

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Zdravotní problematika zanedbání péče u seniorů

Bakalářská práce

Jméno autora: Lucie Nolčová, DiS.

Jméno vedoucího práce: Mgr. Petra Zimmelová

14.5.2007

ABSTRACT

For my graduation thesis I have chosen the topic of: HEALTHY PROBLEMS OF ELDER ABUSE. Most of the media show us or describe what the old age should look like. Advertisements show us healthy, active and „happy“ pensioners and people, therefore, can believe that the old age is really like that.

I work as a qualified physiotherapist in a hospital at an internal medicine department. Already after a short time I had the unpleasant experience to see also the other, less known to the public, face of the old age. So much the worse for me was to find that the serious health condition of some older patients had been caused by bad and sometimes cruel treatment by family members. That is why I have decided to aim the topic just here, to the family.

Family is a basic, natural and informal unit of the society. In connection with the extension of life it is not unusual to see families consisting of four to five generations. The basic need of every human being, seniors included, is to be positively accepted, to belong somewhere and in particular in the case of seniors to end their lives at home among their close relatives.

However, the view of a senior as a needless and useless person who is rather burdensome to the society prevails in today's consumption society. Until this approach to the old age has changed, not only the number of those ill-treated and uncared-for seniors will not decrease but on the contrary, it is highly likely to increase in geometric series. Lack of care or maltreatment of seniors has unfortunately become a serious problem of today's society. Therefore, the society should start to deal with this serious problem and primarily to admit the existence of this problem.

Elder abuse have many forms, from light ones of inadequate behaviour through financial and property misuse, emotional and psychic maltreatment to systematic abasement, maltreatment and beating. As per the definition the maltreatment is an individual or repeated act or a lack of adequate activity occurring where good care, cooperation and interest are expected in good confidence, which causes torts, harm, injury, pain or fear of older people. This includes cases when the aggressor tries to gain control of the victim and acts from the position of power.

My research took place in the Municipal Hospital Privamed in Plzeň. The research sample included hospitalized seniors, which had been uncared for or maltreated. The research took place from April 2006 to March 2007. Within the qualitative research I used uncontrolled talks with the hospitalized seniors, eventually with their family members. I have gathered other needed information from medical documentation. During this research I had an opportunity to meet with various forms of violence towards seniors and I found that health consequences due to failure to care for seniors or due to maltreatment were very serious and, unfortunately, often resulted in the death of a senior.

This topic is very broad and first of all very sensitive. The whole of our society should become aware of the issue of neglect and maltreatment of seniors. We cannot shut eyes to it and pretend we are not involved. This urgent and serious problem relates to all of us.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum: 14. 5. 2007

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především mé konzultantce Mgr. Zimmelové za pomoc a rady, které mi poskytovala během zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem pacientům, kteří mi i přes svůj mnohdy vážný zdravotní stav poskytli rozhovory a také lékařům Městské nemocnice Privamed za pomoc při shánění literatury i s odbornými konzultacemi.

OBSAH

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	8
1.1 Demografická situace v ČR.....	8
1.2 Stárnutí obecně.....	8
1.3 Stáří a jeho členění.....	9
1.3.1 Biologické stáří.....	9
1.3.2 Sociální stáří.....	10
1.3.3 Chronologické stáří.....	10
1.4 Nejčastější změny ve stáří.....	10
1.5 Nejčastější choroby ve stáří.....	12
1.6 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.....	12
1.6.1 Funkční vyšetření v geriatrii.....	13
1.7 Péče o seniora v rodině.....	15
1.8 Zanedbání péče u seniorů.....	17
1.8.1 Formy zanedbání a týrání seniorů.....	17
1.8.2 Projevy zanedbané péče a týrání seniorů.....	19
1.8.3 Okolnosti zanedbané péče a týrání seniorů.....	20
1.9 Zákony upravující špatné zacházení se seniory.....	22
1.10 Prevence.....	23
1.10.1 Národní program přípravy na stárnutí.....	24
1.11 Zdravotní následky a komplikace zanedbané péče.....	25
1.11.1 Imobilizační syndrom.....	25
1.11.2 Trauma.....	27
1.11.3 Pády ve stáří.....	28
1.11.4 Dekubity.....	30
1.11.5 Podvýživa.....	35

1.11.6 Dehydratace.....	36
1.11.7 Nedostatečná hygiena.....	38
2. Cíl práce.....	40
3. Metodika.....	41
3.1 Použité metody.....	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4. Výsledky.....	42
4.1 Kasuistika čís. 1.....	42
4.2 Kasuistika čís. 2.....	44
4.3 Kasuistika čís. 3.....	45
4.4 Kasuistika čís. 4.....	47
4.5 Kasuistika čís. 5.....	48
5. Diskuse.....	51
6. Závěr.....	56
7. Seznam použité literatury.....	59
8. Klíčová slova.....	62
9. Přílohy.....	63

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Zdravotní problematika zanedbání péče u seniorů. Ve většině médiích nám ukazují nebo popisují, jak by mělo stáří vypadat. V reklamách nám ukazují zdravé, aktivní a „šťastné“ důchodce a lidé se proto mohou domnívat, že takové stáří opravdu je.

Pracuji jako diplomovaný fyzioterapeut na interním oddělení v Městské nemocnici Privamed v Plzni. Již po krátké době jsem měla tu nepříjemnou možnost vidět i tu druhou, veřejnosti méně známou tvář stáří. O to hroznější pro mne bylo zjištění, že vážný zdravotní stav některých starších pacientů zavinilo špatné, někdy až kruté zacházení členů rodiny. Proto jsem se rozhodla směřovat toto téma právě sem, k rodině.

Toto téma jsem si zvolila proto, že bychom neměli vidět stáří jen takové, jak nám ho podsouvají některá média. Naše společnost by se měla začít tímto závažným problémem zabývat a nepředstírat, že tento problém zde neexistuje, jen proto, že je to pro společnost nepříjemné.

1. Současný stav

1.1 Demografická situace v ČR

Demografická situace v České republice, stejně jako v celé Evropě, je výslednicí stále se snižující natality a zvyšující se průměrné délky života. Prodlužování délky života v posledních desetiletích je charakteristické pro vyspělé státy. Další významnou demografickou změnou je snižující se porodnost. K vyvážené reprodukci je třeba dvou dětí na matku, tedy poměr 2:1, u nás je tento poměr 1:1. Proto starých lidí nejen u nás stále přibývá.

V současnosti v České republice žije asi 17% lidí starších šedesáti let (česká geriatrická revue, 2005, čís. 3). To znamená přibližně 1.800.000 seniorů. Podle statistického úřadu v roce 2035 toto číslo vzroste na 33%, tzn. téměř 3.500.000 seniorů. Podle závěrečné zprávy výzkumného projektu RM 01/15/04 MZV ČR, který řešila ZSF JČU, se 13% respondentů z řad seniorů setkalo s fyzickým napadením, 20% respondentů z řad seniorů se setkalo s psychickým týráním (Plzeňský deník, 2006, čís. 147). Pokud tyto hodnoty převedeme v absolutní čísla, vyjde nám alarmující počet seniorů, kteří se setkali s projevy násilí na své osobě. Znamená to, že dosud se setkalo 234 tisíc seniorů s fyzickým napadením a 360 tisíc s psychickým týráním!

Stárnutí obyvatelstva je ireversibilní proces, ve kterém stále stoupá počet osob starších 60 let, 65 let a zejména osob nejstarších, tzn. 80 let a více (tzv. oldest old). V této souvislosti se mění i vztahy v rodinách, ve kterých žijí současně až 4 generace. Prodlužování délky života by však mělo být provázeno také udržováním náležité kvality života s maximální prevencí vzniku závislosti.

1.2 Stárnutí obecně

Stárnutí (neboli gerontogeneze) je přirozený, zákonitý, druhově specifický celoživotní proces. Tento proces je individuální a je závislý nejen na genetické výbavě jedince, ale také na jeho zdravotním stavu, způsobu života a na životních a sociálních

podmínkách. Současně je tento proces nerovnoměrný (asynchronní). Některé systémy postihuje více, jiné méně. Některé dříve a jiné později. Zatímco některé orgány nemusí být postiženy vůbec, jiné mohou být nefunkční.

Ve stáří dochází k úbytku potenciálu zdraví, tedy omezení odolnosti, zdatnosti a kreativní adaptability, dále klesá regulační kapacita. Objevuje se tzv. **nemocnost bez chorob**, kdy dochází k poklesu zdravotního potenciálu, aniž by byla definována a jednoznačně diagnostikována zdravotní obtíž (Kalvach, 1992). To způsobuje potíže z hlediska poskytování zdravotní péče, kdy daný problém nemůže být řešen poskytnutím jednosměrně zaměřené specializované zdravotní péče. Především by zde měla být zřetelná snaha posilovat funkční potenciál. Nemoci musí být vnímány v kontextu života, přičemž je nutné si uvědomit, co má být výsledkem samotné léčby. Důležité je nejen tzv. subjektivní hodnocení zdraví, ale také ukazatel zdravé délky života (funkční hodnocení z hlediska aktivit běžného života). Pro potřeby zdravotní péče je nutné zajistit komplexní přístup, zejména geriatrická péče vyžaduje maximální komplexnost.

Zdravotní stav seniorů se zlepšuje a prodlužuje se doba dožití, což je i důsledkem lepšího zvládnutí a vypořádání se s tělesným postižením. Ubývá těžké disability, ale na druhou stranu přibývá disability mírné. Dochází zde tedy ke změně paradigmatu – tradiční model, který klade důraz na chorobu a její důsledky je nahrazen novým modelem, který vymezuje zdravím podmíněnou kvalitu života.

1.3 Stáří a jeho členění

1.3.1 Biologické stáří

Biologické stáří je důsledkem fyziologických involučních změn. Je spojeno s chorobnými projevy, vlivy životního prostředí i způsobem života. Určení biologického věku není možné, protože stárnutí probíhá asynchronně a postihuje jednotlivé orgány a systémy nerovnoměrně. Dominantami biologického stárnutí je pokles funkční kapacity spolu s poklesem adaptačních schopností.

1.3.2 Sociální stáří

Stáří ze sociálního hlediska je nejčastěji vymezeno odchodem do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí i ekonomického zabezpečení.

Zjednodušená periodizace člení lidský život do 4 velkých období, tzv. věků:

- První věk je označován také jako předproduktivní. Jedná se o období dětství a mládí.
- Druhý věk neboli věk produktivní je obdobím dospělosti.
- Třetí věk neboli postproduktivní je vnímán jako období za zenitem. Takové pojetí však vede k podceňování, diskriminaci, minimalizaci potřeb a potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajícím až do smrti jedince.
- Čtvrtý věk bývá používán k označení fáze závislosti, což ovšem neznamená, že tato fáze je zákonitá jako stadia předchozí.

1.3.3 Chronologické stáří

Chronologické stáří je vymezeno kalendářním věkem neboli dosažením určitého dohodového věku. V roce 1980 vymezila OSN jako hranici stáří věk 60 let. S prodlužující se délkou života jsou však běžněji považovány za staré teprve osoby ve věku 65 let a více.

1.4 Nejčastější změny ve stáří

Složení organismu: Nejvýraznějším projevem stárnutí je atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku. Dochází ke snížení lean body mass, neboli k úbytku netučné tělesné hmoty. Obsah tělesného tuku se naopak zvyšuje až o 25 %. S nárůstem tuku také souvisí zmenšení objemu celkové tělesné vody a současný nedostatečný příjem tekutin. V tkáních dochází také ve zvýšené míře k ukládání vápníku (kalcifikace tkání).

Řízení organismu: Dochází k oslabení a zpomalení regulačních mechanismů, úbytku funkčních rezerv, zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži

Nervový systém: Změny nervového systému jsou způsobeny snížením sekrece neurotransmiterů, dále dochází ke zpomalení nervových vzruchů a jejich vedení včetně propriocepce a k prodloužení reakční doby. Nezanedbatelná je také atrofie mozku s odumíráním mozkových buněk, doprovázená zhoršením vstřípivosti a výbavnosti (tzv. benigní stařecká zapomnětlivost). A v neposlední řadě také poruchy spánku.

Metabolismus: 30% výskyt poruchy glukózové tolerance vlivem ztíženého vstupu glukózy do buněk. Dále snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu až o 20 % a s tím související zhoršení vytrvalosti.

Endokrinní systém: Dochází k rezistenci tkání na hormonální stimulaci. Sekrece hormonů se snižuje, což vede k hormonální dysbalanci.

Oběhový systém: Průtok krve všemi orgány klesá. Snižuje se elasticita tepen, vzniká pružňková hypertenze, to znamená, že dochází ke zvýšení systolicko-diastolické amplitudy, a tím k většímu zatížení levé srdeční komory. Snižuje se poddajnost levé srdeční komory se sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání bez významnější poruchy systolické funkce. Dochází k zániku buněk převodního systému srdečního s poruchou tvorby vzruchů a oplošťováním variability tepové frekvence zhoršované sníženou kondicí a inaktivitou.

Respirační systém: Snížení elasticity plic spolu se zvýšenou rigiditou hrudní stěny a zvýšením dechové práce s důsledkem tzv. stařeckého plicního emfyzému. Zvětšuje se mrtvý prostor v plicích a klesá vitální kapacita plic.

Vylučovací systém: Dochází k úbytku renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i očišťovací funkce ledvin (renální clearance) v 80 letech asi o 50 %. Klesá maximální koncentrační schopnost ledvin (v 75 letech přibližně o 25 %). Často také dochází k poruchám svěrače močového měchýře a dochází k inkontinenci.

Trávicí systém: Opotřebování a ztráta dentice s důsledkem ztíženého příjmu potravy. Snížení žaludeční acidity snížením sekrece HCl v žaludeční stěně. Poruchy motility trávicí trubice a pokles střevní resorpce.

Imunitní systém: Dochází především ke zvýšené tvorbě autoprotilátek. Ve stáří je také horší efekt imunizace.

Ostatní systémy: Atrofie kůže s poklesem elasticity a úbytkem potních žláz a poruchou termoregulace. Tkáně mají sníženou vitalitu a hůře se hojí. Smyslové vnímání je zhoršené, dochází ke zhoršení adaptace na šero i osvit (presbyopie), zhoršení sluchu pro vysoké tóny (presbyakusis), zhoršení čichu, chuti a propriocepce včetně rozlišování tepelných podnětů.

1.5 Nejčastější choroby ve stáří

Ve stáří se zvyrazňuje tzv. **bio-psycho-sociální** jednota organismu. Onemocnění považovaná ve středním věku za banální vedou ve stáří k sociální dekompenzaci se ztrátou soběstačnosti a zabezpečení. Naopak sociální události jako např. ovdovění, přestěhování aj. vedou k dekompenzaci nejen psychické, ale i somatické a často až k úmrtí.

Je nutné odlišovat **choroby ve stáří**, kterými se rozumí běžné nemoci, vyskytující se i v jiných věkových kategoriích (u starých osob ovšem s jistými specifiky a strategiemi léčby) a **choroby stáří**, které jsou typické multimorbiditou, neboli současný výskyt více chorob. Patří sem geriatrické syndromy, jimž vymezení běžných chorob neodpovídá, ale i nemoci iatrogení, vzniklé jako důsledek lékařské péče (Kalvach, Z. 1997).

Mezi nejčastější chorobné stavy ve stáří patří: ateroskleróza (kornatění tepen), kardiovaskulární choroby (ischemická choroba srdeční ICHS, často atypicky a bezbolestně probíhající infarkt myokardu, srdeční nedostatečnost, poruchy převodního systému, arteriální hypertenze a hypotenze, cerebrovaskulární choroby, aortální aneurysmata, tromboembolická nemoc TEN), chronická obstrukční bronchopulmonální choroba, pneumonie, osteoartróza (degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti), osteoporóza (snížení hutnosti kostí), demence, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, deprese, poruchy spánku (včetně syndromu spánkové apnoe), noninsulindependentní diabetes mellitus, poruchy zraku a sluchu.

1.6 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

V roce 2001 vydala Světová zdravotnická organizace WHO poslední (definitivní) verzi mezinárodní klasifikace (International Classification of Functioning Disability and Health IC FDH).

Každá nemoc může končit trojím způsobem: úplným uzdravením (ad integrum), úmrtím či neúplným uzdravením s přetrvávajícími negativními následky, které mohou být trvalé či přechodné. Dle WHO rozlišujeme 3 kategorie následků nemoci:

- 1.) Impairments (poruchy) – Poruchou je myšlena jakákoliv ztráta (poškození, příp. abnormalita) anatomické, fyziologické či psychické struktury nebo funkce. Jde o narušení či změnu funkce na úrovni orgánu či systému. Ve většině případů nedochází k omezení jedince a jeho stav se v krátké době upravuje ad integrum.
- 2.) Disability (omezení) – Disabilita vyjadřuje omezení či nedostatek schopnosti vykonávat určitou činnost. Jedná se tedy o omezení aktivity a o poruchu na úrovni celého jedince.
- 3.) Restrigovaná participace – Tento pojem nahrazuje dřívější označení handicaps. Jedná se o omezení nezávislosti osoby s projekcí do společenské roviny. Jde o snížení některé aktivity, která je pro dotyčnou osobu omezující (restringující) v aktivitě důležité ve vztahu k faktoru prostředí. Restrigovaná participace vystihuje socializaci poruchy, sociální důsledky choroby ve smyslu neschopnosti plnit obvyklou roli.

1.6.1 Funkční vyšetření v geriatрии

Tradiční medicínská diagnostika nevypovídá nic o vlivu postižení na fyzický a duševní stav nemocného a jeho sociální integritu. Neinformuje o schopnostech nemocného samostatně se pohybovat, orientovat se, komunikovat a vykonávat běžné činnosti. Posouzení a zhodnocení těchto schopností je úkolem funkčního vyšetření.

Funkční stav zahrnuje více veličin: fyzickou a duševní výkonnost jedince, stav jeho emocí, jeho sexuální chování, a chování ve společnosti. Funkční stav je dynamická

hodnota. Představuje individuální reakci člověka na biologickou situaci (chorobu) v určitém čase a v konkrétním prostředí.

Funkční vyšetření pokrývá oblast (Kalvach, Z. 1992):

- 1.) Bio-medicínskou – stanovení lékařské diagnózy doplněné o aktuální fyzický výkon a posouzení stupně fyzického omezení (somatické potíže, informace o medikaci, potřeba zdravotnické péče). Pro potřeby funkčního hodnocení fyzického výkonu je rozhodující schopnost vykonávat sebeobslužné výkony a běžné činnosti nutné pro samostatný život v domácnosti. Tyto aktivity, nazývané též všední činnosti nebo označované zkratkou ADL (activities of daily living), jsou součástí používaných testů.
- 2.) Sociální – schopnost jedince integrovat se ve společnosti a zastávat role přiměřené věku a pohlaví jedince, udržovat sociální kontakty a interpersonální vztahy k rodinným příslušníkům či pečovatelům (potřeba sociálních služeb). U osob s hraniční soběstačností je nutné kontaktovat i osoby, které by v případě potřeby mohly o starého nemocného pečovat. Sociální izolace je významným rizikovým faktorem a vede ke zvýšené morbiditě i mortalitě.
- 3.) Psychologickou a psychiatrickou – intelektové schopnosti, osobnostní charakteristiky, morálně volní vlastnosti, přítomnost psychiatrických symptomů a psychiatrická diagnóza (organický psychosyndrom, deprese, úzkost, rozsah kognitivní poruchy). Při posuzování přítomnosti kognitivní poruchy se hodnotí orientace, paměť, pozornost, vstřípivost, fatická a konstrukční schopnost včetně schopnosti nemocného provádět komplexní duševní činnost. Druhá skupina testů je zaměřena na odhalení afektivních poruch, zejména ve stáří časté úzkosti a deprese.

ADL (activities of daily living)

- 1.) Bazální ADL zahrnují základní sebeobslužné výkony najedení, napití, oblékání, mytí a koupání, chůzi a přesuny, schopnost být kontinentní a použít WC. Nejčastěji používaný je Barthelův test všedních činností (viz příloha čís. 1), Katzův test a test Kennyové. Dosažené bodové skóre je nepřímým ukazatelem závislosti nemocného.

2.) Instrumentální ADL představují činnosti nutné pro život v samostatné domácnosti či komunitě. Zahrnují schopnost připravit si jídlo, obstarat nákup, provádět jednodušší domácí práce, telefonovat, cestovat dopravním prostředkem, užívat samostatně léky a spravovat vlastní finance.

Senior, který samostatně zvládá bazální i instrumentální ADL a je schopen přizpůsobit se změnám prostředí a stavu, je označován jako soběstačný. **Soběstačnost** lze tedy definovat jako schopnost uspokojit základní životní potřeby v konkrétních životních podmínkách. V opačném případě, není-li schopen se o sebe postarat, mluvíme o závislosti. **Závislost** je jednou z nejtěžších lidských postižení a je třeba jejímu vzniku bránit i ve stáří a u dlouhodobě nemocných. Rozlišujeme tři stupně závislosti (Kalvach, Z. 2004):

- I. lehká závislost – senior vyžadující občasný dohled a výpomoc druhé osoby, úpravy v bytě a občasnou lékařskou péči
- II. závislost středního stupně – senior vyžadující pravidelný dohled nebo pomoc druhé osoby při provádění některých bazálních všedních činností
- III. těžká (plná) závislost – senior vyžadující trvalý dohled a péči druhé osoby (obvykle jsou indikováni k trvalé ústavní léčbě)

Závislý senior může s pomocí kompenzací (rehabilitační pomůcky, úpravy domácnosti, pečovatelská služba či pomoc rodinných příslušníků) zůstat v domácím prostředí. Jedná se o **zabezpečení**. Pro posouzení stupně závislosti a schopnosti seniora zůstat v domácím prostředí, je třeba provést zhodnocení fyzického a duševního stavu, posoudit jeho domácnost a nejbližší okolí (architektonické bariéry, bezpečnost, přístup k bytu, dostupnost nákupu, lékaře) a rozsah sociálních služeb.

1.7 Péče o seniora v rodině

Za péči o seniory je zodpovědná na prvním místě rodina (formální služby jsou využívány až v případě nedostatečnosti či vyčerpání formálních služeb), přičemž většinu rodinných poskytovatelů péče tvoří ženy. Jak uvádí Kamila Svobodová z Přírodovědecké fakulty UK pro Plzeňský deník: „V poskytování péče je tedy možno

pozorovat výrazné genderové rozdíly: odlišnost strategií, jimiž začleňují ženy a muži pečovatelské do své ostatní práce, více méně permanentní participace dcer, na rozdíl od sporadické účasti synů (synové mají sklon angažovat se mnohdy jen v případě, že ženy v rodině chybí, nebo pokud žijí daleko, ovšem i za těchto okolností se muži často spoléhají na pomoc svých partnerek), časté omezování péče ze strany mužů na fyzickou pomoc apod.“

Zákon o rodině číslo 91/1998 Sb., platný od 1.8.1998 upravuje povinnost dětí, které jsou schopny se samy živit, zajistit svým rodičům slušnou výživu, jestliže toho potřebují. Právo na výživné, podle § 90, přísluší oprávněným, jen pokud toho nutně potřebují (www.mpsv.cz).

Každé dítě plní tuto vyživovací povinnost takovým dílem, jaký odpovídá poměru jeho schopností, možností a majetkovým poměrům ostatních dětí (§ 87). Předci a potomci mají vzájemnou vyživovací povinnost (§ 88). Je-li několik povinných, kteří jsou příbuzní v témže stupni, plní každý z nich vyživovací povinnost takovým dílem, jaký odpovídá poměru jeho schopností, možností a majetkových poměrů ke schopnostem, možnostem a majetkovým poměrům ostatních (§ 89) (www.mpsv.cz).

Rodina je základní, přirozenou a neformální jednotkou společnosti. V souvislosti s prodlužováním délky života jsou obvyklé rodiny skládající se ze čtyř až pěti generací. Je však nezbytné, aby sociální politika státu pomáhala udržet pouta mezi generacemi. Dojde-li k násilí v rodině, ztrácí rodina svoji základní, ochrannou funkci. Ztrácí funkci útočiště a stává se nebezpečným místem, namísto toho, aby se v ní všichni členové cítili bezpečně (Zimmelová, P., Stolín, M. 2006).

Základní potřebou každé lidské bytosti, seniory nevyjímaje, je být pozitivně přijímán, někam patřit a třeba i „umřít doma mezi svými“. Rodina, která pečuje o seniora dočasně či trvale závislého by měla být podporována ze strany vlády i nevládních organizací, obzvláště pak rodiny s nízkým příjmem. Poskytování příspěvku při péči o blízkou osobu je samozřejmě podmíněno osobní, celodenní a řádnou péčí o takovou osobu.

Pečovatelská péče je psychicky i fyzicky velmi náročná činnost, která ovlivňuje každodenní aktivity, ekonomickou situaci, rodinný i profesní život pečovatele. Podpora

by proto neměla být poskytována jen seniorovi, ale celé rodině, která o seniora pečuje, včetně poradenství a všemi intervencemi. Zvláště důležitou částí je tzv. **respitní péče**, neboli dočasné převzetí seniora, umožňující rodinně oddech, dovolenou či vyřešení osobních záležitostí.

1.8 Zanedbání péče u seniorů

Zanedbávání či týrání seniorů se stalo celosvětovým problémem, který se projevuje ve všech zemích a všech sociálních vrstvách, bez ohledu na vzdělání, věk, náboženskou orientaci či etnickou příslušnost (Kovařík, J., Zimmelová, P. 2006).

Diskriminace je charakteristická vztahem ke skupině, zatímco zneužívání je aktem vůči jednotlivci. Jeho vymezení začíná ztrátou respektu, pokračuje nevědomým zanedbáváním, ekonomickým zneužíváním až k otevřenému násilí. Podle definice je zneužívání samostatný či opakovaný akt nebo nedostatek přiměřené aktivity vyskytující se tam, kde je s důvěrou očekávána, což způsobuje bezpráví, poškození, zranění, bolest či strach starších lidí. Jde o případy, kdy se agresor snaží ovládnout oběť a jedná tak z pozice moci (Tošnerová, T. 2002).

V soudní praxi je týrání chápáno jako zlé nakládání se svěřenou osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti, s určitou trvalostí, které poškozená osoba pociťuje jako těžké příkoří. Stejně je postaveno i opomenutí povinné péče (Kalvach, Z. 2004).

Týrání, zneužívání či zanedbávání péče se může týkat všech jedinců v závislém postavení. Tzn. žen, seniorů, osob duševně nemocných, invalidních či mimořádně závislých z ekonomických či jiných důvodů.

1.8.1 Formy zanedbání a týrání seniorů

1.) **Tělesné týrání** je záměrné působení bolesti. Patří sem záměrné zraňování nebo záměrné odpírání základních životních potřeb. Jde o agresivní zacházení se seniory jako např. bití, škrcení, záměrné působení pádů, ale také např. vystavování

extrémním teplotám, odpírání stravy, léků, ošetření aj. Patří sem však také vědomé nezabránění hrozícímu poranění (mokrý podlaha, vstup na náledí apod.), v těchto případech se jedná o tzv. pasivní agresi. Tělesné týrání vede k mnohačetným poraněním různé závažnosti, od oděrek až po komplikované fraktury, či těžkou podvýživu či dehydrataci. Velmi častým způsobem tělesného týrání s nevýraznými projevy je pálení pokožky cigaretou. Tato poranění zůstávají neošetřena a bývají většinou odhalena náhodně při podrobnější lékařské prohlídce, poranění bývají různého data.

- 2.) **Citové a psychické týrání** zahrnuje všechny formy verbální agrese, urážky, ponižování, zastrasování, vydírání apod. Ke specifickým projevům patří věkově diskriminační (ageistických) a segregáčnící prosazování názorů, zdůrazňování chorobných změn, utvrzování seniorů v pocitech méněcennosti, nepotřebnosti, neužitečnosti a obtížnosti. Další formou citového týrání je záměrné poškozování předmětů, na které mají senioři silnou citovou vazbu, např. ubližování domácím zvířatům, ničení památečných předmětů, zákaz pohybu mimo vymezené prostory, zákaz sociálního kontaktu, zákaz sledování televize, či poslouchání rozhlasu apod. Důsledkem emocionálního týrání je pak vyděšenost seniorů, strach a pocity izolovanosti. Častým příznakem jsou pak deprese a nevysvětlitelné změny v chování seniora (Zimmelová, P. 2006).
- 3.) **Sexuální násilí** nebývá časté, ale bohužel není ani výjimkou. Nejčastější formou je obtěžování a zneužívání navzájem mezi klienty v ústavní péči. V domácí péči bývá ojedinělé.
- 4.) **Finanční a majetkové zneužívání** je bohužel velmi časté. Patří sem prisvojování důchodu, vynucené převody majetku, změny v závěti, vymáhání nepřiměřených plateb za služby aj. V naší společnosti je bohužel zakořeněný model, kdy rodiče by měli být odpovědní za finanční situaci svých dětí i v jejich dospělosti. Dospělé děti pak neodůvodněně a neoprávněně vyžadují finanční výpomoc od svých rodičů (Zimmelová, P. 2006).
- 5.) **Zanedbání péče** lze brát jako selhání osoby odpovědné za bezpečnost a za uspokojování přiměřených potřeb závislé osoby. Zabezpečení péče a zajištění

přiměřených potřeb nesoběstačného seniora zajišťují osoby s nimiž je senior v pravidelném kontaktu, zejména při bydlení ve společné domácnosti nebo osoby, které se k péči smluvně zavázaly (domácí ošetrovatelská péče, ústavní péče, ale i ústní sousedské smlouvy). Projevy nezabezpečení a zanedbání péče o seniory jsou hrubé nedostatky v osobní hygieně, dehydratace, podvýživa, poranění z pádů, hnisající rány, dekubity aj.

- 6.) **Systémové týrání** neboli sekundární ponižování je chápáno jako utrpení působené společenskými normami a často přímo systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu postiženým. Jedná se o traumata způsobená necitlivými a zbytečnými lékařskými vyšetřeními, upírání práva být slyšen a podílet se na rozhodování o sobě samém a v neposlední řadě nerespektování rozhodnutí seniora jako pacienta. Senioři bývají nedostatečně informováni např. o jejich přemístění v rámci ústavní péče. Další formou je nedostupnost či špatná kvalita služeb pro nesoběstačné osoby, umožňující seniorům pobyt v domácím prostředí, nedůstojný mechanismus prokazování potřeby sociální pomoci apod.
- 7.) **Zanedbání péče o sebe sama (self-neglect)** je označením asociálního způsobu života s nedodržováním základních hygienických a sociálních norem. Jde o jedince s výrazně zaostávající péčí za společenským standardem. Může jít o projev nízké kulturní úrovně, duševní choroby výjimečně pak o extrémní sociální nouzi.
- 8.) **Nevhodné jednání (mistreatment)** je souhrnné označení všech případů týrání, zanedbávání a zneužívání. Může jít také o označení nevhodných postojů a jednání, které mají na seniory negativní dopad, aniž by naplňovaly podstatu týrání. Jde např. o hyperprotektivní péči, nadměrné či nevhodné podávání psychofarmak, upírání patientské role ošetrovatelsky náročným dlouhodobým pacientům. V případě rodinné péče sem patří „zbavování“ se či „odkládání“ závislých členů rodiny do nemocnic a odmítání zpětného převzetí do domácí péče.

1.8.2 Projevy zanedbané péče a týrání seniorů

Projevy zanedbávání mohou být: dehydratace, podvýživa, podchlazení či přehřátí, nadměrná zanedbanost, zápach, nedostatečné či nevhodné oblečení, proleženiny, neočekávané či nevysvětlitelné zhoršení zdravotního stavu, předávkování léky či naopak senior žádné léky neužívá, užívání sedativ, opakovaná „náhodná“ zranění, popáleniny různého stupně na neobvyklých místech, časté střídání lékařů k zamaskování přesného počtu zranění, zmatenost, nespavost či naopak nadměrná potřeba spánku, deprese, přehnaný strach, neobvyklý přírůstek či úbytek na váze, nezájem o sebe sama, rezignace, stáhnutí do sebe, úzkostné nebo panické stavy, zabývání se suicidními myšlenkami, případně pokus o sebevraždu (Žucha, I. 1991).

Je třeba brát v úvahu, že týraný senior se může vyhýbat návštěvě u lékaře, aby neupozornil na svá zranění a učiní tak třeba až za řadu dní či dokonce týdnů. Často svá zranění bagatelizuje.

Naopak agresor se může k zanedbávanému či týranému seniorovi chovat nápadně pozorně, být příjemný a přátelský k ošetřujícímu personálu. Ale také se může snažit zdravotníky či okolí přesvědčit o nepřítomnosti či nekompetentnosti seniora, být k seniorovi hrubý slovně, ale i fyzicky, může se snažit držet seniora v izolaci před ostatními členy rodiny či před jeho přáteli (Kalvach Z., Onderková A. 2006)

1.8.3 Okolnosti zanedbání péče a týrání seniorů

Pro týrání či zanedbávání péče je příznačná dlouhodobost a opakovanost, jedná se vlastně o chronickou nemoc s jejími exacerbacemi a remisemi. Dlouhodobost je dána neochotou či neschopností postiženého seniora dovolat se pomoci, ale také neúčinností nápravných opatření a ochranných společenských systémů.

Pro týraného seniora je velice těžké obrátit se o pomoc a přiznat tak, že ho týrá vlastní dítě. Senioři mají často tendenci své dítě omlouvat nebo berou vinu za jeho chování na sebe a vidí v jeho jednání své vlastní selhání. Namlouvají si, že vyvolali agresivní chování syna tím, že ho neposlechli nebo omlouvají svoji dceru, že je obrala o důchod, protože má nízké příjmy apod. Často senioři také mlčky snáší své utrpení

z prostého strachu, strachu z vlastních dětí! Bojí se, že se jejich přiznání o týrání obrátí proti nim.

Špatné zacházení bývá často způsobeno přepracovaným pečovatelem, který ať již záměrně či nezáměrně týrá slabou a závislou starší osobu. Dalšími důvody pro špatné zacházení se seniory bývají situace, kdy pečovatel není schopen si zcela uvědomit, že jeho chování je násilné a situace kdy sám pečovatel má určité zdravotní potíže. Někteří pečovatelé se pak domnívají, že mohou používat moc, aby své oběti mohli trestat a ovládat. Takové chování u seniorů (a jiných závislých osob) vyvolává samozřejmě pocit strachu, znemožňuje jim dělat co si přejí a naopak je nutí chovat se tak, jak nechtějí (Tošnerová, T 2002).

Pátrání po násilí v rodině by mělo být součástí vstupního vyšetření u lékaře, včetně návštěvní služby. Je důležité, aby toto lékaři nezanedbávali, protože jde o nejsnazší způsob odhalení násilí. Lékaři by měli zjišťovat rozsah případného poranění a zaznamenávat sdělení pacienta. Pokud pacient sám neprojeví ochotu o případném špatném zacházení hovořit, lékař by měl mít dostatek zkušeností s kladením citlivých osobních otázek, směřovaných na vztahy v rodině. Důležité je zajistit, aby rozhovor probíhal v soukromí, bez přítomnosti pečovatele, aby měl pacient pocit bezpečí a mohl o svých problémech hovořit beze strachu (Gjuričová, Š. 2000) .

Mnoho týraných seniorů má pocit, že se tento problém týká pouze jich. Proto je důležité jim vysvětlit, že se toto neděje z jejich viny a poučit je o četnosti výskytu týrání v rodině. Vysvětlit jim, že násilí nekončí samovolně, naopak se pravděpodobně bude nadále stupňovat. Týraní senioři si přejí, aby jejich utrpení skončilo, ale bohužel je pro ně velmi těžké přerušit vazby mezi partnerem či dětmi. Pomoci můžeme týranému seniorovi v takovéto situaci i tím, že mu opatříme informace o institucích, které mu poskytnou pomoc.

Senior (pokud je schopen se sám rozhodovat) si musí sám zvolit způsob řešení jeho situace a mi musíme jeho přání respektovat. I pokud týraný senior pomoc nepřijme, je důležité, aby k nám neztratil důvěru. Zřejmě ještě není připravený čelit následkům takového rozhodnutí. Má strach, že by to jeho situaci ještě zhoršilo.

1.9 Zákony upravující špatné zacházení se seniory

Při podezření na týrání a hrubé zanedbávání starého člověka se lze obrátit písemně či osobně např. na sociální odbor, případně podat podnět orgánům činným v trestním řízení (Policie ČR, státní zastupitelství).

Zákon o přestupcích (č. 200/1990 Sb.)

§ 49 - postihuje přestupky proti občanskému soužití - např. ublížení na zdraví z nedbalosti, vyhrožování újmou na zdraví, drobné ublížení na zdraví, hrubé jednání.

Trestní zákon (č. 140/1961 Sb.)

§ 168 - **neoznámení trestného činu** (týká se případů, kdy se osoba hodnověrně dozví, že jiná osoba spáchala trestný čin týrání svěřené osoby (§ 215) a takový trestný čin neoznámí bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Tohoto trestného činu se může dopustit kdokoliv, kdo se o týrání dozvěděl - např. lékař, zdravotní sestra, pečovatelka, člen rodiny, soused, poštovní doručovatel.

§ 215 - **týrání svěřené osoby** - "svěřenou osobou" se rozumí člověk, který je pro stáří, nemoc, invaliditu, mentální retardaci apod. odkázán na péči jiných osob. Jedná se o týrání psychické či fyzické, přičemž se za týrání považuje i opomenutí povinné péče, k níž byl pachatel povinen.

§ 215a - **Týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě** (platný od 1. 1. 2007) je podpůrným ustanovením v sociální oblasti označované užším pojmem „domácí násilí“ nebo širším pojmem „násilí v rodině“. Přičemž jednání pachatele nemusí dosahovat závažnosti některého jiného trestného činu, například ublížení na zdraví. Skutkovou podstatu tohoto trestného činu pachatel naplní tím, že se opakovaně dopouští jednání, které se vyznačuje vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti, které poškozená osoba oprávněně pociťuje jako těžké příkoří ze ztráty lidské důstojnosti a pro trestnost postačuje, aby jednotlivé opakované útoky dosahovaly závažnosti přestupků proti občanskému soužití nebo majetku. Specifickým znakem je společné obydlí, v důsledku kterého je vytvořena závislost, jež v praxi ztěžuje oběti možnost společnou domácnost opustit.

Kdo týrá osobu blízkou nebo jinou osobu žijící s ním ve společně obývaném bytě nebo domově, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta. Odnětím svobody na dvě léta až 8 let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 zvlášť surovým způsobem nebo na více osobách nebo pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu.

Podle § 89 odstavce 8 trestního zákona je osobou blízkou „příbuzný v pokolení přímém, osvojitel, osvojenec, sourozenec a manžel“.

§ 221 - úmyslné ublížení na zdraví

223 - těžká újma nebo smrt z nedbalosti - tohoto trestného činu se může dopustit např. osoba, která pečuje o starého člověka a zapomene mu péči poskytnout (např. ve formě určitého úkonu - nepodání léku, podávání nedostatečného množství nápojů apod.).

§ 231 - omezování osobní svobody - bránění v užívání osobní svobody člověku znemožňuje nebo omezuje volný pohyb a zároveň mu zamezuje o svém pohybu svobodně rozhodovat (např. osoba je zavírána v místnosti bez možnosti místnost opustit).

§ 235 - vydírání - např. vyhrožování za účelem vydání peněz nebo jiné věci, trpění sexuálních praktik.

1. 10 Prevence

V první řadě by však měla fungovat prevence. Pro mnoho lidí je dnes velmi těžké, někdy i nemožné starat se o seniora, zvládat práci a rodinu. Např. senior ve věku 75 let má pravděpodobně děti ve věku kolem 50 let. Dnes si málokdo, obzvláště v tomto věku, může dovolit riskovat ztrátu zaměstnání tím, že zůstane se seniorem doma. Většinou se snaží zvládnout jak náročnou péči o seniora, tak zaměstnání a ještě by si měl vyšetřit čas na zbylé členy rodiny. Myslím si, že to může být někdy nadlidský úkol vše spojit ve fungující celek.

Primární prevence by měla být hlavním cílem a úkolem každé sociální politiky a celé naší společnosti. V dnešní konzumní společnosti převládá představa seniora, jako

zbytečného nepotřebného člověka, který je společnosti jen na obtíž. Dokud se tento postoj ke stáří ve společnosti nezmění, nejen že týraných a zanedbávaných seniorů nebude ubývat, ale právě naopak bude s největší pravděpodobností narůstat geometrickou řadou. Společnost by měla začít nahlížet na seniory opět, tak jak tomu bylo dříve, jako na „moudré starce“, kteří nám mohou mnoho dát. Ať už životní zkušenosti, rady nebo i odborné znalosti ověřené lety.

Ze sociálního hlediska je v rámci prevence zapotřebí rodinám starajících se o seniory co nejvíce pomáhat a ulehčit jim jejich práci. Existují terénní sociální i zdravotní pracovníci, docházející za klienty domů. Těchto pracovníků je ale bohužel stále nedostatek a mnoho soukromých pečovatelských služeb stále zaniká, protože se neužíví. Tyto pečovatelské služby poskytuje také charita, ale měl by to být především stát, který by chod těchto služeb i jejich rozšiřování zabezpečoval.

Další vhodnou alternativou jsou ve světě hojně rozšířené denní centra (stacionáře), kde se o seniory postarají kvalifikovaní pracovníci během dne. Do těchto stacionářů může rodina přivést seniora ráno, než jdou všichni do práce a odpoledne po práci si ho zase vyzvednou a odvezou domů. Těchto denních stacionářů je u nás však velmi málo a také se o této možnosti péče málo ví.

Za sekundární prevenci je odpovědná společnost, která by měla zabránit opakování patologického jednání pečující osoby. Nemělo by se stát, aby např. lékař, přijímající očividně týraného seniora, toto přehlížel „protože to není jeho starost“ nebo proto, že se nechce „plést do rodinných záležitostí“ apod. Určitě je velmi těžké někoho obvinít z týrání či zanedbávání péče, případně tato obvinění dokazovat, přesto by lékaři v těchto případech neměli zapomínat na etiku a brát své povolání jako poslání, ne jen povolání a nezavírat před těmito případy oči.

1.10.1 Národní program přípravy na stárnutí

Stát by se měl především snažit vytvářet lepší podmínky pro možnost kombinace rodinné a institucionální péče, vybudovat dostatek kapacit přechodných pobytů, vybudovat dostatečnou síť informačních a poradenských center, stanovit

přiměřenou výši finanční podpory a v neposlední řadě se pokusit změnit pohled veřejnosti na tuto problematiku.

Národní program přípravy na stárnutí 2003 – 2007 připravilo Ministerstvo práce a sociálních věcí. V březnu 2006 byla zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí populace. Byly vytvořeny 4 pracovní skupiny zabývající se zdravotní politikou, zaměstnaností, bydlením a informační společností. Cílem tohoto programu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané (www.mpsv.cz).

Další jeho snahou je překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Dalším cílem tohoto programu je změna postojů jednotlivců i společnosti ke stárnutí a seniorům, která by se měla stát základem pro přístup k naplňování celospolečenského programu přípravy na stárnutí. Duchovní, kulturní, sociální a ekonomický přínos starší generace je pro společnost cenný a měl by být jako takový chápán celou společností. Národní program přípravy na stárnutí je proto zaměřen na celou společnost, od mladé generace, přes generaci střední, až na samotné seniory (www.mpsv.cz).

1.11 Zdravotní následky a komplikace zanedbané péče

1.11.1 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom je souhrnné označení pro rizika a komplikace vznikající při upoutání seniorů či dlouhodobě nemocných na lůžko. Pohyb je jednou ze základních vlastností živé hmoty. Imobilizace je jedním z nejsilnějších stresorů. Ne vždy je upoutání seniora na lůžko nezbytné. Pečující osoba, často pouze ve snaze si práci ulehčit, neumožní seniorovi pohyb po bytě, nepomůže mu vstát, „protože se s ním nechce tahat“ apod. Následky a komplikace imobilizace jsou však nesmírné. Problémy nuceného upoutání na lůžko jsou obdobné problémům dlouhodobého stavu beztlíže (Kalvach, Z., Matouš M. 2004).

Mezi nejzávažnější **projevy** imobilizačního syndromu patří:

- porucha pohybové koordinace a úbytek svalové síly
- dekalcinace skeletu s urychlením osteoporózy
- porucha posturálních mechanismů s projevy ortostatické hypotenze
- poruchy cévního oběhu se vznikem flebotrombóz a plicní embolizace
- poruchy oběhového systému
- dehydratace
- vznik dekubitů a kontraktur
- zhoršení psychických funkcí (včetně deprese)
- retence moče (hlavně u mužů)
- hypoventilace plic s rizikem vzniku pneumonie
- obstipace a poruchy defekace

Krevní oběh je aktivován svalovou prací. Po třech týdnech imobilizace klesá maximální spotřeba kyslíku zhruba o 30 % a hmotnost srdce o 8 % se snížením kontraktility. Udržování krevního tlaku a minutového objemu ve vzpřímené poloze vyžaduje účinné regulační mechanismy. Ty za normálních podmínek obnoví do 30 s výchozí poměry po změně polohy z lehu do stoje. Při poruše regulace dochází k ortostatické hypotenzi se závratí, pády či bezvědomím. Ve stáří se objevují příznaky ortostatické hypotenze již po několika hodinách na lůžku (Kalvach Z. 1995).

Poruchy krevního oběhu kombinované např. s přítomností nádoru či tkáňového zhmoždění jsou vysoce rizikové pro rozvoj flebotrombózy. Ta se nejčastěji objevuje ve 3. dnu imobilizace, u nerehabilitovaných nepohyblivých končetin je v 60 % případů, u geriatrických nemocných po 10 dnech imobilizace u 80 % nemocných (Kvasnička, J 2004).

Na vzniku svalové atrofie z nečinnosti se podílí porucha trofického vlivu nervového systému. Nejčastěji atrofované svaly jsou: m. quadriceps femoris, mm. glutei, m. deltoideus a svaly břicha. Při upoutání na lůžko jsou nejvíce postiženy antigravitační (posturální) svaly. Tah svalových úponů je nejmohutnějším impulsem novotvorby kosti. Při zaujímání stereotypní polohy a poklesu pohybové spontaneity dochází ke zkrácení měkkých tkání v okolí kloubů, s omezením pohybu, vznikají

svalové kontraktury (Mačák, J. 2002). Typické jsou flekční kontraktury v kyčlích, kolenou a loktech. Kontraktury na dolních končetinách znemožňují stoj i chůzi. Vzniku kontraktur je třeba předcházet častými změnami polohy, opakovaným napínáním, natahováním končetin.

V dýchacím systému se vlivem imobilizace rozvíjí hypoventilace plic, mění se distribuce krve v plicích a zhoršuje se hlenová drenáž, což vytváří podmínky pro vznik pneumonie.

1.11.2 Trauma

Trauma (úraz, poranění) vzniká ze zevních příčin a má za následek poruchu zdraví. Nejčastější příčinou vzniku **mechanického poranění** je úraz. Nebývá však jedinou příčinou, bohužel častou příčinou je i úmyslné ublížení ze strany osoby pro seniora nejbližší. Poranění u osob vyššího věku má svoji medicínskou léčebně preventivní a sociálně společenskou problematiku. Každé poranění nepříznivě ovlivňuje psychiku ve stáří, snižuje pocit společenského uplatnění, vědomí jistoty a vlastní soběstačnosti (Plzeňský lékařský sborník Supplementum 58/1989).

Nejčastější příčinou poranění u seniorů jsou úrazy v domácnosti nebo v blízkosti bydliště. Nejčastějším důsledkem poranění u seniorů jsou fraktury horního konce femuru, fraktury skeletu pánve, fraktury obratlových těl (převážně v oblasti dolní hrudní a bederní páteře) a fraktury humeru. U týraných seniorů jsou to dále fraktury žeber a poranění hlavy. Tyto četné fraktury bývají různého stáří a jsou patrné na RTG snímcích.

U týraných seniorů vedou obvykle mnohočetná poranění (polytraumata, viz níže) bohužel ke smrti. Při popisu smrti následkem poranění se uplatňuje pojem trimodální: okamžitá, časná a pozdní. Okamžitá smrt nastává okamžitě nebo během několika minut po poranění. Obvykle jde o těžké poškození mozku, míchy nebo poškození některé z velkých cév s následným vykrvácením.

Časná smrt se dostavuje během několika hodin po poranění. Obvyklou příčinou je poranění hlavy, plic, orgánů v břišní dutině, spojené s krvácením do těchto míst. Vlastní příčinou smrti pak bývá vlastní poranění mozku, ztráta krve nebo dýchací

potíže. Časnou smrt lze odvrátit rychlým lékařským ošetřením, bohužel to nebývá případ týraných seniorů .

Pozdní smrt nastává dny nebo týdny po poranění. Jedná se o těžká poranění, která zůstala bez ošetření, či vznikem komplikací (selhání plic, ledvin, jater).

Pokud po poranění dojde k delšímu upoutání seniora na lůžko, vede to k akceleraci vedlejších onemocnění, vzniku pneumonií a bronchopneumonií, trombóz a embolií. Nebezpečí ze vzniku komplikací z neúměrně dlouhé imobilizace se dnes již řeší včasným zahájením rehabilitace. Přesto úmrtnost seniorů po traumatech je stále vysoká. Nejčastějšími smrtelnými komplikacemi těchto poranění bývá oběhové selhání a dekubitální sepse (Valenta, J, Šebor, J. ml., Matějka, J., Runt, V. 2003).

Pokud dojde k závažnějšímu poranění, kdy je současný výskyt zranění nejméně dvou tělesných systémů nebo orgánů, z nichž alespoň jedno poranění postihuje vitální funkce nebo přímo ohrožuje život člověka, mluvíme o vzniku polytrauma.

Kromě mechanických poranění jsou u seniorů častá také poranění tepelná. **Tepelná poranění** vznikají účinkem vysokých či naopak nízkých teplot na organismus. Mohou se projevit místními změnami, ale i celkovými funkčními poruchami. Popáleniny vznikají zevním působením teplot nad 47 °C na povrch lidského těla. V rámci týrání dochází k popáleninám u seniorů např. pálením cigaretou. Tento druh týrání je nejen velmi bolestivý ale bohužel také těžko prokazatelný. Výjimkou však nejsou ani rozsáhlé popáleniny, které seniora přímo ohrožují na životě srdečními, ledvinovými či metabolickými komplikacemi (Plzeňský lékařský sborník Supplementum 58/1989).

Prochlazení vzniká účinkem chladu a mrazu místně či celkově. Při celkovém postižení jde o následky klesání tělesné teploty. K prvním příznakům patří chlad, mrazení a únava, později se přidává ospalost a ztráta vědomí. Smrt nastává selháním srdce se snížením žilního návratu a poruchou převodního systému srdce.

1.11.3 Pády ve stáří

Pády patří mezi nejčastější úrazy seniorů. Incidence pádů je velmi vysoká. Pády postihují 25 % osob starších 65 let žijících doma a 40 % žijících v různých zařízeních. S vyšším věkem incidence pádů ještě stoupá s maximem u osob starších 75 let. Z toho ženy jsou postiženy 1,5 až 2krát více než muži. Příčinou je zřejmě nejen vyšší aktivita v domácnosti, ale také vyšší výskyt degenerativních kloubních onemocnění a odlišný poměr svaloviny k celkové tělesné hmotnosti (Topinková, E., Kalvach, Z, 1995).

Vysoký výskyt pádů ve stáří souvisí s fyziologickými změnami některých funkcí během stárnutí, ale především s polymorbiditou. Nejčastější jsou poruchy zraku, sluchu a poruchy nervového systému.

Příčiny pádů mohou být vnější a vnitřní. Mezi vnitřní příčiny pádů patří ztráta funkce, onemocnění, alkohol, léky. Tyto pády se označují jako symptomatické. Vnější příčiny jsou podmíněny riziky zevního prostředí, např. kluzká podlaha, kluzká vana bez madel, prahy, špatné osvětlení, na ulici to bývá náledí. Pády z vnějších příčin vznikají při zakopnutí nebo uklouznutí a označují se jako pády mechanické.

Pády jsou nejčastější příčinou smrtelného úrazu u osob starších 65 let. Mortalita stoupá s věkem postižených. Bezprostřední příčinou smrti bývají většinou komplikace z dlouhotrvající imobilizace viz dále (Topinková, E., Kalvach, Z. 1995).

Důsledky pádů

Důsledky pádů, obzvláště opakovaných jsou velmi vážné. Dochází při nich k různě vážným poraněním měkkých tkání a frakturám. K nejčastějším frakturám patří zlomenina krčku stehenní kosti, která je častější u žen vlivem osteoporózy. Dále je to Collesova fraktura, fraktury žeber, ostatních dlouhých kostí a pánve. Velmi častá jsou také poranění hlavy, zejména měkkých tkání, která se však rychle hojí. Ale může dojít k rozvoji subdurálního hematomu (Valenta, J., Šebor, J. ml., Matějka J., Runt, V. 2003). Nepříznivé bývají pády u osamělých osob, kdy nemocný leží bez pomoci několik hodin i dnů. Je zde vysoké riziko vzniku komplikací jako jsou: hypotermie, dekubity, dehydratace a infekční komplikace (hlavně pneumonie).

Toto se však nemusí týkat jen seniorů žijících osaměle. Bohužel nejsou ojedinělé ani případy, kdy rodina nechá vědomě takto zraněného seniora bez pomoci a lékařského ošetření, viz **praktická část, kasuistika čís. 2**. Jedná se o velice závažnou formu týrání, kdy seniorům zůstává minimální šance na obranu a záchranu svého života. Často se bohužel také stává, že člen rodiny fyzicky napadne seniora a při lékařském ošetření tvrdí, že dotyčný upadl.

K zanedbání péče dochází i nezabezpečením preventivních opatření. Rodina např. schválně nechá mokrou podlahu v koupelně, nechá různé předměty v cestě, aby senior zakopl nebo jen schová seniorovi hůl.

Předcházení pádů

Pokud není příčina závratí a pádů léčitelná a odstranitelná, jsou nezbytná preventivní opatření. Na prvním místě je třeba seniorovi opatřit vhodnou obuv. Dále je třeba upravit byt, instalovat madla k usnadnění chůze a vstávání, upravit podlahy protiskluzovými povrchy (především v koupelně), apod.

1.11.4 Dekubity

Dekubity (proleženiny, tlakové léze, vředy) mohou postihnout nemocné každého věku, kteří se málo pohybují nebo se nepohybují vůbec. Nejčastěji však postihují staré lidi upoutané na lůžko.

Dekubit je ischemická tkáň vzniklá kompresí cév. Hlavní příčinou dekubitů je tlak, který komprimuje arterioly mezi kostěným podkladem a podložkou. Trvalý tlak vyvolává ve tkáni ireversibilní změny přibližně po 2 hodinách, přičemž závažnější důsledky má právě dlouhodobější působení nižšího tlaku než krátkodobé silnější stlačení. Až 90 % dekubitů vzniká v oblasti od pasu níže. Typickými místy jsou: sakrální krajina, hýždě nad velkým trochanterem, paty, kotníky, kolena, oblast nad lopatkami, ramena, lokty, ale mohou vznikat i v jiných oblastech (Kalvach, Z., Kojanová, M., Vohradníková, O. 2004).

Faktory ovlivňující vznik dekubitů (Kalvach, Z. 1995):

- 1.) **Nepohyblivost**, obzvláště vymizení spontánních pohybů, je nejvýznamnějším faktorem vzniku dekubitů. U nemocných s méně než 20 spontánními změnami polohy za noc bývají v 90 % postiženi dekubity.
- 2.) **Nízký průtok krve** periférií spolu s **nízkou vitalitou tkání**, které je pro vysoké stáří typické je dalším faktorem podílejícím se na vzniku dekubitů.
- 3.) **Tření**, které vzniká na kůži při nedostatečně vypjaté podložce (dochází ke vzniku drobných oděrek) případně při kontaktu pokožky s nečistotami v lůžku, ovlivňuje a hlavně zkracuje čas, potřebný při daném tlaku k rozvoji ireversibilních změn.
- 4.) **Vlhko** (zapaření) vede k maceraci a edému. Inkontinence zvyšuje riziko vzniku dekubitů více než pětkrát.
- 5.) Nepřiměřeně vysoká či nízká **tělesná hmotnost** také ovlivňuje vznik dekubitů. U kachexie dochází snadněji ke kompresi a při obezitě k zapaření.
- 6.) Dále jsou to **poruchy inervace** (paraparézy, kvadruparézy) a těžší **tkáňové hypoxie** (těžké anémie, otravy CO).

Klinický obraz dekubitů podle stádia:

Subjektivním příznakem dekubitů je bolest, která provází především počáteční stádia s obnažením nervových zakončení. Hluboké nekrózy s denervací tkáně jsou naopak již nebolestivé. Podkoží a sval jsou k ischemii mnohem citlivější než vlastní kůže, proto nekrotické a zánětlivé změny postihují časněji podkoží, skutečný rozsah tkáňového poškození tak bývá dramaticky větší, než signalizují i minimální povrchové změny. Jde o tzv. ledovcový fenomén, kdy drobný kožní defekt bývá jen vrcholem rozsáhlého poškození hlubších vrstev (Kavach Z., Kojanová, M., Vohradníková, O. 2004).

Podle stádia rozlišujeme 4 stupně dekubitů (Kavach Z., Kojanová, M., Vohradníková, O. 2004):

Časná (predekubitální) fáze: V této fázi dochází k hyperémii, zarudnutí, které při stlačení bledne (blanching erythema). Do této doby je ještě velmi pravděpodobná účinnost preventivních opatření.

I. stupeň: Erytém (epidermitis) bez porušení kontinuity kůže, projevuje se zarudnutím, které při stlačení nemizí (nonblanching erythema). Subjektivně pacient pociťuje pálení, svědění.

II. stupeň: Povrchní poškození epidermis (puchýř, abraze, mělký vřed) s celkovými příznaky zánětu (rubor, calor, dolor, tumor). Je nekroticky postižen podkožní tuk. Tato fáze je subjektivně nejbolestivější.

III. stupeň: Poškození měkkých tkání, nepřekračující však fascii. Hluboký vřed bývá krytý suchou černohnědou nekrotickou hmotou nebo vlhkým žlutohnědým lepkavým povlakem. Bolest v této fázi mizí a bývá nahrazena napětím v místě dekubitu.

IV. stupeň: Rozsáhlá nekróza překračující fascii s poškozením svalů, šlach, kloubních pouzder či kostí. I tento defekt může být maskován nekrotickou hmotou. Celkové příznaky se stupňují ve smyslu systémové zánětlivé odpovědi .

Dekubity II. – IV. stupně jsou vždy infikovány. Nejčastějšími původci infekce jsou bakterie, viry a plísně, které produkují toxiny. Oslabený organismus (malnutrice, pokročilé stáří, oslabená imunita) je k množení infekčních zárodků velmi náchylný. Pokud bakterie proniknou hlouběji do rány, poškozují svými toxiny tkáň a vyvolávají zánětlivou reakci. Nejčastější komplikace dekubitů jsou tedy bakteriální infekce, především osteomyelitida a sepse s možným vznikem endokarditidy s více než 60% mortalitou (Plzeňský lékařský sborník Supplementum 58/1989).

Osteomyelitis, neboli zánět kosti, patří mezi infekční komplikace dekubitů. Má za následek zpomalení léčby, rozsáhlejší poškození tkáně i vyšší úmrtnost. Je nutné odstranění veškeré nekrotické a infikované tkáně a podávání systémových antibiotik.

Sepse (otrava krve) je reakce organismu na bakteriální, méně často virovou či houbovou infekci (jedním z nejčastějších původců bývá zlatý stafylokok). Zdrojem choroboplodných zárodků, které se uvolňují do krve a poškozují ostatní orgány je

infekční ložisko. O sepsi se však dá hovořit tehdy, pokud se k infekci přidají alespoň dva z následujících příznaků: zvýšení či abnormální snížení tělesné teploty, zrychlení srdeční činnosti, zrychlené dýchání nebo změny v počtu leukocytů. Těžkou sepsi provází selhání více než jednoho orgánu (Mačák, J. 2002).

Rozpoznání sepse v jejím počátku není jednoduché. Její příznaky jsou podobné kterémukoli infekčnímu onemocnění, např. chřipce. Stav nemocného se však velmi rychle zhoršuje. Sepse s sebou bohužel nese kromě velké bolestivosti také vysoké procento úmrtnosti. Na sepsi umírá ve světě denně asi 1500 lidí. Nejkritičtější stadiem je tzv. septický šok, kdy přestává fungovat více orgánů.

Celý rozvíjející se syndrom představuje tedy zánětlivý proces způsobený přítomností různých mikrobiálních a dalších producentů toxických látek v krvi. Prvním ložiskem sepse bývají plíce, po nich následují ledviny a játra. Přítomnost cirkulujících toxinů má za následek produkci určitých chemických látek (produkované plícemi a dalšími orgány), které poškozují cévy, tkáně nebo jednotlivé buňky, včetně krevních částic. Tkáňové buňky pak nejsou schopny získat dostatek kyslíku z hemoglobinu, přičemž se hemoglobinu dostává k buňkám méně díky omezenému krevnímu oběhu. Jakmile plíce částečně ztratí schopnost okysličovat krev, její oběh je omezen obecně postiženým myokardem a hromaděním krve v břišních cévách, řada orgánů začne vykazovat příznaky nedostatečné výživy. Snižují se mozkové funkce, játra ztrácejí část své schopnosti produkovat látky, které tělo potřebuje, a ničit ty, které jsou mu škodlivé. Selhání jater dále komplikuje současné poškození imunitního systému a snížená produkce látek účinných proti infekci. Snížený průtok krve ledvinami zároveň znemožňuje patřičnou filtraci a vede k nedostatečné tvorbě moči a postupně se zhoršující urémii.

Toto vše je ještě dále komplikováno zničením buněk výstelky žaludku a střeva, s následnými vředy a krvácením. Léčba sepse spočívá v urychlené sanaci infekčního ložiska a okamžitým nasazení antibiotik, poté se lékaři soustředí na podpůrnou terapii (podpora dýchání, dialýza, zvýšení nízkého krevního tlaku, nitrožilní výživa). Konečný výsledek závisí na počtu postižených orgánů, které neodolají náporu toxických látek. Pokud postihne tři orgány, je úmrtnost téměř stoprocentní. Také pokud je septický šok

odolný vůči léčbě, základní tělesné orgány selhávají jeden po druhém. Celý tento proces trvá obvykle 2 – 3 týdny, někdy i déle (Plzeňský lékařský sborník Supplementum 58/1989).

Proto základem prevence i léčby dekubitů je odstranění či minimalizace faktorů vedoucích k jejich vzniku. Cílevědomá prevence snižuje výskyt dekubitů téměř o 50 %. Odhad rizika vzniku dekubitů se provádí podle několika škál, např. dle Nortona (1962) viz příloha čís. 2 (Kalvach, Z. 2004).

Prevence vzniku dekubitů (Kalvach, Z., Kojanová, M., Vohradníková, O. 2004):

1.) **Časná mobilizace**

2.) Aktivní změny polohy či pasivní **polohování** neboli obracení seniorů či nemocných po 2 hod (včetně noci).

3.) Zajištění **antidekubitálních pomůcek** (antidekubitální vzduchové či vodní systémy, pomůcky ke zmenšení tlaku v místě kostních prominencí apod.)

1.) Nezdvihat hlavu lůžka o více než 30 %, zabráníme tím sjíždění seniora a napínání či zhmoždění kůže.

2.) **Péče o lůžko:** přestýlání, pečlivé vypínání prostěradla, používání měkkých podložek a plenkových kalhot s vysokou sací schopností u inkontinentních seniorů. Pokud je k dispozici, pak ideálním řešením je tzv. antidekubitální lůžko či antidekubitální podložky.

3.) **Péče o pokožku:** omývání s pečlivým osušením, přiměřené promašťování, prostředky zlepšující prokrvení kůže (různé gely obsahující mentol).

4.) **Péče o hydrataci a nutrici**

Léčba dekubitů

Léčba představuje vlastně jen doplňková opatření a zvládání komplikací. Základním zůstává antidekubitální režim a léčba základní choroby.

- defekty kůže se ošetřují koupelemi v desinfekčních roztocích
- nekrotická tkáň se šetrně vystřihuje
- povrchní defekty snadněji epitelizují ve vlhkém prostředí, proto jsou vhodné okluzní obvazy, či alespoň krytí defektu gázou zvlhčenou fyziologickým roztokem
- enzymatické prostředky napomáhající čištění nekrotických defektů
- u III – IV stupně se lze pokusit, s ohledem na stav pacienta, pokusit o širokou excisi až ke kosti a přenesení kožního štěpu
- u sepse, osteomyelitidy či k prevenci endokarditidy u ohrožených osob jsou indikována širokospektrá antibiotika

1.11.5 Podvýživa

Výživa ovlivňuje délku a kvalitu života i samotný proces stárnutí, ovlivňuje totiž mimo jiné lidskou odolnost vůči nemocem i jejich průběh. Přesto se však stává, že i v našich podmínkách, jí senioři či rodina nevěnují tolik pozornosti, kolik zaslouží. Malnutrice patří mezi časté problémy seniorů. Dochází při ní ke změnám v imunitní odpovědi a k celkovému oslabení organismu proti infekci.

Malnutrice vzniká nejčastěji následkem nedostatečného energetického příjmu, který nehradí energetické nároky organismu nebo při nedostatečném příjmu bílkovin, který vede ke vzniku negativní dusíkaté bilance. Porucha výživy se může týkat jednotlivých komponent potravy nebo může jít o celkově nedostatečný příjem potravy. Samotná podvýživa vždy nekončí smrtí, ale zvyšuje riziko předčasné smrti z jiných příčin. Přinejmenším působí újmu na zdraví a znemožňuje seniorům právo na plnohodnotný život. Podvýživa neznamena jen nedostatek joulů a proteinů. Dochází také k řadě vitaminových a minerálních deficitů, které obvykle celkový nedostatek živin provázejí. Nejčastější bývá anémie (chudokrevnost), nejčastěji vyvolaná nedostatečnými dávkami železa či vitamínů v potravě. V zásadě rozeznáváme dvě základní formy poruchy výživy, a to marasmus a quashiorkor (Kábrt, J. 1995).

Marasmus je porucha způsobená nedostatečným příjmem potravy. Příčinou je úplné hladovění, ale i chorobné stavy s postižením trávicího systému. Po adaptaci na nedostatečný příjem potravy dochází k postupnému úbytku tukových rezerv, atrofii lymfatického systému s následnou zvýšenou citlivostí vůči infekci a úbytku svalové tkáně. Snižuje se spontánní pohybová aktivita a energetický výdej. Postupně pak dochází k takové atrofii gastrointestinálního traktu, že není možná realimentace perorální cestou. Dále se zhoršuje odolnost vůči chladu a po naprostém vyčerpání všech energetických rezerv dochází ke zhroucení fyziologických funkcí a ke smrti.

Kwashiorkor vzniká při proteinové malnutrici. U pacientů nemusí být výrazný úbytek váhy, protože ztráta svalové tkáně bývá kompenzována tvorbou tukové tkáně a otoky. Při této formě malnutrice dochází k poklesu množství cirkulujících lymfocytů a vymizení reaktivity na kožní antigeny. Důsledkem jsou časté infekční komplikace (Kábrt, J. 1995).

Ve stáří se energetická spotřeba a celkový metabolický obrat snižuje. Přibližně se ve stáří celkové nároky na energetický příjem sníží asi o 10 %. Spotřeba vitamínů, bílkovin a iontů se však stářím nemění. Pokud se tedy u seniorů vyskytuje proteinový a vitaminový deficit, znamená to, že přísun těchto makro a mikronutrientů byl nedostatečný a že se tedy zhoršil i jejich způsob stravování ve srovnání s jejich poměry v mladším věku.

Klasický kwashiorkor se u nás však naštěstí příliš nevyskytuje. Velmi často však bývá u seniorů častý smíšený deficit (proteinový a energetický).

1.11.6 Dehydratace

Dehydratace vzniká nedostatečným příjmem tekutin, či zvýšenými ztrátami tekutin. U seniorů dochází k dehydrataci poměrně snadno, protože mají snížený pocit žízně. K dehydrataci často dochází u seniorů v souvislosti s podvýživou, kdy seniorům není zabezpečen dostatečný přístup k jídlu ani k tekutinám.

Chronická dehydratace je jednou z hlavních příčin stárnutí, které se dá snadno předejít. Podle některých autorů je dehydratace dokonce jednou z hlavních příčin smrti v pokročilém věku. Každopádně dehydratace způsobuje celou řadu zdravotních problémů.

Dehydratace je celkový úbytek vody z organismu či dlouhodobější snížení příjmu vody. Lidské tělo je tvořeno z větší části vodou, normální množství tělesných tekutin se pohybuje v rozmezí 60 – 70% celkové hmotnosti. Lidé by měli denně vypít asi 3 litry tekutin. Když obsah tělesných tekutin klesne pod určitou úroveň, tělo se dostává do toxického stavu. Dochází k poruše homeostázy (vnitřní rovnováhy organismu) vlivem narušení elektrolytické rovnováhy a poté i chemické rovnováhy v mozku. To s sebou přináší řadu zdravotních problémů počínaje selháním ledvin, srdeční příhody, výpadky paměti, pomatenost, letargii až po rozvoj plné stařecké demence (Kalvach, Z. 1995).

Dehydratace se projevuje sníženým kožním turgorem (napětí, pružnost), vpadlými očmi, propadlým obličejem, tzv. facies hippocratica. Dále je patrná suchá kůže, letargie, suché serózní blány a zvýšená hladina sérových proteinů.

Léčba

Nutné je okamžité zvýšení příjmu tekutin, ale v malých dávkách po delší dobu. Vhodný je též rehydratační roztok. V mnoha případech je toto dostačující. Pokud však došlo k těžké dehydrataci a je snížený příjem tekutin trávicím traktem je nutné okamžité nitrožilní zavodnění organismu.

Prevence

Jako u všeho, než řešit vzniklou dehydrataci, je snazší jí předcházet. Je potřeba brát na vědomí snížený pocit žízně u seniorů a opakovaně jim tekutiny nabízet. Obzvláště v létě, při vyšších teplotách, kdy je potřeba tekutin vyšší, je nutné zajistit seniorovi přístup k tekutinám a kontrolovat, zda opravdu dostatečně pije. Je vhodnější

pít po menších dávkách, ale častěji. Vhodné nejsou sladké a příliš chladné nápoje. Nejvhodnějším nápojem proto zůstává čistá neperlivá voda.

1.11.7 Nedostatečná hygiena

Nízká hygiena domácnosti podporuje bujení choroboplodných zárodků. Přestože v našich podmínkách je dostupná pitná voda i kanalizace a v naprosté většině rodin je klozet samozřejmostí, neznamená to, že tento standart je dopřán všem. Senioři, kteří jsou imobilní jsou občas ponecháni bez možnosti základní hygienu dodržovat. Bohužel jsou známy i případy, kdy byl seniorovi úmyslně znemožněn přístup k vodě či používání WC.

Jednou z nejnebezpečnějších látek, které mohou být lidé vystaveni, jsou jejich vlastní výkaly. Touto fekálně orální cestou se šíří průjmy různého typu a původu, dále břišní tyfus, paratyfus, cholera, amébová úplavice. Dále se lidskými výkaly rozšiřují paraziti, způsobující celkové oslabení organismu.

Parazité se však nerozšiřují pouze fekálně orální cestou, ale i z člověka na člověka, např. při nedodržování hygienických zásad. Např. blechám či vším se výborně daří ve špíně. U zanedbaných seniorů se často setkáváme s výskytem vši. **Veš šatní** žije v záhybech šatů a prádla, hlavně tam, kde pevně přiléhají na tělo. Šaty opouští pouze k nasátí krve. Drží se ve vláknech látky, kam klade i vajíčka. Veš šatní přenáší různé nemoci, např. skvrnitý tyfus, volyňské pětidenní horečky a různá plísňová onemocnění. **Veš vlasová** parazituje pouze na člověku. Zavšivení (pedikulóza), se projevuje především subjektivně svěděním pokožky hlavy, způsobené bodáním, ale i pohybem hmyzu. Objektivně nacházíme živé jedince nebo hnidy. Dále mohou být i zvětšené mízní uzliny v týle a na krku (Ryšavý, B. 1989).

Dnes bohužel není neobvyklý ani výskyt svrabu. **Svrab** je velmi nakažlivé kožní onemocnění, způsobené roztočem zákožkou svrabovou. Samičky lezou po kůži a během několika minut se do ní zavrtávají. Ve spodních vrstvách kůže si razí chodbičky, ve kterých každý den kladou 1 – 2 vajíčka, z nichž se líhnou larvy, které žijí na povrchu

těla. Z larev se během 18 – 23 dnů vyvinou nové samičky, které se opět zavrtávají do kůže nebo se mohou přenést na nového hostitele (Ryšavý, B. 1989).

U lidí s oslabenou imunitou či zanedbaných seniorů se může vyvinout zvláštní forma svrabu, charakterizovaná velkými krustami a strupy na obličeji a rukou, které však nesvědí. V nich může být až milion zákožek.

Intertrigo (oprúzení)

Oprúzení častěji vzniká u obézních lidí, obzvláště při nedostatečné hygieně. K oprúzení dochází kombinací tření, vlhké zapáčky a sekundárně pomnožených mikrobů.

2. Cíl práce

Cíl, který jsem si stanovila na začátku mé bakalářské práce byl zjistit a popsat dopad zanedbané péče na zdraví seniorů.

3. Metodika

3.1 Použité metody

- **dotazování:** V rámci kvalitativního výzkumu jsem použila neřízené rozhovory se seniory, popřípadě (pokud to bylo možné) s členy rodiny.
- **studium dokumentace:** Další potřebné informace jsem získala z lékařské dokumentace.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořili senioři hospitalizovaní v Městské nemocnici Privamed v Plzni, u kterých došlo k zanedbání péče či týrání. Výzkum probíhal od dubna 2006 do března 2007.

4. Výsledky

4.1 Kasuistika číslo 1

Pacientka M. T., narozená r. 1927, byla přijata k hospitalizaci do Městské nemocnice Privamed 10. 7. 2006. Při přijetí byla pacientka orientovaná v čase, ale dezorientovaná místem (nevěděla kde je). Spolupracovala, avšak odpovídala neadekvátně a s prodlevou, dotazy často nechápala. Pacientka do naší nemocnice byla odeslána svojí praktickou lékařkou, která u ní byla ráno na návštěvě. Dle parere praktické lékařky, pacientka doma živoří, nemá žádné jídlo, lednice je vypnutá, pacientka nic nejí a zřejmě se o ni nikdo nestará. Na základě těchto a dalších informací tato praktická lékařka, MUDr. Matějková podala trestní oznámení na syna paní M. T.

Objektivní vyšetření lékařem: Pacientka bez známek klidové dušnosti, anikterická, afebrilní, bez cyanózy a krvácivých projevů, těžce kachektická a dehydrovaná.

Dolní končetiny: oboustranně symetrický vodnatý otok obou bérců pod kolena, palpace nebolestivá, bez známek akutní TEN, bez varixů, tep na aa. femorales bez šelestu.

Závěr: zhoršení stavu, minimální p.o. příjem, otoky bérců (hypoproteinemické susp.). Kachexie, dehydratace, vaskulární demence AS cerebri s projevy poruchy kognitivních funkcí, astázií a abázií, recidivující pády, progresse mozkové atrofie dle CT z června 2006. Stav po infarktu myokardu v diafragmatické lokalizaci dle EKG z předchozí hospitalizace (14. 6. – 20. 6. 2006)

Medikace: žádné léky neužívá, přestože jí byly doporučeny z poslední hospitalizace.

Pacientku ihned začaly sestry zavodňovat a dostala infúzní léčbu. Při přijetí pacientka vážila 39 kg. Bylo zcela zjevné, že delší dobu nedostávala najíst a pouze minimálně pila. Zpočátku nedokázala skoro nic sníst a měla problémy i s pitím. To se však postupně díky trpělivému přístupu ošetřujícího personálu začalo lepší. Po týdnu hospitalizace pacientka dokázala sníst alespoň nutné minimum. Ke zdravotním potížím jí však přibyl průjem a proto zůstávala na infúzích. Otoky bérců však zmizely.

Druhý den hospitalizace již byla pacientce vypsána karta na rehabilitaci. Když jsem u paní M. T. byla, byla klidná, orientovaná místem, ale s nikým nemluvila, na otázky odpovídala pouze nonverbálně (kývnutím či zavrtěním hlavy). Pohybově byla pacientka bez výrazného omezení a chodila s doprovodem. Po pár dnech hospitalizace již začala chodit i samostatně a se mnou i s pacientkami na pokoji začala mluvit. Bylo již tedy možné utvořit alespoň základní osobní anamnézu: paní M. T. pracovala dříve jako švadlena. Má dva syny a u jednoho z nich také bydlí – u Milana. T. Synovi Milanovi odkázala barák, ve kterém si ponechala jednu místnost v podkroví na dožití.

Po každodenních návštěvách v rámci RHC se mi podařilo navázat s pacientkou kontakt a během našich rozhovorů jsem se o jejích starostech dozvěděla více, přestože M. T. si zneužívání ze strany svého syna nepřipouštěla.

V baráku, kromě syna Milana, s paní M. T. bydlela Milanovo přítelkyně s půlročním miminkem. O matku se Milan pravděpodobně přestal starat v době těhotenství své přítelkyně. Paní M. T. mi nedokázala říci, čím se její syn živí, jen mi řekla, že bývá často pryč. V době kdy syn nebyl přítomen, měla se o ni starat jeho přítelkyně. Bohužel ani ona, ani Milan se nedokázali přizpůsobit zhoršujícímu se stavu paní M. T. a v okamžiku, kdy paní M. T. přestala být soběstačná, nebyl tam nikdo, kdo by se o ni řádně postaral. Její druhý syn bydlí na Moravě a k sobě do péče si matku vzít odmítl. Paní M. T. se mi svěřila, že když není Milan doma, jeho přítelkyně jí občas přinese zbytky jejich jídla, ale často jí nepřinese vůbec nic. Doma pila jen vodu z vodovodu, když šla na záchod a do koupelny. Když doma Milan byl, ani on to s péčí nepřeháněl, ale zbytky jídla jí nosil. Léky jí však nepodával ani syn Milan ani jeho přítelkyně. Paní M. T. ani nevěděla, že by měla nějaké léky užívat.

Během její hospitalizace, jsem měla možnost se synem Milanem hovořit. Byl rozhořčený, že na něj MUDr. Matějková podává žalobu a prý ji podá on na ní. Prý se o matku stará, nakupuje jí a nemůže za to, že matka jíst nechce. Prý musí být hodně v práci, aby utáhl chod celého baráku a uživil sebe, svoji přítelkyni s miminkem a ještě svoji matku. Matka má prý důchod necelé 2 000 Kč a vše ostatní musí platit on. A když není doma on, jeho přítelkyně se prý o ni stará také vzorně.

Paní M. T. mi potvrdila, že bere 1 800 Kč důchod. Důchod jí však do nemocnice přišel a pacientka se velmi divila, že bere několikanásobně více. Hovořily jsme s paní M. T. spolu se sociální pracovnící naší nemocnice a snažily se jí vysvětlit, že bohužel jí zřejmě syn dlouhodobě okrádal. Paní M. T. tomu bohužel odmítla uvěřit a nepřipustila si ani synovo zanedbávání péče. Syna Milana paní M. T. omlouvala s tím, že je to moc hodný kluk, ale že bohužel nemá čas. Přesto s návrhem ošetřující lékařky o přijetí na LDN pacientka souhlasila.

Paní M. T. byla propuštěna z interního oddělení naší nemocnice 26. 7. 2006 a přeložena na LDN.

Paní M. T. byla zanedbána synem, který ji **nepodával léky a týral ji hlady.**

4.2 Kasuistika číslo 2

Pan J. H., narozen r. 1911, byl přijat k hospitalizaci do Městské nemocnice Privamed pro celkové zhoršení stavu, dehydrataci a neschopnost pohybu. Pan J. H. žil u syna, který si jej vzal domů po té, co se jeho otec o sebe již nedokázal starat. Při přijetí k hospitalizaci syn udal, že stav otce se již několik týdnů zhoršuje, přestal chodit, několik dní nepil ani nejedl. Syn již nechtěl k otci volat lékaře ani nechtěl žádné vyšetření, včetně nálezů. „Chtěl nechat otce dožít.“

Po návratu syna z práce ve 23 hod našel doma otce ležícího na zemi, s brýlovým hematomem na pravém oku, zda byl otec v bezvědomí, nevěděl. Zjistil, že se již o otce nedokáže starat, tak jej 18. 6. 2006 ve 2 hod ráno nechal převézt RLP do nemocnice.

Objektivní vyšetření lékařem: Při přijetí byl pacient neschopen navázat kontakt, neklidný, hypacusis, nesrozumitelně huhlal. Projevy AS cerebri, po celém těle měl četné hematomy s maximem na končetinách, na hrudníku a na obličeji. Pergamenovitá kůže, která se trhala při minimálním kontaktu. Klidově dušný, anikterický, afebrilní, bez cyanózy, AS univers, těžká kachexie a dehydratace, status gravis.

Závěr: Celkové zhoršení stavu, AS univers, dehydratace, kachexie, presbiacusis, hypertrofie prostaty, stav po pádu z lůžka, četné hematomy všude po těle, status gravis, zhmoždění čela a nosu, dle dokumentace arteriální hypertenze.

Pacienta jsem dostala na cvičení hned druhý den. Pacient měl zhmožděny po celém těle. Byl neklidný a bolestivě reagoval i na pasivní pohyb. Přesto se po nějaké době zklidnil a snažil se spolupracovat. Podařilo se mi s pacientem navázat kontakt, přijímal ode mne bez problémů i pití. Když jsem se pacienta ptala kde bydlí, uvedl, že u syna. Syn prý hodně pracuje a o pana J. H. se stará spolu se snachou. U syna má svůj pokoj, na záchod však prý musel chodit daleko a poslední dobou to již nezvládal. Snacha se proto na něj zlobila a křičela. Při podrobnějších otázkách o synovi se však stáhl a víc mi neřekl. Při našich rozhovorech často vzpomínal na svoji manželku a na syna, když byl ještě malý. Syna i snachu má prý moc rád, přesto že mu nedávali najíst „když něco provedl“, že mu nedávali léky nevěděl. Pan J. H. se cítil vinen tím, že se již nedokáže o sebe postarat sám a často mě prosil, abych mu pomohla „odejít za manželkou“. Cítil se jako přítěž pro svého syna a bohužel to tak patrně vnímal i jeho syn.

Pacientovi jsem se snažila vysvětlit, že není chyba v něm, ale spíše jsem se snažila jen poslouchat, protože jsem cítila jeho odevzdanost a nechuť k životu. S jeho ošetřující lékařkou jsme se domluvily, že by pro pacienta bylo nejlepší jej přeložit na oddělení pro dlouhodobě nemocné. S tím souhlasil i pacient. Bohužel jeho zdravotní stav i psychické rozpoložení jeho konec urychlili a pan J. H. zemřel na našem oddělení 25. 6. 2006.

Pan J. H. byl zanedbán synem, který mu **odpíral léky i jídlo a týral jej i citově.**

4.3 Kasuistika číslo 3

Paní M. Z., narozená r. 1912, byla přijata k hospitalizaci do Městské nemocnice Privamed, 11. 10. 2006. K hospitalizaci byla pacientka doporučena svým obvodním lékařem.

Paní M. Z. od úmrtí manžela bydlela u syna. Při přijetí k hospitalizaci dle syna a dcery se stav paní M. Z. postupně zhoršoval – začaly se u ní projevovat stavy zmatenosti, desorientace, imobilní, léky užívala občas. V pondělí se při pokusu jít na WC synovi zhroutila v náručí, on ji zachytil, ale zmáčkl jí hrudník. Od té doby

pacientka doma jen ležící, naříká, léky odmítá, postupně se vytvořil ohromný hematoma horní poloviny hrudníku a krku více vlevo a hematoma levé horní končetiny.

Dle dcery a syna byla paní M. Z. hospitalizovaná opakovaně v různých nemocnicích. Při předešlé hospitalizaci v Městské nemocnici Privamed (7/2004) byla přijata s plicním otokem při tachyfibrilaci, stav po pádu s tržnou ránou frontálně vlevo. Dle dokumentace paní M. Z. upadla na zeď 16. 6. 2004.

Objektivní vyšetření lékařem:

Hlava: otok obličeje, zejména horního rtu, zahleněné obě oči, zornice okrouhlé, izokorické, reagují na osvit i konvergenci, spojivky růžové, skléry anikterické. Jazyk vlhký, uši a nos bez výtoku.

Krk: odeznívající hematoma krku, šije volně pohyblivá na všechny strany, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil přiměřená, nezvětšena, uzliny nehmatné, štítná žláza nehmatná.

Hrudník: odeznívající hematoma horní poloviny hrudníku, více vlevo, otok přechází a na levou horní končetinu. Prosáknutí hrudníku, zejména obou prsou, v levém podklíčku bolestivá resistance cca 10 x 5 cm. Plíce: dýchání sklípkové bez hrubých fenoménů. Srdeční akce nepravidelná, ozvy tiché.

Břicho: lze velmi obtížně vyšetřit, pacientka nespolupracuje, pere se, peristaltika přiměřená.

Dolní končetiny: otoky chronického charakteru až do třísel bilaterálně, bez známek akutní TEN, tep v periférii oslabený.

RTG: snímkována v leže – rozšíření horního mediastina více vlevo, sériová fraktura horních žebor vlevo ve střední čáře, kolaps levé plíce, vpravo fluidothorax, srdce dilatované. Dle RTG četné fraktury žebor různého stáří, četné fraktury na obou horních končetinách staršího data.

Závěr: Status gravis, infaustní prognóza, terminální stav. Generalizovaný otok celého těla, obličeje, dekompenzace AS cerebri. Stav po úrazu hrudníku doma (9. 10. 2006), sériová fraktura horních žebor vlevo s kolapsem levé plíce, ICHS chronická, stav po plicním otoku 7/04, arteriální hypertenze, AS univers.

Dcera a syn byli informováni o závažnosti stavu, o fraktuře žeber s následným kolapsem levé plíce. Souhlasí s tím, aby jejich matka nebyla transportována na chirurgickou kliniku a souhlasí s tím, aby nebyla ani dále vyšetřována.

Osobní anamnézu jsem od pacientky bohužel odebrat nemohla. Pacientka rozuměla, vyhověla jednoduchým povelům, ale se mnou ani s ostatním personálem bohužel vůbec nemluvila. První dny pacientka při cvičení a při snaze navázat kontakt velmi křičela. Reagovala přecitlivěle a lekavě na hluk a rychlé pohyby. 15. 4. 2006 paní M. Z. bohužel zemřela, aniž by se mi s ní povedlo navázat kontakt.

S ošetřujícím lékařem jsem konzultovala stav pacientky. Její ošetřující lékař mi potvrdil, že u pacientky jsou patrné známky dlouhodobějšího týrání.

Paní M. Z. byla **tělesně týrána** synem.

4.4 Kasuistika číslo 4

Pacientka V. Š., narozená r. 1929, byla přijata k hospitalizaci do Městské nemocnice Privamed na doporučení obvodní lékařky. K hospitalizaci byla pacientka přijata 9. 4. 2006.

Paní V. Š. bydlela u syna, který se o ni staral. Podle syna se stav paní V. Š. postupně zhoršoval, ale nevšiml si, že by matka potřebovala lékařské ošetření. Praktická lékařka ji k nám odeslala při běžné lékařské preventivní návštěvě.

Objektivní vyšetření lékařem:

Dolní končetiny: rozsáhlý hematom v oblasti pravého kyčle, pravá dolní končetina v zevní rotaci, neschopnost aktivního pohybu. Dolní končetiny bez známek akutní TEN.

Pánev: zhmožděniny v oblasti hýždí, rozsáhlé dekubity v sakrální oblasti.

RTG: fraktura coli femoris vpravo

Pacientka při RHC aktivně spolupracovala. Při rozhovorech s paní V. Š. jsem se od ní dozvěděla, že bydlí u syna. Synovi přenechala rodinný dům s tím, že si tam nechá místnost na dožití. Syn je rozvedený a ještě donedávna se o něj starala jeho matka.

Vařila mu, prala, uklízela. Syn na matku pobíral sociální dávky, přesto však odjížděl na delší služební cesty a matku nechával doma samotnou.

Pacientka se mi svěřila, že upadla doma před 3 týdny. Syn však byl v té době na služební cestě. Paní V. Š. neměla doma telefon a musela se , po dobu jednoho týdne, přemisťovat po bytě „šoupáním po zadku“, aby si našla něco k jídlu. Fraktura krčku je velice bolestivá. Přesto, že pacientce byla podávána analgetika, i během rehabilitace bylo zřejmé, že pacientka má velké bolesti. Vůbec si neumím představit co paní V. Š. musela prožít za utrpení, než se jí dostalo lékařské pomoci. Ani po návratu syna ze služební cesty domů se totiž paní V. Š. totiž tolik potřebné pomoci nedočkala. Syn ji i přes silné bolesti k lékaři neodvezl. Protože nemohla chodit, nechal ji ležet v posteli, najíst prý dostávala, když byl syn doma.

K paní V. Š. přišla tou dobou na návštěvu její kamarádka. Té se zdravotní stav paní V. Š. nezdál, a proto V. Š. nabídla, že jí zavolá sanitku, ta to však odmítla, ale souhlasila alespoň s tím, aby se na ni přišla podívat obvodní lékařka.

I přes velké bolesti, které pacientka měla a po traumatech, kterými si musela projít, snažila se být optimistická. O všech svých utrpeních mluvila s jistým nadhledem. Přesto se její stav, i přes veškerou péči lékařů, stále zhoršoval a pacientka zanedlouho zemřela na celkovou sepsi organismu.

U paní V. Š. došlo k **zanedbání péče synem a neposkytnutí lékařské pomoci.**

4.5 Kasuistika číslo 5

Paní P. G., narozená r. 1942, byla přijata k hospitalizaci do Městské nemocnice Privamed na neurologické oddělení 20. 2. 2007.

Objektivní vyšetření lékařem:

Pacientka je orientovaná místem i časem. Bez známek klidové dušnosti, anikterická, afebrilní. Má modřiny po celém těle, s maximem na hrudi, horních končetinách a stehnech. Pacientka udává velké bolesti v oblasti bederní páteře po pádu na konferenční stůl.

RTG: fraktura 1. bederního obratle (L1).

Na pacientku, paní P. G. mě upozornila kolegyně z neurologického oddělení. Šla jsem paní P. G. navštívit a začala jsem si s ní povídat. Řekla jsem jí o své bakalářské práci a že se zajímám o téma zanedbávání a týrání seniorů. Naštěstí jsem zřejmě získala její důvěru a tak se mi paní P. G. svěřila s tím co se jí přihodilo.

Paní P. G. bydlela s manželem, panem J. G., ve společném rodinném domě na kraji Plzně. S manželem žili prý celkem spokojeně skoro čtyřicet let. Mají spolu dceru Vlastu. Ta se však provdala na druhý konec republiky a žije se svým manželem na Moravě. Proto své rodiče dcera navštěvuje zřídka.

Zlom ve vztahu paní P. G. s manželem nastal prý asi před půl rokem. Když na to vzpomínala, přiznávala, že se manžel změnil vlastně ještě dříve – odchodem do důchodu. Začal chodit často sám na procházky, sám chodil i tancovat. Paní P. G. tomu zpočátku nepřikládala velkou důležitost. Prý ji to zpočátku mrzelo, že ji manžel nechce brát s sebou, ale začas si zvykla.

Před půl rokem se však tento problém ještě prohloubil, pan J. G. začal být na manželku hrubý, nadával jí kvůli maličkostem. Vyčítal jí, že mu nedokázala dát syna. Později na ni dokonce začal rvát, že je neschopná manželka, že ho stejně celý život jen podváděla a on že jí to tedy teď má právo oplatit. Paní P. G. se snažila svému muži domluvit, ten však stále vyhledával další a další důvody k hádkám. Paní P. G. se začala svého manžela bát, ale styděla se se svým trápením svěřit dceři, která nic netušila. Svěřila se mi, že poslední půl roku pro ni byl utrpením. Bála se před manželem cokoli říci, jen aby ho nerozzlobila. Před dcerou i svým okolím tajila, jak se k ní manžel chová, byla přesvědčená, že je to její vina.

Dne 20. 2. 2007 se s manželem opět pohádala. Pan J. G. na ni rval, že když je tak neschopná, že si přivede jinou ženu. Prý se sní seznámil při tancování, ona však nemá kde bydlet, protože její děti mají malý byt a tak, že se ona nastěhuje k nim do jejich rodinného domu. Paní P. G. si má prý sbalit svých pár věcí a může jít kam chce, třeba odjet k dceři. Paní P. G. toto odmítla s tím, že rodinný dům je i její, že ona nikam nepůjde a že si přece pan J. G. nemůže do jejich domu přivést cizí ženskou.

Pana J. G. to velmi rozzuřilo a svoji manželku několikrát udeřil. Když stále trvala na tom, že nikam nepůjde, protože tu ostudu by nepřežila, vzal na ni pan P. G. hůl

a přetáhl manželku holí. Ta se při pádu bouchla o konferenční stůl v obývacím pokoji, do zad. Naštěstí tento velký hluk přilákal sousedy, kteří se přišli podívat, co se děje a okamžitě zavolali policii. Pan J. G. se začal hájit tím, že manželku uhodil holí v sebeobraně.

Paní P. G. podala na manžela trestní oznámení. Lékaři i policie informovali se souhlasem paní P. G. její dceru, která souhlasila s tím, že po propuštění z hospitalizace si vezme maminku domů, dokud se vše nevyřeší.

Paní P. G. byla propuštěna z hospitalizace 9. 3. 2007

Paní P. G. byla citově týrána manželem, **citové týrání vyvrcholilo fyzickým napadením.**

5. Diskuse

Pro splnění cíle, který jsem si stanovila na začátku mé bakalářské práce, jsem se snažila nashromáždit co největší množství informací a postřehů nejen z odborné literatury, ale i z praktických zkušeností a poznatků mých i různých odborníků.

Zjistila jsem, že ve všech případech, se kterými jsem se měla možnost seznámit, hraje jednu z nejvýznamnějších úloh rozpoznání zanedbané péče či týrání, návštěva či vyšetření lékaře. Jak uvádí Zimmelová, P. a Švestková, R. (2006), je lékař nejčastěji jediným cizím člověkem, který může zanedbaným či týraným seniorům pomoci, protože zároveň bývá jediným, kdo vstupuje do domácnosti imobilního seniora či seniora se sníženou pohyblivostí. Proto jsou důležité preventivní návštěvy obvodních lékařů. To potvrdil i můj výzkum, viz kasuistika čís. 1, 3 a 4. Studie Bílého kruhu bezpečí (2002) poukazuje však na to, že, mnozí lékaři si nevědí rady, jak mají v těchto případech postupovat. Bohužel i toto tvrzení se při mém výzkumu potvrdilo. Ale zároveň jsem nabyla pocitu, že to není jen nejistota, ale často také bohužel i lhostejnost a nechut' se těmito problémy zabývat. Jak uvádí i Gjuričová, Š. (2000), lékaři by měli být proškoleni o domácím násilí a měli by mít dostatek zkušeností s kladením citlivých osobních otázek, které by je navedli na vztahy v rodině. Je důležité, aby lékaři tuto svoji povinnost nezanedbávali, protože jde jednoznačně o nejjednodušší způsob rozpoznání domácího násilí.

Můj výzkum dále ukázal, že dalším společným ukazatelem zanedbání či týrání seniorů je počáteční nechut' a ostych seniorů o svých problémech hovořit. Jak uvádí Zimmelová, P. (2006) i Kalvach, Z. (1997), senioři týrání či zneužívání své osoby vnímají jako své selhání. Jsou přesvědčeni jednak, že oni udělali chybu ve výchově a nebo mají pocit, že hrubé zacházení vyprovokovali svým nevhodným chováním. Zimmelová, P., Švestová R. (2006) uvádí, že senioři často zastávají názor, že pokud je jejich rodina nebo okolí fyzicky týrají, je to proto, že jsou zkrátka staří, zbyteční, neužiteční a cítí se jako přítěž. To je případ i pana J. H. (viz kasuistika čís. 2), kterému syn se snachou nedávali najíst když „zlobil“. Mufsonová, S., Kranzová, R. (1996)

k tomuto mimo jiné uvádí, že oběť týrání si nese s sebou pocit viny. Je to právě proto, že mají pocit, že oni udělali něco špatně a tím pádem si to zaslouží. Tato víra a sebeobviňování způsobují, že oběť domácího násilí nedokáže požádat o pomoc. Hirigoyen, M.-F. (2002) uvádí, že oběti domácího násilí mají tendenci být čím dál hodnější a smířlivější, aby unikli násilí agresora. Žijí v představě, že by se násilí mohlo rozplynout v jejich lásce a laskavosti. Bohužel to tak samozřejmě není, agresivní chování se spíše stupňuje a smířlivé chování oběti agresora ještě více popuzuje

Mufsonová, S., Kranzová, R. (1996) dále uvádí, že zneužívaný či týraný senior může mít agresora upřímně rád. Často nechtějí nic jiného, než aby týrání či zneužívání skončilo. Bojí se však, že pokud na tuto skutečnost poukáží, skončí úplně opuštěni a to jim připadá horší, než dovolit, aby týrání či zanedbávání pokračovalo. Jsem přesvědčená o pravdivosti tohoto tvrzení a myslím si, že ve všech pěti mnou popsanych případech tomu tak opravdu je.

Během svého výzkumu jsem se přesvědčila, že zanedbaní či týraní senioři, mají opravdu pocit vlastního selhání, pocit viny, ale i pocit studu. Zimmelová P., Stolín, M. (2006) uvádí, že pocity studu a zahanbení, že nedokázali vychovat vlastní děti je k pocitu naprostého životního selhání. Tyto jejich pocity se stále prohlubují. Senioři, kteří si dokázali alespoň přiznat zanedbání ze strany své rodiny, často přemýšleli, kde udělali chybu ve výchově. Pan J. H. (viz kasuistika čís. 2) mi často opakoval: „vždyť to byl vždycky tak hodnej kluk“... Pocit viny, zbytečnosti a vědomí, že „už to lepší nebude“, pak bohužel u seniorů vedou k suicidním myšlenkám. Chtějí radši umřít, než být svým dětem na obtíž. I když mi to otevřeně řekl pouze pan J. H. (viz kasuistika čís. 2), cítila jsem, že na to myslí i ostatní zanedbaní či týraní senioři. Když si uvědomím čím vším si museli projít, ani se nedivím, že smysl jejich života se rozplynul kdesi v dáli.

Hirigoyen, M.-F. (2002) k tomu dále uvádí, že oběti ve skutečnosti přebírají vinu agresora na sebe. Lze u nich sledovat i skrytý pocit méněcennosti. Tato zranitelnost z nich činí ještě křehčí bytosti, než senioři jsou.

Hirigoyen, M.-F. (2002) také uvádí, že oběť je obětí proto, že je tak agresorem vnímána a stává se obětním beránkem odpovědným, za vše zlé, co se agresorovi stalo.

Oběť sama se samozřejmě ničím z toho, z čeho je obviňována neprovinila. Přesto ji případní svědkové agrese berou často jako spoluviníka.

Senioři jsou opravdu velice křehcí a lehce zranitelní, proto bylo zapotřebí s nimi opakovaně hovořit a ujišťovat je, že obsah našich rozhovorů je soukromý a že nikde neuvedu jejich jména. Až při opakovaných návštěvách ke mně zřejmě získali důvěru a nebáli se mi svěřit a já si toho velice vážím. Víím, že to pro ně muselo být velmi těžké. Obzvláště k týraným seniorům je zapotřebí velice citlivý přístup. Ač si museli projít peklem, většinou stále pocítují lásku k lidem, kteří jim dokázali tolik ublížit. Toto uvádí i Mufsonová, S., Kranzová, R. (1996), některé oběti domácího násilí se bojí přiznat, že lidé, které milovali a byli na nich závislí, jim mohli tak ošklivě ublížit. Můj výzkum mi pomohl odhalit spoustu pocitů týraných seniorů, mezi které patřili bolest, zklamání, stesk a hlavně smutek. V čemž se zcela shoduji s Mufsonovou, S., Kranzovou R. (1996).

Během mého výzkumu se ukázalo, že dalším znakem zanedbání či týrání seniorů je pocit osamění. I v tomto bodě se můj výzkum shoduje s literaturou. Hirigoyen, M.-F. poukazuje na přílišný pocit osamocení, kterému oběti domácího násilí nedokáží čelit. Oběti totiž nakonec pochybují o pravdivosti vlastního vnímání a nejsou si jisté, zda nepřehánějí. Když se agrese odehraje před svědky, stává se, že oběti, které agresora i nadále chrání, berou vinu za jeho chování na sebe. Ocitají se tak v situaci, kdy hájí agresora, jen aby ho proti sobě nepopudili ještě více.

Podle Kalvacha, Z. (2004) bývá významným spouštěcím bodem domácího násilí na seniorech ztráta soběstačnosti. Dunovský, J., Kovařík, J., Zimmelová P. (2006) uvádí, že oběť zpočátku nepozná sklon pečujících členů rodiny k agresivitě. Ten se projeví právě často až v zátěžových situacích, jako jsou ztráta soběstačnosti, ztráta schopnosti podílet se na chodu domácnosti, vznik závislosti na druhých, počínající psychické problémy, zhoršující se zdravotní stav s následnou zvýšenou potřebou péče aj. V době, kdy se násilné chování členů rodiny projeví, bývá senior jejich chováním překvapen a není schopen adekvátně reagovat. Můj výzkum toto potvrdil, viz kasuistiky čís. 1 – 4. Ve všech těchto případech hrál zhoršený zdravotní stav seniorů jednu

z hlavních rolí ztráty zájmu dětí o své rodiče s následným zanedbáváním péče až týráním.

Popírání skutečnosti zanedbávání péče je u seniorů velmi časté, na „pečující“ osobě se senioři cítí závislí psychicky i ekonomicky, jak uvádí Kalvach, Z. (1997). To je i případ paní M. T. (viz kasuistika čís. 1), která si přesto, že ji syn dlouhodobě okrádal, nedával jí najíst, nestaral se o ni, přesto přese všechno si paní M. T. pochybení ze strany syna nepřipustila. Ostatně nepřipustil si to ani její syn Milan. K tomu Hirigoyen, M.-F., (2002) uvádí, že agresor se snaží potlačit pocit viny, tím, že poukazuje na vinu někoho jiného. Je to tím, že agresor svoji vinu v těchto případech nést nedokáže, a proto ji musí nést někdo jiný. V případě paní M. T. to měla být, podle jejího syna, její obvodní lékařka. Dále stejná autorka uvádí, že každý někdy manipulujeme za účelem zisku jinými lidmi, ale pro většinu z nás takové chování doprovází okamžitý pocit viny, následující výčitky svědomí a lítost. U agresora týrající svoji oběť však pocit viny nepřichází. Což je právě i případ syna paní M. T., který se horlivě obhajoval a nechtěl připustit jakékoli pochybení ze své strany ani ze strany své přítelkyně.

Můj výzkum potvrdil i to, že dalším důležitým bodem zanedbávání péče o seniory je nepodávání jejich léků. Kalvach, Z. (2004) to zahrnuje do forem tělesného týrání, kdy agresor oběti záměrně odmítá podávat léky, což vede k různě závažnému zhoršení zdravotního stavu. To je i případ paní M. T., M. Z. a pana J. H. (viz kasuistika čís. 1 – 3). Pan J. H. (viz kasuistika čís. 2) dokonce ani nevěděl, že by nějaké léky měl brát.

Dalším příznakem zanedbávání péče či týrání seniorů jsou podle literatury opakované hospitalizace v různých nemocnicích. Kalvach, Z. (2004) upozorňuje na tento problém, kdy rodina záměrně střídá lékaře a snaží se o hospitalizaci vždy v jiné nemocnici, aby zakryly stopy opakovaného násilí, kterého se na seniorech dopouští. I v mém výzkumu se takový senior vyskytl, jde o paní M. Z. (viz kasuistika čís. 3), která byla přijata k hospitalizaci se zhmožděním hrudníku a frakturou žeber. 2 roky před tím byla hospitalizována s tržnou ránou na hlavě, údajně po pádu na zeď. Rodina však přiznala časté hospitalizace i v jiných nemocnicích. Bohužel nemocnice si mezi sebou

zdravotní dokumentaci nevyměňují a jsou tedy dostupné pouze lékařské zprávy z té každé nemocnice a týráním se tak hůře odhaluje.

Zdravotní následky zanedbané péče a týráním seniorů jsou velice vážné a často bohužel končí smrtí. můj výzkum se bohužel s literaturou shoduje i v tomto bodě. Zimmelová, P. (2006), Kalvach, Z., (1997) ukazují na závažnost týráním seniorů. Staří lidé jsou velice křehcí a snadno zranitelní. Ve stáří je typická polymorbidita seniorů. A přidáme-li k tomu různě vážná poranění, je smrt častým důsledkem takového krutého zacházení. Bohužel se to potvrdilo i u pana J. H. (viz kasuistika čís. 2), přijatého s dehydratací a pohmožděninami po celém těle. Dále u paní M. Z. (viz kasuistika čís. 3), která byla přijata se sériovou frakturou žeber vlevo a kolapsem levé plíce. I u paní V. Š. (viz kasuistika čís. 4), která byla přijata s frakturou krčku femuru a následně zemřela na celkovou sepsi organismu. Všechny tyto tři případy z pěti tedy skončily bohužel smrtí seniorů.

O násilí v partnerském vztahu píše Buriánek, J. a Podaná, Z. (2006). Uvádí, že oběť partnerského násilí často věří ve změnu partnerova chování. V jejím rozhodování mohou hrát důležitou roli převládající kulturní hodnoty, pocit ekonomické závislosti atd. v naší společnosti stále přetrvávají tradiční hodnoty, jež činí ženu odpovědnou za udržení manželství. Ženy věřící v tradiční ideologii se obvykle nejen nesnaží partnera opustit, ale ani nehledají pomoc a o násilí mlčí, protože se za ně stydí a zároveň se bojí, že by narušili představu harmonické domácnosti. Toto byl příklad i paní P. G. (viz kasuistika čís. 5), která do poslední chvíle snášela neustálé ponižování, slovní agresi manžela, až do vyhocení situace, kdy ji udeřil holí a ona si při pádu na konferenční stůl zlomila bederní obratel.

Jako cíl své bakalářské práce jsem chtěla zjistit a popsat dopad zanedbané péče na zdraví seniorů. Myslím si, že vytyčený cíl jsem splnila.

6. Závěr

Zjistila jsem, že zpracování tohoto závažného tématu, je velmi obtížné. Nejen proto, že je velmi těžké pro zanedbané či týrané seniory o svých problémech hovořit, ale bylo to (a stále je) mnohdy náročné i pro mne nechat jejich problémy „v práci“ a jít domů a od těchto problémů se oprostit. Je pro mne stále těžké najít správnou hranici a míru sdílení jejich utrpení.

Většina postupů proti násilí, které garantuje stát, je zaměřena na násilí mezi cizími lidmi. Násilí na seniorech se však často odehrává mezi blízkými lidmi. Pachatel a oběť jsou citově a sociálně blízké osoby. Násilí na seniorech ze stran svých dětí se odehrává v soukromí bytu a ohrožuje nejprve důstojnost, pak zdraví a nakonec i život oběti. To jsou hodnoty, které je povinen chránit stát. Bez pomoci zvenčí, nemá oběť sílu ani prostředky situaci řešit.

Stát by se měl zabývat zvláště prevencí násilí (nejen) na seniorech. Hlavním cílem prevence a intervence by však neměl být primární postih pachatele, ale pomoc oběti zvnějšku. Tvrdá opatření proti pachateli problém násilí na seniorech nevyřeší. Při rozhovorech se zanedbanými či týranými seniory, jsem si uvědomila, že oni nestojí o potrestání pachatele, spíše naopak. Přese všechno, čím si museli projít, stále se snaží své děti chránit a nepřejí si nic jiného, než žít v rodině v klidu a dožít slušný, důstojný život.

Prevence i intervence garantovaná státem by měla začít informovaností veřejnosti, ochranou oběti a konfrontací pachatele s oficiální reakcí. Informovanost společnosti se naštěstí v poslední době zvyšuje. Stále však mám pocit, že chybí větší informovanost lékařů a sociálních pracovníků, kteří jsou při kontaktu s obětí týrání nejistí a neví, co mají dělat a bohužel proto často raději nedělají nic.

Preventivní programy ve Finsku a Nizozemí se již řadu let věnují osvětě veřejnosti pomocí plakátů či reklam v televizi. Konkrétně ve Finsku se věnovala velká pozornost výzkumu násilí na seniorech. A ve Finsku také vznikla již r. 1999 pracovní skupina, jejímž úkolem byla koordinace prevence domácího násilí v rámci činnosti

policie, vypracování policejních postupů, školení policistů a dalších zainteresovaných skupin. Existuje tam však nejen pomoc obětem, ale i pachatelům domácího násilí.

Dále bych zde ráda uvedla rakouský model ochrany před násilím v rodině, který je oceňován odborníky v různých zemích a byl také vyhodnocen poslanci evropského parlamentu jako nejlepší. Nutnost změn si v Rakousku uvědomili již před deseti lety, kdy v r. 1997 Rakousko přijalo samostatný zákon na ochranu před násilím v rodině. Rakouská oficiální strategie pro řešení případů domácího násilí vychází ze třech předpokladů:

- domácí násilí je skutečně naléhavý problém, který nemůže stát a jeho instituce ignorovat
- domácí násilí je specifický problém, který se v mnoha ohledech liší od násilí mezi vzájemně cizími osobami, a proto vyžaduje specifické, cílené zákony a postupy
- klíčovou otázkou pro stát a jeho instituce je především, jak zajistit ochranu před domácím násilím

Rakousko si stanovilo jasný cíl: zajistit důslednou prevenci vzniku domácího násilí. Proto Rakousko zaujalo jasně vyhraněnou pozici proti násilí v rodině, zvolili tzv. strategii vměšování, neboť pasivita ubližuje oběti a pomáhá pachateli. Pomocná ruka je podána i pachateli, ten musí však být nejdříve konfrontován s tím, že jeho chování je nežádoucí a za své konání musí nést následky.

Vídeňské centrum intervence proti násilí v rodině vzniklo r. 1998 jako sociální doprovodné opatření, bezprostředně navazující na práci policie. K hlavním činnostem centra patří konkrétní podpora obětí (právní a sociální informace, psychologická podpora), osvěta veřejnosti, prevence a rozvoj nových strategií. Důležitým principem činnosti vídeňského centra je pro-aktivní postup, spočívající v tom, že po nahlášení případu policií je pracovník centra povinen sám navázat kontakt s obětí. Oběť často cítí stud a strach, aktivita tedy vychází z centra, nikoli od samotné oběti. Dalším podstatným prvkem rakouského modelu je provázanost policejních a sociálních opatření. Oběti je vždy nabídnuta sociálně právní pomoc.

System účinné interdisciplinární pomoci u nás však dosud chybí, stejně jako nástroje k účinné ochraně oběti domácího násilí.

Na závěr své bakalářské práce, bych ráda shrnula výsledky vztahující se k mému empirickému výzkumu. Pravdou je, že stát by měl mít významnou roli v prevenci domácího násilí. Ráda bych ale také poukázala na to, jak důležitou a nenahraditelnou úlohu má rodina. Děti mají vzory chování ve svých rodičích. A právě rodiče by měli své děti vychovávat v úctě ke stáří. Je třeba, aby si lidé uvědomili, že i oni budou jednou staří a i oni budou jednou čekat a potřebovat pomoc a lásku od svých dětí.

Nemohu zde neuvést jeden citát, který jsem četla na staré zdi nad vchodem do kostela U všech svatých v Plzni: „To, co jste teď Vy, byli jsme i my. Co jsme teď my, budete i Vy.“ Všichni jednou budeme staří, i když si to mnoho mladých nechce připustit. Proto je důležité nebrat stáří jako něco negativního, stáří není nemoc a staří lidé nejsou na obtíž, právě naopak. Jsou to staří lidé, kteří nám mají stále co nabídnout. Važme si jich jakožto moudrých starců anebo alespoň jen proto, že nás vychovali a dali nám vše, co mohli – dali nám život. Neuvažujme o nich jako o horších, než jsme my, neodvracejme se od nich. Vždyť oni už od nás, svých dětí, tolik nechtějí. Chtějí jen dožít v klidu a netrpět, a to chceme přece my všichni.

Myslím si, že tuto bakalářskou práci bude možné využít pro další studium problematiky péče o seniory. Toto téma je velice obsáhlé, ale hlavně velmi citlivé. Je třeba, aby se problém zanedbávání a týrání seniorů dostal do povědomí celé naší společnosti. Nemůžeme nad tímto zavírat oči a předstírat, že nás se netýká. Tento naléhavý a závažný problém se týká nás všech.

7. Seznam použité literatury

- 1) Bentowin, Arnon: Tárání a sexuální zneužívání v rodinách, nakladatelství Grada, Praha 1998, ISBN 80-7169-629-3
- 2) Buriánek, Jiří, Kovařík, Jiří, Zimmelová, Petra, Švestková, Renata a kol.: Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech, vydal Triton, Praha 2006, ISBN 80-7254-914-6
- 3) Čírtková, Ludmila: Domácí násilí: přístup k řešení problému ve vybraných evropských zemích, vydal Bílý kruh bezpečí, Praha 2002, ISBN 80-86284-19-0
- 4) Jeho Svatost Dalajláma: Etika pro nové milénium, nakladatelství Pragma, Praha 2000, ISBN 80-7205-788-X
- 5) Jeho Svatost Dalajláma: Radost ze života a umírání v pokoji, nakladatelství Pragma, Praha 1998, ISBN 80-7205-582-8
- 6) Jeho Svatost Dalajláma: Rady jak umírat a žít lepší život, nakladatelství Pragma, Praha 2006, ISBN 80-7203-707-2
- 7) Filka, Jaroslav: Metodika tvorby diplomové práce, nakladatelství KNIHAŘ, Brno 2002, ISBN 80-86292-05-3
- 8) Fleischer Juraj, Čaplová Tatiana: Psychiatria pre študentov psychológie. Univerzita Komenského, v Bratislavě 1991, ISBN 80-223-0317-8
- 9) Gjuričová Šárka, Kocourková Jana, Koutek Jiří: Podoby násilí v rodině, vydalo nakladatelství Vyšehrad v Praze r. 2000, ISBN 80-7021-416-3
- 10) Haškovcová, Helena: Manuálek o násilí, Brno 2004, ISBN 80-7013-397-X
- 11) Haškovcová, Helena: České ošetrovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie, Brno 2002, ISBN 80-7013-363-5
- 12) Haškovcová, Helena: Fenomén stáří, Panorama, Praha 1990, ISBN 80-7038-158-2
- 13) Hirigoyen, Marie-France: Psychické násilí v rodině a zaměstnání, nakladatelství Academia, Praha 2002, ISBN 80-200-0994-09
- 14) Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R., Zavázalová H., Sucharda P. a kol.: Geriatrie a gerontologie, vydala Grada Publishing, a. s., Praha 2004, ISBN 80-247-0548-6

- 15) Kalvach Z. a kol.: Vybrané kapitoly z geriatry a medicíny chronických stavů I, vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1992, ISBN 80-7066-702-8
- 16) Kalvach Z. a kol.: Vybrané kapitoly z geriatry a medicíny chronických stavů II. díl, vydala UK, vydavatelství Karolinum, Praha 1995, ISBN 80-7184-001-7
- 17) Kalvach Z., Onderková A.: Stáří, nakladatelství Galén, Praha 2006, ISBN 80-7262-455-5
- 18) Kalvach Z. a kol.: Úvod do gerontologie a geriatry, vydalo Karolinum, nakladatelství UK, Praha 1997, ISBN 80-7184-366-0
- 19) Klener, Pavel: Základy vnitřního lékařství pro bakalářské studium, Karolinum, Praha 1996, ISBN 80-7184-121-8
- 20) Prof. MUDr. Mačák Jirka, CSc.: Obecná patologie, vydala Univerzita Palackého v Olomouci r. 2002, ISBN 80-244-0436-2
- 21) Michalík Petr: Zpracování diplomové a bakalářské práce na počítači, Západočeská univerzita, Plzeň 2002, ISBN 80-7082-921-4
- 22) Mufsonová Susan, Kranzová Rachel: O týrání a zneužívání, vydalo Nakladatelství Lidové noviny, s. r. o., Praha 1996, ISBN 80-7106-194-8
- 23) Müllerová, Lenka: Klinická gerontologie-geriatrie, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Ústí nad Labem 2004, ISBN 80-7044-536-X
- 24) Nuland, Sherwin B.: Jak lidé umírají, vydal Knižní klub, k. s., v Praze r. 1996, ISBN 80-7176-264-4
- 25) Ort, Petr: Tvorba bakalářské práce, Praha 2004, ISBN 80-86747-22-0
- 26) Pacovský, Vladimír: Proti věku není léku?, Karolinum, Praha 1997, ISBN 80-7184-486-1
- 27) Pidrman Vladimír, Kolibáš Eduard: Změny jednání seniorů, nakladatelství Galén, Praha 2005, ISBN 80-7262-363-X
- 28) Pichaud, Clément: Soužití se staršími lidmi: Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky, Portál, Praha 1998, ISBN 80-7178-184-3
- 29) Plzeňský lékařský sborník Supplementum 58/1989: Chirurgie stáří, Infekce a antibiotika v chirurgii, vydala UK v Praze r. 1989, ISBN 14-278-89

- 30) Rheinwaldová, Eva: Novodobá péče o seniory, Grada, Praha 1999, ISBN 80-7169-828-8
- 31) Ryšavý, Bohumil: Základy parazitologie, Státní pedagogické nakladatelství, Praha 1989, ISBN 80-04-20864-9
- 32) Staněk, Jiří: Metodika, zpracování a úprava diplomových (bakalářských) prací, Západočeská univerzita, Plzeň 2005, ISBN 80-7043-363-9
- 33) Stuart-Hamilton, Ian: Psychologie stárnutí, Portál, Praha 1999, ISBN 80-7178-274-2
- 34) Synek, Miloslav: Jak psát bakalářské, diplomové, doktorské a jiné písemné práce, Praha 2006, ISBN 80-245-1052-9
- 35) Tošnerová, T.: Špatné zacházení se seniory v rodině – Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele, nakladatelství UK, Praha 2002, ISBN 80-238-8001-2
- 36) Valenta Jiří, Šebor Jindřich ml., Matějka Jiří, Runt Václav: Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství, vydala UK v Praze r. 2003, ISBN 80-246-0644-5
- 37) Zavázalová, Helena: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie, Karolinum, Praha 2001, ISBN 80-246-0326-8
- 38) Žucha, Ivan: Lekárska psychológia, Univerzita Komenského, v Bratislavě 1991, ISBN 80-223-0384-4
- 39) časopis: Česká geriatrická revue, čís. ISSN 1214-0732
- 40) časopis: Časopis lékařů českých, čís. 6, rok vydání 1997, ISSN 0008-7335
- 41) novinový článek: Dnes bije rodiče, zítra zmlátí děti jeho, Plzeňský deník, 24. června 2006, čís. 147, ročník XV
- 42) novinový článek: Bojujeme proti násilí na seniorech?, Scéna medicíny, 19. června 2006, čís. 21, ročník II
- 43) www.gerontocentrum.cz, 28. září 2006
- 44) www.mpsv.cz/cs/1057, 28. prosinec 2006, 7. leden 2007
- 45) www.senior.cz, 19. říjen 2006
- 46) www.doktorka.cz, 10. březen 2007
- 47) www.bkb.cz, 21. duben 2007

8. Klíčová slova

senior

rodina

závislost

zanedbaná péče

týrání

prevence

9. Přílohy

Příloha čís. 1:

Barthelův test všedních činností

položka	bodové hodnocení
1. najedení, napití	sám - 10, s pomocí - 5, neprovede - 0
2. oblékání	sám - 10, s pomocí - 5, neprovede - 0
3. osobní hygiena	sám - 10, s pomocí - 5, neprovede - 0
4. koupání	sám - 10, s pomocí - 5, neprovede - 0
5. kontinence moči	kontinentní - 10, občas inkontinentní - 5, trvale inkontinentní - 0
6. kontinence stolice	kontinentní - 10, občas inkontinentní - 5, trvale inkontinentní - 0
7. použití WC	sám - 10, s pomocí - 5, neprovede - 0
8. chůze po schodech	sám - 10, s pomocí - 5, nelze - 0
9. přesun lůžko-židle	sám - 15, s malou pomocí - 10, s dopomocí - 5, nelze - 0
10. chůze po rovině	nad 50 m - 15, s pomocí - 10, na vozíku - 5, nelze - 0

Hodnocení:

0 – 40 bodů	vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
45 – 60 bodů	závislý
nad 60 bodů	závislost lehčího stupně

Příloha čís. 2:

Škála dle Nortona

	4 body	3 body	2 body	1 bod
fyzický stav	dobrý	vyhovující	špatný	velmi špatný
psychický stav	čilý	apatický	zmatený	bez kontaktu
aktivita	neomezená	chůze s dopomocí	sedící v židli	ležící
mobilita (schopnost se přemístit)	plná	lehce omezená	velmi omezená	imobilní
inkontinence	není	občasná	častá, obvyklá	i stolice

Hodnocení: 14 – 12 náchylnost ke vzniku dekubitů
 11 a méně vysoké riziko vzniku dekubitů