

VYSOKÁ ŠKOLA DANUBIUS
FAKULTA SOCIÁLNYCH ŠTÚDIÍ

LIDSKÁ PRÁVA OSOB S DEMENCÍ A JEJICH BLÍZKÝCH
OPTIKOU STUDENTŮ SOCIÁLNÍ PRÁCE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:	Sociální práce
Studijní odbor (číslo a název):	3.1.14 Sociální práce
Pracoviště:	Katedra sociální práce
Školitel diplomové práce:	Doc. ThDr. Juraj Spuchľák, PhD.
Kód práce:	52cb8ed0-7e68-40dc-bb7a-96d8395f3ca9

NIEKTORÉ ĽUDSKÉ PRÁVA KLIENTA V PRÁCI SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA - ZVYŠOVANIE ĽUDSKOPRÁVNEHO POVEDOMIA KLIENTOV.

Diplomová práce

Lidská práva osob s demencí a jejich blízkých optikou studentů sociální práce

Bc. Monika Jelínková

Doc.ThDr. Juraj Spuchľák, PhD.

Fakulta sociálních studií, PhDr. Hermína Mareková, PhD.

Český jazyk

7. ledna 2019

JELÍNKOVÁ, Monika: *Lidská práva osob s demencí a jejich blízkých optikou studentů sociální práce*. [Diplomová práce]. Vysoká škola Danubius. Fakulta sociálních studií: Katedra sociální práce. Školitel: Doc. ThDr. Juraj Spuchľák PhD. Stupeň odborné kvalifikace: Magistr sociální práce. Sládkovičovo: FSS, 2019. 73 s.

.....

podpis

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O VYDÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Monika Jelínková

Částkova 47, Plzeň 326 00

Vysoká škola Danubius

Fakulta sociálních studií

Tímto čestně prohlašuji, že závěrečná diplomová práce s názvem: „Lidská práva osob s demencí a jejich blízkých optikou studentů sociální práce“, které jsem autorkou, byla po zaslání do centrálního registru závěrečných prací publikovaná v celém rozsahu jako neperiodická publikace.

27. dubna 2019

Monika Jelínková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji tímto svému školiteli docentu ThDr. Juraji Spuchľáku PhD. za trpělivou podporu, odborné rady a konstruktivní připomínky k mému textu práce o lidských právech lidí se syndromem demence. Velké díky patří profesorskému sboru, který mne svými tématy také inspiroval.

Duben 2019

Monika Jelínková

ABSTRAKT

JELÍNKOVÁ, Monika: *Lidská práva osob s demencí a jejich blízkých optikou studentů sociální práce*. [Diplomová práce]. Vysoká škola Danubius. Fakulta sociálních studií: Katedra sociální práce. Školitel: doc. ThDr. Juraj Spuchľák PhD. Stupeň odborné kvalifikace: Magistr sociální práce. Sládkovičovo: FSŠ, 2019. 73 s.

Pokud do našeho života vstoupí syndrom demence, zasáhne v mnoha směrech do naší autonomie a práv i práv našich blízkých. Práce se proto zaměřuje na otázky lidských práv osob s demencí, jaké kritické okamžiky tato práva provázejí a jaké významy, ve vybraných situacích, jsou tomu přikládány. Stručně se dotýká podstaty onemocnění, syndrom demence je definován v kontextech rodinné a institucionální péče, práva nemocných a jejich blízkých s oporou vybrané legislativy, ukotvení jejich ochrany v zákonných normách. V části kvalitativního průzkumu se autorka pomocí návodných rozhovorů se studenty vyšší odborné školy oboru sociální práce snaží poodkrýt skutečnosti, jakým způsobem studenti vnímají fenomén ochrany lidských práv osob s demencí a jejich blízkých v praxi. V této souvislosti si lze všimnout skutečnosti, že při poskytování komplexní podpory a péče nemocným vyvstávají v praxi určitá specifika, možné ohrožení práva autonomie vůle a přání, důstojnosti ve vybraných situacích. Ve výsledcích jsou nastíněny zásadní myšlenky a sebereflexe autorky o významu lidských práv, hodnot důstojného života nemocných i jejich pečovatелů, potřeby legislativní podpory, etických kodexů a odbornosti sociálního pracovníka coby ochránce lidských práv znevýhodněných osob. Tematicky práce přispívá k celospolečenskému chápání reality dilemat péče o nemocného a jeho blízkých, determinantů a jiných limitů v poskytování služby druhému člověku.

Klíčová slova: autonomie, dilemata, intervence, kvalita péče, pečující.

ABSTRACT

JELÍNKOVÁ, Monika: Human rights of people with dementia and people who are closely related to them, from the point of view of students of social work. Diplom thesis. College Danubius. Faculty of Social Studies: Department of Social Work. Supervisor: doc. ThDr. Juraj Spuchľák PhD. Degree of professional qualification: Master of Social Work. Sládkovičovo: FSŠ, 2019. 73 s.

If dementia syndrome enters our lives, it will in many ways interfere with our autonomy and the rights and rights of our loved ones. Therefore, the work focused on the human rights issues of people with dementia, what critical moments accompany these rights and what meanings, in selected situations, are attached to it. It briefly touches on the essence of the dementia syndrome was defined in the context of family and institutional care, the rights of the sick and their loved ones with the support of selected legislation, anchoring their protection in legal norms. In a part of the qualitative survey, the author, through guided interviews with the students of the Higher Professional School of Social Work, tried to uncover the way in which students internalize the issue of protecting human rights of people with dementia and their loved ones in their practice. In this context, it is possible to reveal the fact that in the provision of comprehensive support and care to patients, certain specificities arise in practice, a possible threat to the right of autonomy of will and desire, dignity in selected situations. The results outlined the fundamental ideas and self-reflection of the author about the importance of human rights, the values of the dignified life of the sick and their caregivers, the need for legislative support, ethical codes and the expertise of a social worker as a human rights defender of disadvantaged people. Thematically, the thesis tries to contribute to a social understanding of the reality of the dilemma of care for the patient and his loved ones, determinants and other limits in providing service to another person.

Keywords: autonomy, dilemmas, intervention, quality of care, caregiver.

OBSAH

1	VYMEZENÍ POJMŮ V KONTEXTU SYNDROMU DEMENCE	12
1.1	Kritéria demence	12
1.1.1	Etiologie, typy a projevy demence	14
1.1.2	Demence ve světě a České republice	15
1.1.3	Každodenní péče o nemocného ve všech fázích nemoci.....	16
1.2	Situace péče o osoby s demencí	17
1.2.1	Neformální rodinná péče a mezigenerační soudržnost	17
1.2.2	Formální péče v instituci.....	17
1.3	Intervence ve prospěch osob s demencí	18
1.3.1	Sociální strategické dokumenty	18
1.3.2	Edukace veřejnosti	19
1.3.3	Pečující rodina včetně vybraných rizik a dopadů	20
1.3.4	Podpora nemocného a pečujících ze strany státu.....	21
2	SPECIFIKA PŘI POSKYTOVÁNÍ KOMPLEXNÍ PÉČE	23
2.1	Zdravotní péče.....	23
2.2	Sociální služby	24
2.2.1	Oblast sociální péče	24
2.2.2	Domovy se zvláštním režimem.....	25
2.2.3	Normy pro kvalitu služby	25
2.2.4	Odbornost a kvalita výkonu sociálního pracovníka.....	26
2.2.5	Dilemata a etické aspekty při péči	27
2.3	Práva nemocných s demencí ve vybrané legislativě	28
2.3.1	Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, svéprávnost a opatrovnictví	28

2.3.2	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a informované rozhodnutí..	29
2.3.3	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a stížnosti.....	30
3	LIDSKÁ PRÁVA OSOB S DEMENCÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ PÉČE	32
3.1	Právní ukotvení ochrany lidských práv	32
3.2	Lidská důstojnost a autonomie vůle	33
3.3	Lidská práva optikou sociálního pracovníka.....	33
3.4	Standardy kvality a jejich řízení na ochranu práv klientů.....	34
3.5	Ohrožení práv ve vybraných situacích	34
3.5.1	Autonomie vůle a přání.....	34
3.5.2	Právo na volný pohyb	35
3.5.3	Právo na soukromí	36
3.6	Závěr teoretické části	36
4	PRAKTICKÁ ČÁST	38
4.1	Zdůvodnění průzkumu	38
4.2	Hlavní výzkumný a dílčí cíle	39
4.3	Transformace cílů do průzkumných otázek	40
4.4	Metodický výzkumný rámec.....	41
4.5	Odůvodnění volby případů a místa	43
4.6	Procedura sběru dat	44
4.7	Etický rozměr průzkumu.....	45
5	ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE.....	47
5.1	Kategorizace kódů.....	48
5.2	Kostra analytického příběhu	57
5.3	Zhodnocení cílů práce	58
5.4	Analytický příběh a jeho interpretace	59
5.4.1	Lidská práva osob s demencí a proces praxe	59

5.4.2	Lidské zdroje.....	61
5.4.3	Kultura organizace	63
5.5	Odpovědi na průzkumné otázky.....	64
6	DISKUZE	66
7	ZÁVĚR.....	67
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69

ÚVOD

Jsou si lidé kolem tebe rovni, nebo si je někdo rovnější?

Veřejný ochránce práv

V rámci této práce bylo vycházeno z odborných zpráv, že ve zdravotních a sociálních zařízeních se zaměřením na klienty s demencí nejsou vždy zaručena lidská práva, především oblast autonomie a důstojnosti těchto osob. Bylo zkoumáno, jakým způsobem jsou vybraná lidská práva garantována a zajišťována na základě platných lidskoprávních dokumentů a legislativy, co a jak vnímají v této problematice studenti coby budoucí sociální pracovníci. Zároveň jsou reflektovány vlastní profesní zkušenosti autorky stojící v oboru sociální práce již delší dobu, kdy si klade otázky: „Jak pečující vnímají a aplikují základní práva a svobody u klientů s demencí a jejich blízkých?“

Při řešení toho problému bylo analyzováno množství odborných textů, výzkumů a názorů jiných autorů, které se vázaly k předmětu důstojnosti a ochrany práv života, poskytování péče závislým osobám, možnosti zvyšování lidskoprávního povědomí, odbornosti sociálních služeb a legislativní podpory osob s demencí včetně rodinných pečujících. Hlavním cílem práce bylo zkoumat fenomén lidských práv osob s demencí, jaká ohrožení vnímají studenti praxí v návaznosti teorie a praxí, postoje k ochraně lidských práv v souvislostech s kulturou organizace a lidskými zdroji profesionálů péče.

Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsou definovány základní pojmy vztahující se k syndromu demence, možných okamžiků obtížné životní situace, kvality života, poskytování komplexních služeb, formálních i neformálních intervencí ve prospěch nemocných. Formulovány jsou vybrané situace kvality péče v České republice, klíčových institucí hájících lidská práva osob s demencí. Další kapitoly se věnují problematice lidských práv osob s demencí, potřebám pečujícího, možnosti ochrany a rizik při poskytování péče v pobytové službě s ohledem na průzkum, který bude realizován v druhé části.

V diplomové práci byla použita kvalitativní výzkumná strategie, technika kvalitativního interview vzhledem k autenticitě příběhů z terénu s možností ponořit se do

zkoumaného světa etických závazků a emocionálních detailů při zajišťování práv života závislých nemocných.

Cílem práce bylo zmapovat obsahově – kauzální analýzou současnou situaci nemocných syndromem demence a jejich blízkých, zkoumat ohrožení lidských práv ve vybraných situacích, možných střetů zájmů v oblasti péče o klienta s demencí. Přispět k pochopení, jaké strategie používají studenti sociální práce k profesní povinnosti hájit lidská práva s ohledem na křehčí autonomii a důstojnost osob s demencí v domově se zvláštním režimem. Posílit společenskou zodpovědnost, prohloubit poznatky o záštitě lidských práv, přispět k boření mýtů a možností předání praktických výstupů, které se mohou uplatnit při vytváření dobré praxe.

Osoby se syndromem demence trávící zbytek svého života v zařízeních institucionálního typu mají rozhodně zákonné právo na ochranu před špatným zacházením a důstojnost žití. Vzhledem k tomu, že na prostředí a strukturu péče o osobu s demencí působí řada změn, je nezbytné zkoumat celý systém holistickou optikou.

1 VYMEZENÍ POJMŮ V KONTEXTU SYNDROMU DEMENCE

Lidský život má své zákonitosti a odborníci geriatricie a gerontologie se odklání od modelu ostrých hranic fází, spíše jsou vnímány jako prolínající úseky s určitou adaptační dobou.

Na počátku roku 2018 měla Česká republika 2,040 mil. obyvatel starších 65 a více let. Ze statistických závěrů se bude tato skupina zvětšovat až do roku 2058, skupina 65–74 letých tvoří aktuálně 1,254 mil. osob, což je 61 % velikosti celé skupiny seniorů nad 65 let (Štyglerová, 2019).

Obecně vzato dochází v seniorském věku k redukci zdrojů a aktivit, zkracující se perspektivy dlouhodobých cílů, hledáme emočně uspokojivé sociální vztahy a způsoby nahrazující mizící schopnosti. Shromažďujeme zbylé zdroje a tím přispíváme k vědomí kontroly nad životem (Matoušek a kol., 2013).

Autorka Malíková (2011) poukazuje na všeobecně negativní chápání období stárání a stárnutí, s pohledem různých omezení a postupující nesoběstačnosti. Obavy mohou být odrazem strachů ze ztráty lidské důstojnosti, z ponížení, samoty a izolace.

Mnoho lidí se domnívá, že starý člověk často myslí na blížící se konec života. Dle Haškovcové (2010) se senioři zajímají o to, co bude dnes a zítra. Idealizováním vzpomínek, strategiemi malých radostí je vytvářen předpoklad pozitivního aktuálního prožívání.

Lze dojít k závěru, že cyklus stárání je přirozenou navazující částí života, kdy má senior více volného času, užívá své moudrosti, zaslouženého odpočinku. Doporučení obsahují rady na dovybavení domácnosti, zajištění potřeb ve stárání. Z výsledků mnoha studií vyplývá přínos mentálních a společenských aktivit, učit se novým věcem, cizí jazyk, kognitivní cvičení, být činný, mít fyzický pohyb a minimálně 30 minut rychlejší chůze denně.

1.1 Kritéria demence

Signálům zapomínání přikládáme obvyklé důvody nadměrného stresu a vyčerpání. Myšlení se může v procesu stárnutí zpomalovat, ale zvyšující se zapomínání do stárání nepatří.

Mezi hlavní symptomy osob s demencí patří intelektový deficit, dále imobilita, instabilita a inkontinence. Nemocný má diagnostikované potíže s pamětí a myšlením, v jejichž důsledku dochází ke smrti jedince.

Při subjektivní stížnosti jedince na pozornost a zapomínání, kdy jsou kognitivní funkce a vlastní sebeobsluha bez výrazné poruchy lze dojít k závěrům mírné kognitivní poruchy. Ze současných studií je přibližně u 20 % osob v populaci 65 letých a starších lidí zaznamenán výskyt mírné poruchy (Holmerová, Mátlová, 2016).

Poruchy vstřípivosti a paměťové potíže jsou varující, avšak při nápovědě a připomenutí by u pacientů s mírnou kognitivní poruchou mělo dojít k jejich zlepšení (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009).

Při odborném zjišťování typu demence využívají moderní prostorové vyšetření mozku např. pozitronová tomografie či magnetická rezonance. Pomocí laboratorních testů, neurologického vyšetření a klinických testů se zpřesňuje fáze nemoci (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009).

Dle mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom demence způsobený chronickou či progresivní chorobou mozku. Dochází zde k poruchám paměti, orientace, úsudku a myšlení, chápání, řeči, počítání, schopnosti učení. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a dalších stavů (ÚZIS, online, 2016).

Do příznaků onemocnění patří zapomínání jmen, telefonních čísel, plánovaných úkolů, neschopnost řešit běžné denní úkony, zakládání věcí na nesprávné místo, pasivita, zmatenost v čase i prostoru, zhoršuje se racionální úsudek i abstraktní myšlení. Alarmující je zhoršená hygienická péče, komunikační potíže, poruchy polykání a režimu spánku, postupná ztráta kontroly nad vyprazdňováním, náchylnosti k infekcím (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009).

Pečující, přátelé a rodinní příslušníci pozorují změny celé osobnosti u nemocného, jeho života zabývají se převážně vzpomínkami, neboť přítomnost je jim vzdálená a cizí.

Z hlediska kognice rozděluje autor Krombholz (2011) seniory do tří skupin:

- jedinec bez kognitivního postižení
- jedinec s kognitivním deficitem nedosahujícím úrovně demence
- jedinec trpící demencí.

V současné době jsou k dispozici účinné léky, které dokážou rozvoj demence a s ním spojených obtíží výrazně zpomalit. Neléčená demence může vést k postupné vztahové izolaci včetně ohrožujících případů pro nemocného i jeho okolí.

1.1.1 Etiologie, typy a projevy demence

Klinickým dělením lze demence rozdělit na část, kde se jedná o primární degenerativní onemocnění mozku. U sekundární skupiny jsou příčinou systémová onemocnění se zasažením do mozku, poúrazová, infekční, intoxikační, vaskulární demence. Nepravé demence způsobené depresemi, tumorem, alkoholismem, traumatem je možno i zaléčit, důležité je včasné rozpoznání (Rektorová, 2009).

Vývoj rozdělují autorky Holmerová, Jarolímová, Suchá (2009) do stadií:

- mírné demence s poruchami krátkodobé paměti, koncentrace a chování,
- středně pokročilé a rozvinuté fáze demence s poruchou soběstačnosti a orientace,
- pokročilé demence se zasažením nemoci do celé osobnosti až ke ztrátě identity.

Nejnámější formou demence je dle dostupných statistik Alzheimerova choroba, která představuje až 60 % všech případů. Zástupci České alzheimerovské společnosti (Mátl, Mátllová, Holmerová, 2016) rozdělují demenci dle příčin:

- 62 % Alzheimerova nemoc
- 17 % vaskulární demence
- 10 % smíšené demence
- 5 % Parkinsonova nemoc
- 2 % jiné degenerativní onemocnění mozku (nemoc s Lewyho tělísky)
- 4% vzácnější příčiny (Creutzfeld - Jacobova, Pickova či Huntingtonova nemoc).

Papežová a kol. (2014) popisuje Alzheimerovu nemoc s charakteristikou nenápadného plíživého počátku s poruchami paměti a všípivosti. Dochází ke ztrátám spojení mezi mozkovými buňkami, usazování nerozpustných bílkovin tzv. beta-amyloidu v mozkové tkáni s úbytkem neuronů. Příčiny nejsou dosud známy, jako riziko se uvádí vyšší věk a genetické dispozice.

U neurodegenerativního případu Frontotemporální demence jsou zasaženy čelní a boční laloky mozku. Vzniká častěji v mladším věku před 65. rokem a bývá diagnosticky opomíjená či mylně diagnostikovaná jako Alzheimerova choroba či jiné psychiatrické

poruchy. Mezi klinické projevy lze řadit ztrátu sebekontroly, problémové chování a poruchu řeči (Rektorová, 2009).

Mezi jiné organické duševní poruchy patří vaskulární demence následkem mozkových příhod a hypertenze, s náhlými a kolísajícími, skokovými příznaky (Papežová a kol., 2014).

Parkinsonova choroba je degenerativní proces způsoben nadměrnou ztrátou nervových buněk a dopaminu v šedé hmotě mozku, kdy nemocný neovládá pohyb, má obtíže v komunikaci a zpomalení při zpracování informací. Riziko rozvoje demence je zde až 5,9krát vyšší než u běžné populace stejného věku, vzdělání a pohlaví (Rektorová, 2009).

1.1.2 Demence ve světě a České republice

Podle údajů sdružení Alzheimer Europe bylo v roce 2015 po celém světě 46,8 milionů osob trpících demencí. Pracovní sdružení z 37 zemí světa vydalo zprávu o tom, že v současnosti nejsou k dispozici žádné přesvědčivé důkazy, o tom, že určitá skupina lidí má větší nebo menší pravděpodobnost vývoje Alzheimerovy nemoci. Rasa, profese, geografická a sociálně-ekonomická situace nejsou determinanty choroby (Alzheimer's disease international, online, 2018).

Z mezinárodních propočtů se očekává, že počet lidí s demencí se během dvaceti let minimálně zdvojnásobí. V roce 2030 bude na zemi až 75,6milionu lidí s demencí o dalších dvacet let později dokonce až 135,5 milionu nemocných (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016).

Česká alzheimerovská společnost zveřejnila v pořadí již třetí zprávu o stavu demence, kde se dozvídáme, že v roce 2015 žilo v Česku téměř 156 tisíc lidí s demencí. Do budoucna lze očekávat, že v roce 2020 u nás bude žít 183 tisíc obyvatel s demencí a v roce 2050 dokonce 383 tisíc. V České republice bohužel chybí prevalenční studie a ucelená empirická data (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016).

Světová zpráva o demenci se zabývá širokým průřezem výzkumných oblastí včetně diagnózy a léků, snižování rizika, epidemiologie a zdůrazňuje naléhavost financování výzkumu. Porovnávajícími výsledky byl př. zjištěn globální nepoměr odborného materiálu o neurodegenerativních poruchách oproti rakovině, s ohromujícím závěrem 1:12 publikace. Vzhledem k neustálé absenci modifikující léčby se zvyšuje důležitost priorit pokroku a inovací ve výzkumu péče, neboť byly zaznamenány nerovnosti v přístupu péče a léčbě

demence u sledovaných evropských národních strategií (Alzheimer's disease international, online, 2018).

Výzkumy a rozvoj kvality péče u neurodegenerativních onemocnění a Alzheimerovy choroby se staly významnou prioritou mnoha zemí. I u nás jsou realizované povolené klinické studie k prokázání bezpečnosti, účinnosti a jakosti nových léků.

1.1.3 Každodenní péče o nemocného ve všech fázích nemoci

V sociální práci nelze životní situaci klienta hodnotit pouze skrze jeho biologické potřeby a osobnostní vlastnosti. Je potřeba zohlednit i vztahové a sociální systémy, prostředí, klima kolem něj. Je to z důvodů přiblížení se člověku, pochopení jeho zkušenosti, hodnot, příčin, motivů jednání a životních plánů (Smutek, 2010).

Strategie pod zkratkou P-PA-IA se stala základem indikátorů kvality péče o osoby s demencí a je podkladem pro hodnocení a certifikaci pracovišť (Holmerová a kol., 2013).

U prvního stadia nás strategie upozorňuje na poradenství a včasnou diagnózu od ošetřujícího lékaře, farmakoterapeutickou podporu řízenou neurologem či psychiatrem, psychologickou pomoc a poradenství směrem k budoucnosti vývoje choroby (Holmerová a kol., 2013).

Sdělení diagnózy je významné pro pacienta i pochopením situace pro rodinu, neboť vyrovnání se s nemocí může probíhat v cyklech podle E. Kübler - Rossové (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009).

Lze souhlasit s autorem Smutkem (2010) v tvrzení, že naše individuální jednání a rozhodování o dalším jednání je nějak společensky podmíněné, přesto zůstává relativně svobodnou individuální volbou.

V rozvinutém stadiu bez komplikací lze zvážit dovybavení pomůckami, podpořit nemocného trvalým dohledem a dopomocí v denních činnostech, programem, fyzickým pohybem. Je zde prostor pro psychosociální intervence, možné přípravy na přechod do zařízení sociálních služeb za interdisciplinární spolupráce (Holmerová a kol., 2015).

Smrt a umírání přináší konečné stádium demence. I tady je zapotřebí mít na paměti možné pocity umírajícího jako je úzkost, strach a smutek, proto je nutné vytvořit klidné, bezpečné a důstojné prostředí (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009).

Vývoj ukazuje důležitosti kvality péče v závislosti na potřeby a možnosti klienta, neboť v každé etapě života mohou přijít složité situace jako je dlouhodobá nemoc, zdravotní hendikep, krize, které mohou ovlivnit kvalitu života člověka.

1.2 Situace péče o osoby s demencí

Řada rodin řeší otázky, jak zabezpečit své stárnoucí rodiče. Pokud nefunguje rodinná síť při provázení v nemoci, je řešením formální, institucionální péče. Na druhou stranu si většina lidí přeje zůstat doma do závěru svého života, tím vzniká prostor pro mezigenerační pomoc, morální vzory a neformální domácí péči.

1.2.1 Neformální rodinná péče a mezigenerační soudržnost

Pokud senior stráví konec svého života doma se svými blízkými i s dopomocí terénních služeb je péče rodin normální a ideální (Lusková, 2019).

Někdy se blízcí nemohou postarat o rodiče zasažené demencí z důvodu vlastních chorob. Zhoršující se stav nemocného vede k plné závislosti, ale rodinný pečovatel bývá zainteresován ve více sociálních rolích. Plní pracovní povinnosti, pomáhá svým dospělým dětem a z druhé strany stárnoucím rodičům, má vlastní zájmy. Tím jsou na něj kladeny obrovské nároky, lidově se říká, že je to nemoc dvou lidí. Do oslabujících aspektů spadá bolestný strach z budoucnosti, smutek a izolace, pocity zloby, nesoustředěnost.

Pečovatel bývá konfrontován s procesem umírání v jeho jednotlivých fázích, často odolává únavě a stresu. Většina pečujících zažívá začarovaný emoční kruh, obohacující vzájemnost, smysl morální povinnosti a na druhou stranu cítí křivdu, nespravedlnost a výčitky (Papežová a kol., 2014).

Zhoršené sociální postavení, finanční tíseň, opuštění či omezení pracovních plánů a nízká podpora sociálního okolí, mohou neformálního pečovatele ovlivnit. Rodinné pečovatele je nutné respektovat, vysvětlovat průběh choroby, identifikovat obtíže, poskytnout prostor pro sdílení emocí, informace o terénních, ambulantních a pobytových službách, doprovázet ve fázi truchlení. Neformální péče má společenský přínos, na podporu pečujících existují různá sdružení jako je Unie pečujících, Centrum provázení.

1.2.2 Formální péče v instituci

Poskytovatelé sociálních služeb jsou veřejné a nestátní neziskové organizace, humanitární organizace, charitní spolky se zákonným oprávněním. Jejich financování je

centrálně řízeno prostřednictvím krajů, regionální podporou. V probíhajících procesech deinstitucionalizace a transformace lze podpořit společenský zájem zkvalitňování životních podmínek a naplňování lidských práv uživatelů.

Odchod seniorů s kognitivní poruchou do institucí představuje jednu z důležitých událostí v procesu doprovázení v obtížné životní situaci. Porozumění, podpora čilých kontaktů a rodinných vazeb ze strany pracovníků prospívá sociálnímu začleňování, klíčové hodnotě zachování kvality a smyslu života, individuální nezávislosti, spokojenosti s péčí, normalizaci ambivalentních pocitů odpovědnosti blízkých v kontextech humanizace institucionální péče (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013).

Základem pocitu bezpečí je důvěrný vztah založený na respektu k emocím a jeho realitě, empatické komunikaci, ohledu na jeho přání a podpory v kontaktech s okolím (Matoušek a kol., 2013).

Profesionální pečovatel má k dispozici týmové sdílení, spolupráci, odbornou supervizi a pravidelné vzdělávání, mzdu za práci, volný čas, čerpá volno a dovolenou na zotavenou.

Lusková (2019) upozorňuje na obecné veřejné mínění, že pobytová služba vyřeší svým širokým rozsahem problémy, péči a dohled závislých osob. Normální však je nebýt všeobjímající, vymezit cílovou skupinu, vyhodnocovat oprávněnost nároku o službu dobře zpracovanou interní normou.

1.3 Intervence ve prospěch osob s demencí

Do zóny podpory spadá bezpečné bydlení, pomůcky a síť služeb, důležité je finanční ohodnocení pečovatelů. Pokud se rodina rozhodne postarat se o seniora s demencí, bývá to nepřetržitá dlouhodobá péče.

Rodinní pečovatelé jsou problémem organického mozkového onemocnění blízké osoby denně konfrontováni, neboť vlivem zvyšující závislosti nemocného stoupají nároky na pečujícího včetně významných sociálních dopadů (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009).

1.3.1 Sociální strategické dokumenty

Strategický rámec Česká republika 2030 reaguje na koncepty aktivního stárnutí, zdroje podpory, nástroje sociální ochrany důstojného životního minima, kvality služeb,

zajišťování lidských práv, opatření minimalizující rizika a bariéry s ohledem k rodinám (Ministerstvo životního prostředí, online, 2019).

Výzkumy a detailní analýzy situace dnešních rodin jsou shrnuty ve Zprávě o rodině, Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Odbornou komisí pro rodinnou politiku zařadilo do Koncepce rodinné politiky pro období 2017 – 2022 cíle na podporu rodin a seniorů včetně domácí neformální péče. Reaguje tak na aktuální potřeby občanů, rozvoj služeb prostřednictvím neziskových a humanitárních organizací, spolků, nadací.

V Národním akčním plánu na podporu stárnutí se Česká republika zavázala podporovat seniory v oblastech aktivního zaměstnávání, komunitním životě a možnostech dobrovolnictví. Mezi další témata programu je zařazena ochrana lidských práv, celoživotní vzdělávání, důchodový systém, sociální služby a další (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

V plánu s kontextem osob s demencí lze sledovat:

- vyhledávání sociálně izolovaných seniorů, včasné propojování se sociálními službami, vytváření poradenských míst
- podpora a ochrana seniorů v jejich zájmech a právech, jejich propojování se současným životem, aktivitami volného času, podpůrnými službami
- podpora včasné péče, asistenčních a terénních služeb
- vzdělávání laických i profesionálních pečovateli
- vytváření prostoru pro zkušenosti laického pečování o závislé seniory
- osvětové akce s cílem bořit mýty o stáří, zveřejňování obrazu o životě a potřebách seniorů
- dobrovolnictví a senioři (Pospíšil a kol., 2016).

Národní strategie rozvoje sociálních služeb jsou provázány s Akčními plány rozvoje sociálních služeb a regionálními střednědobými plány, kde jsou časově rozpracovány konkrétní cíle. Kvalita života ve stáří je společenské téma, k plnění závazků to vyžaduje komplexní přístup a strategická jednání vlády a samosprávy.

1.3.2 Edukace veřejnosti

Praktický lékař se setkává se stížnostmi na poruchy paměti, může zachytit projevy tohoto syndromu a předat informace i blízkým. Odborné zprávy, příručky a svépomocné

setkávání pomáhají pečovateli a osobám s demencí řešit potíže, které jsou zátěží celé rodiny.

Mnozí odborníci řeší etické otázky léčby, péče, práv nemocného. Jsou vyvíjeny legislativní tlaky na dostupnost hospicové a dlouhodobé lůžkové péče. Veřejný ochránce práv se trvale zaměřuje na ochranu práv osob v nepříznivé životní situaci. Špatné zacházení je v rozporu s čl. 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, uživatelé služeb mohou být ohroženi skupinou z důvodu nízké kvality služeb.

Jsou diskutovány oblasti svéprávnosti a zastupování, podmínky služeb, řešení dilematických přístupů v péči, spolupráce s opatrovníky a rodinami. Realizovány jsou různé celostátní projekty na podporu rodinných pečujících. Mezi nejznámější patří program Diakonie ČCE „Pečující on-line“ a „Pomáháme pečovat“ s podporou bezplatné telefonické linky, projekt organizace Život 90 „Senior telefon“ a poradenství pro pečující. Gerontologický institut se zaměřuje na širší souvislosti stárnutí a stáří. K dispozici je edukační časopis a terapie „Tváří v tvář“ od sdružení Elpida, mediální Dny paměti, svépomocné skupiny, vzdělávání České alzheimerovské společnosti nebo projekt pro seniory „Senro“ a služby Alfa Human Service pečujícím.

1.3.3 Pečující rodina včetně vybraných rizik a dopadů

Počet neformálních pečovateli v České republice se odhaduje na 250 tisíc, jiné prameny uvádějí až 300 tisíc osob. Až 600 tisíc lidí poskytuje svým blízkým středně náročnou péči a současně pracuje. Podle kvalifikovaných odhadů je 70 – 90 % dlouhodobé péče poskytováno rodinou nebo jinými pečujícími. (Pospíšil a kol., 2016).

V české praxi nejsou k dispozici výraznější zkušenosti s pečujícími rodinami z minoritní části společnosti, neboť si pro pomoc přicházejí zřídka nebo vůbec. Je otázkou, zda jde o jejich pojetí k demenci, o nastavení systému podpory a pomoci nebo o další faktory. Můžeme téměř s jistotou předpokládat, že i v romských, vietnamských a rodinách dalších národností nastávají obdobné problémové situace jako v českých rodinách stížených demencí (Jarolímová, Broučková a Holmerová, 2018).

Potřeby závislé osoby v domácnosti mohou být skryty v nejednoznačném vymezení neformální péče. Zvyšuje se riziko ohrožení práv pečovatele, rozpadu rodinných a partnerských vztahů. Je nutné se zamyslet nad efektivitou opatření na podporu pečujících rodin, možnostech sladění rodinného a pracovního života, opory specifického poradenství,

bezplatného vzdělávání, terénních a odlehčovacích služeb, psychoterapie životních těžkostí.

Zkrácená pracovní doba či dočasné uvolnění ze zaměstnání, dávka dlouhodobého ošetrovného může být pro rodinného pečovatele výraznou pomocí. V tomto čase nesmí být propuštěn a po návratu má nárok na původní pozici.

Největší bariérou pro čerpání této dávky se v praxi jeví povinná doba hospitalizace minimálně sedm dní. Rozhodnutí musí být lékařem vystaveno nejpozději v poslední den hospitalizace. Na tuto skutečnost upozorňují organizace s tím, že u geriatrických pacientů žijících v domácím prostředí může docházet k prudkému zhoršení zdravotního stavu bez nutnosti požadované délky hospitalizace.

Lze se domnívat, že nízká podpora pečujících rodin může způsobovat ohrožení jejich práv vlivem sebeobětování, pádu životního standardu a pocitů osobního selhání.

1.3.4 Podpora nemocného a pečujících ze strany státu

Oblastmi monitorování sociální politiky jsou sociální vztahy, analýzy problémů a rodinných změn. „*Jde o soustavné a cílené úsilí státu a dalších subjektů v rámci většího celku, udržení sociálního fungování a bezpečí občanů či změn v integraci obyvatelstva.*“ (Matoušek a kol., 2013, s. 166).

Mezi konkrétní nástroje pomoci patří jednorázové a opakované peněžní dávky. Jsou vypláceny dle určitého nároku dlouhodobých potíží fyzické osobě, která splňuje podmínky stanovené § 3 Zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. V případě neschopnosti podat žádost o přiznání dávky, může své zastupování určit na zmocněnce, nebo je zastupován soudně ustanoveným opatrovníkem.

Dávka příspěvek na péči je rozdělena na čtyři stupně mírou závislosti osoby. Na dávku příspěvek na mobilitu mají nárok osoby s průkazy zdravotního postižení, označené symbolem ZTP či ZTP/P, za účelem placené dopravy. Prostřednictvím Okresní správy sociálního zabezpečení má pracující zaměstnanec z nemocenského pojištění nárok na ošetrovné nemocného člena společné domácnosti.

Dávku dlouhodobého ošetrovného může čerpat i více pečujících osob. Při ukončení nejméně týdenní hospitalizace nemocného, potřebnosti celodenní domácí péče o něj alespoň 30 kalendářních dnů, vystaví lékař rozhodnutí o navazující péči. Umožňuje pečovateli čerpat 90 kalendářních dní s náhradou 60% příjmu.

Specifické dávky jsou příspěvky se spoluúčastí příjemce na zvláštní pomůcku a příspěvek na zakoupení motorového vozidla. Dalšími nástroji pomoci jsou sociální služby pomáhající znevýhodněným lidem žít běžným životem a věcné dávky (zdravotní pomůcky, potravinové poukázky, vzdělávání, výhody a slevy seniorům).

2 SPECIFIKA PŘI POSKYTOVÁNÍ KOMPLEXNÍ PÉČE

Péče o lidi s demencí se poskytuje v dosud nepropojených sektorech. Část péče je poskytována ve zdravotnictví, část je vykonávána rodinnými pečovateli nebo prostřednictvím sociálních služeb.

K řešení provázanosti systému o lidi s demencí je nutné propojovat veřejnost, obce i zástupce zdravotních pojišťoven. Podmínkou jsou aktuální informace o území a lidech, koordinaci pomoci.

2.1 Zdravotní péče

Česká republika je vázána Úmluvou o lidských právech a biomedicíně v čl. 5, jež potvrzuje právo člověka na svébytnost, svobodnou vůli v oblasti péče o zdraví. Nemocný má zákonné právo na svobodnou volbu lékaře, udělit, neudělit či odvolat informovaný souhlas s účelnou léčbou. Lze tak učinit i s vědomím, že to může ovlivnit délku života.

Psychosociální faktory v nemoci ovlivňují naše vnímání, po lékařské stránce můžeme být naprosto zdraví, přesto se cítíme být nemocní. Při zasažení nějakou chorobou se můžeme oproti nemoci paradoxně cítit pocitově zdraví, avšak z medicínského hlediska objektivně trpíme chorobou (Křivohlavý, 2009).

Zdravotní péče o osoby s demencí je poskytována především ambulantní formou péče a lůžkovou péčí. Zpráva o demenci 2016 vypovídá, že přibližně čtvrtina (24,4 %) osob s demencí využívá ambulantní zdravotní péči, necelých 6 % pak lůžkovou zdravotní péči (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016).

Zvláštní se jeví dlouhodobé hospitalizace ve zdravotnickém zařízení bez přímé úhrady používané jako přínos pro nemocného i jeho blízké. Přes mnohé příčiny je nepřijatelné hospitalizovat nemocné s demencí na lůžkách zdravotní péče.

Od roku 2017 je realizován program „Podpora hospicové paliativní péče“ s cílem navýšení kapacity hospicových lůžek v regionech včetně podpory rozvoje domácí hospicové péče. Jsou pořádány workshopy s náměty reformy a legislativy u dlouhodobé a paliativní péče, mobilní dostupnosti, informovanosti, posílení komunitní péče.

2.2 Sociální služby

Politickou deklarací lidských práv byl již v poválečných letech brán zřetel na sociální zabezpečení starých lidí. Se stárnutím obyvatelstva se mění na prioritu podpory a pomoci ve stáří (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

Řídící a metodická činnost patří do díkce Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Spolu s dalšími právními předpisy, Zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu a Zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, jde o uspořádání sociální pomoci znevýhodněným lidem.

Služby jsou definovány Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jež upravuje podmínky poskytování, registrací, personální kvalifikační požadavky, pravidla používání omezujících opatření, kontrolní činnost.

Činnosti lze rozlišovat v rovinách: mikroúrovni, střední úrovni a makroúrovni a ve formách ambulatních, terénních a pobytových služeb. Konkrétními nástroji pomoci jsou služby sociální péče, prevence a poradenství se zacílením na partnerský přístup a podporu kvality života.

2.2.1 Oblast sociální péče

Sociální péče mají za cíl zabezpečení základních životních potřeb oslabené osoby v případě, že nemohou být zajištěny péčí jiné osoby (Malíková, 2011).

Hlavními právními pilíři z hlediska legislativního ukotvení jsou:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění,
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách,
- Standardy kvality sociálních služeb dle přílohy č. 2 Vyhlášky č. 505/2006 Sb.,
- Etický kodex pracovníků v sociálních službách.

Sociální péče předkládá letité diskuze na téma registrační a finanční podmínky, nedostatek personálu, deinstitucionalizace, kvalita služeb, ochrana lidských práv, moc pomáhajících. Organizace i aktivní ochránci práv seniorů by se měli zapojovat do debat u kulatých stolů, výzkumných analýz, komunitního plánování, připomínkování legislativy a programů stárnutí.

Lze zdůraznit i vyhledávání ohrožených osob, které pro problémy v kontextech syndromu demence, nefunkčností vztahů nebo vlivem vzdálenosti potomků žijících v cizině a pasivity okolí jsou v systému pomoci jakoby neviditelní.

2.2.2 Domovy se zvláštním režimem

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění v § 50 vymezuje základní činnosti pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností vlivem Alzheimerovy choroby či jiného typu demence:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy se zvláštním režimem pro osoby s demencí poskytují odbornou péči klientům, poradenství jejich blízkým, kteří o ně pečují. K přímé úhradě služby slouží vlastní zdroje klienta, přiznaný příspěvek na péči (vyplácený státem na základě sociálního šetření a vyjádření posudkového lékaře).

2.2.3 Normy pro kvalitu služby

Audity české alzheimerovské společnosti svým hodnocením přispívají k rozvoji filozofie péče lidí s demencí. Certifikát Vážka zahrnuje oblasti přímé péče, architektonického řešení a vybavení, kvalifikace personálu. Rozvojem sociálních služeb dochází k navyšování počtu pracovníků se zaměřením na určitou cílovou skupinu.

Vlivy na kvalitu péče vznikají působením různých zájmů, jako je posílení odpovědnosti a práv příjemců služeb, principy efektivity a účinnosti služeb od zadavatelů, odbornosti personálu a spolupráce od organizace a vlastní kompetence, orientace na cíle týmu od pracovníků (Holasová, 2014).

Standardy kvality jsou významnou obsahovou pomůckou pro výkon sociálních služeb při ochraně práv uživatelů. Stanovují povinnosti poskytovatelů sociálních služeb

v rovině procedurálních postupů práce, provozního řádu, dokumentace, návaznosti na jiné služby, personální a organizační zajištění služby vymezují kvalifikaci vzdělávání a praxi pracovníků i provozu sociálních služeb na vybavení, a technické zabezpečení.

Matoušek a kol. (2013) vysvětluje, že tento soubor dohodnutých kritérií umožňuje posuzování kvality sociální služby.

Kvalifikovaný pracovník se zaměřuje na mnohé kontexty prostředí, rodinné vzorce, životní hodnoty klienta, přesto si musí zachovávat vnitřní neutralitu, v souladu s cíli poskytované služby.

2.2.4 Odbornost a kvalita výkonu sociálního pracovníka

V katalogu Národní soustavy povolání se dočteme, že u povolání sociální pracovník je přiřazena řada příbuzných pozic. Zákon o sociálních službách vymezuje předpoklady pro výkon povolání jako je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Vzdělání nejméně vyššího odborného studia, získaného akreditovaným studiem nebo vysokoškolského. Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., v platném znění konkretizuje předpoklady, ve standardu č. 9 a 10, které se zabývají personalistikou, profesním rozvojem a oceňováním zaměstnanců.

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí analyzoval postoje přímých nadřízených, kdy výsledky ukázaly vyzdvižení důležitosti praktických zkušeností, znalostí, dovedností podřízených. Vedoucí kvitovali praktické měkké dovednosti a kontakty na jiné odborníky (Havlíková a kol., 2018).

Jak uvádí Matoušek a kol. (2013), v praxi to znamená, že sociální pracovník funguje jako samostatný profesionál, řídící se etickým kodexem své profese.

Ve zmiňované studii manažerů byl vysledován názor na rozdílnou úroveň přípravy v závislosti typu školy. Nejčastěji požadovali zkušenosti s cílovou skupinou (20,7 %), znalost účinné komunikace (21,7 %), individuálního plánování (13,7 %), práce na PC (57,1 %). Zdůrazňovali znalost etiky v 96 %, základy práva 94 %, nutnost znalostí metod a technik v 99 % (Havlíková a kol., 2018).

Mezi žádané osobnostní předpoklady jsou řazeny měkké dovednosti (jako je emoční doprovázení, psychosociální a asertivní dovednosti, vhodná komunikace, morální normy, reflexe etických dilemat) koordinační dovednosti a flexibilita.

Na místě je doplnit tyto výčty statistickým údajem ze závěrečné zprávy vývoje mezd. Průměrná hrubá pracovní nominální mzda podle údajů Českého statistického úřadu (online, 2018) činila v roce 2018 částku 33 840 korun.

V tomto případě lze s lehkou ironií souhlasit s autory Šmajsem, Binkou a Rolným (2012, s. 113) že: *„lidé nejsou hodnoceni podle toho, jak přispívají k rozvoji civilizace, jak se angažují pro veřejné blaho a pro blaho přírodních entit, pro svou mravopověstnost, ale podle své kupní síly.“*

Pokud pracuje sociální pracovník mimo veřejný sektor tabulkové platy a státní navyšování se ho netýká. Sociální pracovník samostatně pracující, zaučený má obvykle nižší mzdu, než je průměrná mzda.

2.2.5 Dilemata a etické aspekty při péči

Z hlediska zákona mají všichni stejná práva na autonomii a důstojnost, problémem může být, že si tato práva osoby s demencí neobhájí. Je proto potřeba vytvářet podmínky pro naplňování práv a etický postoj v tom může významně pomoci. Etické kodexy zahrnují uznávané hodnoty a normy, které vychází ze zásad zakotvených v Chartě lidských práv Spojených národů, Všeobecné deklaraci lidských práv a svobod, Základní listině práv a svobod, dalších právních norem.

V dobré praxi sociální práce je povinností zkoumat eticky významné situace, kde na jedné straně stojí nemožnost správného řešení a na druhé je oprávněnost řešení podpořena hypotézou správného jednání a následná obhajoba postupu. Do úvahy vstupují kodexy, legislativa, konzultace s kolegy, ohledy na zájmy klienta a zúčastněných osob, vlastní reflexe (Matoušek a kol., 2013).

Etickým paradoxem může být situace, když se má pracovník rozhodnout v rozporu s jeho vlastními hodnotami. Například osamělý senior s demencí nejeví o pobytovou službu zájem. Nebo vnímá nesoulad přání seniora a rodiny, když pod tlakem blízkých zájem projeví, po krátké době si to rozmyslí a chce domů. Rodina se pak dožaduje na jeho umístění v pobytové službě. Ulehčit rozhodování mohou sami osoby s demencí, pokud včas sepíší dříve vyslovené přání. Tento institut se však v praxi příliš nevyužívá.

V praxi se zdá, že etický přístup je samotná připravenost pečujícího, zdroje sebereflexe, analyzovat, co děláme a jak přemýšlíme, neboť společným úkolem je důstojné

dožití. Je to vlastní otevřenost vůči jinakosti každého člověka. Zpětnou vazbou je hodnocení, spokojenost a klid klienta, připomenutí si poctivého úsilí každodenní práce.

2.3 Práva nemocných s demencí ve vybrané legislativě

Za prameny garantující práva lze jmenovat Listinu základních práv a svobod, Zákon o rodině, Zákon o sociálních službách, Nový občanský zákoník, Trestní zákoník, Obecné nařízení na ochranu osobních údajů včetně etických kodexů.

Do cílů sociální politiky v souladu s Evropskou sociální chartou patří právo na důstojný život a sociální ochranu, rozvoj člověka za pomoci sociálních práv a jistot (Pospíšil a kol., 2016).

2.3.1 Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, svéprávnost a opatrovnictví

Občanské právo přiznává všem lidem právní subjektivitu. Je dáno fyzickou existencí a zaniká konstatováním smrti člověka. Způsobilost k právním úkonům znamená vlastním jednáním a úkony nabývat práv i povinností. Plnou moc k zastupování může udělit osoba schopna jednat. Pokud nemocný s demencí nerozumí úřednímu jednání, neuvědomuje si nutnost rozhodování o léčbě a péči, je třeba zvážit oficiální zajištění jeho práv, neboť podepsání dokumentu, byť s ověřeným podpisem nemocného, neudává platnost a závaznost.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění posiluje práva vyjadřovat svou vůli u osob s demencí a zohledňuje podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého člověka právně jednat. Jedná se o formy:

- předběžného prohlášení při očekávání vlastní nezpůsobilosti
- nápomoci při rozhodování bez omezení svéprávnosti, se soudně schválenou smlouvou s podpůrcem
- zastoupení na přání členem domácnosti
- omezení svéprávnosti s určením opatrovníka nebo opatrovnické rady.

Omezení svéprávnosti je v dnešní době diskutované téma. U laické veřejnosti panuje mnoho předsudků a obav, přestože institut opatrovnictví podporuje zájmy nemocného, který už není schopen zodpovědně jednat. Omezit lze pouze za předpokladu trvalé či dlouhodobé duševní poruchy a zároveň s hrozbou závažné újmy. Podáním návrhu na místně příslušný soud, dochází ke zhlédnutí soudní osobou, opatření důkazních výpovědí od blízkých zkoumané osoby.

Z Nálezu Ústavního soudu je zřejmá skutečnost povinného, důsledného, individualizovaného soudního posuzování věci v řízení o svéprávnosti, na podkladech řádně zjištěného skutkového stavu tak, aby rozsah omezení svéprávnosti odpovídal skutečným vlastnostem a schopnostem a zejména nejlepšímu zájmu posuzovaného jednotlivce (Nalus, online, 2016).

Soudní znalec na základě prostudovaných zjištění navrhuje soudu budoucí řešení a intervence ve prospěch nemocného. Zkoumány jsou i cesty mírnějšího opatření, jako je nápomoc při rozhodování podle § 45 či zastoupení členem domácnosti i § 49 občanského zákoníku.

Opatrovníkem je jmenována zpravidla osoba blízká, která projevuje dlouhodobý a vážný zájem a respektuje názory a přání nemocného nebo je ustanoven veřejný opatrovník. Úplné zbavení svéprávnosti znamenalo silný zásah do integrity člověka, proto je omezení vydáváno na lhůtu nejdéle tří let s možným prodloužením, v případě ireversibilních stavů až 5 let.

2.3.2 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a informované rozhodnutí

V Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících je upozornění, že lidská práva nemocných mohou být ohrožena nedostupností paliativní péče, nepravdivými informacemi, nedostatečnou léčbou bolesti, prodlužováním procesu umírání neúčelnými intervencemi, v izolaci a proti vůli (Loučka, Špínka a Špinková, 2015).

Oficiální doporučení č. 1/2010 České lékařské komory pro klinickou praxi se týká postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Byly formulovány východiska pro rozhodování marné a neúčelné léčby v situacích rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu, útrap a strádání pacienta (Česká lékařská komora, online, 2018).

V pokročilém věku berou lidé nemoc a umírání jako nezbytnou daň a jsou vděčnější k nabídce možnosti uspořádat si důležité záležitosti a výběru, kde strávit poslední etapu života. (Slámová a kol., 2018).

Některé osoby vlivem svého zdravotního stavu nemohou vyslovit souhlas, protože nejsou způsobilé k právním úkonům, například osoby s duševním onemocněním a zástupné rozhodování přechází na zákonné zástupce, opatrovníka.

Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb., v platném znění upravuje práva pacientů, v článku 9 vymezuje zákonný projev vůle nemocného a vlastní zdravotní péče do budoucna. Zákon o zdravotních službách zajišťuje právo týkající se informovaného souhlasu a souhlasu do budoucna, tzn. Dříve vysloveného přání (sepsání volnou formou s platností úředního ověření podpisu nebo při hospitalizaci za účasti lékaře).

Institut má obrovský význam pro pacienty, kteří se zbaví úzkostí, nedocenitelný je i pro jejich blízké v předcházení zoufalým situacím (Slámová a kol., 2018).

Ze Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění je každá zdravotní pojišťovna povinná zajistit péči svým pojištěncům. Hrazenou službou z fondu veřejného pojištění občanů se rozumí i ošetrovatelská a léčebně rehabilitační péče, indikované výkony lékařem a péče všeobecných sester v sociálních službách s odborností kódu 913.

V případě, že je nutností hospitalizace člověka s demencí, jenž nesouhlasí již při příjmu, je třeba zahájit detenční řízení. V § 38–40 Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách vymezuje hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a důvodné použití omezovacích prostředků. (Holmerová a kol., 2015).

Při nespokojenosti s péčí se lze obrátit se stížností na zřizovatele služby, registrujícímu orgánu, zdravotní pojišťovnu, Českou lékařskou komoru nebo Veřejného ochránce práv. Etické nezávislé komise tvořené odborníky z různých oblastí hájí práva a zabývají se ochranou a bezpečností osob zařazených do klinických studií a výzkumů.

2.3.3 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a stížnosti

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění v části sedmé zohledňuje možné přestupky, možné sankce a instituce projednávající stížnosti. Za přestupky jsou považována porušení mlčenlivosti, neuzavření písemné smlouvy o poskytování pomoci, neohlášení úmrtí klienta, nevedení dokumentace, nesplnění oznamovací povinnosti.

Standard č. 7 v příloze č. 2 Vyhlášky č. 505/2006 Sb., se zabývá podáváním a vyřizováním stížností na kvalitu a způsob poskytované služby včetně informací směrem ke klientům jak a kde lze podat stížnost a lhůty na vyřízení včetně možností odvolání proti již vyřízené stížnosti. Stěžující rovněž nesmí být vystaven negativnímu hodnocení, může si zvolit zástupce, který bude hájit jeho práva. Stížnosti se obecně směřují na vedení zařízení, zřizovatele, služby, sociální odbor daného města nebo krajského úřadu, Kancelář Českého helsinského výboru v Praze.

Ochrana lidských práv osob zasažených demencí, jejich rodin a neformálních pečujících je jednou z priorit Veřejného ochránce práv. Edukační prostor a pomoc je poskytována neziskovým sektorem (Poradna pro občanství/Občanská a lidská práva, Diakonie, Život 90). Česká alzheimerovská společnost o. p. s. dlouhodobě upozorňuje na nutnost dodržování práv pacientů trpících Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence.

3 LIDSKÁ PRÁVA OSOB S DEMENCÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Všeobecná deklarace lidských práv je základním mezinárodním dokumentem ve vyjádření lidských práv. První článek zohledňuje svobodnost a rovnost v důstojnosti a právech všech lidí.

Mezi další významné mezinárodní dokumenty lze jmenovat Deklaraci lidských práv, Evropskou konvenci o lidských právech, Mezinárodní úmluvu o občanských i politických právech a Mezinárodní úmluvu o ekonomických, sociálních a kulturních právech, Evropskou chartu pacientů seniorů.

3.1 Právní ukotvení ochrany lidských práv

„V Chartě základních práv Evropské unie se lidská práva nově dělí podle základních demokratických hodnot, a to na práva zabezpečující důstojnost, rovnost, svobodu, solidaritu, participaci a spravedlnost“ (Matoušek a kol., 2013, s. 159).

Zdá se, že současný svět oplývá problémy v oblasti lidských práv, ochrany proti zločinu, trestným činům z nenávisti, projevům extrémismu. Lidé požadují, aby mohli žít v míru, ve společnosti založené na demokratickém principu, v důstojnosti a bezpečí. V Evropské unii vznikl organizační systém na ochranu lidských práv, jako je Organizace pro bezpečnost a spolupráci v Evropě, Rada Evropy (činnosti Komisaře a Evropského soudu pro lidská práva), Evropský parlament s jeho výbory.

Aby člověk mohl existovat, potřebuje ke své realizaci práva občanská, politická a kulturní. Pro společenskou existenci potřebuje i práva sociální a hospodářská. Mít tedy právo na přiměřenou životní úroveň a důstojné životní minimum zahrnuje právo na sociální pomoc a sociální služby (Matoušek a kol., 2013).

Rada vlády České republiky pro lidská práva je kompetentní v otázkách ochrany lidských práv a základních svobod, dodržování mezinárodních závazků. Zmocněnec pro lidská práva předává Radě informace, podněty a stanoviska, zabývá se agendou práv, problematikou romské menšiny, postižených, národnostních minorit, neziskových organizací, rovných šancí.

3.2 Lidská důstojnost a autonomie vůle

Lidskou důstojnost a úctu lze získat v průběhu života vlastními zásluhami, prestižním výkonem. Kontingentní důstojnost a respekt naopak lze získat i ztratit, další snahou a přičiněním znovu získat.

„Důstojností rozumíme nejvyšší hodnotu lidské bytosti, která se projevuje především svobodou jednotlivce na jedné straně a odpovědností za svoje konání na straně druhé“ (Dvořáková, 2018, s. 10).

Důstojnost je nezczitelná hodnota lidské bytosti od narození do smrti. Je založena na uznání autonomie, vnímána v účtě člověka k druhým lidem. Nelze ji ztratit nebo odebrat, ani v nemoci či umírání. Zohledňujeme čtyři hlavní oblasti důstojnosti člověka, a to ochranu těla a života, možnost na sebeurčení, respekt od druhých i respekt k vlastním lidským právům.

V kontextu neformální péče často hovoříme o důstojném postavení pečujících (Dvořáková, 2018).

3.3 Lidská práva optikou sociálního pracovníka

K porušování lidských práv (ageismus, týrání seniorů a dětí, domácí násilí, nemocní a umírající) dochází ve světě i v našich podmínkách.

S přibývajícím věkem seniorovi ubývá fyzických sil, okolních přátel, vznikají osobní potíže a hendikepy z nemocí. Ohrožení důstojnosti až násilí lze u seniorů zachytit v nemocnicích i pobytových službách nebo domácnostech. Toto protiprávní jednání je často utajovanou skutečností, traumatizovaný starý člověk trpí zdravotními následky, často končící chronickými poruchami i dlouho po ukončení násilí.

V roce 2015 bylo policií zachyceno z celkového počtu 2525 ohrožených osob pouhých 154 obětí nad 65 let věku, přičemž nejsou k dispozici údaje o příbuzenském nebo jiném vztahu mezi ohroženou a vykázanou osobou (Policie ČR, online, 2016).

Česká republika vyhlásila nulovou toleranci k násilí, vznikly zákony vztahující se k trestnímu postihu, institut vykázaní a předběžného opatření k ochraně osob s důrazem na sekundární prevenci a ochranu práv obětí.

3.4 Standardy kvality a jejich řízení na ochranu práv klientů

Standardy kvality jsou obsaženy ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Právní předpis obsahuje 15 standardů s procedurální, personální a provozní oblastí, kterými lze zajistit kvalitu služby. Jsou zavazujícím dokumentem a průvodcem pro poskytovatele i uživatele služeb.

Cílem druhého standardu je vymezení kritérií závazných procesů některých situací při poskytování služby. Zohledňuje povinnost poskytovatele mít písemně zpracovaná vnitřní pravidla k předcházení situací možného porušování lidských práv klientů včetně jejich řešení, vymezení postupů při možných střetů zájmů, pravidla pro přijímání darů.

V praxi to znamená vyjmenování práv klientů, legitimní přístup k nim, znalosti předpisů a pracovních metodik, kontrolní činnosti ze strany vedení, řešení nepřijatelného chování personálu v nejbližším možném termínu (zneschopňování, podvádění, ignorování, infantilizace, vnucování, nedodržování intimity). Sjednání nápravy lze s dikcí nadřízeného a písemným zápisem o porušení pracovní kázně a navazujících jednání.

3.5 Ohrožení práv ve vybraných situacích

Při plnění cílů sociální politiky v oblasti práv může veřejná správa využívat legislativních norem, finančních mechanismů a správním výkonem institucí (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

Je důležité připomenout Strategii P-PA-IA s požadavky podpory a péče osob s demencí, mezinárodní doporučení, stanoviska a deklarace Alzheimer Europe. Při rozhodování o péči nemocného je potřeba využít všech možností, jako je poradenství, právní pomoc, sociální služby, dávky sociální péče. Case management péče nastavit s ohledem k potřebám a schopnostem nemocného, s představami rodin a v souladu s možnostmi zařízení.

3.5.1 Autonomie vůle a přání

Důležitým nástrojem ochrany práv uživatele je dobrovolný akt o službě na smluvním základu jejího poskytování dle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, a to § 90 a § 91, se všemi náležitostmi, dobou platnosti, rozsahem a cíli služby, porozumění obsahu smlouvy. Také standardy kvality vymezují kritéria pro procesy

jednání se zájemcem o službu, písemné zpracování uzavírání smlouvy a individuální plánování průběhu sociální služby.

Pokud osoba neprojeví souhlas s uzavřením smlouvy o poskytování pobytové sociální služby, pak opatrovník nebo pověřený zmocněnec obecního úřadu obce s rozšířenou působností postupuje podle § 91a tohoto zákona. Přístupnost omezení osobní svobody v krajních situacích je zakotveno v § 91a - § 91c zákona o sociálních službách.

Veřejný ochránce práv na základě šetření v pobytových zařízeních pro osoby s demencí seznámil veřejnost se zjištěním sedmi případů špatného zacházení. Bylo doporučeno v oblasti prostředí zajistit bezpečí, individualizovat pokoje, podpořit orientaci v realitě a prostor pro denní činnosti. Dodržovat ochranu osobních údajů, soukromí při hygieně. Při poskytování péče se věnovat prevenci malnutrice a dekubitů, mikčnímu režimu, pozornost bolestem a depresím. V otázkách bezpečnosti se zabývat tématy pádů, používání postranic, možnostem signalizace. (Veřejný ochránce práv, online, 2016).

3.5.2 Právo na volný pohyb

Každý uživatel má právo na využívání služby sociální péče v co nejméně omezujícím prostředí.

„V žádném případě neplatí, že dezorientovaný pacient se bude chovat agresivně. Ani ti pacienti, u kterých se agresivní chování vyskytuje, se nechovají agresivně stále“ (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009. s. 110).

Problematickou omezování pohybu uživatelů pobytových zařízení se koncepčně zabývá Ministerstvo práce a sociálních věcí, jež vytvořilo Doporučený postup č. 5/2018. Zde je metodicky rozpracováno zvládání rizikového chování a opatření ochrany zdraví a života klienta, podmínky a situace přiměřeného použití omezení včetně odpovědnosti poskytovatele. Mezi opatření omezující pohyb osoby patří fyzické úchopy a bezpečný prostor pro pohyb či užití uklidňujících léků z důvodu ohrožení a nouze.

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 89 jsou poskytovatelé služby právně odpovědní vést evidenci aktů a neprodleně informovat zákonného zástupce nebo opatrovníka. Každé rozhodnutí použít omezovací prostředek by mělo být po důkladném posouzení a respektu k osobnosti a právům uživatele, se zvážením etických principů.

3.5.3 Právo na soukromí

Dle Zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění, § 86 nikdo nesmí zasáhnout bez zákonného důvodu do soukromí jiné osoby bez svolení. Již při osobní návštěvě v místě bydliště zájemce o službu je nutné respektovat soukromí a jeho práni o místě k jednání.

Sociální zařízení musí respektovat právo na soukromí a intimitu, možnosti osobních věcí, zamykání, výzdoby pokojů, listovního tajemství, návštěv i respektování studu a soukromí poskytovaných intimních informací. Dilematickému rozhodování nad možnostmi respektování práva na soukromí versus pomoci k sociálnímu začleňování může napomoci empatie a vcítění se do potřeb daného klienta s demencí i reflexe projevů, co za soukromí klient považuje.

3.6 Závěr teoretické části

Demografické prognózy nás varují, že se počty seniorů výrazně zvýší a vzhledem k potížím zdravotního stavu bude vyšší poptávka po zdravotní i sociální péči. Syndrom demence se stává významnou prioritou a celosvětově jsou řešeny dilematické situace při poskytování podpory a péče osobám s demencí, jejich rodinám včetně pracovním týmům ve zdravotnictví a sociálních pobytových zařízeních. Legislativy chrání jedince před zneužíváním pokroku, vývoje biologie a medicíny, neboť to může vést k ohrožení lidské důstojnosti, pocitu ztráty sebevědomí, vlastní užitečnosti, a to i v nemoci.

Zákonem garantovaná sociální pomoc musí zachovávat lidskou důstojnost člověka, vycházet z jeho individuálních potřeb a posilovat jeho schopnosti na sociální začlenění.

Sdílení pocitů, představ a plánů osob s demencí včetně jejich blízkých je velmi náročný úkol v pečování. Stále platí, že nevíme o všech dopadech nemoci na kvalitu života osob s demencí i rodinných pečujících, kteří se jim snaží pomoci, neboť je ovlivňována mnoha faktory.

Lze se domnívat, že rozvoj odbornosti sociálního pracovníka, jeho kompetence a zkušenosti jsou celoživotní vývoj. Zajímavým tématem Polákové (2018) bylo zkoumání limitů pracovníků v procesu doprovázení seniorů. Výstupem bylo zjištění, že se respondentky musí potýkat s nejistotou správnosti vlastních postupů v rámci pracovních činností.

Katedra sociální práce Univerzity Karlovy realizovala dotazníková šetření s jejich absolventy, načež z výsledků vyplynul nepoměr propracovanější teoretické přípravy na úkor praktické. V současnosti se tedy zdá, že chybí provázanost, zabezpečení praxe je nesystémové, často založené na obětavosti a entuziasmu zúčastněných na straně školy i výukových pracovišť (Dragomířská, 2018).

Praktická část logicky vyústila do průzkumného šetření v terénu, které je tematicky vymezeno teoretickými výstupy první části práce.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Čtením, evidencí a zhodnocením základní a přehledové literatury, vědeckých článků a obecným vyhledáváním na webech institucí v oblasti lidských práv osob s demencí vytvořila autorka podklad k danému tématu. V této části práce je popsána a zdůvodněna strategie zkoumání, operacionalizace, popsán průběh sběru dat s ohledem na etiku výzkumu, následně analýza a interpretace dat.

Výsledky mají přispět ke zjištění, jak studenti sociální práce interpretují profesní povinnost chránit a posilovat lidská práva a důstojnost osob s demencí a snahy autorky podpořit úsilí rozvoje zajišťování lidských práv.

4.1 Zdůvodnění průzkumu

Téma postavení dnešní seniorské populace, problematiku potřeb, lidských práv a kvality života ve stáří nacházíme napříč odbornou literaturou, v rozhovorech s pečovateli, odborníky i v mediálních článcích.

Trendy ve společnosti ukazují vysoké životní tempo, práce se stává psychicky náročnější a vyčerpávající. Rozvoj technologií zkvalitňuje prožívání lidského života, nese i určité hrozby. Zdravotní stav je ovlivňován ekologickými problémy, životním stylem jedince a sociálními riziky, jako jsou chudoba, nezaměstnanost a sociální vyloučení. Lidé se bojí stáří, přestože stárneme všichni.

Ochrana práv seniorů trpících demencí je stále aktuálnější celosvětové téma. Lidé s demencí mají právní i morální nároky na důstojný život v přirozeném prostředí, nabídky společenského života, právo volby i přiměřeného rizika.

Na základě provedené rešerše posledních let je věnována pozornost klientům v zařízení, kvalitě života, péči, aktivizaci a terapiím, pečovatelům, syndromu vyhoření. V minulosti se věnoval tématu vlivu sociálních aspektů na kvalitu života Nečas (2015) ve své diplomové práci upozorňuje na důraz u seniorské populace. Lze souhlasit s výsledky jeho práce, že jsou senioři sociální kategorií, jež vyžaduje interdisciplinární přístup a zároveň je složité vnímat tuto problematiku komplexně a systémově. Autorka Vysloužilová (2016) ve své práci analyzovala postavení osob omezených ve svéprávnosti v rodinném právu.

Odborníci se shodují na tom, že seniorů a osob s demencí bude celosvětově přibývat a je zde autorčino přesvědčení, že si toto téma zaslouží více pozornosti. Avšak jejím pohledem coby sociální pracovnice a mentorky praxí v pobytovém zařízení osob s demencí, je zde vědomí možné předpojatosti v otázkách aktivní ochrany práv klientů, zajištění kvality péče, opory kompetencí. Názory na vytrvalost v úsilí ochrany lidských práv klientů sdílí autorka se samotnými studenty i s jinými odborníky v sociálních službách. Shoda panuje v tematické provázanosti se standardy kvality sociálních služeb a podpory povědomí v základních právních dokumentech s konkrétními oblastmi práv a svobod klientů včetně příkladů v praxi.

Otázkám odborné přípravy budoucích sociálních pracovníků je možná věnována nízká výzkumná kvalitativní pozornost, optika této práce je proto důkladněji zaměřena na jejich kompetence a názory v námětu lidských práv v průběhu výkonu praxe. Ambicí práce bylo napomoci propojit teoretické znalosti o lidských právech s aplikací do přímé praxe. Posílit zodpovědnost, zjistit možnosti zvyšování kompetencí, které lze uplatnit v pracovním životě.

4.2 Hlavní výzkumný a dílčí cíle

Dle autorů Švaříček, Šedřová (2014) se cíle k odborné obci nebo směrem aplikace do praxe nevyklučují a je žádoucí v rámci jednoho projektu naplnit více cílů, kdy jejich dosažením zvyšujeme celkově vyšší efekt práce.

Cílem tohoto průzkumného šetření bylo zjistit, jaké mají studenti povědomí o problematice lidských práv osob s demencí. Jak je z jejich pohledu zajišťována ochrana důstojnosti, projevy vůle a autonomie v praxi, hledat možné střety zájmů při péči, případně které jiné vlivy působí na problematiku zajišťování lidských práv.

➤ Hlavní cíl

Zjistit a popsat, jakým způsobem studenti přistupují k problematice aktivní ochrany lidských práv osob s demencí a jejich blízkých.

➤ Dílčí cíle

- Reflektovat proces možných vlivů organizace na agendu lidských práv osob s demencí optikou studentů.

- Zjistit, jaké kritické okamžiky praxe ovlivňují studenty v názorech na zajišťování ochrany lidských práv klientů.
- Zjistit, jaké další faktory působí v procesu přímé péče a procesu ztotožňování se s profesí sociálního pracovníka optikou studentů.
- Reflektovat u studentů zvnitřňování s etikou péče v procesu poskytování péče.

4.3 Transformace cílů do průzkumných otázek

Pomocí explorační práce byly cíle práce přeformulovány do výzkumných otázek, neboť dle autorů Hendla, Remra (2017) „*nestačí pouze vymezit téma a problém, abychom mohli začít plánovat výzkum.*“

- Výzkumná otázka č. 1: Jaké vlivy má organizace na agendu lidských práv klientů optikou studentů?
- Výzkumná otázka č. 2: Jak a které kritické okamžiky ovlivňují studenty v názorech na zajišťování ochrany lidských práv klientů?
- Výzkumná otázka č. 3: Jaké další faktory působí v procesu přímé péče a procesu ztotožňování se s profesí sociálního pracovníka optikou studentů?
- Výzkumná otázka č. 4: Jaké jevy se jeví studentům důležité při zvnitřňování se s etikou péče v procesu poskytování péče?

Při polostrukturovaných rozhovorech byla specifickými dotazy zohledněna snaha autorky o sledování linky ochrany lidských práv osob s demencí i jejich blízkých, vnímání možných dilemat při péči, co studenti řeší, potřebují, a co se v nich odehrává v procesu ochrany práv při výkonu praxe.

Na užití techniky je zapotřebí mít připraven scénář otázek, které umožňují získat detailní informace (Švaříček, Šedřová, 2014).

Okruh možných tazatelských otázek:

- ☒ Co si představíte pod pojmem lidská práva? Co se vám vybaví? Jaké znáte právní normy a instituce hájící lidská práva?
- ☒ Jaký je váš názor na nějaká konkrétní práva?
- ☒ Jak vaše postoje k zajišťování lidských práv ovlivňují pozitivní i negativní okamžiky v začínající praxi? Uveďte prosím příklady kladných okamžiků a obtíží v péči o osobu s demencí. Jaké zkušenosti to byly?
- ☒ Jaké kritické okamžiky vnímáte v pobytovém zařízení a v domácí péči?

- ☒ Co považujete za hlavní specifika etiky péče o osobu s demencí?
- ☒ Jak chápete právo na autonomii a projevy vůle této osoby?
- ☒ Jak rozlišujete termíny omezení a porušení lidských práv klientů?
- ☒ Ve kterých výukových předmětech se zabýváte problematikou lidských práv? Co výuka obsahuje? Odkud čerpáte další informace?
- ☒ Jaké etické otázky vás k lidským právům napadají?
- ☒ Co mohou učinit pracovníci v organizaci pro porozumění tématu práv klientů?
- ☒ Jaké máte vize o budoucnosti vlastní praxe v kontextu lidských práv? Jaké bylo vaše očekávání vstupem do oboru sociální práce?
- ☒ Můžete mi o tom říct něco víc? Prosím, zkuste mi to vysvětlit? A co ještě?
- ☒ Demografické údaje.

4.4 Metodický výzkumný rámec

Vzhledem k záměrnému výběru konkrétní pobytové služby a specifikací tématu mělo zkoumání kvalitativní charakter. Na badatelském směru včetně možných limitů se autorka shodla s kolegy ve svém oboru, jejich reflexe podpořily i konečný výběr technik sběru dat. S tímto typem již autorka měla zkušenost, vyhovoval i jejímu odbornému terapeutickému zaměření a temperamentu.

Kvalitativní přístup zohledňuje komplexní holistické zaměření s induktivní logikou, objevuje pravidelnosti, výstupem vytváří novou teorii pro zkoumaný vzorek. Závěry však nelze zevšeobecňovat (Hendl, Remr, 2017).

Autoři Švaříček a Šedřová (2014) doplňují, že tento směr bádání zachycuje významné i problematické momenty, fenomén každodennosti daného jevu v přirozených podmínkách.

Jak interpretují badatelé Hendl a Remr (2017) vybranou metodou lze získat hloubkový popis případu a plán lze v průběhu sběru a analýzy dat doplňovat, reagovat na nové zkušenosti, přizpůsobovat podle aktuálnosti a jiných okolností. Umožňuje zkoumat jednotlivé procesy, navrhovat teorie.

Empirie byla zaměřená na prozkoumání oblasti lidských práv klientů v procesu péče, byly hledány souvislosti a některé možné kritické impulsy, nakonec i provázanost praxe s teorií studentů. Při práci byla použita metoda indukce, analýzy a komparace teorie s praxí. Ze zjištěných souvislostí byla vedena snaha autorky o vlastní závěry spojitostí.

Jejím předpokladem bylo, že respondenti vnímají ochranu lidských práv u osob s demencí více subjektivně a kritickým okamžikům mohou přikládat různé výklady. A dále, že si respondenti v procesu získávání kompetencí v okruhu lidských práv nabyté teoretické znalosti zpřesňují za podmínek subvence kvalitní praxe, podporou mentora, zpětnou reflexí i vlastním prožitkem.

Ve výzkumném šetření byla použita dominantní metoda polostrukturovaného rozhovoru ústní formou, dle Hendla, Remra (2017) rozhovoru s nápovědou vzhledem k respondentům v roli učícího se sociálního pracovníka.

Rozhovor mířil na názory respondentů ke zkoumanému jevu, co vnímají v principech lidských práv, jak jim praxe umožňuje porozumění dané problematice, možnosti a limity ochrany vybraných lidských práv klientů očima studentů. Následujícím krokem bylo vytvoření struktury a specifikace okruhů dotazů v rozhovoru, vypracování informovaného souhlasu s poskytnutím rozhovoru.

Tematicky se týkal znalostí lidských práv, povědomí o využitelnosti lidských práv v sociální práci. Bylo dotknuto názorů z praxí a ochrany práv osob v nepříznivé situaci. První otázky volnou formou směřovaly k popisu tématu, znalostí v současnosti. Hlubší zkoumání se soustředilo na názory procesu péče, možných kritických okamžiků v praxi, sebereflexe možných pocitů. V případě potíží a znatelného váhání byly tazatelkou využívány flexibilní, sondovací a vyjasňující otevřené otázky a technika zrcadlení vyřčeného. Závěrečné dotazy byly demografického rázu.

Autoři Švaříček, Šedřová (2014) v kontextu pravdivosti a platnosti doporučují testování míry porozumění otázkám, vést přesné přepisy rozhovorů, zohlednit důvěryhodnost, přenositelnost, autenticitu.

Další technikou bylo studium dokumentace, byly shlednuty deníky praxí. Po této fázi probíhalo zpracování textů respondentky formou shrnujícího protokolu s výsledkem redukce důležitých skutečností a omezení opakování či mimo téma. Výsledky jednotlivých respondentů byly srovnávány, analýzou hledány podobnosti i rozlišnosti včetně možné interpretace.

Následnou fází byla, ve shodě s citovanými autory, technika činnosti otevřeného kódování veškerého materiálu z šetření. Analyzovaný text byl rozdělen na kódové jednotky dle významů, asociací a jevů.

Ke kódům se lze vrátet, revidovat a přejmenovávat je a poté je seskupovat podle souvislostí, což zohledňuje procesní dynamiku a vzájemné vztahy (Švaříček, Šedřová, 2014).

Následujícím krokem byl pracovní úsek třídění dat. Na druhý list byl zaznamenáván možný název či označení kategorie témat v textu, čímž docházelo k vznikům spojení a vazeb mezi kategoriemi a subkategoriemi.

Jednotlivé jednotky byly obecně uspořádané do kategorií obsahující:

- nároky na teoretický rámec, znalosti
- sebereflexe, etický aspekt a hodnotové hledisko v kontextu lidských práv
- oblast úspěchů, překážek a bariér, limitující situace při ochraně práv
- proces ztotožňování se s principy práv v roli budoucího sociálního pracovníka.

Nový seznam témat byl vyznačen obecnějším charakterem související s názorovými postoji respondentek, byla vytyčena klíčová kategorie, do které bylo možno spojit ostatní kategorie.

Výběr klíčové kategorie umožňuje organizovat kostru analytického příběhu za účelem formulací klíčového tvrzení. Zároveň slouží jako osnova výzkumné zprávy (Švaříček, Šedřová, 2014).

Interpretační fáze práce obsahovala promyšlení autorky, o čem data vypovídají, k jakým jevům dochází. Kritickým zhodnocením, vztáhnutím výsledků k tématu celé práce, začleněním do teorie byly závěry verifikovány. Proces správnosti a spolehlivosti celé práce byl podpořen diskuzní kontrolou letitého odborníka na vedoucí pozici v sociálních službách.

4.5 Odůvodnění volby případů a místa

Výzkumný soubor byl vybrán záměrným výběrem na základě vlastního úsudku tazatelky, který je typický pro kvalitativní formát zkoumání, kritériem byla místní a časová dostupnost.

Pro jasnější orientaci a zachycení kontextů výzkumného souboru je zde uvedeno několik informací o zařízení, ve kterém autorka průzkum realizovala. Posláním Domova je zajištění důstojného života osob s organickou duševní poruchou (Alzheimerova a jiné typy demence). Základem je profesionální přístup, aktivizace a podpora osob se sníženou

soběstačností, dle jejich individuálních zvyklostí a při zachování lidských práv a svobod. Na základě auditů je Domovu opakovaně udělováno prestižní ocenění certifikát kvality péče „Vážka“ s vysokým počtem bodů. Charitní pobytovou službu v roce 2018 využilo 59 klientů. Zároveň je kontaktním poradenským místem pro veřejnost s nabídkou setkávání laických pečovatелů, testování paměti, doprovázení, pořádání seminářů, příspěvků na konferencích. Domov sv. Aloise je jedním ze služeb Městské charity Plzeň, má podepsanou spolupráci se Západočeskou univerzitou, je místem praxí a stáží nejen studentů sociální práce, ale i budoucích pečovatелů, zdravotních sester, fyzioterapeutů (Výroční zpráva 2017, Městská charita Plzeň).

Respondenti byli z řad studentů vyšší odborné školy, oboru sociální práce. Vzdělávací program školy je koncipován jako tříleté studium s cílem získání dostatečných vstupních znalostí, dovedností a návyků jako je poradenská, sociálně právní a humanitární činnost v oblasti poskytování sociální péče. Absolvent se může uplatnit na trhu práce jako sociální pracovník v různých veřejnoprávních nebo soukromoprávních institucích.

Výzkumný vzorek byl vytvořen na principu náhodného výběru, osloveny byly studentky na praxi ve školním roce 2018/2019 podle naplnění následujících kritérií:

- respondent je studentem vyšší odborné školy oboru sociální práce
- studium bylo zahájeno a nepřerušeno
- respondenti již absolvovali studentské praxe v jiných službách
- byli ochotni se do průzkumného šetření dobrovolně zapojit
- souhlasili s podmínkami a byli seznámeni s výzkumnou etikou včetně nabídky seznámení a diskuze výsledků.

4.6 Procedura sběru dat

Na základě doporučení autorů Hendla, Remra (2017) došlo k volbě techniky sběru dat po vytyčení výzkumného cíle, hypotéz a otázek zkoumané problematiky.

Celkově bylo osloveno 6 respondentů, mezi oslovenými byly pouze dívky, muž nestudoval žádný. Studium modulů bylo ozřejmáno, že je obsah lidských práv vyučován v 1. ročníku předmětu Úvod do právní teorie a praxe a v hodinách předmětu Etiky a filozofie v sociální práci. Rozsahově se jedná o 12 hodin v Právu a 28 hodin v zimním semestru předmětu Etiky, kdy se časová dotace může měnit dle potřeb a dikcí vyučujícího. Další ročník má téma zacíleno v předmětu Metody a techniky práce.

Sběr dat (včetně pilotního testování srozumitelnosti otázek) byl uskutečněn v průběhu měsíců října 2018 až února 2019 s ohledem na režim praxí studentů. Probíhal v několika fázích formou rozhovoru s využitím hlasového záznamu a písemného zápisu, předcházelo mu pilotní testování srozumitelnosti otázek u dvou pracovníků v sociálních službách a dále průzkumný rozhovor se studentkou 3. ročníku. Poté byly některé otázky upraveny, jedna otázka zcela nahrazena jinou. O projektu byli účastníci předem upozorněni, byla vysvětlena anonymita osobních údajů, důvěrnost, informační souhlas, volba neúčasti. Všechny respondentky s podmínkami souhlasily. Ty, které účast přislíbily, byly ve dvou případech opakovaně požádány o laskavou spoluúčast na průzkumu.

Rozhovory se pro zajištění důvěry a bezpečí konaly v samostatné místnosti sociální pracovnice v dopoledních hodinách, ve dvou případech po obědové pauze. Trvaly v průměru 50 -70 minut podle tempa spolupráce. K dispozici byl mobilní diktafon s paměťovou kartou pro hlasové záznamy, archy s tazatelskými otázkami pro písemné zaznamenávání ústního vyjádření i neverbálních projevů, poznámky z deníku praxí.

Po ladícím úvodu byl rozdělen na dva preferované tematické okruhy tazatelských dotazů. Každý okruh se věnoval připraveným volným otázkám. Scénář otázek byl zaměřen k názorům na lidská práva a legislativu, vnímání kvality života, postojům etických dilemat, prosociálního chování. Objasňováním se zkoumaný jev prolínal do vlastního života a úvah profesní perspektivy. Několik otázek se soustředilo na studijní výuku, teoretické znalosti a zamyšlení o výkonech praxí. Pořadí a formulace otázek byly návodem pro tazatelku, v průběhu šetření se někdy pružně měnily na základě odpovědí respondentek.

Pro správné řazení otázek neexistují pravidla, jednotlivé otázky musí být neutrální, jasné a srozumitelné, citlivě formulované a tazatelsky podněcující (Hendl, Remr, 2017).

Po skončení rozhovoru tazatelka poděkovala za spolupráci a věnovaný čas, předala kontaktní vizitku. V nejbližší možné době byly záznamy přepsány a to vícekrát, kompletovány, včetně zanesení anonymizace.

4.7 Etický rozměr průzkumu

Výzkumný plán je ovlivňován etickými ohledy a jinými kompromisy. Hlavní dilema etického aspektu se odráží v zájmu výzkumníka na adekvátnost empirických výsledků

a ohrožení práv a hodnot zkoumaných jedinců (Hendl, Remr, 2017).

Autorka je i koordinátorem praxí a stáží a je zde vnímáno riziko autority u respondentů. Toto riziko bylo snižováno přísnou transparentností, dobrovolností, důkladnému seznámení s cíli práce, poskytnutí času na rozmyšlenou i možností k nahlédnutí do záznamového archu s metodickými okruhy budoucího rozhovoru. Informovaný souhlas byl vypracován písemně s nabídkou k prostudování předem. Účastníci šetření byli informováni o možnosti odstoupení od spolupráce bez jakýchkoliv sankcí.

Mezi etické dimenze výzkumu řadíme princip důvěrnosti (zajištění bezpečí bez újmy pro účastníky a ochrana dat), dále dobrovolného souhlasu (zákaz klamání účastníků a zpřístupnění práce) v souladu s etickými zásadami výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Druhým problémem se jevílo poskytnutí času, neboť studentky si často brigádově přivydělávají v odpoledních hodinách, jsou zatíženy výkonem dobrovolnictví v jiných organizacích. Toto riziko bylo vyřešeno hledáním společného času v rámci výkonu praxe, po ukončení činnosti v přímé péči.

Třetím rizikem se mohly jevit negativní důsledky výsledků šetření. Subjektivní naladění či možné skryté neupřímnosti respondentky byly ošetřeny upřímným badatelským zájmem s ohledem na důvěrnost a poctivost spolupráce obou stran. Ochrana dat byla splněna uchováním na zamčeném místě v kanceláři, poté na osobním místě tazatelky.

5 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

Na základě obsahové analýzy dokumentů, explorativní výzkumné metody formou rozhovorů a v souladu s tématem práce bylo v textech nahlíženo na několik významných oblastí vázajíc se k názorům a postojům studentů k problematice lidských práv osob s demencí a jejich blízkých. Přepisem a anonymizací polostrukturovaných rozhovorů, redukcí do shrnujícího protokolu byla průzkumná zjištění připravena k hlubší analýze.

Vizualizací dat, otevřeným kódováním a systemickou kategorizací nominálních znaků byly hledány podobnosti i odlišnosti zkoumaného jevu. Postupnou organizací do kategorizovaného seznamu kódů tzv. proměnných došlo autorkou k přepracování a byly sloučeny dvě kategorie. Důvodem bylo, že rozsah míry znalostí nebyl primárně zkoumaným jevem, nicméně v rozhovorech to bylo přínosné téma tzv. můstku k problematice lidských práv. Vzájemná souvislost je autorkou spatřena v subkategoriích kompetence a očekávání, nežádoucích projevů v kategorii profesionalita lidských zdrojů.

Po analytickém rozboru byla data roztříděna do tří kategorií, přičemž jedna byla rozdělena na dvě s vnitřním členěním negativních a pozitivních obsahů.

- Lidská práva osob s demencí a proces praxe
- Profesionalita lidských zdrojů
 - Nežádoucí projevy
 - Podpora péče
- Kultura organizace

Výsledky byly zpracovány technikou „vyložení karet“, vzešlé procesem analytické abstrakce příběhu o zkoumaném jevu. Převyprávění zásadních informací získaných z otevřeného kódování jsou universálním vstupem do kvalitativní analýzy. Vzhledem velkého záběru problematiky lidských práv a z důvodu dodržení limitu této práce byla redukce selekcí ústředních kódů nutností.

Autoři Švaříček a Šedřová (2014, s. 226) uvádí, že: „*není nutné, aby do výsledné analýzy vstoupily všechny kategorie, které jsme vytvořili – můžeme si vybrat některé z nich, a to podle toho, do jaké míry se vztahují k naší výzkumné otázce, a také podle toho, jaká je mezi nimi vzájemná souvislost.*“

Deníky praxe byly také vyloučeny z důvodu absence dat u studentek, jeden deník neměl vyplňující hodnotu pro účely tohoto průzkumu.

5.1 Kategorizace kódů

V této části jsou uvedeny kategorie kódů s úseky rozhovorů respondentů v návaznosti na metodu otevřeného kódování.

➤ Kategorie – kultura organizace

Tato kategorie zahrnuje, jak formuje organizace proces povědomí o právech osob s demencí optikou studentů. V rámci kódování tvoří kategorii tři skupiny kódů. Značka kvality, informační potřeby a hodnoty. Ze získaných dat byly zjištěny názory v širším kontextu zkušeností respondentů na dotazy *„jak formuje organizace vaše povědomí o lidských právech klientů v zařízení?“* *„co mohou učinit pracovníci v organizaci pro porozumění tématu práv klientů?“*

○ Subkategorie 1: Značka kvality (atmosféra, vybavení, prostory)

Respondentka A1: *„když jsem přicházela, líbily se mi ty kytky a zapíchnuté dekorace na oknech domova...přišlo mi to, jako bych šla někam na návštěvu...úsměv...bývá to už celkem hodně, ale tady je to jako u babičky...no vážně.“*

Respondentka C3: *„nevím, jak je to možné, ale tady to voní hned i ráno...viděla jsem pak sestřičku, že nosí tamponky a kape na nich aromaolejíček...většinou, když přijdu do domova, tak to tam ráno fakt jako nevoní pěkně.“*

Respondentka vzpomíná na horší orientaci v budově: *„ze začátku jsem se moc nevyznala, kde co je...jako na patrech je dobrý to, že tam je vždycky kancelář buď sestřiček, fyzió a tady dole taky, ale to označení, když běžím po schodech, mi chybělo...naštěstí mi vždycky někdo poradil.“*

Respondentka E5: *„na druhém patře jsou ty lidi jako opravdu nacpaní v malém prostoru jídelny...no, na druhou stranu mají na pokojích taky stolky i vlastní křesílka, to se mi hodně líbí...tady to vlastní soukromí mají skorem všichni, co jsem teda viděla...i obrázky a záclonky na oknech...to působí prostě hezky, když tam vejdu.“*

○ Subkategorie 2: Informační potřeba (veřejnost, web domova)

Tato oblast byla sycena kódy názorů na návštěvnost, přístup k informacím a webové stránky organizace.

Respondentka C3: „čekala jsem před kanceláří a byli tu už něco vyřizovat...v osm ráno a mě přišlo, že to není náhoda, ale že to jako chodí takhle pořád“. K informační potřebě říká, že: *každý student to má jinak, mě vyhovuje, že jsem dostala tu brožurku Strategii péče na začátek.*“

Důležitou skutečností se jeví potřeba srozumitelného podání nabídek služeb pro laickou veřejnost i studenty, poradenské pomoci, veřejné sdílení názoru personálu.

Respondentka E5: „já si moc weby nečtu, raději dám na to, jak to v daném zařízení chodí, radši mám přímý kontakt, zeptám se přímo pracovníků, z očí do očí, jak personál vidí to svoje zařízení...jak říkám, moc ty webové stránky nečtu, vlastně vůbec...úřední řeč webu je někdy nesrozumitelná, skutečnost pak bývá úplně jiná...když si lidé volají o radu, nebo že chtějí podat žádost, tak slyším, jak je ta demence břemeno pro celou rodinu.“

Respondentka F6: „...web je takovej učesanej, lidi si podle mě radši zavolají...“ Poskytovatelé služeb společně s odborníky zahájili osvětu veřejnosti, výchovy mládeže ke stáří, boje s předsudky, mezigenerační soudržnost.

Syndrom demence je v naší společnosti generačně zatížen mnoha mýty a stigmaty, pejorativním označením, které zasahují nemocné, jejich rodiny i profesionální pečovatele. Poradenstvím lze šířit společenské povědomí o možnostech oddálení progresu onemocnění včasnou diagnostikou a účinné pomoci.

- Subkategorie 3: Hodnoty (zájem, akceptace, spolupráce, dobré vztahy)

Zde byly zařazeny kódy vázající se k názorům na vystupování a projevy zaměstnanců, emočním pocitům a vztahovému klimatu.

Respondentka A1: „klienti pekli koláče višňové...to bylo moc pěkný, ...no, překvapilo mě, že potom kuchařky donesli všem ochutnat...“

Respondentka B2: „ta každodenní hygiena to je strašně náročný, dělala jsem brigádu a vím, jak je to náročný, celý to zvládnout...tady to bylo pokaždé v poklidu, jako že rušno, ale v klidu jestli mi rozumíte- úsměv...aspoň pečující tak vypadali.“

Respondentka E5: „tady mi praxe vyhovuje...věnují se mi tu, můžu poslouchat to sociální poradenství, co vyřizuje sociální pracovnice...na jedné praxi mě poslala pracovnice za dveře, že je to důvěrný...cítila jsem se trapně, ani mi neukázali dokumentaci, že musí zachovávat mlčenlivost...jsem ráda, že nejsme jenom s klienty, ale je tu čas nám něco vysvětlit.“

Komplexní péče zahrnuje doporučení pro komunikaci v rovině sociální, specifické a terapeutické zejména při zjišťování potřeb. Při pomoci druhým s emocemi může pečující uplatnit postoje opravdovosti, přijetí a empatického porozumění (Malíková, 2011).

Sdílení pocitů, společné uvědomění si těžkosti péče o lidi s demencí a týmová spolupráce přináší postoje opravdového zaujetí a přijetí druhých.

➤ Kategorie – profesionalita lidských zdrojů

Do této kategorie spadají kódy kritických okamžiků v procesu přímé péče, momentů vnímání ohrožení a názorů na zajišťování práv klientů. Z důvodu zachycení obou pólů tzn. negativních i pozitivních momentů byla kategorie pro přehlednost rozdělena dle vnitřních obsahů do dvou podkategorií A, B.

➤ Podkategorie A - kriticky záporné okamžiky péče

- Subkategorie A1: Nežádoucí projevy (použití moci pracovníka, nadřazené chování, psychický tlak, dilemata)

Respondentka A1: „Zažila jsem při čekání na oběd situaci, kdy se klientka zeptala - na co tady čekáme...pečující jí odpověděla - přeci na oběd, to už tady vydržíte, sed'te - otázka, nechat člověka sedět nebo ho nutit jít ven se projít...naše babička třeba nechce chodit, všichni mluví, že nechce, ale nikdo nenabídne doprovod...podávání oběda je prostě náročný, krmí se víc klientů najednou, čeká se na druhé jídlo...na druhou stranu je to její tempo.“

Studentka ve svém přemýšlení o ranních procedurách reflektuje odvádění klientky ke kadeřnici: „...co jsem si všimla, tak tady nemá klient moc šance rozhodovat o svém vzhledu...stříhání vlasů myslím.“

Mezi vybrané příznaky uvádí Holmerová, Jarolímová, Suchá (2009) ztrátu iniciativy, změny v náladě. Ztráta paměti může mít různé důsledky v každodenním životě vedoucí ke komunikačním problémům, bezpečnostním rizikům a problémům s chováním. Výsledkem je celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, ztráta samostatné existence.

Pracovník přímé péče uvažuje eticky, snaží se rozeznávat varovné signály, zvyšovat si pracovní kompetence, navrhopvat řešení, vyvíjet diskuzi, chránit právo na klientovu vůli.

Jako profesionál a dobrý praktik je nestranný, udržuje dobré vztahy s klientem i veřejností, vzdělává se v moderních přístupech péče.

Při zaučování si všimla přemíry pracovních činností: „*myslím si, že to je proto, že mají hodně práce, telefony, rodiny, potom dělá kulturní program, organizuje výzdobu, jsem si všimla, potom ty papíry, baví mě zapisovat do PC, ale přijde mi toho hodně a často dvakrát.*“

Lze souhlasit s tvrzením, že veškeré systémy k vykazování indikátorů a výkonu sociální práce se jeví jako nepřehledné, narůstá potřeba zapisovat a vyhodnocovat každou byť sebekratší intervenci, vyplňovat rejstříky, statistiky, přehledy, pracovní plány a mnoho dalších dokumentů na úkor přímé práce (Božič a kol., 2018).

Pracovní činnosti sociálního pracovníka lze obsahově rozdělit na poradenství, psychosociální intervence, administrativu. Dále vykonává doprovody a depistáže občanů s možným rizikem sociálního vyloučení, podpůrné intervence blízkým. Kvalifikovaná činnost je někdy zneužívána k pochůzkám, nákupy pro klienty, vedení depozitní pokladny, měsíčního účtování za služby, vedení zápisů návštěv, evidencí materiálu. Lze zdůraznit, že těmito úkony se znehodnocuje role odborného pracovníka.

Respondentka D4: „*sestřička šla za klientkou se slovy – musíte se napít...pití měla na parapetě...podávala jí ho se slovy – napijte se sama, já vám pomáhat nebudu, klientka se pak dožadovala pusy...dostala jí a začala za pomoci sestřičky pít, ta jí hladila po vlasech a říkala, že je moc šikovná, paní se napila a dostala další pusu...sestřička říkala druhé pracovníci – vidíš, co já tady musím vytrpět, aby se vůbec napila.*“

Při poctivé praxi se lze zaměřit na ozřejmování sebereflexe, myšlenek, pocitů, tělesných reakcí i neverbálních projevů směrem k závislým klientům a rodinám. Etický kodex definuje problémové okruhy v obecné rovině a měly by být více rozpracovány se zaměřením na specifika různých oblastí práce s jednotlivcem, rodinami.

Podporou je supervize, jež zahrnuje vědomou práci s etickými problémy a normami, pomáhá týmu s jejich těžkostmi, poskytuje sociální oporu, prostor pro sdílení hodnot. Vede k rozvoji organizační kultury, neboť učící se organizace je otevřená ke komunikaci, plánování, odpovědnosti svých zaměstnanců. Etika každodenního života vyžaduje, abychom jednali podle zásad, přestože některé povinnosti nelze vynutit. Jsou v naší angažovanosti, jednotlivých úkonech, interakcích i vnímáním světa toho druhého.

Respondentka E5: „...pak přicházel druhý pracovník – tak si dá aspoň polévku, ať se jí to líbí nebo ne...myslím si, že personál zasahuje víc než by musel, takový to vnucování jídla za účelem ochrany.“

Indikátory kvality mohou být stanoveny i na proces péče nebo výsledky poskytovaného druhu péče (Malíková, 2011).

Lze souhlasit s tvrzením, že veškeré systémy k vykazování indikátorů a výkonu sociální práce se jeví jako nepřehledné, narůstá potřeba zapisovat a vyhodnocovat každou byť sebekratší intervenci, vyplňovat rejstříky, statistiky, přehledy, pracovní plány a mnoho dalších dokumentů na úkor přímé práce (Božič a kol., 2018).

Při poskytování péče může docházet z důvodu výkonového systému ke střetu zájmu s naplňováním práv klienta. V praxi to znamená, že se čárkují výkony péče, zapisují provedené činnosti pro kontroly péče. V období personální krize může být přijat pracovník, u něhož není splněna odbornost, což se na kvalitě odvedené práce projevuje.

Respondentka si dále všímá zdravotního stavu v pokročilém a terminálním stádiu nemoci...*klienti nemají pokaždý možnost se vyjádřit...možnosti mají omezené, mají málo vlastní iniciativy... třeba, že už málo komunikují, nebo vůbec...jen si něco brblají...úsměv rozpačitý...nechutenství by bylo dobré probrat třeba s rodinou, přijmout ty představy rodiny i klienta do péče...mě jako přijde, že se nahlíží na péči jako na ošetřování v nemocnici, přitom víme, že se máme zeptat.*“

Poslední stadium fáze nemoci je někdy obtížné vlivem omezené komunikace a nemocný profituje především z nepřetržité asistence, mírné aktivizace, konceptů klidného režimu Namaste péče, bazální a smyslové stimulace, ošetrovatelské péče, polohování, nonverbální komunikace, spirituální opory a citlivého doprovázení (Holmerová a kol., 2013).

Sociální péče o osoby s demencí se zabývá i problematikou umírání a smrti, zohledňuje preference a budoucí přání, vnímá postoje rodiny a blízkých klienta, možných obav, strachů a tabuizace smrti.

Respondentka F6: „uklizení věcí do skříní bez klientů...celkově se musí dělat spousta věcí najednou a tak se dělají i bez svolení, je to zaběhnuté a snad to ani nejde se pořád ptát...klient občas neví, kde je, na co se ptáme...tempo seniorů je přeci jen pomalejší a na patře je víc klientů...odvádí se po obědě na pokoje zdá se mi, že automaticky.“

Naše nároky se proměňují v závislosti ztráty vlastního zdraví nebo špatnou životní situací s přiznáním vlastní zranitelnosti a cestou smíření (Slámová a kol., 2018).

Kritérium profesionality i lidství je pro pečující tým umění sebereflexe, postoje k vlastní konečnosti života a nehodnocení umírajícího a jeho blízkých. Uvažování lze zakončit tvrzením, že profesní problémy a složité zátěžové situace s více možnostmi řešení potkávají každého z nás. Záleží na zkušenostech i vůli pracovat odborně, eticky, lidsky, ztotožnění s posláním.

➤ Podkategorie B - pozitivní impulsy praxe

- Subkategorie B: Podpora péče (důstojná péče, respekt, prožívání, všímavost pracovníka, program)

Respondentka A1: *„normalizace emocí mě napadá...to se mi líbí, že klienta nekárají, ale spíš ho uklidňují, že je to jako normální hledat věci, zapomenout ...pečující podporuje seniora, že má nárok, aby mu šel pomoci...třeba přišel pán podruhé s telefonem, že mu nejde...byl takovej naštvanej...určitě klientovi pomáhá zkusit si to, aby věděl, co může dělat, že si o tom rozhoduje sám i mu pomoci...všimnout si, že něco potřebuje.“*

Lze souhlasit s tvrzením Lužného (2013), že je kvalita života ovlivněna mírou soběstačnosti, funkční samostatností, počtem a charakterem aktuálních onemocnění, úrovní depresivního prožívání.

Sociální pracovník při své praxi zohledňuje i parametry sociálního fungování, determinantů spokojenosti, aktivit a kompetencí klientů. Zdá se, že největší vliv na kvalitu života má rozsah závislosti, disabilita vyplývající z choroby a problémy s emocemi.

Respondentka B2: *„S tím řádem je to tak, že se činnosti opakují jako doma...ráno se umejeme, ustrojíme, nasnídáme...tady se klientkám fěnují vlasy, pracovníci se usmívají, zdraví dobré ráno každého...hodně si pomáhají, říkají, koho půjdou omýt a kdo už může sníst...jedna klientka snídala paštiku, někomu tam pracovnice připravila nakrojený banán, jiná měla šátečky od rodiny...ptala jsem se na ten banán, prý to má klientka ráda, trochu ovoce k snídani.“*

Norská studie péče zaznamenala snahy přizpůsobení biorytmům a zvykům klientů. Ve výsledku zlepšily kvalitu života lidí s demencí nejen v institucích, ale i v rodinách. Norské přístupy se shodují s evropskými programy jako jsou Bon Appetite, práce se

životním příběhem nebo Böhmovů psychobiografický model péče, jež přinášejí vyšší kompetence a pocit jistoty nemocnému. Pečujícími umožňují poznávat blíží nemocného, vztahovat se k němu jako k člověku a méně k jeho diagnóze (Jarolímová, Broučková a Holmerová, 2018).

V souvislostech s projevy vůle ji napadá, že: „...*tady má právo podílet se na aktivitách, odmítnout ji, vyjádřit jakoukoli nespokojenost bez rizika postihu.*“

Respondentka C3: „*jedna z klientek se pořád prochází po chodbě...řád tam a zpátky, sestřička se připojila a pak ji na chvíli posadila....je tu mň klientů tak si myslím, že je možné se jim věnovat víc, když potřebují pozornost...mám dojem, že se může sestřička i líp rozhodnout, kterému z klientů se právě bude věnovat.*“

Při tématu aktivizace si respondentka vybavila, že: „*hned jak vejdu, chtějí si povídat, všímají si mě...zažívám i dojetí, krásně se mi pracovalo.*“

Dle autorky Haškovcové (2010) je kvalita života někdy považována za synonymum ke zdraví. Prožitek kvalitního života je fenomén plastický, může existovat i v nemoci či jiné nepřízní osudu a zároveň je to subjektivní prožitková kategorie.

Lze souhlasit s autory, že je kvalita života subjektivní záležitost a proto je výhodné dojednávat podporu a péči již se zájemcem o službu při procesu sjednávání a individuálního plánování služby za podílu budoucího uživatele, pracovníků, rodiny. Jedním z obecných úkolů služby je důstojné žití a preference přání.

Respondentka D4: „... *jsou i pravidelný nabídky aktivit a to je pěkný, když to mají vytištěné a můžou si to číst nebo vidí plakátek tam na chodbě...já vnímám aktivizační činnosti velmi pozitivně, protože si myslím, že pro lidi, co trpí Alzheimerem, jsou velmi užitečné.*“

Autorky Špatenková, Bolomská (2011) popisují použití reminiscence na záměrném vytváření prostředí minulosti, skupinového vyprávění nebo tvorby něčeho, co připomíná minulost.

Respondentka uvažuje o dilematech péče: „...*napadá mě, že je těžké poznat vůli a přání klienta s demencí v rozvinuté fázi...rodina se snaží ve všem rozhodovat.*“ Zdravotní hendikep může člověka v mírné až závažné formě omezovat v činnostech, projevu, pohybu, sebe péči. V případě dlouhodobé nemoci vyvstávají otázky v přebírání zodpovědnosti do budoucnosti nejčastěji blízkými. Právo na seburčení se u seniorů

projevuje i v nereálném přání. Odmítají pomoc, nestojí o spolupráci, někdy je jejich žití rodinou či pracovníky hodnoceno jako rizikové a ohrožující. Člověk s poruchami paměti je dezorientovaný, nechápe jevy a události, žije tzv. ve svém světě a v aktuálním se ztrácí.

V praxi může proces rozhodování zpřesnit zjišťováním širších souvislostí situace nemocného z okolí, interdisciplinární spolupráce s lékaři, místními úřady, včetně respektu k nemocnému a komunikační podporou jeho kompetentnosti.

Respondentka E5: „...*když si lidé volají o radu, nebo že chtějí podat žádost, tak slyším, jak je ta demence břemeno pro celou rodinu.*“

Spoluprací s rodinou lze u seniora pečlivě zachytit životní příběh, události i prožitá traumata, každodenní návyky a zájmy, zájem přispívá k porozumění jeho chování a psychickým stavům, které mohou být ovlivněné nejen demencí nebo depresí (Janečková, Nentvichová Novotná, 2013).

➤ Kategorie – lidská práva osob s demencí a proces praxe

V první části jsou zachyceny jevy znalostí, formování kompetencí, sounáležitosti s principy ochrany práv klientů.

- Subkategorie 1: Kompetence (dovednosti, zkušenosti, znalosti platných norem)

Respondentka D4: „*mě moc pomáhá zkusit si pracovat samostatně, ale s odborným dohledem...se seniorama si rozumím, mám k nim blízko...potřebuju mít formální informace o cílové skupině a výstupem mít vztyčného pracovníka pro dotazy, co nevím...ve škole jsme probírali etické principy apod., není čas probírat to do hloubky, co se k tomu váže...víc mluvit o těch tématech... v právu jsme se opravdu zabývali právní stránkou, zastupováním, zákony, ale realita je pak jiná...pracovník se musí včas rozhodnout...musela bych se poradit s někým...ze začátku určitě.*“

Respondentka E5: „*doma taky dochází k omezování práv lidí s demencí...moc nečtu negativa, vím, že bylo v novinách týrání matky synem nebo i jiný situace, co se staly...máme si všimat, co se děje kolem nás, případné porušování sankcionovat...každý má právo na svobodu, bezpečí a lidský život...mít možnost chodit ven, být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk.*“

Přestože je koncept lidských práv v posledních desetiletích velmi ceněn, mnoho odborníků poukazuje na absenci konkrétních povinností a určení osob při plnění těchto práv (Haškovcová, 2014).

Mezi kritické jevy v péči o staré seniory patří bezdůvodné omezování osobní svobody, nadměrné podávání tlumících léků, ignorování přání a potřeb, omezování jídla a pití, zesměšňování, zanedbávání ošetrovatelské péče. Soukromá rovina porušování práv je domácí násilí (dříve považováno za intimní rodinnou záležitost). Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., v platném znění definuje domácí násilí jako týrání osoby žijící ve společném obydlí. Dlouhodobé násilí, bití, psychický teror, zneužívání moci nad seniorem vedou k pocitům ztráty kontroly nad vlastním životem, úzkostem, pasivitě až sebevražedným aktům.

Respondentka F6: *„o lidských právech vím nejvíc ze studia, ale i ze stáží... v médiích se nás dotýkali věci kolem migrantů...každá sociální služba by měla hájit práva klientů, někde to dělají opravdu dobře...práva nelze odpírat, máme je od narození.“*

V sociální práci jsou lidská práva základním hodnotovým východiskem. Jednotlivá práva jsou rozdělena dle povahy a rozpracována v zákonných normách včetně jejich vymahatelnosti.

- Subkategorie 2: sebereflexe a vlastní angažovanost (aktivnost, vlastní angažovanost, vyhoření, sebereflexe)

V této subkategorii jsou zařazeny obsahy kódů názorů na sebereflexi, vlastní pracovní angažovanost.

Respondentka A1: *„někdy to je těžké...zažila jsem sezení na chodbě, kdy mi dali razítko a poslali domů...přitom mi mohli dát aspoň brožurku a ukázat zařízení...sociální práce je dobrá pomoc a pracovník musí mít odborné povědomí, všeobecný přehled, proto bych čekala, že se v praxi podělí o tyto znalosti, to se někdy neděje, vlastně často neděje...tady se toho hodně naučím, všímám si, jak to řeší jinde.“*

Respondentka C3: *„...jedna pracovnice říkala, že je jako fakt unavená, že je furt v práci...no vypadala unaveně, bez nálady.“*

Žádný člověk není imunní vůči nedostatkům a letitým zvykům, proto se pracovník musí naučit reagovat na pracovní povinnosti, změny, reflektovat vlastní pocity a očekávání.

Respondentka D4: „...setkala jsem se s formální praxí...stejně hodnocení pro studenty...kdybych neměla praxe jinde, no nevím...osobní zkušenost, co se děje aktuálně je srozumitelnější než brožura...“

Respondentka F6: „snažím se vystupovat jedním, co nechci, aby dělali mě, co vím, že nesmím dělat...myslím tím porušování práv...“

U nás je pozornost zaměřena na výkon kvalifikovaných pracovníků s přiměřeným vybavením, poskytováno přiměřeně stavu klienta s přínosem jeho zdravotního stavu a kvality života (Holasová in Mátl, Jabůrková, 2014).

„Zařízení poskytující bydlení, podporu, pomoc a zdravotní péči lidem s demencí může dobře fungovat a plnit svůj veřejný závazek, pokud zná a veřejně prezentuje svoji vizi a způsob, jakým chce tuto vizi naplňovat“ (Hájková a kol. 2016, s. 4).

V přímé praxi se zvyšuje odbornost dané problematiky lidských práv, přesto se zdá, že nám chybí samotný respekt k druhému člověku. Je důležité zajišťovat metodické působení sociálních pracovníků s odborností v syndromu demence, vytvářet prostor pro odborné sdílení, snižovat formální spoluúčast v ochraně práv. Vystává potřeba sdílení aktuálního stavu v poskytování konkrétní sociální služby.

5.2 Kostra analytického příběhu

Fenoménem lidských práv optikou studentů sociální práce se lze zabývat skrze jevy sloučených do kategorií kódů. Za klíčovou kategorií byla vybrána kategorie lidská práva osob s demencí a proces praxe, se kterou je propojena kategorie lidských zdrojů s kritickými okamžiky a kategorie kultury organizace v kontextu lidských práv klientů.

Centrální kategorie byla vybrána z příčinných podmínek, jako je vnímání kompetencí, zkušeností a sebereflexe, specifických znaků ve vnímání světa praxe a lidských práv. Společným jevem analytického příběhu byla identifikována lidská práva, kontextem je pobytová služba domova se zvláštním režimem a současně poskytovatele praxí studentům sociální práce.

Intervenujícími podmínky se jeví kompetence, vlastní angažovanost a sebereflexe, sdílení názorů studentů s podporou jejich dovedností, znalostí a zkušeností. Strategie jednání se opírá o komunikaci, spolupráci. Následky jsou viděny v rovině profesionality pracovníků, sdílení kritických okamžiků péče a značky kvality pracoviště.

5.3 Zhodnocení cílů práce

Hlavní cíl i dílčí cíle byly naplněny prostřednictvím komparace teorie s praxí, studiem a obsahovou analýzou teoretických poznatků v oblasti lidských práv, analýzou sbíraných dat, prolínající prezentací a interpretací výsledků průzkumného šetření realizované v pobytovém zařízení pro seniory s demencí.

- Hlavní cíl
 - Zjistit a popsat, jakým způsobem studenti přistupují k problematice aktivní ochrany lidských práv osob s demencí a jejich blízkých.

Byly zjištěny poznatky v procesu aplikace lidských práv v praxi, vnímání událostí, názorových postojů, hodnot a dilemat při péči.

- Dílčí cíle
 - Reflektovat proces možných vlivů organizace na agendu lidských práv osob s demencí optikou studentů.

Cíl byl prozkoumán a zobecněním výsledků dochází k poznání, že společným ukazatelem dobré péče jsou hodnoty, informační potřeby a značka kvality, přičemž může být skutečností, že každý přikládá významnost jiným faktorům.

- Zjistit, jaké kritické okamžiky praxe ovlivňují studenty v názorech na zajišťování ochrany lidských práv.

Cíle byly naplněny analýzou a interpretací dat, kdy bylo zjišťováno, jakým způsobem vnímají studenti realitu těchto momentů prostřednictvím vlastních zkušeností, citlivosti ve vnímání událostí. Nežádoucí projevy při péči, jako jsou prvky nežádoucího chování či užití moci pracovníkem, psychický tlak či dilemata péče, jsou vnímány jako důležité protipóly vnitřního přesvědčení o ochraně práv. Zkoumané případy spojuje

i pozitivní fakt podpory práv v oblasti důstojnosti, respektu, všímavosti a kooperace zúčastněných na poli identifikátorů lidských práv osob s demencí a jejich blízkých.

- Zjistit, jaké další faktory působí v procesu přímé péče a procesu ztotožňování se s profesí sociálního pracovníka optikou studentů.

Cíl byl splněn zjištěním role profesních kompetencí a možné vize a názorů o vlastní připravenosti, i vědomí možných determinantů v procesech péče.

- Reflektovat u studentů zvnitřňování s etikou péče v procesu poskytování péče.

Tento cíl nebyl naplněn z důvodu maximální šířky této práce. Je tedy ponechán na další práci s podobným tematickým rozpracováním.

5.4 Analytický příběh a jeho interpretace

Lidská práva v procesu péče o osoby s demencí a jejich blízkých viděno optikou studentů vyšší odborné školy sociální práce zahrnuje sebereflexe názorů na dobré praxe v péči, všímání si kultury organizace a profesionality lidských zdrojů. Pod pojmem kultura organizace je vnímána zejména atmosféra v zařízení, jak se chová personál k druhým lidem i ke studentům, jak je zařízení vybaveno a jaké informace poskytuje. Dále se ukázalo, že jsou lidské zdroje důležité v procesu porozumění legitimním potřebám lidských práv osob s demencí a jejich blízkých. Především vzory důstojné komunikace, vstřícného postoje pracovníků, důstojnosti a respektu ukazují dobrou praxi.

5.4.1 Lidská práva osob s demencí a proces praxe

Vědomí kompetentnosti se jeví prioritní v procesu znalostí a chápání legislativních norem, citlivosti k dilematickým aspektům v otázkách ochrany lidských práv. Od pracoviště se očekává zájem a individuální přístup k potřebám pracovníků, neboť i studenti mají zájem být aktivní součástí pracovního dne. Kvalita praxí ukazuje souvislost s ochotou a mírou odbornosti personálu, neboť jsou propojeným ukazatelem procesu kvality péče v oblasti ochrany práv. Především vzory účinné komunikace, vstřícného postoje pracovníků k ostatním, respektu ke studentům i návštěvám ukazují dobrou praxi.

Respondentka B2: *„o lidských právech se učíme v právu, metodách i sociální politice...klient má právo víry, na soukromí, na svobodný pohyb.“* V oblastech práv autonomie reflektuje rizikové situace při dodržování práv, a co lze konat: *„...domácí péče*

je určitě nejlepší, ale taky tam můžou být nevhodně upravené podmínky, nedostatečné porozumění nebo i násilí ostatních členů rodiny i pečovatele, nezajištěná lékařská péče... určitě o tom mluvit, přemítat různé situace, říkat si, jak by se to mohlo vyřešit jinak nebo jak tomu předejít.“

Respondentka C3: *„myslím si, že z našeho pohledu je důležitý poctivý přístup, poctivě to člověk cítí, když sem vejde, že není na obtíž ... všeobecně jsme probírali LZPS, Etický kodex, ale chybí mi, říct si porušování práv v praxi.“*

Profesní právní povědomí je důležité z hlediska důsledného dodržování norem. Při intervencích řešící nepříznivou situaci klienta se může pracovník dostat do uvažování, zda má postupovat z hlediska účinnosti práva či jednat ve prospěch klienta.

Lze tedy souhlasit s tvrzením autora Božiče a kol. (2018), že někteří sociální pracovníci se cítí bezradní ve vztahu ke klientům a jsou si vědomi nejasných pravomocí. Tím, že je kladen obecně důraz na dobrovolné zapojení klienta do procesu podpory a péče, mají pocit, že klient může tzv. cokoliv.

Respondentka C3: *„...jsem vděčná za ochotného pracovníka, když vidím jeho zkušenosti... a neustále to opakovat, jak správně v praxi dodržovat práva s ohledem na potřeby a možnosti klientů...“*

Respondentka B2: *„musela jsem si říct, že bych chtěla vidět práci, co dělá sociální pracovnice...prý nemůžou kvůli ochraně dat...k sociální práci jsem se nedostala...druhý den jsem si řekla, že potřebuji mít výstup z praxe, tak mi paní dala brožurky a vzor plánu...byla jsem ráda, že jsem si řekla.“*

Výzkum Univerzity Karlovy zjistil, že pracovníci státní správy považovali za prioritu znalosti právního rámce, v nestátním sektoru zařadili ještě řešení etických dilemat (Dragomirecká. 2018).

Studenti si ozřejmují své teoretické odborné poznatky prostřednictvím zkušeností pracovníků, důvěrné spolupráce a zájmu o ně. V dnešní době nabývá na společenské prestiži úroveň vzdělání a aktivní profesní příprava, což dává logický rámec na kompetentní postavení pracovníka na poli ochrany práv klientů.

5.4.2 Lidské zdroje

Respondentky si uvědomují determinanty dobré péče, pracovní limity, na možné střety dilemat péče si přicházejí sebereflexí.

Respondentka B2: *„celkově se před obědem čeká, sedí, klienti jsou v křeslech, nic se neděje, nikdo s nimi nic nedělá...je otázkou klienty nutit nebo nechat čekat...třeba jim to tak vyhovuje, nevím...třeba jsem si všimla, že klientka nechtěla obědovat...pečující jí to pořád opakoval, až nutil podle mého doslovně, ale když nebudete obědovat, budete mít hlad...a rodina si bude stěžovat.“*

Restriktivní opatření je citlivá oblast, kde byla dříve běžně porušována lidská práva a důstojnost. Ze strany personálu byly porušovány etické normy chování a vedly k omezování činností uživatelů (Malíková, 2011). Veřejný ochránce práv (online, 2016) doporučil v oblasti práva na autonomii a důstojnosti zohledňovat přání nemocného, rozvíjet management potřeb, upravovat denní rytmus a volný pobyt na vzduchu.

Problémy klienta versus řešení se jeví, v otázkách omezení osobní svobody, zohlednění vůle, volnosti pohybu klientů, rizika pádů a soulad požadavků rodin, jako dilematické téma.

Lze souhlasit s tvrzením, že někteří sociální pracovníci se cítí bezradní ve vztahu ke klientům a jsou si vědomi nejasných pravomocí. Tím, že je kladen obecně důraz na dobrovolné zapojení klienta do procesu podpory a péče, mají pocit, že klient může tzv. cokoliv (Božič a kol., 2018).

Respondentka C3: *„já moc nemusím to nucení do pití...vidím to vlastně všude při práci s klienty...pauza - hlavně teda u seniorů s demencí...klienti jsou vděčný, to je jako fakt...pracovnice popoháněla se slovy ...píte, píte, no ještě, ještě...šla i za druhou klientkou, aby se napila, klientka jí něco povídala...vy jenom mluvíte, ale nepijete, tak se napíte, honem, honem a hladila ji po hlavě...mě jako přijde, že jez, jez, jez není žádná volba, jak rychle to bude klient dělat...z pohledu asi toho seniora s demencí, pociťují hodně, že jsou omezovaný, že trpí nějakou nemocí.“*

Již v prvním stadiu může někdy váznout spolupráce, nemocný si nepamatuje doporučení a fabuluje o svém stavu (Holmerová a kol., 2013).

V případě starých, hendikepovaných a nemocných osob je potřeba i faktické pomoci, neboť humanismus nelze předstírat. Ve službách v péči o závislé seniory je potřebná nejen formální slušnost a ohleduplnost, ale i odborná pomoc (Haškovcová, 2010).

Pracovníci jsou pravidelně proškolení v povinnosti chovat se ohleduplně, slušně, podpořit klienty v denních činnostech. Jsou metodicky vedeni k pozornosti vhodného pracovního pořadí, reflexi dilemat a zákonného omezení a doporučení v péči. Degenerativní choroby mozku jsou velkou zkouškou v pečovatelském úsilí eticky rozklíčovat jednotlivé situace se zachováním autonomie a důstojnosti klientů.

Respondentka zachytila hovor personálu: „...jedna pracovnice říkala, že je jako fakt unavená, že je furt v práci...no vypadala unaveně, bez nálady.“

Autor Křivohlavý (2012, s. 22) vysvětluje, že: „člověk, který se propadá do stavu psychického vyhoření, propadá celou řadu negativních citových stavů a těžkých myšlenek. Když se setkává s druhými lidmi, projevují se u něho stavy, které dříve neměl.“

Mezi pracovní rizika můžeme řadit psychofyzickou zátěž, časový tlak, nebezpečí chyb, náročnost, vysokou odpovědnost, nevyhovující režim práce, zasahování profese do soukromí. Výkon se může změnit na syndrom vyhoření.

Respondentka E5: „...u některých klientů je vidět rovina – partnerský přístup a někdy je závislost na nejvyšší možné úrovni...i když nemluví, pěkně na ně povídají, dotýkají se jich...viděla jsem, jak pracovník slušně vysvětluje.“

Zásady přístupu 5P pomáhají psychohygienou v životě, kdy perspektiva smyslu činností a pružnosti při změnách, prozíravosti k vývoji a omezenému času, porozuměním pro druhé a potěšením z okamžiků vede k spokojenosti a pocitům bezpečí nemocného i blízkých (Provazníková, Kalvach, 2016).

Respondentka F6: „já teď přemýšlím, jak je krásný, že se pracovníci snaží, aby se klienti zapojili...do procesu dne, za některý klienty to nakonec stejně musí dělat sami, ale mají kontakt, mluví na ně, oni na ně koukají...líbí se mi, že klienty nechávají najíst samotné a nespěchají na ně, ptají se jich jestli jim chutná...pracovnice nabízela, že jídlo nakrájí, ale paní jedla sama a všechno snědla.“

Kvalitu života lze měřit objektivními sociálními ukazateli, subjektivním odhadem celkové spokojenosti se životem i jednotlivými oblastmi života jako je soběstačnost, vztahy, prostředí, volný čas (Matoušek a kol., 2013).

V praxi se využívají nefarmakologické přístupy zaměřené na důstojné dožití závislých osob. Validace formou pochopení, porozumění a akceptace, práce s životním příběhem, kognitivní aktivizace, preterapie pomocí zrcadlení. Přístupem s orientací na člověka se lze dotknout silných stránek člověka, zahrnuje pro osobu s demencí pocit sounáležitosti s druhými, bezpečí, naplnění smyslu života.

Spokojenost klientů je pečlivým hledáním, nasloucháním, co si přejí a potřebují. Podpory jejich silných stránek a schopností. Sociální práce nejen s osobami s demencí je založená na respektu k hodnotě lidství a důstojnosti každého člověka, neboť i závislý senior má právo na život, ochranu zdraví, svobodu názoru, vyjádření víry, respektu a soukromí.

5.4.3 Kultura organizace

Významnou složkou organizace je její kultura a indikátory kvality. Odráží se v ní hodnoty, způsoby práce, spolupráce, chování zaměstnanců s atmosférou pozitivních emocí. V moderních pobytových službách jsou vytvářeny soukromé prostory připomínající minulost s přehledným architektonickým řešením, prostředí dvoulůžkových pokojů.

Respondentka F6: *„líbí se mi, že tady jsou ty rána jako doma...fěnují jim vlasy, někdo už snídá, paní si se mnou na chodbě povídá, přijedou výtahem a je tady veselo...jedna paní prý snídá jako první, že má ráda klid u toho...nevím, asi záleží, jak je zařízení velké...tady vidím, jak si povídá s klientem i paní uklízečka, kuchařky.“*

Umístění, celkový vzhled a vhodné dispozice zařízení by měly podpořit princip sociálního začleňování. Společné a venkovní prostory mají podpořit orientaci a skupinové soužití domácího typu, soukromí vytváří pohodlí a intimitu (Hájková a kol. 2016).

Respondentka F6: *„...tady jsem viděla, že se pracovnice nezastaví, dělá mnoho věcí...radí do telefonu, vyřizuje úmrtí, další pracovnice se chodí radit...každý pracoviště může být jiné to je jasné, určitě je to o přístupu, jak to mají v organizaci nastavené.“*

V Národním akčním plánu je vytyčena podpora vzdělání pracovníků, principy péče a edukace rodin jsou oficiálně naplňovány mnohými registrovanými sociálními službami s cílovou skupinou osob s demencí, respektovány Veřejným ochráncem práv, lékaři a dalšími odborníky.

Dvořáková (2017, s. 11) upozorňuje, že: *„leckdy ani odborníci, kteří se podpoře pečujících věnují dlouhodobě, nedokáží vyjádřit jednoznačný názor, zda by byla jednotná*

národní strategie žádoucí, nebo zda podpora pečujících má být i nadále, byť lépe a podrobněji, rozpracována do různých místních strategií.“

Respondentka F6: *„Spolužačky mi říkaly, že tady budu mít šanci vidět zakládání žádostí a ostatní dokumentaci, celkově musím říct, že do charity chodíme rádi, hodně nám ukáží a mluví o věcech z jejich praxe, které se staly.“*

Matoušek a kol. (2013) vysvětluje, že součástí kultury jsou obvykle žádoucí představy o preferencích, daná interpretační schémata a pravidla jednání. Individuální a skupinové odlišnosti jsou považovány za nevyhnutelné, neboť rozdíly jsou považovány za samozřejmé. Výsledkem utváření kultury v organizaci jsou úspěšně spolupracující pracovníci se stejnými představami o žádoucím ustáleném jednání.

Respondentka C3: *„paní recepční je tady usměvavá, každému jde naproti...vítá všechny...tady mám možnost si to zkusit, vidět práci a zpětně si o tom popovídat odborně.“*

Respondentka D4: *„ze začátku jsem se seniorů docela bála, pracovníci mi ale pomůžou, když potřebuju a to je super.“*

Zájmem o dodržování práv a svobod závislých seniorů buduje profesionál kvalitní značku firmy, naplňováním interních metodik a etických norem přispívá k dobré pracovní atmosféře.

V Mezinárodním etickém kodexu, části Sociální spravedlnost se praví, že: *"sociální pracovníci mají povinnost podporovat sociální spravedlnost ve vztahu ke společnosti obecně i ve vztahu k lidem, se kterými pracují"* (Společnost sociálních pracovníků, online, 2018).

Etický kodex sociálních pracovníků ČR je kritérium hodnot a poctivé praxe v oblasti vztahů, vnější k veřejnosti, vlastní organizaci a na vztahy ke klientovi. Práce se v současnosti stala významnou životní hodnotou seberealizace, loajality, spolupráce.

5.5 Odpovědi na průzkumné otázky

- Výzkumná otázka č. 1: *Jaké vlivy má organizace na agendu lidských práv klientů optikou studentů?*

Pod pojmem kultura organizace vnímají respondentky především viditelnou značku kvality, poskytování informací a hmatatelné jevy hodnot uvnitř organizace.

- Výzkumná otázka č. 2: *Jak a které kritické okamžiky ovlivňují studenty v názorech na zajišťování ochrany lidských práv?*

Z analýzy vzešly vlivy kritických okamžiků na vnímání respondentů v oblasti lidských práv osob s demencí. Ochrana lidských práv se specificky strukturuje kolem významných témat důstojnosti, respektu, všímavosti a prožívání. Zatěžujícím negativním jevem byly nežádoucí projevy ze strany pracovníků, objevuje se vliv tlaku dilemat při poskytování péče. Kromě toho byly zaznamenány pocity rozhořčení z nedostatku času na studenty.

- Výzkumná otázka č. 3: *Jaké další faktory působí v procesu přímé péče a procesu ztotožňování se s profesí sociálního pracovníka optikou studentů?*

Faktory se strukturují od přístupu pracoviště a postoji samotných studentů. Vlastní kompetence, sebereflexe a aktivní postoj využívají k aplikaci lidských práv do praxe, rizikovým polem jsou názory na průběh praxí.

- Výzkumná otázka č. 4: *Jaké jevy se jeví studentům důležité při zvnitřňování se s etikou péče v procesu poskytování péče?*

Vzhledem k rozsahu práce a vytyčenému tématu byla tato oblast ponechána na další práce možného zkoumání.

6 DISKUZE

Ke zhodnocení empirické části přistupovala autorka z více úhlů pohledu, přičemž vlastní zkušenosti rodinné péče o osobu s demencí nemá, v sociální praxi však stojí více let. V procesu analýzy a následné interpretaci dat se setkala s několika metodologickými obtížemi. Při práci s odbornými texty byla zaujetím stažena do problematiky ochrany lidských práv, až zpracování přesáhlo požadovanou maximální délku výstupu, čemuž oponovala zúžením optiky zkoumaného fenoménu a redukcí dat. Upravením došlo k potřebnému prostoru a následným analýzám, logickému uspořádání a interpretaci výsledků pomocí analytického příběhu došlo na žádané odpovědi.

Šanderová (2009, s. 109) k tomuto problému říká, že: *„při práci na projektu studenti nezřídka zjistí, že jejich původní záměr byl velmi mlhavý, ale navíc příliš smělý a tudíž zcela nerealistický. Povinnost zpracovat projekt je donutí tyto mlhavé a příliš obecné a často megalomanské představy zužovat, zpřesňovat a činit strážlivějšími.“*

V průzkumné části bylo zjištěno, že lidské vztahy, kultura organizace, zájem o druhého jsou důležitým mezníkem postojů a názorů studentů na kritické okamžiky ochrany lidských práv zvláště pak zranitelných osob se syndromem demence. V přímé praxi dochází k pokrokům a inovacím, proto by si zasloužilo pozornost další bádání na větším vzorku v přímé praxi poskytované péče a to i v domácím prostředí. Tomuto tématu se věnovala Broučková (2014), která zkoumala psychologickou zátěž péče v rodinném systému, nebo Enžlová (2012) se zaměřením na analýzy přístupu pracovníků.

Přestože jsou zpřítomněny limity práce, lze vyslovit její přínosnost z hlediska identifikací významných signálů v oblasti lidských práv, využití na studijních pracovištích, neboť z výsledků práce vyplývá, že kultura organizace, profesionalita lidských zdrojů a zapojení studentů praxe do procesu přímé péče jsou součástí účinné spolupráce a kvality péče na ochranu lidských práv osob s demencí včetně jejich blízkých.

7 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo přiblížit některé záležitosti lidských práv v péči o osoby s demencí a jejich blízkých. Teoretická část se věnovala vymezení syndromu demence, intervencím ve prospěch nemocného ze strany rodiny a státu, specifickým při poskytování komplexní péči, dilematům a etickým aspektům.

Pojmy jako vlastní autonomie, důstojnost, solidarita, etický přístup jsou aktuální náměty při péči o lidi s demencí. Dále bylo zacíleno na vybranou legislativu na podporu práv nemocných, právního ukotvení v oblasti důstojnosti, autonomie a vůle, práva na volný pohyb a soukromí a plynoucích komplikací ohrožení práv ve vybraných situacích. Pojetí důstojnosti člověka bylo vnímáno z hlediska filozofických a etických principů sociální práce, které se soustředí na konkrétní přístupy posilující důstojnost, identifikaci a hodnocení potřeb, psychosociální aspekty, paliativní péči a doprovázení osob s demencí.

V praktické části kvalitativního průzkumu byl kladen důraz na popis sledovaných jevů se zaměřením na výzkumné cíle. Výzkumné cíle se zaměřovaly na zkoumání jednotlivých proměnných v přímé praxi, vnímání a názory na kritické okamžiky ovlivňující bezesporu náročnou péči, profesionalitu a kulturu organizace ve vztahu k lidským právům klientů.

Studenti praxí zde podávali svědectví o tíživých i pozitivních faktorech v procesu zajišťování péče a ochrany lidských práv, výsledky ukázaly, že všechny respondentky vypovídají o určité míře vlastní angažovanosti v problematice lidských práv klientů s demencí.

Metodologickým nedostatkem práce může být zacílení na malý vzorek respondentů, studenty vyšší odborné školy oboru sociální práce. V oblasti kultury organizace může být limitem faktor, že zařízení domova se zvláštním režimem je certifikované pracoviště a kontaktní místo České alzheimerovské společnosti, je v aktivní spolupráci s univerzitou a dalšími vzdělávacími institucemi což předpokládá vyšší značku kvality služby. Dalším limitem může být její zaměření na osoby s demencí a tím snižování využitelnosti pro praxi i jiných cílových skupin.

Na základě výsledků této práce lze dát do souvislosti vyvíjející se legislativu a potvrzující oprávněnost lidských práv a důstojnosti všem bez rozdílu. Získané údaje

potvrzují tendence zvyšování právního povědomí sociálních pracovníků, informační potřeby veřejnosti a pečujících o nemocné. Udržení lidských práv osob s demencí s využitím všech zdrojů pomoci se vine všemi částmi této práce a lze usuzovat, že je do budoucna potřeba věnovat se aktivní provázanosti všech oblastí dotýkajících se lidských práv.

Každé období přináší do života nové naděje, smutky i limity, nároky dobrého života nejsou nikde stanovené, neboť kvalita života je vnímána jedinečně a subjektivně zároveň. V Česku bohužel neexistují přesné statistiky a odborníci poukazují na latentní výskyt porušování lidských práv, proto nelze podléhat přirozenému sobectví a lhostejnosti. Evropské hodnoty vycházejí z křesťanství, spočívající na principech solidarity a ochotě pomáhat slabším jedincům.

Společenským trendem je vytváření konceptů kvality a efektivity dlouhodobé péče, zvyšování tlaku na specializovanou péči o nemocné s demencí, nutnou participaci neformální péče, sociálních a zdravotních služeb a ostatních zúčastněných. Dále je věnována pozornost včasnému zajištění, plánování a rizikům péče, komunikačním technikám, prosociálnímu chování, vhodných nefarmakologických intervencí, konceptům a metodám práce na podporu kvality života nemocných. Oprávněným předpokladem tedy je, že pobytová zařízení pro osoby s demencí mají zájem poskytovat důstojnou a kvalitní péči a vzdělaný pečující může docílit podpory důstojného žití a dožití nemocného. Je tedy otázkou, jak o tématu lidských práv přemýšlí samotní pečující, jak jednájí a zvládají kritické okamžiky péče.

S oporou této práce budou vyvinuty snahy o využití výsledků do návrhu žádosti na pilotní projekt pro studenty vyšší odborné školy v přímé praxi s názvem „Aktivní ochrana lidské důstojnosti a autonomie osoby s demencí v procesu poskytované péče“ s cílem podpořit studenty k porozumění tomuto tématu. Vzhledem k časové tísní v termínu odevzdání této práce bude pro podání návrhu na projekt využit pravděpodobně podzimní termín vyhlášených výzev.

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. 2018. Světová zpráva o demenci 2018. [online]. [cit. 2018-12-15]. Dostupné na: <<https://www.alz.co.uk/research/world-report-2018>>

BOŽIČ, A. a kol. 2018. *Dobrá praxe sociální práce na obci*. Olomouc: VOŠS Caritas, 2018. 179 s. ISBN 978-80-87623-13-8.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. 2018. *Doporučení představenstva ČLK 1/2010*. [online]. [cit. 2018-12-16]. Dostupné na: <<https://www.lkcr.cz/doporuceni-predstavenstev-clk-227.html>>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2018. *Průměrné mzdy. Rychlé informace*. [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné na: <<https://www.czso.cz/csu/czso/ci/prumerne-mzdy-4-ctvrtleti-2018>>

DVOŘÁKOVÁ, A. 2018. Přehled vybraných nástrojů na podporu pečujících v současné legislativní úpravě i v praktickém výkonu - limity a příležitosti. In *Forum sociální práce. Special Issue*. [online]. 2018, roč. 10, č. 11, s. 9-20. [cit. 2019-01-05]. ISSN 2336-6664. Dostupné na: <https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2018/11/Andrea_Dvorakova_9-20.pdf>

DRAGOMIRECKÁ, E. 2018. Znalosti a dovednosti potřebné v praxi pohledem sociálních pracovníků. In *Sociální novinky*. [online]. 2018. [cit. 2019-03-09]. ISSN 2464-6792. Dostupné na: <<http://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/541-znalosti-a-dovednosti-potrebne-v-praxi-pohledem-socialnich-pracovniku>>

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I. a L. BORZOVÁ. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JANEČKOVÁ, H., NENTVICOVÁ NOVOTNÁ R. 2013. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. In *Sociální práce*. 2013, roč. 13, č. 1, s. 72-81. ISSN 1213-6204.

- JAROLÍMOVÁ, E., BROUČKOVÁ, E. a I. HOLMEROVÁ. 2018. Interkulturní srovnání přístupů v péči o člověka s demencí. *In Forum sociální práce Special Issue*. [online]. 2018. s. 49-55. [cit. 2019-02-18]. ISSN 2336-6664. Dostupné na: <https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2018/11/Eva-Jarolimova_-_Eliska_Brouckova_-_Iva_Holmerova_49-55.pdf>
- HÁJKOVÁ, L. a kol. 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2016. 38 s. ISBN 978-80-86541-48-8.
- HÁŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: HBT, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAVLÍKOVÁ J. a kol. 2018. *Odborný výkon sociální práce ve veřejné správě a v sociálních službách: role vstupního vzdělání a dalšího vzdělávání*. Praha: VÚPSV, 2018. 126 s. ISBN 978-80-7416-328-9.
- HENDL. J., REMR. J. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. 376 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
- HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- HOLMEROVÁ, I. a kol. 2013. Strategie České alzheimerské společnosti P-PA-IA. *In Geriatrie a Gerontologie*. [online]. 2013, roč. 2, č. 3, s. 158-164. [cit. 2018-12-15]. ISSN 1805-4684. Dostupné na: <<https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2013-3/strategie-ceske-alzheimerske-spolecnosti-p-pa-iapece-a-podpora-lidem-postizenym-syndromem-demence-41572>>
- HOLMEROVÁ, I. a kol. 2015. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada Publishing, 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, I. a J. SUCHÁ. 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2007. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
- HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M. 2016. *Dopisy*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2016. 116 s. ISBN 978-80-86541-31-0.

- KROMBHOLZ, R. 2011. Nejčastější demence a jejich léčba. In *Neurologie pro praxi*. [online]. 2011, roč. 3, č. 12, s. 196 - 201. [cit. 2019-02-15]. ISSN 1803-5280. Dostupné na: <<https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/12.pdf>>
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. *Hořet ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl. 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
- LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD, Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.
- LOUČKA, M., ŠPINKA, Š. a M. ŠPINKOVÁ. 2015. *Eutanazie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů. 2015. 51 s. ISBN 978-80-88126-08-9.
- LUŽNÝ, J. 2013. Kvalita života u pacientů s demencí. In *Cesk Slov Neurol N*. [online]. 2013, roč. 76, č. 109, s. 90-95. [cit. 2019-01-11]. ISSN 1802-4042. Dostupné na: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/kvalita-zivota-u-pacientu-s-demenci-39608?confirm_rules=1>
- LUSKOVÁ, D. 2019. Normalita a péče o starého člověka. In *Listy sociální práce*. 2019, roč. VII, č. 17, s. 9-12. ISSN 2336-2332.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MÁTL. O., MÁTLOVÁ. M., HOLMEROVÁ, I. 2016. *Zpráva o stavu demence 2016*. ČALS: Praha, 2016. 43 s. ISBN 978-80-86541-50-1.
- MINISTERSTVO ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ. 2019. *Strategie 2030 ČR*. [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné na: <<https://www.cr2030.cz/strategie/>>
- POSPÍŠIL, D. a kol. 2016. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 - 2025*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016. 232 s. ISBN 978-80-7421-126-3. [cit. 2018-03-18]. Dostupné na: <<https://www.mpsv.cz/files/clanky/29714/NSRSS.pdf>>

PROVAZNÍKOVÁ, E., KALVACH, Z. 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE, 2016. 157 s. ISBN 978-80-87953-15-0.

POLICIE ČR. 2016. *Domácí násilí*. [online]. [cit. 2018-03-18] Dostupné na: <<https://www.policie.cz/clanek/zverejnene-informace-2016-domaci-nasili.aspx>>

SLÁMOVÁ, R. a kol. 2018. *Praktický průvodce koncem života. Rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018. 158 s. ISBN 978-80-266-1279-7.

SMUTEK, M. 2010. Intersubjektivita sociální reality jako východisko pro proces posouzení životní situace. In *Reflexivita v posuzování životní situace klientů a klientek sociální práce*. Hradec Králové: Gaudemus, 2010. s. 47-63. ISBN 978-80-7435-038-2.

ŠANDEROVÁ, J. 2009. *Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách*. 2. vyd. Praha: Slon, 209 s. ISBN 978-80-86429-40-3.

ŠMAJS, J., BINKA, B. a I. ROLNÝ. 2012. *Etika, ekonomika, příroda*. 2012. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-4293-9.

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠTYGLEROVÁ, T. 2019. Do poloviny století bude o polovinu více seniorů. In *Statistika a my* [online]. 2019, roč. 9, č. 2, [2019-03-15]. ISSN 1804-7149. Dostupné na: <<http://www.statistikaamy.cz/2019/02/do-poloviny-stoleti-bude-o-polovinu-vice-senioru/>>

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. 2018. *Mezinárodní etický kodex*. [online]. [cit. 2018-11-18]. Dostupné na: <<http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/ke-stazeni>>

PAPEŽOVÁ, H. a kol. 2014. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. 495 s. ISBN 978-80-7345-425-8.

REKTOROVÁ, I. 2009. Neurodegenerativní demence. In *Cesk Slov Neurol N* [online]. 2009, č. 2, 72/105, [cit. 2018-11-18]. ISSN 1802-4041. Dostupné na:

<http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/neurodegenerativni-demence-32888?confirm_rules=1>

TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ K. a kol. 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova Karolinum, 2017. 256 s. ISBN 978-80-246-3612-2.

ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ č. 96/2001 Sb.,

ÚSTAVNÍ SOUD ČR. 2016. Omezení svéprávnosti a povinnosti soudu jmenovat kolizního opatrovníka IV. ÚS 1583/2016. In *Nalus: vyhledávání rozhodnutí Ústavního soudu*. [online].[cit. 2018-10-11]. Dostupné na:

<<http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=4-1583-16>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH NEMOCÍ A INFORMATIKY ČR. 2018. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, Poruchy duševní a poruchy chování*. [online].[cit. 2018-11-18] Dostupné na: <<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>>

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. 2015. *Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv 2015*. [online]. ISBN 978-80-87949-11-5. [cit. 2018-03-10] Dostupné na: <https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf>

ZÁKON č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění.

ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

ZÁKON č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.