterému se po celý život nějakým způsobem vztahuje, i když třeba jen tím, že se ho snaží nevidět. Každý člověk se vyrovnává s vědomím vlastní konečnosti po svém, někdy tak skrytě a tiše, že na první pohled působí frivolně, jako by se ho smrt netýkala.

„Je to tedy právě konečnost, omezenost života, která dává lidské existenci všechnu její napínavost a dramatičnost. Ale naopak jen konečný, omezený život může nakonec vytvořit příběh, který se dá také vyprávět – celek“ (SOKOL, 2005). Od seniorů se v mnohém očekává, že jsou se svou konečností smířeni anebo se okolí tomuto tématu s nimi vyhýbá úplně. Pokusy o vážný hovor na toto téma jsou často zlehčeny a senior je uchlácholen, že jemu se „to ještě nestane“ a aby na takové věci nemyslel. Toto téma se spíše otevírá tam, kde je pacient dlouhodobě nemocný a nemoc má progresivní charakter, tam kde se se smrtí jaksí více počítá.

Většinová představa o dobré smrti je taková, že by si člověk přál zemřít, co nejpozději, bez bolesti a rychle. *„... dovoluji si oponovat. Delší nemoc totiž často mívá i svoji velice*

významnou pozitivní stránku. Bývá velikou příležitostí, a to nejen pro nemocného, ale i pro celé jeho okolí. Vážná nemoc zpravidla vede člověka k přehodnocení jeho dosavadního žebříčku hodnot. Je-li tato příležitost správně pochopena, uchopena a zúročena, může být nemoc paradoxně tím nejplodnějším a nejcennějším úsekem života“ (SVATOŠOVÁ, 2005).

V České republice umírá ročně okolo 105 000 lidí, převažující většina (75%) umírá v rámci zdravotnických a sociálních zařízení a jen 1% z nich se dostane paliativní péče.

První samostatný lůžkový hospic byl otevřen v Červeném Kostelci v roce 1995. Ke konci roku 2004 působilo v České republice 8 hospiců. Velmi významnou propagátorkou hospicové péče u nás je MUDr. Marie Svatošová, která stála u zrodu prvních hospiců v České republice.

Začíná se také rozšiřovat domácí hospicová péče jako alternativa pro klasickou hospicovou péči. Organizací, která poskytuje podporu těm, kteří se rozhodli pro tuto formu péče o blízkého, je především Cesta Domů.

Dalším významným tématem je v poslední době eutanázie, pomoc při umírání. Eutanázie (VOKURKA a HUGO, 1998, s.115-116) je *"usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení....Kromě aktivní e.(podání smrtícího prostředku na přání nemocného) existuje ještě tzv. pasivní e. spočívající v přerušení léčby, která udržovala pacienta naživu"*.

Toto téma není tak nové jak by se zdálo, jsou známé přírodní národy, které zabíjely nemocné a přestárlé, aby je ochránili před nemocí a velkým utrpením. Zmínky o určité formě pomoci ke smrti jsou již ve Starém Zákoně (kniha Samuelova, příběh o Saulovi). Antika používala tohoto pojmu *eu-thanasia* (tedy dobrá smrt) vždy v závislosti na tom, co považovala za *eu-zein* (tedy dobře žít), porozumění smrti tedy vycházelo z toho, jak lidé rozuměli životu. *„...zda je smrt dobrá nebo nikoli, neměřilo mírou utrpení, ale tím, zda se ve smrti a v umírání projevílo cosi, co se ukázalo být silnější než sama smrt“* (ŠPINKA, 2005). A dále poukazuje na Homéra a jeho pojetí krásné smrti před Trójou. Chápání dobré smrti se postupně rozšiřuje a za dobrou je považována smrt s vyrovnaností, důstojností, opouštění života prožitého v ctnosti a smysluplnosti, za příklad takové smrti se často uvádí Platónův popis Sókratova života a smrti.

K eutanázii se ve svých spisech vyslovovali Thomas More, Martin Luther, Francis Bacon aj. Kniha Adolfa Josta z roku 1895 se výmluvně nazývá „Právo na smrt“ a ve 20.st. napsal

Binding a Hoch „*Svoboda k hubení života nehodného žití. Rozsah a forma.*“ Tito dva autoři považovali nevyléčitelně nemocné a slabomyslné za „balastní existence“, „lidské slupky“. Jejich dílo ovlivnilo přístup k nevyléčitelně nemocným v Německu za vlády strany Národního socialismu.

Eutanázie vyvolává tolik otázek a kontroverzí, že není možné v této práci na všechny upozornit a doplnit je určitým stanoviskem. Tématu se dotkneme opět se zaměřením na seniorovu důstojnost.

2.6.1 Hospicová a paliativní péče

„ K odkazům našich pacientů patří i cenná zkušenost a rada - učit se na ničem a na nikom nelpět. Ani na svém majetku, ani na svých nejbližších, ani na svém životě. V každém případě to jednou ztratíme. Všechno. Odevzdáme to dobrovolně nebo nedobrovolně, ale odevzdáme. A naše skutečné štěstí závisí právě na tom, zda to naše odevzdávání bude dobrovolné nebo nedobrovolné“ (SVATOŠOVÁ, 2005).

Cílem hospicové a paliativní péče je poskytnutí péče, která je zaměřená na důstojnost člověka, je to aktivní péče, zaměřená na kvalitu života u lidí s velmi pokročilou formou vážné nemoci nebo v tzv. terminální fázi. Paliativní péče se snaží o co největší kvalitu pacientova života, zmírnění bolestí, zachování jeho důstojnosti, podpory jeho blízkých. Paliativní péče se snaží maximálně vycházet vstříc i individuálním pacientovým přáním a potřebám. Zároveň se snaží ukázat, že samotné umírání nemusí být zlé, nedůstojné, v opuštění a bolesti. Na jednu stranu paliativní i hospicová péče obecně čerpá z ohromných úspěchů na poli medicíny 20. a 21. století. Na stranu druhou se snaží udržet hranici mezi přetechnizovanou péčí, která může být velmi odlidštěná, a snažit se zachovat člověka za každou cenu, i proti jeho vůli.

Paliativní a hospicová péče naráží na mnoho předsudků a mýtů ohledně smrti a umírání. Někteří lidé se domnívají, že smrt je vždy nedůstojná a plná bolesti a moc se s tím nedá dělat, že je lepší, aby umírajícího člověka nikdo z rodiny, zejména děti, neviděl. Umírající má odejít někde v ústraní, aby svou smrtí ostatní neděsil, lepší je zemřít v nemocnici, kde jsou na „to“ vybavení apod. Mnoho lidí se také domnívá, že hospic je vlastně totéž, co domov důchodců,

ale zapomínají přitom na fakt, že přestože většina pacientů je pokročilého věku, ne všichni umírající a nemocní jsou senioři, je mezi nimi i mnoho mladých a dětí.

Přestože moderní hospicová péče je na vysoké úrovni, jak po odborné, tak lidské stránce, nic nemůže nahradit domácí prostředí a odchod člověka v kruhu jeho nejbližších. I tato péče je obestřena mnoha mýty: nemocný nemůže doma dostat takovou péči jako v nemocnici, péče o umírajícího poskytuje rodině jen trápení a bolest, umírající stejně nevnímá, co se s ním děje, tak je jedno, kdo se o něj stará apod.

Každý z nás si představuje důstojnou smrt jinak. Pro většinu z nás je taková smrt však spojena s možností nebyť osamocen, neumírat v odlidštěném prostředí nemocnice či jiného ústavu, neumírat ve velkých bolestech. Jestliže až 75% lidí v České republice umírá v nějakém institucionálním zařízení, často v osamocení a v dehumanizujícím prostředí, není divu, že většina lidí má k smrti negativní a úzkostný přístup, protože vlastně nikdy neviděli člověka důstojně odcházet, ale znají jen historky z nemocnic a vše to, co na ně zúzkostněná mysl „nabalí“. Naši blízcí málokdy odcházejí v kruhu rodinném a většina z nás tedy neví, co to umírat skutečně znamená, málokdo z nás hovořil s člověkem, který o svém odchodu věděl a tak nemáme většinou žádný kontakt s tou pozitivnější stránkou umírání, neznáme žádný model toho, jak se se svou konečností a umíráním vyrovnat.

V rámci paliativní a hospicové péče už většinou pacient ví, jaký je jeho zdravotní stav a jaká je jeho prognóza. Stále nemusí být se svým blízcím se koncem smířen, ale právě tento typ péče mu v mnohém otvírá potřebný prostor být nejen v kontaktu se svými blízkými, ale především sám se sebou. Pracovníci hospicové péče ví, že chlácholení a útěky od bolestivých témat nemají v tak náročném období místo. Velká podpora je poskytována i blízkým, kteří potřebují podporu a orientaci v těžkých pocitech, které je provázejí, potřebují s někým sdílet své obavy a zároveň vidět, že nejsou jediní v tak těžkém životním období. Paliativní a hospicová péče podporuje nejen důstojnost samotných pacientů, ale i jejich blízkého okolí.

2.6.2 Právo na informace

Po velmi dlouhé období převažovala víra v plnou nebo částečnou milosrdnou lež (pia fraus). Lékař byl ten, který znal plnou povahu pacientovi nemoci, něco bylo řečeno i příbuzným, ale sám pacient měl být ponechán v blažené nevědomosti. Vztah pacienta k lékaří byl plný bojácné úcty, velmi paternalistický, i když i dosti intimní, lékař léčil sám svého pacienta a do procesu léčby většinou další zdravotní personál příliš nevstupoval.

A jak dále dodává HAŠKOVCOVÁ (2005) „*po druhé světové válce (po roce 1945) se však situace lékařů i pacientů výrazně změnila. Důvody byly politické (důraz na lidská práva a individuální svobody), vzdělanostní (lidé dosahovali mnohem vyššího vzdělání) a odborné (vznikal systém specializované a superspecializované medicíny a složitých zdravotnických systémů).*“

ROTTER (1999) upozorňuje, že jen každý desátý pacient je o stavu svého vážného a terminálního onemocnění zpraven, většinou tuto informaci dostávají jeho nejbližší příbuzní a je na nich, jak rozhodnou. Pacient se nevědomky dostává do situace, kdy jeho příbuzní, lékař, zdravotní sestry o něm ví něco podstatného a on jako by na tuto informaci neměl právo, je před ní chráněn a zároveň se mu ubírá právo rozhodnout se, jak naložit se zbývajícím časem. Tedy ta takzvaná milosrdná lež může být i pěkně nemilosrdná, neboť nedává pacientovi onen svobodný prostor, ve kterém se může rozhodnout jak naplnit své poslední dny.

Pacient by měl mít právo o tak závažné věci ve svém životě vědět, i kdyby to pro něho bylo zpočátku zdrcující. Je to nakonec on a jeho život, o který tu kráčí a přílišné ohledy, domnívám se, zde nejsou na místě. Uvědomuji si, že je možné, že někdo opravdu nechce podobnou informaci vědět, nějakým způsobem to dopředu prohlásil, nebo je někdo v tu chvíli v tak špatném zdravotním stavu, že řešení a vyrovnávání se s podobnou informací není v tu chvíli prioritou.

Ti, kteří podobné zprávy pacientům sdělují, tedy většinou lékaři, by měli být se svou vlastní konečností vyrovnáni, aby byli schopni o tomto tématu otevřeně, ale zároveň citlivě s pacientem hovořit, aby od tématu neunikali k laciným útěchám nebo naopak nebyli příliš strozí a věcní, bez projevení lidské účasti. Je třeba, aby se prosadilo „*právo nevyléčitelně*

nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován“ (Charta práv umírajících, 1999).

Lékař, který sám se svou konečností není vyrovnaný a od tématu s pacienty utíká, může napáchat mnoho škody, jak po stránce medicínské, tak etické. Někteří autoři rozlišují aktivní a pasivní útěk takového lékaře. *„Při útěku pasivním se lékař snadno dopustí terapeutického nihilismu a „odepsanému“ pacientovi nezajistí potřebnou paliativní léčbu včetně dostatečné a kontinuální léčby bolesti, případně mu odepře i domácí ošetrovatelskou péči. Při útěku aktivním se naopak snadno dopustí terapeutické posedlosti a alibismu, pacienta zbytečně zatěžuje léčbou neúčinnou, předstíranou, mnohdy nepřiměřeně invazivní, která může v extrémních případech vyústit až v dystanázii (zadržanou smrt)“* (SVATOŠOVÁ, 2005). Pacient, který není o svém stavu informován, neumírá v plné důstojnosti, na jakou má právo. Na rozdíl od staleté tradice nerozhoduje o míře informací lékař, ale pacient.

Je potřeba, aby lékař, který sděluje pacientovi tak zásadní informaci, se vyjadřoval v pojmech, které jsou pacientovi srozumitelné, dal najevo empatii, ale ne přehnaný soucit, a aby uměl pacientovi naslouchat. *„Když pacient cítí, že lékař není lhostejný k jeho bolesti, dovede od něj přijmout špatnou zprávu bez hněvu, nebojí se ho zeptat, a tím se rozvine nutný dialog a vztah důvěry. Důležité jsou i vnější aspekty – nikdy nesmí lékař sdělovat špatnou zprávu tak, že sám stojí nad ležícím nebo sedícím pacientem a dívá se na něj „shora“. Tím, že se lékař posadí, signalizuje, že má na pacienta čas a tím usnadňuje začátek diskuse. Vzít za ruku, třeba i obejmout – to vše pomáhá pacientovi vyrovnat se alespoň částečně s tím, co mu bylo právě sděleno“* (HVÍŽĎALOVÁ, 2005).

V roce 2001 ratifikoval Parlament České republiky mimořádně významnou mezinárodní smlouvu, která se jmenuje *Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny*, kde se mimo jiné praví:

1. Každý má právo na to, aby v oblasti informací o jeho zdraví byl respektován jeho soukromý život.

2. Každý je oprávněn znát všechny informace o svém zdraví. Pokud si však někdo nepřeje být informován o svém zdraví, je třeba to respektovat.

3. Ve výjimečných případech mohou být práva uvedená v odstavci 2 omezena zákonem, je-li to v zájmu pacienta.

2.6.3 Několik zamyšlení nad eutanázií

„V dobrovolné smrti je vítán nejzazší svobodný skutek člověka, který odmítá úpadek a ponížení sebe samého, a právo na eutanázii se často hájí ve jménu lidské důstojnosti: jde o právo zemřít ve stoje a ne jako „laboratorní mrtvola“ ... Masový souhlas s prováděním vyžádané eutanázie pramení z naší křehkosti tváří v tvář bolesti ... právo na příjemnou smrt, právo na absenci utrpení a urychlení procesu smrti“ (LIPOVETSKY, 1999, s.105).

Na začátku tak ožehavého tématu je třeba si ujasnit co pod pojmem eutanázie vlastně myslíme a jak mu rozumíme. Rozlišujeme eutanázii aktivní a pasivní. Tou pasivní se rozumí medicínské ukončení péče, která je považována v tu chvíli za již neefektivní nebo dlouhodobě finančně neudržitelnou, popřípadě nehumánní vůči pacientovi. Aktivní rozumíme usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost, podáním léku nebo odpojením životně důležitých přístrojů. Přesto je zde důležité zmínit, že rozdíl mezi aktivní a pasivní formou eutanázie může být dosti umělý, neboť zřeknutí se nějakého jednání či pomoci, je také určitým jednáním, ne-jednání není možné.

Dále se pod pojmem eutanázie se skrývá více jejích typů, jedním z nich je „pasivní-dobrovolná“ eutanázie tam, kde pacient se sám dobrovolně zříká další náročné léčby (odpojení od přístrojů, odmítnutí radioterapie apod.). Dále se někdy hovoří o „nepřímé-dobrovolné“ eutanázii tehdy, kdy například léky tlumící bolest mají negativní dopad na kvalitu a délku pacientova života. Přesto bychom se asi shodli, že výše zmíněné případy i přes svou etickou náročnost, nespádají do běžného jazykové porozumění termínu eutanázie a nenesou se sebou takovou spornost a naléhavost.

Následující příklady eutanázie jsou ty, které bouří stránky novin a mnoha diskusí: aktivní eutanázie. První z nich je nedobrovolná, druhým pak dobrovolná aktivní přímá eutanázie. Nedobrovolná eutanázie (tedy v podstatě vražda) je dnes obecně považována za eticky nepřijatelnou, ale i ta má své občasné zastánce. Něžčastějším předmětem sporu o

eutanázii je dobrovolná aktivní přímá eutanázie, tedy na výslovné přání pacienta lékařem zkrácený život, např. za pomoci léků aj.

U tak ožehavého tématu, jakým je eutanázie, je vždy potřeba si připomenout, kdo a z jakých důvodů po ní volá. Jsou to skutečně sami pacienti, sami trpící nebo ti, jenž by z mnoha důvodů neuměli nebo nechtěli podobnému konci svého života čelit? Tam, kde o podobný zásah volí sám trpící pacient se samozřejmě jen velmi těžko hledají argumenty proti. Jak kdyby tu panovala němá nevyřčená výčitka „ty zdravý mi budeš říkat kolik bolesti ještě musím unést?“. Přesto je třeba se zeptat, do jaké míry je rozhodnutí ukončit svůj život v takové situaci skutečně svobodný – hlavní to argument zastánců eutanázie. Do jaké míry je takové rozhodnutí ovlivněno velkou osamoceností takového člověka, prostředím, ve kterém se nachází, které může být odlidštěné, odcizeným přístupem lékařů, jak moc je takové rozhodnutí ovlivněno přáním a strachem jeho blízkých apod.? Nemůže být přání eutanázie výkřikem o pomoc v životě? A zároveň do jaké míry je hájení eutanázie těmi, kteří sami nejsou před podobným rozhodnutím, ovlivněno jejich vlastní, třeba i zúženou, definicí lidské důstojnosti a jak moc je spojeno s určitým jednostranným chápáním kvality lidského života? *„...zda hlavní problém skrývající se za narůstající ochotou naší společnosti legalizovat eutanázii není nakonec v tom, že si nevíme rady s naší konečností a smrtelností, že nedovedeme přáním, prosbám a potřebám trpících a umírajících dobře rozumět a že jim nedovedeme pomoci tak, abychom jejich utrpení odstranili, zmírnili či proměnili“* (ŠPINKA, 2005). Není za prosazováním eutanázie náš strach a neschopnost čelit smrti, křehkosti umírajícího člověka a vlastní nemohoucnosti? Jak budeme nalézat hranice oprávněnosti eutanázie, kde bude ona tenká linie mezi „zde už ano“ a „zde ještě ne“, kdo bude mít hlavní slovo u pacientů, kteří z mnoha důvodů už nemohou mluvit sami za sebe, budou to právo mít jeho příbuzní nebo lékaři? Nemůže povolení eutanázie vést k nátlaku na pacienta tam, kde je léčba příliš nákladná? V dnešní době, kdy *„pokračuje devalvace hodnoty stáří, je možné se děsit strašlivého zneužití eutanázie“* (REMEŠ, 2004, s.176).

Eutanázie vyvolává více otázek, než my přinášíme odpovědí. Je to oblast, která vyžaduje zcela individuální přístup ke každému případu zvláště, ale z právního hlediska to není možné.

„Kdo je znalý situace ve světě, ví, že kdekoli se to směrem k eutanázii posunulo s cílem pomoci lidem, kteří nesnesitelně trpí, ukázala pak praxe, že takoví lidé často o eutanázii nežadají, ale že po ní volají buď jaksi předběžně lidé při síle, nebo ji žádají rodinní příslušníci pro své blízké, kteří jsou jim na obtíž. Žádají ji i sami pacienti z důvodů sociálních, prostě proto, že se na světě cítí zbyteční a opuštění. A samozřejmě pak ti, kteří nejsou dobře léčeni, nemají zvládnutou bolest. A to ne proto, že by to nešlo, ale vinou špatné péče. Zkušenost domácího hospice je taková, že pokud má člověk své milé nablízku a pokud je péče kvalitní a bolest snesitelná, bojuje spíše o každý den svého života, neboť se v něm, zvláště když čas se krátí, může udát něco, na co čekal, k čemu celý život směřoval, co jeho život završuje“ (ŠPINKOVÁ, 2005).

2.7 Krátká úvaha nakonec

GRAHAM a BAKER ve svém výzkumu hodnotili míru prestiže, hodnoty, kterou lidé připisují ostatním podle jejich věku. Nejlépe hodnoceni byli lidé okolo dvaceti, třiceti a čtyřiceti let, zatímco děti a senioři se „těšili“ nejmenší prestiži. Dokonce by se dalo říci, že senioři na tom byli hůře, osmdesátiletý člověk byl „oceněn“ stejnou mírou prestiže jako pětileté dítě (STUART-HAMILTON, 1999, s.162). Jak je možné, že dospělý člověk po celoživotní práci, po té, co vychoval děti, po mnoha životních zkušenostech, je hodnocen stejně jako malé dítě, které má toto vše teprve před sebou? Vychází způsob péče o seniory z celkového společenského nastavení, které vidí vysoký věk jen prismatem svého vlastního strachu nebo se i přístup k seniorům v instucionálních zařízeních promítá „ven“ do společnosti? Jak je možné, že často i ti nejvzdělanější profesionálové, jako někteří lékaři, podléhají tomuto stereotypu a vidí seniora jen skrze jeho fyzický stav.

Jako kdyby připsaný (askriptivní) a získaný status byl u starého člověka maximálně zúžen. Zatímco muž středního věku, který je otcem, učitelem a vášnivým hráčem šachů je nemocen jaksi „navíc“, k tomu všemu, kým je, nemocný senior je často prostě jen „nemocný senior“. Právě u seniorů máme největší tendenci ke zevšeobecňování a vnímáme seniory jako homogenní skupinu, která má určité shodné znaky, stejný životní styl .

STUART-HAMILTON (1999, s.226) sám upozorňuje: „*Gerontologickou literaturou... prostupuje jakási nevyslovená víra v to, že starší lidé tvoří skupinu, která je od kohorty výzkumníků ostře oddělena. ... výzkumníci jsou téměř výhradně a často výrazně mladší šedesáti let.*“

Přestože lze usuzovat, že starší lidé budou v budoucnu potřebovat více lékařské péče a budou využívat i jiných sociálních služeb, „*skutečnost, že vyžadují větší péči okolí, však nečiní ze starých lidí radikálně odlišné bytosti*“ (STUART-HAMILTON, 1999, s.226).

Navíc se chováme, jako kdyby stáří byla nějaká událost nebo dokonce neštěstí, které se nám jednoho dne „stane“, „přihodí“ nebo jako zcela odlišný stav bytí, do kterého budeme uvrženi a nevnímáme ho jako proces postupného zrání, další etapu cesty jednoho životního příběhu, pohyb v rámci jednoho bytí a vývoje.

„*Nejpodivnějším aspektem generačního apartheidu je však to, že - narozdíl od rasismu – si jeho protagonisté velice dobře uvědomují, že se s největší pravděpodobností časem stanou tím, proti čemu dnes útočí*“ (STUART-HAMILTON, 1999, s.227).

Určitě by stálo za zamyšlení, jak tyto problémy vidí sami pracovníci domovů pro seniory. Je docela dobře možné, že ani oni sami by v případě ústavní péče neočekávali jiný přístup než tento, že ho sami považují za naprosto případný. Dalo by se dokonce říci, že vnímají ústavní a „venkovní“ život za dva oddělené světy, podléhající jiným pravidlům, a že právě v rámci ústavní péče „se věci prostě dělají takto“. Problémem pak je to, že seniorův život nevnímáme jako jednotné kontinuum, které se v tuto chvíli odehrává v rámci ústavní péče, ale není jen jí určen, není to senior „před domovem důchodců“ a „po něm“, je to stále stejný člověk se stejným životním příběhem, který jen teď pokračuje za podpory a péče jiných. Jak je možné, že ten stejný člověk byl před pár měsíci „vážený pan profesor“ a nyní je jen obyvatel domova, „děda“. Myslím si, že jedině tehdy, kdy budeme schopni vnímat seniora s jeho celým životním příběhem, jeho životní kontinuum, pak bude i pro nás mnohem jednodušší s k němu chovat s důstojností a respektem, který si zaslouží.

3 Týrání a zneužívání seniorů

3.1 Uvedení do problematiky

Jedním z velmi citlivých témat poslední doby a to nejen u nás je týrání seniorů, ať už se jedná o psychické, fyzické, sexuální či ekonomické zneužívání (financial abuse of the elderly). Podle aktuálních průzkumů zhruba 13 % seniorů žijících v rezidenčních zařízeních bylo svědky či přímo obětí násilí. Nejvyšší procento výskytu násilí na seniorech, asi 20 %, bylo zjištěno přímo v rodinách (studie Jihočeské univerzity z r. 2005). To znamená, že až každý pátý senior v ČR je týrán či zneužíván.

Rozlišujeme tedy několik druhů násilí na seniorech. Nelze samozřejmě vést dělicí čáru mezi druhem týrání či zneužívání, v mnoha případech se jedná o kombinaci všech následujících.

Tělesným týráním rozumíme takové chování, kdy aktér vědomě a záměrně fyzicky zraňuje nebo omezuje druhého. Důsledky takového chování jsou podlitiny, škrábance, zlomeniny aj. Do fyzického týrání spadá např. i omezování svobody, zavírání do uzavřených prostor a zabránění přístupu k naplnění základních potřeb jako je hlad, žízeň a pohyb.

Psychické či emocionální týrání je takové chování, které se velmi těžko identifikuje neboť nezpůsobuje stopy znatelné na první pohled. Jedná se o nadávky, ponižující výroky, výhrůžky, vydírání apod.

Ekonomické zneužívání patří mezi nejčastější formu zneužívání seniorů. Aktér zneužívání využívá důvěry blízkého vztahu, moci pramenící z povolání pomáhajícího a ztížené orientace seniora v moderních finančních transakcích (platební karty, platby přes internet, telefonní bankovníctví apod.) a obírá seniora o jeho vlastní finanční prostředky a

majetek obecně přes různé více či méně skryté finanční operace, o kterých seniorovi říká jen částečnou nebo vůbec žádnou pravdu.

O sexuální zneužívání hovoříme od nedobrovolného vystavování obrázků se sexuální tematikou až po znásilnění. Sexuální zneužívání zahrnuje doteky, které druhá strana odmítá, nucení někoho jiného, aby shlédl pornograficky zaměřené materiály, donucení k sexuálnímu styku s třetí osobou anebo jakékoliv nechtěné sexuální chování. Není častým typem zneužívání u seniorů, ale bohužel se také vyskytuje.

Zanedbávání druhou osobou: tělesné a psychické zdraví staršího člověka může být vážně ohroženo, když osoba, která o seniora pečuje, není dostatečně schopná toto plnit nebo zanedbává povinnosti opatřit svému svěřenci dostatek potravy, přístřeší, oděv nebo lékařskou péči.

Je třeba mít na paměti i kulturní rozdíly v chápání toho, co je mimo normu běžného chování určité skupiny a kde nastává skutečné zanedbávání nebo dokonce týrání. Západní pojetí lidských práv nemusí být mnoha kulturám blízké a jejich představy o etickém zacházení se seniory se tedy může značně lišit (seniorka zakořeněná v islámském kulturním prostředí nemusí sama spatřovat nic špatného na tom, že její svoboda pohybu je limitována a dána mužskými členy rodiny, třeba jejími syny apod.). Zde je tedy potřeba velice citlivě rozlišovat, co je pro samotného seniora přípustné v rámci jeho kulturního světa a nedržet se striktně jen svými kulturními pravidly.

Dalším problémem, který se zneužíváním a týráním souvisí je i mediální prezentace seniorů a stáří obecně. Toto samozřejmě není jen českým specifikem, ale souvisí s celkovým postojem západní kultury k mládí resp. ke stáří, v tom, že lidé nenacházejí nový model dobrého stáří a mají tendenci vnímat seniory jako jednu homogenní skupinu obyvatel. Někdy jsou senioři dokonce ukazováni jako obtížná (např. finančně) a neproduktivní složka

společnosti. Celkový obraz a předsudky může samozřejmě přispívat k vzrůstu násilí na seniorech.

Jelikož pro samotné seniory může toto téma být tabu a za případné zneužívání a týrání se stydí především oni sami, je toto téma méně veřejnosti známé a celkově se mu zatím nevěnuje taková pozornost. S tímto tématem se nejčastěji setkáváme na telefonních linkách důvěry, kde anonymita volajícího poskytuje zneužívanému seniorovi potřebnou jistotu k otevření tak palčivého problému.

Senioři se většinou neuchylují k represivním krokům vůči těm, kteří je nějakým způsobem týrají či zneužívají, což může být zapříčiněno i sociálními podmínkami, kde žijí a strachem, že by došlo jen ke zhoršení situace. VODÁČKOVÁ (2002) upozorňuje, že se v rámci krizové intervence osvědčilo dodat klientovi odvalu vyslovit své jasné „ne“ proti ohrožujícímu chování ze strany pečovatele či jakéhokoliv rodinného příslušníka a tak může dojít k nastavení limitu, který je srozumitelný i pro aktéra násilí, který se sám za své chování může stydět.

Aktéry týrání mohou být jak sociální a zdravotní pracovníci, ale bohužel také rodinní příslušníci, příbuzní, vlastní děti. Zvláště v druhém případě je celá situace hluboce ponižující a senior má tendenci klást vinu na sebe, cítí, že s ním musí být něco špatně, když vychoval děti, které mu takto ubližují, a že je tedy za jejich chování nějakým způsobem sám zodpovědný. Člověk s takovými pocity bude hůře vyhledávat jakoukoliv pomoc zvenčí, ať už se jedná o sociální a právní poradenství nebo o zákrok policie, a je zde tedy větší pravděpodobnost eskalace násilného či zneužívajícího chování.

Důvody pro týrání a zneužívání seniorů mohou být mnohé. U profesionálů může toto chování souviset se syndromem vyhoření, nezvládnutí stresu a frustrace, nezvládnutí pomáhající pozice a z něj plynoucí určité moci vůči klientovi, příliš velkého pracovního zatížení atp. U rodinných příslušníků se pravděpodobně jedná o celé spektrum příčin, kde jedna může navazovat na druhou: od sociálních a finančních potíží, po nevyřešené

dlouhotrvající rodinné konflikty, nezvládnutí dlouhodobé péče (např. o pacienta s demencí), až k prosté ziskuchtivosti, přivlastnit si či vynutit si majetek, který seniorovi patří.

Zdá se, že především ve vyspělých zemích se nejčastěji jedná o finanční zneužívání, které však ve svých důsledcích může mít silný dopad na seniorovu fyzickou i psychickou část osobnosti. Pro seniora je nesmírně těžké vyrovnávat se ztrátou veškerého majetku a domova, se zradou ze strany nejbližších, s pocity viny a nespravedlnosti. To vše v kombinaci s šokem neposkytuje příliš dobrý základ pro nasazení běžných vyrovnávacích mechanismů. Starý člověk už jen velmi těžko může budovat svoji finanční nezávislost a pocit jistoty, který je v tomto období pro člověka nesmírně důležitý. Senior v takovéto těžké životní situaci zůstává odkázaný na podporu zvenčí, od státu, charity apod. Možná celý život tvrdě pracoval, aby se přesně tomuto vyhnul. Navíc může ztratit blízké vztahy a podporu, v kterou doufal, tam, kde se zneužívajícími stali právě příbuzní, partneři a vlastní děti. Starý člověk si může připadat opuštěný, zneužitý, zbytečný, bez naděje na cokoli dobrého v budoucnosti více než kdy jindy. Stresová a zátěžová situace vytváření si nového života a všechny tyto pocity mohou zhoršovat už existující fyzické i psychické potíže a samozřejmě přispět k vytváření nových, uvrhnout seniora do hluboké deprese, zrychlit průběh demence apod. Senior může ztratit vůli k boji s nemocí, už nemá pro co nebo koho žít.

Obětí týrání a zneužívání se může stát téměř každý senior. Samozřejmě čím více je senior odkázan na pomoc jiných, tam kde je na tom fyzicky hůř, tam je větší pravděpodobnost výskytu tohoto patologického chování. Na stranu druhou, finanční zneužívání se neodehrává jen tam, kde má senior značné úspory nebo movitý majetek, ale i tam, kde je uživatelem pravidelného důchodu, sociálních dávek nebo je vlastníkem bytu či tzv. dekretu na byt. STOJANOVÁ (1999) zmiňuje specifický problém českých seniorů, kteří měli za dob komunismu právo jen na státem určený důchod a neměli možnost si celoživotně spořit na toto období, jak je tomu běžné ve vyspělých západních společnostech.

Případ (I):

Madeline je 75 let a je po infarktu. Žije sama, denně k ní dochází zdravotní sestra, která o ni pečuje a je její osobní asistentkou. Závisí na ní chod běžných každodenních úkonů v domácnosti a je zároveň jejím jediným spojením s venkovním světem. Zpočátku byla asistentka velmi milá, ale poslední dobou ignoruje Madeliny žádosti, vyjíždí na ni a vráží do ní při úklidu. Madeline si myslí, že do ní naráží schválně, ale neví to určitě a obává se ji s tím konfrontovat.

Případ (II):

Agnes, 85 let, před rokem přišla o manžela. Ze zdravotních důvodů, artritida a srdeční infarkt, se nakonec rozhodla přestěhovat se ke své dceři Emily, 55let. Situace je nakonec složitá pro všechny. Emily se někdy cítí na pokraji svých sil, musí se starat o svou matku, syna na vysoké škole a manžela, který bude muset odejít do předčasného důchodu. Emily se přistihla, že několikrát matce nadávala a obvinila ji, že ji zkažila život. Nedávno nezvládla svou zlobu a matku udeřila. Agnes se cítí izolovaně, vyděšeně, navíc v pasti a bez hodnoty.

3.2 Právní ochrana u nás a ve světě

Český právní řád bohužel nezná kategorii seniorů a od toho se samozřejmě odvíjí celá řada problémů jak právně kvalifikovat toto patologické chování. Podle občanského zákoníku jsou senioři zletilé fyzické osoby s plnou způsobilostí vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti. To je důležité z pohledu trestního práva, dojde-li špatným zacházením s konkrétní osobou k trestnému činu. Způsobí-li pečovatel - rodinný příslušník - starší osobě úmyslně ublížení na zdraví nebo jí z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán podle příslušných ustanovení trestního zákona. Jestliže se senior rozhodne podat z těchto důvodů trestní oznámení na svého pečovatele, bude se na něj vztahovat ustanovení § 163a trestního řádu. To umožňuje mj. právě v případech, kdy pachatelem úmyslného ublížení na zdraví nebo nedbalostního způsobení těžké újmy na zdraví je osoba blízká, trestní stíhání zahájit a v již zahájeném trestním stíhání pokračovat jen se souhlasem poškozeného (osobou blízkou se rozumí příbuzný v pokolení přímém), ale je možné, aby za

ni byla pokládána i jiná osoba, ovšem jen tehdy, kdyby újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá právem pocítovala jako újmu vlastní. V praxi to znamená, že týraná osoba bude muset při podání trestního oznámení podepsat policii prohlášení o tom, že souhlasí se zahájením trestního stíhání. K tomu je třeba uvést, že jednou odepřený souhlas - v kterémkoliv stádiu trestního stíhání - již nelze znovu udělit, což znamená, že pachatel za ten konkrétní skutek už nemůže být nikdy potrestán. Jestliže je však starší osoba soudem zbavena způsobilosti k právním úkonům, nebo pokud je tato její způsobilost soudem omezena, bude možno špatné zacházení ze strany pečovatele kvalifikovat jako trestný čin týrání svěřené osoby (BARTOUŠKOVÁ aj., 2006).

V USA existuje celé odvětví zákonů zaměřených přímo na seniory a s pojmem „elderly“ pracuje jako s právním termínem, právu pro seniory se věnuje celé speciální odvětví práva založené na Americké listině seniorů (Older American Act). Právní systém USA také počítá se zvláštními zákony řešící zneužívání seniorů podobným systémem zákonů jako u zneužívání dětí, např. ohlašovací povinnost tam, kde je podezření z týrání či zneužívání apod. Definice zneužívání a týrání se v rámci federace liší stát od státu, přesto většina z nich má v právním systému nahlašovací povinnost tam, kde je podezření z podobného chování. V některých státech dokonce hrozí postih nebo odebrání licence u profesionálů, pokud dojde ke zjevnému zanedbání této povinnosti. Na stranu druhou tyto zákony byly vytvořeny na základě zákonů o zneužívání dětí a tím pádem nepočítají např. s velkou rozhodovací schopností oběti, nejsou vystavěny na pomoc při finančním zneužívání apod. Ne všechny vyspělé země jsou na tom tak daleko jako USA.

Např. v Austrálii je téma zneužívání seniorů relativně nový problém a po právní stránce jsou na tom podobně jako Česká republika. Elder Abuse Prevention Association (Asociace pro prevenci zneužívání seniorů) se snaží o zavedení podobných zákonů jako jsou v USA.

3.3 Příčiny a řešení

Příčin zneužívání, týrání a zanedbávání seniorů v rodinách je bezesporu mnoho a jejich řešení není vždy přímočaré. Často je týrání důsledkem neutěšených rodinných vztahů, přestože mnoho výzkumů překvapivě ukázalo, že tam, kde děti byly týrány rodiči, se z nich nakonec stávají laskaví pečovatelé. Mnoho případů týrání souvisí s přepracovaností pečujících, z frustrace a únavy, přecenění jejich pečujících kompetencí, nedostatečné psychologické, sociální a finanční podpory. Proto vytvoření sítě služeb, které by byly orientovány na naplnění potřeb pečujících je nezbytné. Od možnosti psychologického poradenství, možnosti scházení se třeba v rámci svépomocných skupin, až po lepší finanční podporu ze strany státu pro ty, kteří se o blízkého starají dlouhodobě. Tato všechna opatření by mohly pomoci při snížení tak závažného patologického chování, i když by ho těžko zcela vymítala.

U případů zneužívání seniorů v rámci institucionální péče by bylo mnoho bodů shodných: lepší finanční ohodnocení tak náročné profese, psychologické poradenství na pracovišti, ale především dlouhodobé vzdělávání, pomoc při zvládnání stresu a supervize. Ta by měla pomáhajícím umožnit naučit se řešit problémy vzniklé v rámci instituce a tak by si pracovník nepřenášel palčivé záležitosti domů, měla by mu pomoci týmově řešit vzniklé problémy a zároveň naučit se sdílet tíhu každodenní práce a navzájem se podporovat.

4 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo, jak jsem již naznačila v úvodu, poukázat na etické problémy související s moderní zdravotní péčí o seniory a se současným sociálním klimatem, které často odráží nepochopení a strach ze stárnutí. Kromě nejznámějších a nejpalčivějších etických problémů, jakými je např. eutanázie či týrání seniorů, jsem se snažila poukázat i na ty, které se mohou jevit jako nicotné a malicherné, ale bytostně se dotýkají otázek lidské důstojnosti. Chtěla jsem ukázat možný způsob komunikace a péče, zaměřený na seniorovu důstojnost. Takový způsob, který zároveň respektuje odbornost profesionálních pracovníků v sociální a zdravotnické oblasti. Inspiraci pro tuto práci jsem nalézala jak při svých studentských praxích, tak samozřejmě v odborné literatuře, české i zahraniční. Přestože anglo-americká odborná literatura často definuje důstojnost samotnou na základě jiných filosofických předpokladů, dochází současně s evropskou myšlenkovou tradicí k velmi podobným závěrům ohledně řešení současného stavu.

Je otázkou, zda-li v budoucnosti bude i nadále převažovat trend devalvace stáří a určitého kultu mládeži, nebo zda-li obecné hnutí za lidská práva zvýší povědomí o lidské důstojnosti a tedy i o důstojnosti seniorů. Mnoho z témat zmíněných v této práci je teprve na počátku širší a dlouhodobější diskuse v společnosti. Přesto u některých lze již dnes předpokládat, že se budou těšit většímu zájmu a možná i podpory (např. eutanázie), zatímco jiná budou i nadále spíše určena pro odbornou a pomáhající veřejnost (důstojnost seniora v rámci sociální péče).

Stát by měl věnovat větší úsilí vzdělávání mladých lidí ohledně stáří. A to nejen kvůli současným seniorům, ale především pro ně samé. Základy celkové životní orientace je třeba položit v mladém věku, neboť drtivá většina lidí se ve středním věku nevzdělává, a pokud ano, pouze v rámci svých oborů. Zároveň je si třeba uvědomit, že pokud dnešní mladí lidé nenajdou cestu ke svým starším spoluobčanům a blízkým, péče o ně zůstane v rukou státu a sociálně-zdravotnických zařízení.

V rámci sociálně-zdravotnické péče je důležité vytvořit standardy kvality péče, které budou jak vodítkem pro samotné seniory a jejich očekávání a práva, tak zároveň orientačním bodem pro samotné profesionály. Pomáhající ve všech profesích by měli mít zajištěnu

finanční a sociální podporu své práce, aby nemuseli slevovat z etických nároků v péči o klienta. Dostupnost psychologické podpory a supervize by měla být samozřejmostí.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- AGICH, G. *Dependence and Autonomy in Old Age*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. 218s ISBN 0-521-00920-0
- BERNARD, M. *Promoting health in old age*. Buckingham: Open University Press, 2000. 194s ISBN 0-335-19247-5
- BUIJSSEN, H. *Demence*. Praha: Portál, 2006. 132s. ISBN 80-7367-081-X
- DISCH, R., DOBROF, R., MOODY, R. *Dignity and old age*. New York: Haworth Press, 1998. 178s ISBN 0-7890-0534-4
- GOLDMAN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 126s. ISBN 80-244-0907-0
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000, s.101, 562. ISBN 80-7178-303-X
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. Brno: NCO NZO, 2004. 83s. ISBN 80-7013-397-X
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: NCO NZO, 20006. 72s. ISBN 80-7013-363-5
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223s ISBN 80-7254-329-6
- LENG, N. *Psychological care in old age*. USA, Hemisphere Publishing Corporation, 1990. 140s. ISBN 1-560532-049-4
- LIPOVETSKY, G. *Soumrak povinnosti*. Praha: Prostor, 1999. 311s. ISBN 80-7260-008-7
- POWERS, B. *Nursing Home Ethics: Everyday Issues Affecting Residents With Dementia*. Springer, 2003. 216s. ISBN 0-82611-964-6
- REMEŠ, P. *Nahá žena na střeše*. Praha: Portál, 2004. 197s. ISBN 80-7178-921-6
- ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. 107s. ISBN 80-7021-302-7
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 319s. ISBN 80-7178-274-2
- VILLON, F. *The legacy and the testament*. Ashland: Story Line Press, 2000. 163s. ISBN 1-58654-001-7
- VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. 544s. ISBN 80-7178-696-9
- VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998, s.115-116. ISBN 80-85800-81-0
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. 320s ISBN 80-7178-998-4

Internetové zdroje:

BARTOUŠKOVÁ, G. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. /online/. c2006.

http://www.seniorcentrum.cz/new_www/detail.php?parent_id=&id=16&pobocka=Ústí%20nad%20Labe&kod=C03 INFOCENTRUM

BŘICHÁČEK, V. *Důstojný odchod*. /online/. c2006.

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=5&lang=cs>

EHRENBERGEROVÁ, L. *Stáří v populárně naučné literatuře – interpretativní analýza*. /online/. c2006.

http://sreview.soc.cas.cz/upl/archiv/files/112_ehrenb.pdf#search=%22Ehrenbergerová%20senioři%22

HAŠKOVCOVÁ, H. *Pravda na nemocničním lůžku*. /online/. c2006.

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=5&lang=cs>

HVÍŽDALOVÁ, E. *Komunikace lékaře s těžce nemocným*. /online/. c2006.

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=5&lang=cs>

KALVACH, Z. *Demence a další křehkosti na konci života*. /online/. c2006.

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=5&lang=cs>

NODL, M. *Stáří v pozdním středověku*. /online/. c2006.

<http://www.souvislosti.cz/>

SOKOL, J. *Smrt v našich rukou*. /online/. c2006.

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=5&lang=cs>

STÁRKOVÁ, K. *Každého páteho důchodce týrá jeho dítě*. /online/. c2006.

<http://aktualne.centrum.cz/zdravi/zdravi-a-rodina/clanek.phtml?id=172700>

STOJANOVÁ, J. *Ochrana a dodržování lidských práv seniorů*. /online/. c1998.

<http://www.ahasweb.cz/hovory/182.htm>

SVATOŠOVÁ, M. *Milosrdná pravda místo (ne)milosrdné lži.* /online/. c2006.

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=5&lang=cs>

ŠPINKA, Š. *Eutanázie. Víme o čem mluvíme?* /online/. c2006.

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=5&lang=cs>

ŠPINKOVÁ, M. *O síle křehkosti.* /online/. c2006.

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&type=5&lang=cs>

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století.
/online/. c2006.

http://www.zdravi21msk.cz/zdravi21msk/files/zdravi_21_cil_05.pdf :

Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions. Přel. Mills Fialová /online/. c2006.

<http://www.apa.org/pi/aging/homepage.html>

Týden proti násilí na seniorech. /online/. c2006.

http://www.zivot90.cz/download/den_proti_nasili.pdf

Respektování lidské důstojnosti. /online/. c2004.

Dostupné z <http://www.cestadomu.cz/res/data/004/000502.pdf>

Resumé

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název bakalářské práce: Etické aspekty sociální práce se seniory

Autor: Marta Mills Fialová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Hogenová, CSc.

Klíčová slova: stáří, důstojnost, respekt, smrt, eutanázie, demence, týrání

Hlavní téma mé bakalářské práce se odvíjelo od otázky *Co je to důstojnost seniorů, proč je důležitá a jak vypadá sociální práce, která na důstojnost a respekt seniorů klade důraz.* Snažila jsem se poukázat na zavedené způsoby péče o seniory, které často nechtěně seniorovu důstojnost nerespektují a nepodporují ji. Ve snaze ukotvit vymezení lidské resp. seniorské důstojnosti jsem odkazovala k některým filosofickým předpokladům a k historickému pozadí vnímání stáří. Ve své práci jsem se přehledově věnovala tématu eutanázie a základním kontroverzím, které ji obklopují. Dále jsem poukazovala na specifika péče o pacienty s demencí a nutnost citlivého vnímání jejich složitého světa. V neposlední řadě jsem otevřela téma týrání a zneužívání seniorů, jeho příčiny, okolnosti a některé právní souvislosti tohoto problému.

Cílem mé práce bylo poukázat, že právě ona důstojnost je úhelným kamenem všech těchto nelehkých problémů a teprve tehdy, kdy budeme seniorovu důstojnost respektovat a podporovat, můžeme hovořit o kvalitní sociální péči. Zároveň jsem se snažila poukázat na nelehký úkol pomáhajících, kteří v této oblasti pracují a na nutnost supervize a možnosti dalšího vzdělávání.

Názorově jsem čerpala především z odborné literatury české i zahraniční, zaměřené na sociální práci, etiku a specifické problémy seniorů. Inspirací mně byla i praxe v mnoha sociálních zařízeních pro seniory nebo v rámci osobní asistence.

Práci zakončuji krátkou úvahou na téma vztahu odborného a laického přístupu k seniorům, jeho dopady a možná budoucnost.

OPONENTSKÝ POSUDEK

na bakalářskou práci

Etické aspekty sociální práce se seniory

Autorka : Marta Mills Fialová

Počet stránek:	46
Počet : kapitol	4
podkapitol prvního stupně	12
podkapitol druhého stupně	6
Počet literárních zdrojů	19
Internetových zdrojů	17

Autorka si zvolila toto téma, protože se přesvědčila při své praxi v příslušných zařízeních, že často způsob zacházení se seniory neodpovídá lidské důstojnosti.

Volba tématu je velmi aktuální v době zdůrazňování mládí na všech úsecích veřejného života a rozpačitosti vůči stáří, případně až jeho devalvaci. Etice zacházení se seniory se skutečně věnuje málo pozornosti.

Autorka vymezuje pojmy nejen v úvodu, ale zabývá se jejich vymezením v průběhu celé práce podle toho, jak na ně při svém výkladu naráží. Její přístup k péči o staré lidi zahrnuje celkový přehled o této problematice, zvláště se však zabývá lidskou důstojností z pohledu jejího chápání v průběhu historie a v současnosti. Neopomíná ani legislativní ukotvení etických zásad, která však neshledává dostačujícími. Zabývá se zejména zacházením s obyvateli domovů důchodců, všímá si, jak to tito obyvatelé snášejí a jaké postoje zaujímají jejich pečovatelé a zdravotnický personál. Dotýká se fobických postojů ke smrti v moderní společnosti a názorů na eutanázii. Pojednává také o týrání a zneužívání starých lidí, všímá si frekvence těchto neblahých sociálních jevů a uzavírá, že nejčastějším je v současnosti využívání ekonomické.

Autorka uvádí několik krátkých úseků z kazuistik, jimiž dokládá svá tvrzení na základě vlastní zkušenosti, kterou získala během své praxe.

Vyjadřování je srozumitelné a stylisticky správné.

Po gramatické stránce jsem našla níže uvedené chyby, může jít i o překlepy.

Výtky

Kapitoly i podkapitoly jsou uvedeny citáty, které jsou sice dobře zvoleny, někde však mají charakter motto (kde se může uvést pouze autor citátu), jinde jde zřetelně o citát, který má správně uvedenou celou citaci. Podle mého názoru by bylo bývalo lépe pojmut to všude jako citace a nikoliv jako motto, aby to mělo jednotný ráz.

U slova Menschenwürde sice dobře vysvětluje, oč jde, přesto má toto slovo i doslovný překlad „důstojnost člověka“ (Seibenschein, H. (ed.). Německo-český slovník M-Z. Praha: SPN, 1970).

s.29 – ř.3-4 vztah pacienta k lékaři byl velmi paternalistický (paternalistický bývá vztah lékaře k pacientovi, vztah pacienta k lékaři byl naopak submisivní)

Gramatické chyby

s.9 – 2.odst. – ř.2 Už antika se vyjadřovala k tématům, kterémá být která

s.41 – poslední ř. prvního odstavce : vymítla místo vymýtila.

Závěr

Práce se zabývá tématem, které je vysoce aktuální, dosud málo zpracované a v praxi opomíjené. Autorka prokázala, že dovede pracovat s literaturou a pochopila podstatu věci.

Snažila se také pojmut problematiku z více hledisek, která byla pro kompetentní zpracování podstatná. Považuji její práci za hodnou obhajoby a vlídného přístupu zkušební komise.

V Praze, 12.11.2006


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Posudek na bakalářskou práci: “Etické aspekty sociální práce se seniory” kolegyně Marty Mills Fialové

Kolegyně Marta Mills Fialová v bakalářské práci „Etické aspekty sociální práce se seniory“ se věnuje problematice, která se dnes ukazuje jako zvláště závažná.

Seznamuje čtenáře se základními pojmy, s vývojem pohledu na stáří a akcentuje zvláště závažné téma, tj. problematiku důstojnosti, a to jak z pozice starého člověka, tak z pozice sociálních pracovníků, uvědomuje si úskalí spojená s komunikací v sociální práci se seniory, nutnost respektu vůči soukromí, vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientů s demencí. Problematika zde vyložena nepostrádá logický vhled a etický zřetel, jenž velmi často absentuje v podobných pracích. Za to je nutno autorku pochválit.

Uvědomuje si zvláštnost reflexe okolí u pacientů s demencí a snaží se přiblížit tato specifika případnému čtenáři. Akcentuje tázání spojená s filosofií smrti a s problematikou spojenou s tímto druhem otázek. Deskripce hospicové a paliativní péče dokreslují intenci celé práce jako vlastní jádro autorčina sdělení. Problematizace eutanázie by si žádala více zájmu a podrobnější explanaci. Celý sled úvah je pak dovršen právním popisem, jenž je velmi důležitý. Autorka práci pojala přehledově, využila dobře odborné literatury, navrhuji hodnocení “velmi dobře – výborně”, a to na základě obhajoby, do níž navrhuji tuto otázku jako základní: Jak se vztahuje péče o duši k problému umírání?

V Praze dne 30. 10. 2006

doc. PhDr. Anna Högenová, CSc.

