

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Domácí násilí na seniorských pacientech trpících duševní poruchou**

Bakalářská práce

Autor: Hana Kůrová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová

22. 5. 2007

## **Anotace**

Home violence on senior patients suffering from mental disorder is often problematic in nowadays-modern society and its line of incidence is on increase.

Home violence occurs in many forms – economical, physical, psychological violence, but also neglecting of seniors. This violence is difficult to reveal from more reasons. Seniors take this reality as their personal life's failure, as the mistake in upbringing and so they quietly bear the violence from their children. Another reason of the increasing latency is their age, present medical condition, limited social contacts.

The research was made on the gerontological ward of the psychiatric clinic and in the senior house. Seniors suffering from mental disorder created the searching sample. Acquired information was refilled by semi-operated dialogues with medical staff and by no-operated dialogues with other clients of these institutions.

After the research we can say that the most often form of violence committed on seniors is the financial blackmailing. It was also found out that seniors on whom the violence was committed react strongly on the presence of family members by worse mood, by expression of face or by completely change of body position.

The home violence can attach everybody, each age, each education, each social status, each religion, both sex.

It is important to pay attention to this problem and to try to help to victims of home violence.

A lot of seniors suffering from mental disease don't stay at home with their family care but they are often moved to a special institution against their will. People who work there in these institutions have positive relation to seniors with mental disorder. They must be empathetic and very patient. This work is very exacting and just these people working in helping professions often suffer from burnout syndrome.

It is important to behave to seniors with respect and to people who work with them too.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma “Domácí násilí na seniorských pacientech trpících duševní poruchou” 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 22. 5. 2007

.....

podpis studenta

**Poděkování:**

Děkuji paní Mgr. Petře Zimmelové za významnou pomoc a odborné vedení při zpracovávání bakalářské práce.

## **Obsah:**

<b>Úvod</b>	7
<b>1. Současný stav</b>	9
1.1 Domácí násilí na seniorech	9
1.1.1 Násilí ve společnosti	9
1.1.2 Definice násilí	9
1.1.3 Obecně o domácím násilí na seniorech	10
1.1.4 Násilí v rodině	11
1.1.5 Formy domácího násilí	11
1.1.6 Týrání starých lidí	12
1.1.7 Sociální prostředí	13
1.1.8 Rizikové faktory spojené se špatným zacházením se seniory	13
1.1.9 Model moci a dohledu nad obětí	14
1.1.10 Závěrem k domácímu násilí na seniorech	15
1.2 Stáří	15
1.2.1 Obecné pojmy	15
1.2.2 Cíle geriatric	16
1.2.3 Typy členění stáří	16
1.2.4 Biologické stárnutí	17
1.2.5 Psychické stárnutí	17
1.2.6 Sociální stárnutí	19
1.2.7 Stáří a nemoc	19
1.2.8 Zvláštnosti klinického obrazu	20
1.3. Demence	20
1.3.1 Obecně o demenci	20
1.3.2 Příčiny demence	21
1.3.3 Určení diagnózy demence	22
1.3.4 Rozpoznání demence	22
1.3.5 Klinický obraz	23
1.3.6 Rozdělení demence	23

1.3.7 Shrnutí	24
1.4 Syndrom vyhoření	24
1.4.1 Obecně o syndromu vyhoření	24
1.4.2 Stádia vývoje vyhoření	25
1.4.3 Symptomy	25
1.4.4 Nejvíce ohrožené skupiny	26
1.5 Místa, kde mohou senioři hledat pomoc	27
1.5.1 Poradny Bílého kruhu bezpečí	27
1.5.2 Navazující služby	28
1.6 Legislativa	28
1.6.1 Zákon o rodině	29
1.6.2 Trestní zákon	29
1.6.3 Zákon na ochranu před domácím násilím	31
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b>	<b>33</b>
<b>3. Metodika</b>	<b>34</b>
<b>4. Výsledky</b>	<b>36</b>
4.1 Výsledky sekundární analýzy dat	36
4.2 Výsledky polořízeného rozhovoru	42
4.3 Výsledky neřízeného rozhovoru s klienty zařízení	46
4.4 Výsledky pozorování	47
<b>5. Diskuze</b>	<b>62</b>
<b>6. Závěr</b>	<b>67</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b>	<b>68</b>
<b>8. Klíčová slova</b>	<b>71</b>

## Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma “Domácí násilí na seniorských pacientech trpících duševní poruchou”. S touto problematikou jsem se poprvé setkala při absolvování odborné praxe v psychiatrické léčebně na gerontologickém oddělení. Většina seniorů, kteří se zde léčili, na mě na první pohled působila zanedbaně a utrápeně. Tento nepříliš uspokojivý dojem nebyl způsoben zanedbáváním ze strany rodiny ani ústavu. Senioři trpící nějakou duševní poruchou velmi často odmítají přijímat potravu, léky či tekutiny. Nelze se však na toto zjištění odvolávat vždy. Je nutné se podezřením, že něco není v pořádku, zabývat a věnovat se jeho řešení.

Práce s těmito lidmi vyžaduje opravdu velkou míru trpělivosti, pochopení, času a nemalou dávku empatie.

Domácí násilí je v dnešní době stále častěji diskutovaným a medializovaným tématem. Pokud slyšíme pojem “domácí násilí”, většina z nás si představí násilí páchané zejména na ženách, popřípadě na dětech. Málokdo si je vědom, že násilí je pácháno také na seniorech a že je v poslední době jeho výskyt stále markantnější. Problém spatřuji ve vysoké latentnosti tohoto jevu, v omezeném styku dotyčných se společnostmi i ve strachu se někomu svěřit a důvěřovat mu.

Je nutné se na toto téma zaměřit a najít způsob, jak domácí násilí odhalit, jak pomoci obětem, jak společnost na tuto skutečnost připravit a seznámit ji s fakty. V neposlední řadě je nezbytná prevence. Je třeba dostat do povědomí lidí, že pokud je na nich pácháno násilí, není to věc, za kterou se má oběť stydět nebo si sama dávat vinu. Právě naopak, je nutné se agresorovi postavit, vyhledat pomoc a nenechat se jím zastrašit. Pokud se násilí vyskytne jednou, je velká pravděpodobnost, že se bude opakovat, a to častěji a častěji.

Seniory v tomto případě můžeme přirovnat k dětským obětem. Děti i senioři jsou ve většině případů na někom závislí, potřebují pomoc, nejsou schopni se sami bránit, jsou omezeni v síle a pohybu. Právě z tohoto důvodu jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin společnosti.

Senioři, na kterých je pácháno násilí, jehož původci jsou jejich děti, berou tuto skutečnost jako svoji osobní prohru. Obviňují sebe ze špatné výchovy.

Domácí násilí na duševně nemocných seniorech je věc neomluvitelná a stojí proti veškerým morálním zásadám dnešní společnosti. Na druhou stranu se v současných filmech, počítačových hrách a dalších vymoženostech moderní doby setkáváme s násilím den co den. Tímto se agrese dostává do povědomí nás všech. Násilí je všude kolem nás a stává se věcí běžnou, mnohdy i věcí hrdinskou.

Je nutné, aby lidé byli informováni, byli empatictí a solidární.



## **1.1 Domácí násilí na seniorech**

### **1.1.1 Násilí ve společnosti**

Násilí je problém, který se ve společnosti vyskytoval vždy. V dnešní době projevy násilí narůstají a dosahují alarmující míry. Podle výzkumu sociologa Iva Možného připadal v 70. letech minulého století jeden trestný čin na 100 000 obyvatel ročně, v roce 1990 jejich počet stoupl na dva trestné činy na 100 000 obyvatel a v roce 1992 to byly již tři. V roce 1997 počet trestných činů ještě stoupl na neuvěřitelné čtyři trestné činy na 100 000 obyvatel. Ivo Možný se však domnívá, že vrchol vzestupu trestných činů máme již za sebou. Současně ale dodává, že objasněnost případů klesla a míra beztrestnosti je na pováženou. Více než polovina trestných činů je nepotrestána.(5)

Trestná činnost může být majetková, hospodářská, dále sem řadíme nedovolenou výrobu a držení drog, šíření toxikomanie a v neposlední řadě jde o projevy násilí vůči druhé osobě či osobám. Je však patrné, že stoupá celková zkušenost občanů jako obětí trestných činů a zvyšuje se také brutalita násilníků. (5)

V současné době je násilí často se vyskytujícím jevem a stoupá tedy pravděpodobnost, že právě my se staneme obětí některého z trestných činů. Musíme si uvědomit, že kromě trestné činnosti, která je patrná, existují také formy násilí, které jsou skryté a velice těžko odhalitelné. Toto skryté násilí se projevuje zejména psychickým, sociálním nebo fyzickým násilím. (5)

### **1.1.2. Definice násilí**

Definice násilí vyskytující se v dnešní odborné literatuře se často liší, překrývají, doplňují.

- Dle anglické supervizní zdravotní služby – The Health Services Advisory – je násilí jakýkoliv incident, ve kterém je zaměstnanec slovně zneužit, ohrožován, napaden pacientem nebo příbuzným za okolností souvisejících s výkonem povolání. (5)

- Dle Františka Koukolíka – je násilí určitý druh lidského chování, které druhé lidi záměrně ohrožuje fyzickou újmou, pokouší se o její přivození, nebo ji dokonce přivodí. (5)

- Dle Světové zdravotnické organizace – je násilí úmyslné použití či hrozba použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, skupině nebo komunitě, a to síly, která má nebo bude mít za svůj následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje nebo osobnosti. (5)

Týrání je tedy zlé nakládání s druhou osobou. Vyznačuje se značným stupněm bezcitnosti a hrubosti. U oběti vyvolává hluboké příkoří. (5)

Zmíníme-li se někomu, že se zabýváme mezilidskými konflikty, můžeme očekávat, že si to vyloží ve smyslu řešení mezigeneračních konfliktů. (10)

### ***1.1.2 Obecně o domácím násilí na seniorech***

Oblast domácího násilí je stále více diskutovanou problematikou jak u nás, tak i ve světě. Nadpoloviční většina z nás si pod pojmem domácí násilí představí násilí páchané na ženách, popřípadě dětech. Málokdo si uvědomuje, že domácí násilí se týká také starých lidí. Právě tato část populace je jednou z nejohroženějších skupin. Velice důležité je upozornění na ještě větší latentnost násilí u seniorů. Většina starých lidí nemá možnost požádat o pomoc a v podstatě ani neví, kam by se měli v takové situaci obrátit. (25)

V každé zemi tvoří průměrně 11-12 % populace staří lidé a tento počet se neustále zvyšuje. Je to způsobeno obecným stárnutím obyvatelstva.(25)

Název “domácí násilí” vznikl jako překlad z anglického termínu “domestic violence”. Řadíme sem projevy fyzického, sexuálního, ekonomického a psychického násilí páchaného mezi jednotlivými členy v rodině. (8)

Charakteristickým rysem domácího násilí je jeho opakování, každodenní přítomnost a dlouhodobost. Jde o vzorec donucovacího chování užívaného jednou osobou vůči jiné se záměrem ovládnutí. Může mít několik podob – neustálé kritizování,

ponižování, urážky, zesměšňování, hrubé nadávky, snižování sebedůvěry, ekonomické vydírání, omezování osobní svobody, vyhrožování a tělesné ubližování.(25)

Domácí násilí je vážný problém, který se vyskytuje mezi všemi skupinami, vrstvami lidí, bez ohledu na vzdělání, věk, etnickou příslušnost, náboženskou orientaci.(8)

### ***1.1.3 Násilí v rodině***

Domácí násilí je tematizováno jako novodobý fenomén. Musíme si však uvědomit, že násilí v rodinách existuje odnepaměti. Nebylo tak medializováno, měnily se jeho formy a způsob pohledu na něj. Je to stále problém, za který se oběti stydí. Některé z forem násilí nebyly dříve považovány za násilný akt, násilí nebylo vnímáno jako problém. Dnes jsme si toho již vědomi a jsme překvapeni, že se vyskytuje v takové míře.(5)

Setkáváme se také s přesvědčením, že násilí v rodině je záležitost soukromá, že si o ně oběť "koleduje". U seniorů se vžil mýtus o "zlobivosti".(8)

### ***1.1.5 Formy domácího násilí***

O domácí násilí se jedná tehdy, pokud pachatelem je někdo z rodiny. Vyskytují se i případy, kdy násilník byl známý oběti, pečovateli, soused.

- Fyzické násilí – tělesné násilí chápeme jako úmyslné působení bolesti, bezdůvodné omezování osobní svobody a v neposlední řadě jako záměrné odmítání uspokojovat základní lidské potřeby.(8)

Tělesná forma újmy má mnoho podob. Jedná se o drobná poranění, zranění většího rozsahu, těžké ublížení na zdraví, smrt. Nejde však pouze o přímé tělesné tresty, ale patří sem také odpírání pití, potravy, léků, základních hygienických potřeb nebo záměrné vystavování oběti chladu, teple atd.(5)

- Psychické násilí – psychické násilí představuje vědomé snižování sebevědomí a sebeúcty, ponižování, zastrahování, verbální agresi, vyhrožování, nedobrovolné

přesunutí např. do domova pro seniory, zdůrazňování bezmocnosti, úmyslné poškozování věcí s emočním charakterem, omezování sociálních kontaktů, omezování osobní svobody, bránění ve sledování oblíbených televizních pořadů, vyvolávání pocitu strachu a vyděšenosti. Psychické násilí se navenek velmi často projeví ve změnách chování seniora. (8)

Psychické násilí lze označit také jako emocionální újmu.(5)

- Ekonomické násilí – ekonomické násilí se projevuje neoprávněným vyžadováním finančních obnosů, které vymáhají děti od svých rodičů.(8)

Ekonomické násilí se vyskytuje ve formě materiálního a finančního týrání. Projevuje se neochotou dětí financovat svým rodičům jídlo, šatstvo, léky. Potomci jim často brání v užívání důchodu a požadují ho pro svoji potřebu. V kombinaci s psychickým násilím velice často dochází k umístění seniorů do ústavů sociální péče.(5)

- Sexuální násilí - k sexuálnímu zneužívání seniorů může docházet s největší pravděpodobností u žen (gerontofilie). Sexuální násilí je často spojováno s fyzickým násilím.(5)

- Zanedbávání seniorů – zanedbávání seniorů patří také k patologickým jevům, které řadíme k násilí. První impuls o zanedbání přichází většinou ze strany lékaře, který přijde do kontaktu s obětí. Diagnostika zanedbávání bývá často neoprávněně opomíjena. Při jakémkoli sebemenším podezření o zanedbávání seniorů je třeba zajistit sociální šetření v místě bydliště. Rodina oběti se nikdy nepřizná, takže tázat se právě jí je bezvýznamné. Zanedbávání často přechází ve formu fyzického týrání.(8)

Že není u seniora něco v pořádku, můžeme pozorovat na výrazu jeho tváře, mimice, očním kontaktu, svalovém napětí, rytmu dechu, gestikulaci rukou, pozici těla, na celkovém postoji a držení těla. (18)

### ***1.1.6 Týrání starých lidí***

Staří lidé jsou křehcí, částečně nebo plně nesoběstační a to je jeden z důvodů, proč bývají lehkým terčem nejrůznějšího týrání. Týraným dětem i ženám je ve

společnosti věnována stále větší pozornost, senioři zůstávají v tomto ohledu stále na okraji zájmu veřejnosti. Překvapivé je, že pachatele násilí tvoří ze dvou třetin partneři a z jedné třetiny potomci . (5)

V dnešní době se často používá slovní obrat “ syndrom bitých starců”. Tento termín označuje staré lidi, kteří utrpěli fyzickou, psychickou nebo materiální újmu v domácím nebo ústavním prostředí.(5)

### ***1.1.7 Sociální prostředí***

Sociální prostředí a jeho struktura je jedním z důležitých faktorů v případech domácího násilí na seniorech. Ztráta osobních vztahů, anonymita velkých měst a převaha ekonomických zájmů se stávají základem pro vznik týrání. (8)

Mezi další zdroje agresivity řadíme: špatné vztahy v rodině, nemoc agresora, dědičnost a výchovu. Dále sem patří také agresivní psychopatie, která se projevuje i v jiných vztazích, agresor si vůbec neuvědomuje možnost vlastní viny, dostavuje se reakce nepřiměřená podnětu, dochází k zastrašování oběti.(8)

Senior nemusí hned na počátku poznat, že jeho nejbližší mají sklony k násilí, a ani agrese nemusí být přítomna od počátku. První uvědomění situace je pro oběť takovým šokem, že není většinou schopna adekvátně reagovat.(8)

### ***1.1.8 Rizikové faktory spojené se špatným zacházením se seniory***

Rizikové faktory tzv. “kriminogenní proměnné” by měly působit jako varovný signál pro lékaře a ostatní, kteří přicházejí do kontaktu s obětí. Výskyt proměnných by měl zvýšit snahu o včasné podchycení i mírných případů zanedbávání seniorů, ke kterým dochází nejčastěji v rodině. (8)

- Faktory zvyšující ohroženost seniora:

- a) sociální izolace
- b) špatný zdravotní stav
- c) ztráta soběstačnosti a samostatnosti

d) soužití s agresorem a častá závislost na něm

- Faktory zvyšující pravděpodobnost špatného zacházení se seniory:

a) drogová závislost a alkoholismus

b) nízký intelekt

c) psychopatologie a psychopatie

d) předchozí asociální a agresivní jednání

e) přetíženost a existenční problémy rodiny, pokles ochoty a možností jejích členů poskytnout kvalitní péči

f) závislost oběti na agresorovi po stránce materiální a bytové

g) diskriminační trend ve společnosti

h) nízká úroveň ochrany a zájmu před nežádoucím jednáním společnosti, ochrany práv a důstojnosti klientů dlouhodobé ústavní péče

i) syndrom vyhaslosti u ošetřovatelského personálu (8)

### ***1.1.9 Model moci a dohledu nad obětí***

- Zastrašování - způsobení, aby se oběť bála, a to zlými pohledy, gesty, různými činy, ničením majetku, rozbíjením věcí, týráním zvířat před obětí, ukazováním zbraní.

- Osamělost – dosažení dohledu nad obětí, zjišťování, co dělá, s kým mluví a koho navštěvuje, co čte, kam chodí, omezování jejích zájmů mimo domov, využívání žárlivosti k ospravedlnění.

- Používání dětí – zajištění, aby měla výčitky svědomí ve vztahu k dětem nebo vnukům, vyhrožování, že se s nimi nesetká, organizování návštěv za cílem sekýrování.

- Ekonomické týrání – zamezení oběti v zaměstnání, omezení finančního příjmu.

- Citové týrání – ponižování, vyvolávání pocitu provinilosti, nazývání hanlivými jmény.

- Zapírání a kárání – utvrzování oběti, že za násilí si může sama a že vlastně o žádné násilí nejde.

- Používání výsad a práv mužů – zacházení s obětí jako se služkou, dělání rozhodnutí za ni, určování rolí muže a ženy.

- Omezování a výhrůžky – naplňování hrozeb, způsobování bolesti, nucení k nezákonným věcem.(21)

### ***1.1.10 Závěrem k domácímu násilí na seniorech***

Domácí násilí páchané na seniorech je velice často podceňované a mnohdy dochází k neochotě identifikovat viníky, a to převážně z důvodu strachu, studu, vlastního pocitu viny nebo nedostatku odvahy, což pachatelům situaci ulehčuje. (25)

Přítomnost jakýchkoli stresujících faktorů vyvolává pocit úzkosti. Úzkost je tíživý pocit vyvolaný stresem, kterého není snadné se zbavit. Tíživý pocit úzkosti změní celý život. (3)

Je třeba poukázat na řadu aspektů, které vyplývají ze změn psychického stavu seniorů, z nejrůznějších duševních onemocnění. Mnoho lidí, zejména mladých, si velice těžko dokáže představit tyto odlišnosti fungování lidské psychiky dané věkem. (25)

## **1.2 Stáří**

### ***1.2.1 Obecné pojmy***

- Gerontologie – obor, který se zabývá studiem změn lidského organismu ve stáří, zdravotními, psychologickými a sociálními důsledky stárnutí.

- Geron – řec. stařec

- Gerontopsychiatrie – podobor psychiatrie, který se zabývá psychikou a duševním onemocněním starých osob.

- Geriatrie – lékařský obor, který se zabývá diagnózou, léčbou chorob starých osob a péčí s ní spojenou.

- Stárnutí – proces, kdy dochází ke změně zdravotních a sociálních rolí.(24)

### **1.2.2 Cíle geriatric**

- Zvýšení šancí starého člověka zachovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob.

- Dosažení nejvyšší funkční zdatnosti, aktivity, nezávislosti a soběstačnosti v prostředí obvyklém pro pacienta.

- Přispívání k udržení kvalitního života, zejména zdravotního stavu pacienta.

(19)

### **1.2.3 Typy členění stáří**

Doposud nebyla vytvořena obecně přijatelná definice stáří. V praxi je věk jednou z nejdůležitějších charakteristik stárnutí a stáří.(15)

- 1. typ členění :

a) biologické – pokles funkční kapacity organismu, určit jej není možné

b) kalendářní – chronologické, je přesně vymezeno

c) sociální – odchod do důchodu (4)

- 2. typ členění :

a) časné stáří – 60-74 let

b) vlastní stáří – 75-89 let = senium

c) dlouhověkost – 90 a více

- mezinárodní hranice stáří je 65 let (4)

- 3. typ členění :

a) mladé stáří – young-old – 65-74

b) staří – old-old – 75-84

c) velmi staří – very-old-old – 85 a více (4)



### ***1.2.4 Biologické stárnutí***

Stárnutí je proces neodvratitelný. Lze jej však ovlivnit stylem života, okolním prostředím, druhem zaměstnání, mírou stresu, četností odpočinku atd. (4)

Stárnutí je soubor různých pochodů a dějů, které se v člověku odehrávají mnohem dříve, než si to sám uvědomí a než se začíná vůbec mluvit o projevech stáří. Můžeme se setkat s celou řadou teorií, které se snaží osvětlit příčinu stárnutí a s tím spojenou délku života – genová teorie, teorie mutace genů atd.(4)

- Dochází ke zpomalení, oslabení většiny regulačních funkcí, ke snížení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěžím.
- Zvýšená tvorba autoprotilátek, pokles imunity.
- Zpomalení vedení vzruchu a psychomotorického tempa.
- Zhoršení zraku, sluchu, chuti, čichu, hmatu.
- Úbytek svalové hmoty a pokles svalové síly a celkové tělesné vody.
- Úbytek kostní hmoty, involuce struktur a funkcí jednotlivých tělesných orgánů. Tato změna struktury velmi často předchází změně funkce.
- Omezená schopnost regulace orgánů a snížený průtok krve důležitými orgány jako jsou mozek, srdeční sval, ledviny atd.(15)

### ***1.2.5 Psychické stárnutí***

Názory odborníků na přirozené psychické změny u stárnoucích lidí nejsou ani dnes jednotné. Zde je velice důležitá osobnost každého člověka.(15)

- Projevy psychického stárnutí dle Doc. PhDr. Lenky Hajer - Müllerové, Ph.D.

a) Změny kognitivních (poznávacích) schopností – klesají tzv. výkonové křivky, zpomaluje se psychomotorické tempo. Projevuje se to zvláště v zátěžových situacích, např. při složitějším jednání. Bývá ochuzena fantazie, dostavuje se nechuť řešit aktuální problémy, proto starý člověk často působí dojmem bezradnosti. Stupně oslabování psychických funkcí lze však do určité míry kompenzovat. (4)

b) Změny paměti a učení – obtížně se vybavují některé názvy, hůře se udrží v paměti nové poznatky, ožívují se však staré vzpomínky. Je nižší koncentrace pozornosti. Všechny psychické změny nesměřují však vždy k horšímu, naopak. Často se např. zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné a duševní činnosti. Většinou se také stupňuje trpělivost a pochopení pro motivy jednání vrstevníků. U normálního stáří nechybí soudnost a zlepšuje se rozvaha (“moudré stáří”). Je větší stálost v názorech a vztazích. (4)

c) Změny osobnosti – slábnutím tlumivých procesů se základní povahové rysy stávají zřetelné, odpadá společenská korekce. Dříve šetrný člověk je ve stáří lakomcem, opatrný se stává nedůvěřivým až vztahovačným, nepořádný je ve stáří schopen žít v nepředstavitelném prostředí špíny a nepotřebných věcí. Vzrůstá introverze, uzavírání se do sebe, v extrému až samotářství. Naopak z dřívějších společensky většinou velmi úspěšných extrovertů se mohou stát “žvaniví” starci obtěžující stereotypním vyprávěním historek z mládí. Rostoucí egocentrismus je častý, zřetelně vyjádřený u těch, kteří v mládí byli sobečtí. Není to však obecné pravidlo, je mnoho altruistických starých lidí. Starý člověk bývá opatrnější, rezervovanější, méně přístupný novým věcem, vše hodnotí svou zkušeností. Odtud je jen krok ke zkosnatělosti, konzervatismu a k odmítání nových věcí. Geront se obvykle nepouští do činnosti s nejistým výsledkem, bojí se neúspěchu, selhání. Nerad rozhoduje o složitých problémech. Dochází též ke změně ve stupnici hodnot: do popředí se dostávají hodnoty bazální – zdraví, dobré tělesné funkce, jídlo, duševní klid. (4)

d) Mění se emocionalita – mohlo by se zdát, že geront je emotivnější – snadno pláče, nezvládne dojetí. Jde však spíše o neschopnost zvládnout emoce. Vlastní emotivita je naopak většinou snížena, oploštěna. Citové vztahy k okolí se snižují, klesá empatie (schopnost vcítění se do situace jiných lidí). To vede ke zhoršení v navazování kontaktů a může přispívat k osamělosti starého člověka. (4)

e) Zpomaluje se psychomotorická a percepční činnost – vážne zejména činnost náročná na rychlost reakce a rozhodování. Tam, kde činnost nevyžaduje řadu rychlých pohybů v měnlivém sledu, je schopen starý člověk pracovat přesně a vytrvale, nezřídka lépe než mladý člověk. Zpomalené rozhodování může mít významný vliv např. na řízení

motorového vozidla. Trvající aktivita je zřetelnou prevencí zpomalování psychomotorických funkcí.(4)

f) Paměť – všeobecně se soudí, že pro stáří je typická tzv. inverze paměti (retinování starších zážitků, špatná paměť pro vjemy nedávné), že paměť se obecně zhoršuje. Novější výzkumy ukazují, že pro zdravé stáří tento názor neplatí v plném rozsahu. Zdá se, že není-li rušena pozornost, je-li zachována motivace a aktivita, paměť starého člověka nemusí být podstatněji dotčena. Inverze paměti spíše patří mezi časné patologické příznaky organických mozkových změn. (4)

g) Kreativita (tvůrčí schopnost) – klesá daleko dříve, než lze vůbec mluvit o stáří. Tvůrčí schopnosti kulminují nejpozději kolem 40. roku, pak postupně klesají. Z tohoto pravidla jsou však četné výjimky, rozhodující je celá předchozí činnost a stále trvajícím aktivita je nejefektivnější prevencí poklesu tvůrčích schopností. Slovní zásoba zůstává většinou zachována až do pozdního věku.(4)

### ***1.2.6 Sociální stárnutí***

Problém reakce a adaptace na stáří začíná, když si člověk poprvé uvědomí, že stárne. (4)

Charakter této reakce nelze odhadnout dopředu, roli zde hraje průběh celé životní dráhy. Lidé, kteří se již v mládí špatně přizpůsobovali svému okolí, trpí i špatnou adaptací na vlastní stáří a naopak. Protože každý člověk je součástí určitého společenství, může právě společnost jeho adaptaci usnadnit.(15)

### ***1.2.7 Stáří a nemoc***

Stáří je nevratný, univerzální biologický proces, který nejsme schopni definovat. Postihuje všechny orgány, které začínají ztrácet svoji funkčnost. Starý organismus se hůře přizpůsobuje měnícím se podmínkám vnitřního i vnějšího prostředí. Začíná ztrácet své adaptační schopnosti. Mnohočetná orgánová patologie a involuční změny charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří. (19)

S věkem se mění a rozrůstá spektrum nemocnosti, narůstají chronické degenerativní choroby. Dochází ke kombinaci orgánových postižení, která doprovázejí celkovou rizikovost seniora.

Hodnocení zdravotního stavu seniora je obtížné.(19)

### ***1.2.8 Zvláštnosti klinického obrazu***

Pro geriatrickou medicínu je charakteristické, že řada chorob probíhá ve stáří odlišně. Je to způsobeno jednak tím, že průběh chorobného stavu je modifikován fyziologickými změnami stárnutí, které postihují jednotlivé orgánové systémy. Dále je to způsobeno ztrátou funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů. Nemoc se neprojevuje obvyklými příznaky. Všechny choroby (např. virózy) jsou provázeny zvýšeným rizikem úmrtí. Je třeba mít stále na paměti, že nejčastější zdravotní problémy ve stáří jsou:

- závratě, pády, poruchy chůze
- poruchy spánku, zejména nespavost
- delirantní stavy
- poruchy vyprazdňování
- proleženiny
- dehydratace (20)

## **1.3 Demence**

### ***1.3.1 Obecně o demenci***

Demence je trvalý úbytek duševních funkcí a schopností. Za příčinu vzniku demence jsou považovány tři skupiny onemocnění mozku – arteriosklerózy s poruchami prokrvení mozku (ischemicko-vaskulární demence), důsledky jiných chorobných stavů (symptomatické demence), Alzheimerova nemoc (atroficko-degenerativní onemocnění mozku). (24)

Označení demence pochází z latinského slova “mens”=“mysl” a předpony “de”=“od”. Slovo “demens” můžeme přeložit jako “šílený”, tedy někdo, kdo myslí pozbyl. Aurelius Cornelius Celsus ve svém díle “De medicina”, z prvního století našeho letopočtu, použil termín demence jako první. (11)

Demenci můžeme definovat jako syndrom způsobený chorobou mozku, převážně chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž řadíme paměť, myšlení, orientaci, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí však zastřeno není. Často se přidává porušené chápání a výjimečně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, motivace nebo emočního chování. Demence se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek. (11)

Demence se často přiřazuje k “nemocem stáří”, i když se občas vyskytuje také u lidí mladších 65 let. Výskyt demence u populace mezi 45. a 54. rokem života je jen 0,025 procenta. U 65leté populace trpí demencí méně než jedno procento. Avšak u lidí mezi 65. a 70. rokem je to už 2,5 procenta a u lidí starších 84 let trpí touto nemocí každý pátý občan. Nárůst střední délky života má za následek prudký nárůst pacientů s demencí. Vzhledem k jejímu častému výskytu se o ní začíná mluvit jako o “nemoci století”. (2)

I když se v minulosti mluvilo o nejrůznějších příčinách podmiňujících vznik demence, není dosud příčina známa. Nelze však popřít, že svoji roli hraje genetika, stárnutí, vážné poranění lebky, vysoký krevní tlak. Není však třeba podléhat panice, pokud patříme do některé z uvedených skupin, protože šance, že se demence u nás nevyvine, je stále vyšší než ta, že jí budeme zasaženi.(2)

### ***1.3.2 Příčiny demence***

Mezi nejčastější příčiny demence ve vyšším věku patří:

- Alzheimerova nemoc (50 – 60%)
- Vaskulární demence (15 – 30%)
- Demence u Parkinsonovy choroby (5 – 10%)

- Frontotempolární demence (3 – 5%, před 65. rokem až 15%)
- Sekundární demence (2 – 5%) (19)

### ***1.3.3 Určení diagnózy demence***

Pro stanovení diagnózy demence musejí být splněna následující diagnostická kritéria:

- Tato globální kognitivní porucha postihuje paměť a minimálně jednu další oblast – myšlení, orientaci, řeč, úsudek, abstrakci, poznávání, učení, praxi a exekutivní funkce.
- Zhoršení společenského a pracovního zapojení člověka. V první řadě jsou postiženy složité činnosti – ovládání mobilního telefonu, řízení auta, v pozdější době i schopnost provádět základní sebeobslužné úkony.
- Postupující progresse – je nutné trvání poruchy nejméně po dobu 6 měsíců. (19)

### ***1.3.4 Rozpoznání demence***

Rozpoznání příznaků demence je velice potřebné jak pro lékaře, zdravotní sestry, tak i pro lidi, kteří žijí společně nebo v blízkosti starých lidí. Diagnostika je velice důležitá v prvotních fázích, kdy je ještě možná kauzální léčba: nádor – operace, alkohol – abstinence, průmyslové jedy – změna zaměstnání atd. Všimáme si, jak pacient mluví (jak formuluje věty, bohatost slovní zásoby, jak reaguje na dotazy), jak chápe, jak je orientovaný, zda má halucinace. První příznaky jsou právě většinou poruchy intelektu a paměti. Problematickým příznakem často bývá paranoidita. Pacient začíná být nedůvěřivý, vztahovačný, přecitlivělý, dotčený i ve svém blízkém rodinném kruhu. To rodina většinou těžce nese a nemůže si na nastalou situaci zvyknout. V mnohých případech se tato situace stává pro ambulantní péči nemocného v rodině neúnosnou, a tak nemocný končí v některém ze zdravotnických nebo sociálních zařízení. To může průběh nemoci podstatně urychlit. Vytrhnutí dementního člověka z prostředí, ve kterém je zvyklý, které zná, je problémem. Mnohdy se neorientuje ve svém prostředí, natož v novém a cizím. (11)

### **1.3.5 Klinický obraz**

- Kognitivní porucha různého stupně je vždy přítomna:

- a) lehká demence – porucha řeči, mírná porucha orientace, zhoršený náhled, změny chování nebo nálady, nespolehlivé užívání léků, omezení sociálních aktivit, potíže při zvládání finančních záležitostí. (19)
- b) středně těžká demence – časová a místní dezorientace, porucha řeči a porozumění, potíže se zvládáním běžných domácích prací, progresivní poruchy paměti, ztráta náhledu, problémy s dodržováním hygieny, pravidlem je výskyt závažnějších behaviorálních poruch. (19)
- c) těžká demence – těžká porucha novopaměti i staropaměti, těžká dezorientace, neschopnost dodržet hygienu, těžká smíšená fatická porucha, inkontinence, porucha motorických stereotypů včetně chůze. (19)

- Omezení v instrumentálních činnostech:

V pokročilých fázích nemoci i v sebeobslužných činnostech. (19)

- Behaviorální a psychologické symptomy u demence:

Dochází ke změně osobnosti, depresi, úzkosti, apatii, agresivitě, zmatenosti, agitovanosti, bludům, bloudění. V průběhu nemoci se vyskytují s různou intenzitou a mívají přechodné trvání. Často vedou k nutnosti ústavní péče.(19)

### **1.3.6 Rozdělení demencí**

- Rozdělení – Mezinárodní klasifikace nemocí

- a) - Demence u Alzheimerovy nemoci ( F 00, G 30)
  - Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem ( F 00.0, G 30.0)
  - Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem ( F 00.1, G 30.1)
  - Demence u Alzheimerovy nemoci , atypického nebo smíšeného typu ( F 00.2, G 30.8)
  - Demence u Alzheimerovy nemoci , NS ( F 00.9, G 30.9)
- b) - Vaskulární demence ( F 01)

- Vaskulární demence s akutním začátkem ( F 01.0)
  - Multiinfarktová demence ( F 01.1)
  - Subkortikální vaskulární demence ( F 01.2)
  - Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence ( F 01.3)
  - Jiné vaskulární demence ( F 01.8)
  - Vaskulární demence, NS ( F 01.9) (11)
- c) - Demence u jiných nemocí zařazených jinde ( F 02)
- Demence u Pickovy choroby ( F 02.0, G 31.0)
  - Demence u Creutzfeldtovy–Jakobovy nemoci ( F 02.1, A 81.0)
  - Demence u Huntingtonovy nemoci ( F 02.2, G 10+)
  - Demence u Parkinsonovy nemoci ( F 02.3. G 20+)
  - Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie – HIV ( F 02.4, B 22.0)
  - Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde ( F 02.8), kam patří např. demence u mozkové lipidózy, epilepsie, hyperkalcemie, hypotyreózy, intoxikace, sclerosis multiplex, deficitu niacinu (pelagra), trypanosomóze, karenci vitamínu B12
- d) - Neurčená demence ( F 03) (11)

### ***1.3.7 Shrnutí***

Demence je jedním z nejčastěji se vyskytujících psychických onemocnění u starých lidí. Člověk s demencí je postižen postupným úpadkem osobnosti a destruktivností nemoci. V její poslední fázi se pacient stěží podobá osobě, kterou byl jako zdravý jedinec.(2)

## **1.4 Syndrom vyhoření**

### ***1.4.1 Obecně o syndromu***

Syndrom vyhoření je reakcí organismu na mimořádně zatěžující situaci v životě člověka, kdy dochází k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil.



Dotyčný dochází k závěru, že je v bezvýchodné situaci a že již nemůže dál. Dostavuje se u něj pocit naprosté beznaděje. (6)

Syndrom vyhoření vzniká dlouhotrvající situací, která je pro nás velice emočně náročná. Syndrom vyhaslosti není nemoc. Jedná se o proces, který se objevuje v průběhu kariéry. (1)

Pojem “syndrom vyhoření”, neboli syndrom vyhaslosti, vypálení, ang. burnout, poprvé použil v letech 1974 – 1975 v USA H. J. Freudenberger. (1)

V pomáhajících profesích má kvalita lidského vztahu pracovníka vůči klientovi prvořadý význam, avšak kladení vysokých nároků na tento vztah, nemusí být vždy správné. (9)

#### ***1.4.2 Stádia vývoje vyhoření***

1. fáze – člověk se přetěžuje, v popředí jsou jeho ideály, nadšení, zaujetí
2. fáze – fyzické i psychické vyčerpání
3. fáze – obranné postoje, dehumanizace vnímání svého okolí, odcizení
4. fáze – lhostejnost, negativismus, vyčerpání

#### ***1.4.3 Symptomy***

Mezi nejčastější spouštěče patří dlouhodobý chronický stres. V běžném životě na nás působí velké množství stresorů a stres se pro nás stává společníkem v každodenním životě. Záleží však na každém z nás, jak se těžkým životním situacím a stresu dokážeme bránit. (6)

##### - psychické symptomy:

- dostavuje se pocit, že výsledek dlouhodobého a namáhavého úsilí a snažení je zanedbatelný,
- pocit celkového vyčerpání – duševní, emoční, vyčerpání v kognitivní oblasti se ztrátou motivace,
- expresivní popisování únavy – “jsem na dně”, “ mám toho po krk”,

- utlumení celkové aktivity,
- dostávají se pocity deprese, smutku, frustrace, beznaděje, bezvýchodnosti, bezsmyslnosti,
- přesvědčení o své bezcennosti a postradatelnosti, což někdy hraničí až s mikromanickými bludy,
- projevy cynismu, negativismu a hostility,
- ztráta zájmu o věci týkající se jeho profese,
- sebelítost, (7)

- fyzické symptomy:

- celková vyčerpanost organismu, ochablost, apatie,
- rychlá unavitelnost,
- bolesti srdce, změny srdeční frekvence, obtíže se zažíváním, dýchací obtíže, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku,
- zvýšené nebezpečí vzniku závislosti,
- omezení tělesné aktivity, (7)

- sociální symptomy:

- nezájem o hodnocení a názory druhých lidí, útlum sociability,
- snaha omezit veškeré kontakty s klienty, kolegy,
- nechůť k vykonávání profese,
- ztráta empatie,
- narůstání konfliktů kvůli lhostejnosti, apatii atd.(7)

#### ***1.4.4 Nejvíce ohrožené skupiny***

Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy tzv. pomáhající profese. Zvýšené riziko je také u osob vysoce motivovaných ke své práci, osob nadšených, s vysokými ambicemi. Riziko výskytu je také u lidí pečlivých, soupeřivých, odpovědných, uspěchaných. (6)

## 1.5 Místa, kde mohou senioři hledat pomoc

### 1.5.1 Poradny Bílého kruhu bezpečí

- Poradna – Brno, Olomouc, Ostrava, Pardubice, Plzeň, Praha, Dona centrum Ostrava;(16)

- Hlavní poslání Bílého kruhu bezpečí :

- a) pomoc obětem trestné činnosti,
- b) zlepšení právního postavení poškozených v trestním řízení a ve společnosti. (17)

- Další poslání:

- a) zvýšení informovanosti občanů i veřejné správy o problémech, které se týkají obětí trestných činností,
- b) zvýšení informovanosti o prevenci kriminality, zásady chování snižující riziko stát se obětí trestného činu,
- c) spolupráce s národními institucemi i mezinárodními organizacemi,
- d) založení a správa nadace pro oběti trestné činnosti. (17)

- Činnost Bílého kruhu bezpečí:

- a) oběti se dostává odborné, diskrétní pomoci formou psychologické, morální a právní pomoci. Všechny tyto nabízené služby jsou bezplatné.
- b) spolupráce při tvorbě zákonů,
- c) publikační činnost, přednášky, semináře, kongresy, vystupování v médiích,
- d) vlastní publikační činnost formou brožur, letáků,
- e) zlepšení postavení oběti v oblasti materiální, (17)

- Nadstandardní poskytované služby:

- a) doprovod k soudu,
- b) návštěvy zraněných obětí v nemocnicích,
- c) víkendové pobyty,
- d) zprostředkování následné péče,
- e) operativní finanční pomoc (13)

### **1.5.2 Navazující služby**

- Policie ČR – poskytne pomoc každému občanovi, který se na ni obrátí. Zasáhne v případě, pokud v rodině dojde k protiprávnímu jednání vůči zájmům chráněným zákonem. (14)

- Městská policie – má podobné pravomoci jako policie ČR. (14)

- Krizová centra – Krizová pomoc je ambulanti nebo pobytová. Je poskytována na přechodnou dobu. Je určena osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života a nejsou schopny svoji tíživou situaci vyřešit vlastními silami. Je zde zajištěno ubytování, strava, terapeutická činnost, pomoc při prosazování práv a zájmů. Tato služba je poskytována bezplatně. Např. Krizové centrum RIAPS v Praze. (14)

- Lékař – Oběť, zraněná v důsledku spáchání trestného činu, by měla navštívit svého praktického lékaře. Je nutné lékaři uvést pravdu, nesnažit se nikoho bránit. Lékařská zpráva může sloužit jako důkazní materiál pro případ trestního řízení.

- Občanské poradny – Nabízejí pomoc orientovat se v problémech, týkajících se rodiny a mezilidských vztahů, bydlení, sociální pomoci, majetkových vztahů, pracovního práva, sociálních dávek atd. (14) Občanské poradny jsou v každém větším městě. (17)

- Linky důvěry – Většina těchto linek je v neustálém provozu a jejich využití je bezplatné, snadno dostupné. Nabízená pomoc se týká právního kontaktu, následné péče atd. Anonymita klientů je plně zachována. (14)

Např. Linka “Bílý kruh bezpečí”, Dona linka, Linka poradny pro seniory, sdružení “Život 90”, Krizová linka – Seniortelefon, Zlatá linka seniorů. (12)

### **1.6 Legislativa**

V současné době jsou platné následující zákony, které se vztahují k dané problematice. Dochází k jejich úpravě, rozšiřování.

### **1.6.1 Zákon č. 94/1963 Sb. – Zákon o rodině**

#### - Vyživné – Vzájemná vyživovací povinnost rodičů a dětí

§ 87 - Pokud nejsou rodiče schopni se sami živit, jsou jejich děti, které jsou schopny se samy živit, povinny zajistit svým rodičům slušnou výživu.

Tuto vyživovací povinnost plní každé dítě takovým dílem, který odpovídá poměru jeho možností, schopností a poměrům majetkovým k schopnostem, možnostem a majetkovým poměrům dětí ostatních.(26)

### **1.6.2 Zákon č. 140/1961 Sb. – Trestní zákon**

#### - Trestné činy proti rodině a mládeži

##### - Zanedbání povinné výživy

§ 213 – Ten, kdo tuto svoji povinnost neplní, byť z nedbalosti, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

Ten, kdo se úmyslně této zákonem dané povinnosti vyhýbá, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

Ten, kdo z jakéhokoli důvodu uvedeného výše vydá oprávněnou osobu nebezpečí nouze, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta. (22)

##### - Týrání svěřené osoby

§ 215 - Ten, kdo týrá osobu, kterou má ve své péči nebo výchově, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.

Ten, kdo týrá osobu sobě blízkou nebo osobu žijící s ním ve společné domácnosti, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

Ten, kdo čin uvedený výše spáchá zvlášť surovým způsobem, na více osobách nebo pokračuje-li v páchání tohoto činu po delší dobu, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až osm let. (22)

##### - Týrání osoby žijící ve společně obývaném bytě nebo domě

§ 215a - Ten, kdo osobu blízkou nebo jinou osobu žijící ve společně obývaném bytě nebo domě týrá, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta.

Ten, kdo čin uvedený výše spáchá zvlášť surovým způsobem, na více osobách nebo pokračuje-li v páčání tohoto činu po delší dobu, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až osm let. (22)

- Trestné činy proti životu a zdraví

- Vražda

§ 219 - Ten, kdo jiného usmrtí úmyslně, bude potrestán odnětím svobody na 10 až 15 let.

Ten, kdo čin uvedený výše spáchá na dvou nebo více osobách, zvlášť surovým nebo trýznivým způsobem; opětovně; na těhotné ženě; na osobě mladší patnácti let; na veřejném činiteli při výkonu nebo pro výkon jeho pravomoci; na jiném pro jeho rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání, nebo proto, že je bez vyznání; v úmyslu získat majetkový prospěch, nebo v úmyslu zakrýt nebo usnadnit jiný trestný čin, anebo z jiné zvlášť zavrženíhodné pohnutky, bude potrestán odnětím svobody na 12 až 15 let nebo výjimečným trestem. (22)

- Ublížení na zdraví

§ 221 - Ten, kdo druhému úmyslně ublíží na zdraví, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

Ten, kdo činem uvedeným výše způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.

Ten, kdo činem uvedeným výše způsobí smrt, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let.

§ 222 - Ten, kdo druhému úmyslně způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až osm let.

Ten, kdo činem uvedeným výše způsobí smrt, bude potrestán odnětím svobody na pět až dvanáct let. (22)

- Trestné činy proti svobodě a lidské důstojnosti

- Omezování osobní svobody

§ 231 – Ten, kdo jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody až na 2 léta.

Ten, kdo spáchá čin uvedený výše v úmyslu usnadnit jiný trestný čin, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

Ten, kdo činem uvedeným výše způsobí těžkou újmu na zdraví, smrt, nebo jiný zvlášť závažný následek, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až deset let. (22)

- Zbavení osobní svobody

§ 232 – Ten, kdo jiného zbaví osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let.

Ten, kdo činem uvedeným výše způsobí těžkou újmu na zdraví, smrt nebo zvlášť závažný následek, bude potrestán odnětím svobody na pět až dvanáct let. (22)

- Vydírání

§ 235 – Ten, kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy nutí, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

Ten, kdo spáchá čin uvedený výše se zbraní; způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví nebo značnou škodu, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až osm let.

Ten, kdo činem uvedeným výše způsobí smrt nebo značnou škodu, bude potrestán odnětím svobody na pět až dvanáct let. (22)

- Útisk

§ 237 – Ten, kdo jiného nutí, zneužívaje jeho tísně nebo závislosti, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců. (22)

### ***1.6.3 Zákon č.135/2006 - Zákon na ochranu před domácím násilím***

Zákon na ochranu před domácím násilím nabyl účinnosti dne 1. ledna 2007. Tento zákon by měl zásadním způsobem změnit postavení osob, kterých se násilí týká. Návrh tohoto zákona byl vypracován expertní skupinou Aliance proti domácímu násilí, která vznikla v roce 2004 z iniciativy Bílého kruhu bezpečí a Morris ČR a.s. na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. Jsou zde propojeny postupy policie, justice a sociálních služeb v procesu řešení případů domácího násilí. (23)

Zákon přináší tzv. institut vykázání, který poskytuje policistům právo vykázat násilníka na 10 dní ze společného obydlí. Obětem bude po tuto dobu poskytována psychosociální a právní pomoc prostřednictvím intervenčních center, která nastíní možné způsoby řešení dané situace. O vykázání či zákazu vstupu bude mít právo rozhodnout každý příslušník Policie ČR. Smyslem vykázání je prioritně chránit osoby ohrožené domácím násilím před možnými útoky proti jejich životu, zdraví, svobodě a před zvláště závažnými útoky proti lidské důstojnosti. (23)

Nový model ochrany poskytuje oddělení ohrožené osoby a násilníka na ohraničenou dobu 10 dnů, ale také poskytuje odbornou pomoc ohrožené osobě eliminovat další útoky proti základním lidským hodnotám. Po uplynutí doby vykázání se odpovědnost za další průběh situace vrací zpět do rukou ohrožené osobě. Oběť může dosáhnout prodloužení této ochrany cestou návrhu na vydání předběžného opatření. O tomto již rozhoduje soud. Tento návrh není zpoplatněn. Policie ČR tímto rozhodnutím o vykázání nebo zákazu vstupu chrání oběti ohrožené domácím násilím před násilníkem teritoriálně. Teritoriální způsob ochrany je možno spojit s ochranou personální, která spočívá v zákazu kontaktování a přiblížení násilné osoby. O této ochraně rozhoduje pouze soud. (23)

Policie ČR je v oblasti domácího násilí školená, aby byla schopna domácí násilí poznat. Pracovníci intervenčních center absolvují základní školení.

Přesto, že se domácí násilí týká převážně žen, nové znění zákona pamatuje i na seniory. Měl by pomoci řešit situace všem osobám ohroženým domácím násilím. (23)



## **2. Cíle práce a hypotézy**

Cílem práce je lépe poznat danou problematiku, uvést konkrétní případy, způsoby, kterými je domácí násilí na seniorských pacientech trpících duševní poruchou pácháno. Zjistit častost výskytu tohoto problému.

Vzhledem k použití kvalitativního způsobu šetření nelze hypotézy stanovit.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použitá metodika**

Výzkum na téma “ Domácí násilí na seniorských pacientech trpících duševní poruchou” byl prováděn kvalitativním způsobem šetření za použití metod polořízeného a neřízeného rozhovoru, sekundární analýzy dat, zúčastněného – skrytého pozorování.

Sekundární analýza dat byla použita společně se zúčastněným – skrytým pozorováním pro vytvoření záznamových archů jednotlivých klientů, do kterých byl značen měnicí se výraz tváře seniora, celkové postavení těla a měnicí se nálada v přítomnosti určitých osob. Pozorování bylo prováděno u 3 osob. Na základě získaných informací prostřednictvím všech výše uvedených metod byly vytvořeny kazuistiky 5 klientů zařízení. Pozorování trvalo po dobu 2 týdnů 5 hodin denně.

Technika polořízeného rozhovoru byla použita u zdravotnického personálu, který byl v každodenním kontaktu se seniory. Rozhovor obsahoval cca 20 otázek, nejvíce zaměřených na domácí násilí, častost jeho výskytu, na vztahy s rodinami, náročnost a únavnost práce se seniory. Součástí byly také identifikační otázky. Rozhovory se uskutečnily během jednoho týdne v domově pro seniory.

Technika neřízeného rozhovoru byla použita k dokreslení situace týkající se domácího násilí, k získání informací od seniorů o jejich současném stavu, postoji k dané problematice a osobnímu názoru.

Veškeré informace, které byly o týraných seniorech zjištěny, byly následně ověřeny u zdravotnického nebo sociálního personálu.

Výzkum byl prováděn v domově pro seniory a na jednom oddělení psychiatrické léčebny pro seniory.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný vzorek byl tvořen částí populace, která musela splňovat následující směrodatná kritéria: - umístění v rámci domova pro seniory

- ve zdravotní dokumentaci uvedena diagnóza psychického onemocnění
- věk nad 65 let

Zúčastnění senioři byli vybráni po konzultaci se zdravotnickým personálem a vedením. Tyto osoby znají současný fyzický i duševní stav svých klientů, a tudíž mohou posoudit, zda je pro ně vhodné výzkumu se účastnit a zda mohou nechat praktikantku nahlížet do jejich dokumentace.

Zdravotnický personál byl k řízenému rozhovoru vybrán podle následujících kritérií – minimální doba praxe s duševně nemocnými seniory : 20 let

- minimální dosažené vzdělání : středoškolské.

Vzhledem ke složení zdravotnického personálu bylo všech 5 dotazovaných osob ženského pohlaví, protože v zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn, muži nepracují.

Senioři, kteří byli vybráni pro dokreslení problematiky, byli zvoleni dle stupně rozsahu svého psychického onemocnění z důvodu získání validních dat. Samozřejmě i jejich výpovědi byly následně konzultovány s personálem. Výběr těchto seniorů byl velice problematický, jak z důvodu jejich současného stavu, tak i vzhledem k rozdílné ochotě komunikovat. Tím se výběr velice zúžil.

## 4. Výsledky

### 4.1 Výsledky sekundární analýzy dat

#### *Kazuistika 1.*

Paní Zdena, v domově pro seniory od roku 2000. Se svojí rodinou vycházela dobře. Má dva syny, kteří mají časově náročné zaměstnání, a ona je nechtěla zatěžovat svou přítomností. Z tohoto důvodu si podala žádost o umístění do domova pro seniory. Klientka má problémy se srdcem a špatně se pohybuje. Jeden ze synů ji neustále žádá o hlídání svých dvou dětí. Musí si pro ně sama přijít a v předem přesně určenou dobu je opět dovést do synova bytu. Pokud se opozdí, je slovně napadána, že není schopna se o nic postarat a že jim jen přidělává starosti. Toto hlídání je pro ni vzhledem k jejím nemocem velice náročné. Nedávno svému synovi řekla, že ji hlídání vnoučat sice zatěžuje, ale že je hlídá ráda. Požádala ho, zda by jí je nemohl přivést a opět si je vyzvednout. Syn jí velice vulgárně vynadal. O takovou pomoc prý nestojí a že je k ničemu. Po dobu, kterou klientka vnoučata hlídá, platí jejich stravu a velice často také školní potřeby. Syn jí nijak finančně nevypomáhá, ale předem navádí své děti, aby pokud něco potřebují, řekly babičce. Paní Zdena tedy nadále, přes své zhoršující se zdravotní potíže, děti hlídá, aby neztratila kontakt se synem a jeho rodinou.

Druhý syn je alkoholik a chodí za ní pouze pro peníze na alkohol. Ona je velice ráda, že k ní přichází, a tak mu peníze šetří a na každou jeho návštěvu kupuje nějaký alkohol. Tímto způsobem si získává synovu přízeň. Pokud však peníze ani alkohol nemá, syn se k ní chová vulgárně, vyhrožuje jí, že za ní přestane chodit. Veškeré své finance poskytuje synovi, tím pádem jí nezůstává nic pro ni samu. Stravuje se pouze jídlem, které má předem zaplacené v domově.

**Závěr:** Klientka si tedy u obou synů musí návštěvy a alespoň trochu přízně získávat buď finanční podporou, nebo hlídáním dětí. Tato situace na ni působí jak po stránce psychické, tak i po stránce fyzické neblaze a vyčerpává ji i finančně.

## ***Kazuistika 2.***

Paní Marie, 73 roků. Má dceru, která se o matku po smrti jejího manžela starala. Vše bylo v pořádku, dokud dcera nepřišla o zaměstnání a nezačala naopak o pomoc žádat svoji matku. Zpočátku to bylo pouze takovou mírnou finanční podporou, kterou jí klientka poskytovala, protože dcera slíbila, že si nějakou práci najde. S tímto vědomím ji podporovala a velice litovala. Dcera neustále tvrdila, jak se snaží zaměstnání najít, ale že pro ni nic nemají. Samozřejmě si žádnou práci nehledala.

Postupem času si na finanční obnosy od matky zvykla. Zjistila, že je mnohem výhodnější být doma a brát peníze od matky, než chodit do práce a mít pouze o pár korun více. Avšak její náročnost se začala postupem času zvyšovat a dosahovala takové míry, že v okamžiku, kdy klientka obdržela důchod, vzápětí ho zabavila. Nechávala jí minimální částku, která byla na živobytí opravdu nedostačující. Jídlo, jež si klientka kupovala z takové “almužny”, jí dcera začala brát také. Prý nemusí pořád jíst a pít, stačí jí stravovat se jednou denně a voda z vodovodu je pro ni úplně vyhovující.

Se silnou dehydratací a podvýživou byla klientka přijata na žádost obvodní lékařky na gerontologické oddělení psychiatrické léčebny. Tam ji dcera sice navštěvovala, ale opět pouze proto, aby ji vždy zabavila její důchod.

***Závěr:*** Klientka byla tedy vydírána po stránce finanční a psychické. Z důvodu neposkytování stravy a tekutin i po stránce fyzické.

### ***Kazuistika 3.***

Paní Květa žila 30 roků ve šťastném a spokojeném manželství. Společně s manželem vychovali 3 syny, kteří se k nim chovají velice slušně, snaží se je ve všem podporovat a se vším jim pomáhat. Avšak manžel onemocněl Alzheimerovou demencí a tím se vše změnilo. Manžel klientku v důsledku své nemoci začal podezřívat z nevěry, z krádeže peněz, pronásledování. Klientka se s těmito situacemi nesvěřila nikomu, ani synům. Nemoc manžela se prohlubovala a začaly se objevovat první známky agrese – slovní napadání, ale i fyzické útoky.

Manžel ji začal vyhazovat z jejich rodinného domku a nechtěl pouštět zpět. Mnohdy ji nechával spávat venku před dveřmi, navzdory nevlídnému počasí. Druhý den, když ji vzal zpátky, za všechno se jí omlouval. Říkal, že ji moc miluje a nemůže bez ní žít. Projevoval velikou lítost, ale za týden se to opakovalo znovu.

Za nějaký čas se tato situace stala pro klientku natolik neúnosnou, že vše řekla rodině a požádala syny o pomoc. Ti si matku vzali k sobě. Otec však nechtěl být nikam přemístěn, a tak klientka byla donucena se vrátit zpět domů. Manžel však nebyl schopen se o sebe sám postarat. Bylo její povinností, pokud může, o něho pečovat. To, že se přestěhovala k synovi, danou situaci neřešilo.

Mužův stav se stále zhoršoval, až byl hospitalizován v psychiatrické léčebně. Klientka poté odešla do domova důchodců. Se syny má vztah stále dobrý, navštěvují ji a snaží se jí pomáhat.

***Závěr:*** Zde se tedy setkáváme se situací, kdy duševně nemocný senior byl obětí, ale i agresorem. Je zde patrné jak psychické, tak i fyzické násilí.

#### ***Kazuistika 4.***

Paní Věra společně se svým manželem vychovala 3 syny. Ve 40 letech ovdověla. Jeden ze synů se stal alkoholikem a za nějaký čas se k této závislosti přidala závislost na hracích automatech. Patologické hráčství a alkoholismus byly pro jeho rodinu neúnosné a syn se rozvedl. Po skončení manželství se přestěhoval do rodinného domku zpět ke své matce, která ho litovala a měla pro něho pochopení. Avšak on této vstřícnosti své matky začal využívat, začal si od ní půjčovat nemalé finanční obnosy, přestal chodit do práce, nevracel se domů, začal si půjčovat peníze od svých známých. Jeho časté absence v zaměstnání vyvrcholily výpovědí. Syn tedy zůstal bez stálého příjmu a jeho dluhy rostly. Protože je nebyl schopen splácet, začali si lidé, kterým dlužil, chodit pro peníze k jeho matce. Ta se snažila vše splatit. Tím vyčerpala veškeré své finanční možnosti. Syn trávil všechnen čas po hernách se sklenkou. Když se pod vlivem alkoholu po několika dnech vracel domů, napadal matku slovně i tělesně. Ta to vše trpěla s pocity viny, že za všechno může ona, protože svého syna špatně vychovala. Klientka se z neustálého strachu, že syn není doma, něco se mu stalo, a když se vrátí, co se bude odehrávat, nakonec psychicky zhroutila. Byla duševně vyčerpaná, velice vyhublá, měla četné modřiny a odřeniny. V tomto těžkém stavu byla doporučena obvodní lékařkou k přijetí do domova důchodců, kde žije od roku 2003.

***Závěr:*** Setkáváme se zde s psychickým, fyzickým i ekonomickým týráním. Kombinace těchto tří druhů násilí je pro oběť velice nebezpečná.

### ***Kazuistika 5.***

Pan František, 75letý vysokoškolský profesor, vdovec, žil ve společné domácnosti se svým synem. V psychiatrické léčebně byl hospitalizován pro bipolární afektivní poruchu. Syn je rozvedený a pracuje na plný úvazek.

Klienta přijali na gerontopsychiatrické oddělení psychiatrické léčebny na žádost praktické lékařky. Nacházel se ve velmi vážném psychickém i somatickém stavu, byl velice vyhublý, dehydratovaný, těžce hygienicky zanedbaný, páchnoucí, s podlitinami na těle. Klient halucinoval, nařikal a třásl se po celém těle.

Syn se neustále dožadoval nároku na výplatu podpory při ošetřování člena rodiny. Dle praktické lékařky však péči absolutně nezvládal. Občas sice otce dopravil do nějakého zdravotnického zařízení, ale po několika dnech se dožadoval jeho propuštění s tím, že další péči zajistí sám. Jedinou pomoc, kterou syn přijal, byla donáška obědů z místní charity.

Po zaplacení nejnnutnějších plateb zbylé finanční prostředky z otcova důchodu užíval syn pro svoji potřebu ( návštěvy restaurací a hraní na výherních automatech), domů nekupoval žádné jídlo ani potřeby pro domácnost. Při jedné z návštěv byla lékařka svědkem toho, jak přinesenou polévku z charity syn otci vzal a snědl sám. Své jednání vysvětlil tím, že tuto polévku otec nerad. Odběr druhého jídla zrušil s tím, že otci polévka stačí, že je to moc drahé a otec stejně pořád jenom polehává. Stav domácnosti lékařka označila jako katastrofální.

Syn vyzvedával otcův důchod na poště. Vydáván mu byl proto, že otec je údajně nemožný a on mu tak chce vypomoci. ( Na poště plakal, že je otec ochrnutý a po mrtvici.)

Klient se po rehydrataci, opatrně zvyšovaných pravidelných dávkách potravy, rehabilitaci a při nadstandardní péči sester téměř zázračně vzpamatoval.

Pacient se za jednání svého syna stydí, nechce podat žádné trestní oznámení. Je patrné, že přes všechny nepříjemné situace je na svém synovi závislý. Pokud dojde řeč na bití či hladovění, sklání hlavu velice hluboko.



Na počátku pobytu v léčebně si při jakémkoliv pokusu personálu o přiblížení kryl hlavu rukama. Je třeba také říci, že syn za otcem přichází.

Navštěvuje ho však pouze se záměrem získání finančního obnosu. Klient si nechává od sestřiček kupovat různé pochutiny, které schovává, a dává je synovi při návštěvě. Ten i v léčebně otci jí jeho obědy a pije čaj určený klientům. Otce i zde několikrát velice hrubě slovně napadl. Slovní agresi muž užívá i vůči personálu, protože se podle jeho mínění o otce starají špatně a on si zaslouží lepší péči.

V poslední době jezdí méně, nemá prý totiž žádné peníze, nemá na cestu, ani na boty, protože otcův pobyt v léčebně ho stojí veškeré peníze.

**Závěr:** Tento příběh je nejhorší, s jakým jsem se setkala. Kombinují se zde všechny možné formy násilí společně s neuvěřitelnou drzostí.

## ***4.2 Výsledky polořízeného rozhovoru***

### Identifikace respondentů

Věková struktura respondentů byla v rozmezí 50 – 59 let ( 50, 51, 51, 53, 59). Dosažené vzdělání respondentů bylo ve všech případech středoškolské. Všichni respondenti byli ženského pohlaví, vzhledem k zastoupení pohlaví na pracovišti.

### Názor na násilí

Respondenti se jednoznačně shodli, že násilí páchané na seniorech je v dnešní společnosti častým problémem, který by se však neměl vyskytovat. Neschvalují ho, považují ho za primitivní. Velký vliv spatřují v dnešních informačních médiích (internet, televize, video), negativní vzory působí i ze zahraničí. Je nutno proti tomuto jevu bojovat přijímáním nových, přísnějších zákonů a přísnějším potrestáním viníků.

### Osobní zkušenost s násilím na seniorech

Všichni respondenti se s domácím násilím na seniorech setkávají. Velmi často s nimi pracují a jsou v neustálém kontaktu.

### Osobní postoj k seniorům s kognitivní poruchou (demencí)

Respondenti odpovídali shodně, jejich postoj k seniorům s touto poruchou je kladný. Je namístě se k nim snažit chovat stejně jako k ostatním, ale při práci je potřeba mnohem více trpělivosti, zkušeností, empatie a ohleduplnosti. Vstřícné chování senioři ocení a práce s nimi je pak příjemnější a mnohdy snadnější.

### Názor na náročnost práce se seniory

Dle názoru respondentů je práce se seniory velice náročná, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Je potřeba mnoho trpělivosti a soucitu, bez nich by práce se seniory nebyla možná. Nadpoloviční část seniorů je za každou pomoc vděčná, jsou spokojeni, že má o ně někdo zájem a že se o ně někdo stará. Na druhou stranu se to s péčí nesmí moc přehánět, protože potom se tito lidé cítí nepotřební, nevyužití, mají pocit méněcennosti, připadají si na někom závislí.

### Názor na míru ohroženosti seniorů v dnešní době

Respondenti se shodli, že senioři společně s dětmi jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin v této době. Jsou bezbranní a nemají takovou možnost násilí čelit. Senioři jsou také ke svému okolí mnohem citlivější a vnímavější. Více pocítují křivdu. Jsou většinou

oslabení po stránce fyzické i psychické, a tak s nimi mnoho lidí umí velice dobře manipulovat.

#### Názor na nejčastější příčiny konfliktů mezi seniory a rodinou

Za hlavní příčinu neshod mezi seniory a jejich rodinami považují respondenti nevyřízené majetkové spory, které jsou mnohdy složité a vleklé, což ostatní konflikty podporuje a prohlubuje. Často také jde o důvody citové – seniorům chybí láska a starostlivost ze strany rodiny, což je podmíněno malou návštěvností seniorů v domově důchodců, tedy pomíjivým kontaktem. Mezi převážnou částí seniorů a jejich rodinami je velký “generační rozdíl” a ten je navíc často prohlubován demencí rodičů či prarodičů. V tomto případě většina neshod pramení z názorové rozdílnosti a nepochopení.

#### Častost návštěv seniorů rodinami

Na základě informací získaných od respondentů lze soudit, že některé rodiny navštěvují své blízké pravidelně. Leckteří si své rodinné příslušníky berou domů na víkend, nebo alespoň na nedělní oběd. Samozřejmě jsou zde i senioři, za kterými nechodí nikdo, nikdo o ně nejeví po dlouhou dobu zájem. Ale jakmile je období vyplácení důchodů, je o blaho seniorů zájem velký. Zvýšená návštěvnost je také o Vánocích, Velikonocích a narozeninách, kdy pro blízké z jejich návštěvy plyne také nějaký finanční obnos.

#### Nejčastější formy domácího násilí na seniorech

Dle respondentů je nejrozšířenější forma násilí ekonomická, jak je patrné z předcházejícího textu. Setkávají se však také s psychickým vydíráním ve formě – “nepřijedeme za tebou, nemáme peníze” atd. Často klienti přicházejí do domova důchodců velice hygienicky zanedbaní. Vzhledem ke svému věku a onemocněním bývají manipulováni a nuceni dělat věci, které jednoznačně odmítají.

#### Nejhorší forma násilí

Respondenti se shodují, že jakákoliv forma násilí páchaného na seniorech je proti veškerým stanoveným normám, proti lidskosti a je naprosto nepřijatelná. Avšak vůbec si nedokáží představit psychické a fyzické týrání.

Okolnosti, které podmiňují vznik násilí Tázání spatřují hlavní problém ve výchově a v osobním příkladu ze strany rodičů. Pokud se špatně chováme ke svým rodičům, velmi

často nám to naše děti vrátí – připadá jim to normální. Podle jejich názoru je vliv okolí a společnosti druhořadý. Ale připouští, že vlivů je mnohem více.

#### Nejčastější pachatelé násilí

V této oblasti se respondenti neshodli. Někdo považuje za nejčastější agresory děti, jiní zase partnery. Je to v každém jednotlivém případě odlišné, nedá se jednoznačně specifikovat. Shodují se však na tom, že pokud je násilí pácháno dětmi, je to pro seniora mnohem horší, než kdyby agresorem byl partner. Senioři do svých dětí vkládají veškeré naděje, svoji sílu. Věnují jim velký kus svého života, prožívají s nimi smutné i veselé chvíle v jejich životě.

#### Postoj k domácímu násilí páchanému na seniorech s demencí

Zde respondenti zaujímají jednoznačný postoj. Násilí vůči bezbranným lidem je vůbec nejhorší, jaké může být. Je to jednání trestuhodné a je nutno proti němu bojovat. Útočit jakýmkoliv způsobem na nemohoucí seniory je zavrženíhodný čin, který by se měl z dnešní společnosti úplně vymýtit.

#### Skrytost násilí

Násilí na seniorech je dle názoru respondentů velice skryté. Důvodů je několik – omezená možnost kontaktu s okolím, zmenšená společenská přizpůsobivost, zdravotní potíže, bezbrannost a v neposlední řadě stud a pocit vlastního selhání.

#### Nejčastější důvod nástupu seniorů do domova důchodců

Dle dotazovaných přicházejí senioři do domova důchodců nejčastěji z důvodu přenechání bytu dětem. Jinou častou příčinou je jejich pocit, že jsou svým rodinám na obtíž. Odchodem do domova jim chtějí usnadnit život a nechtějí je sebou zatěžovat. Neméně častou okolností je pocit samoty po odchodu partnera. I když senior žije ve společné domácnosti se svými dětmi, je stále sám. Potomci chodí do práce, mají své povinnosti a nemohou se seniorovi celý den věnovat tak, jak tomu byl zvyklý za života s partnerem. Často je důvodem nástupu do domova také nutnost jistoty, že o ně bude až do konce života odborně postaráno.

#### Syndrom vyhoření

Respondenti, jako vykonavatelé pomáhající profese, u sebe ani u svých kolegů syndrom vyhoření nepocítují. Práce se seniory je baví a naplňuje. Samozřejmě se někdy

naskytnou okolnosti, kdy má člověk pocit, že jeho práce je zbytečná, že ji nikdo neocení. Ale za okamžik přijde situace, kdy si řekne – má to cenu a jsme tu užiteční.

#### Vyčerpávatelnost práce se seniory

Přes velikou náročnost všechny dotazované práce se seniory velice baví a naplňuje jejich potřeby. Milý a vděčný usměv potěší každého.

Připouští také, že někteří klienti jsou velmi nároční a dokáží během několika hodin vyčerpat z člověka veškerou energii, kterou potřeboval na celý den.

#### Organizace zaměřené na pomoc obětem domácího násilí

Nikdo z respondentů nemá konkrétní představu, kam by se měl senior obrátit. Ale kdyby byli nuceni takovou situaci řešit, pomoc by hledali na policii, na lince důvěry a u obvodní lékařky.

### ***4.3 Výsledky neřízeného rozhovoru s klienty zařízení***

Senioři jednoznačně domácí násilí páchané na seniorech, ale i ženách a dětech, odsuzují. Dle jejich názoru a zkušeností si tuto skutečnost nedokáží vůbec představit ani nijak vysvětlit. Za dob jejich mládí děti své rodiče uctívali a vážili si jich. Považovali je za svůj vzor, snažili se jim pomáhat. Byli také vychováváni k úctě k ostatním lidem v jejich okolí.

V současné společnosti jsou podle seniorů velice posunuty hranice slušného chování. Hlavní problém spatřují v dnešní uspěchané době, kdy se rodiče zajímají více o vlastní kariéru než o výchovu svých dětí. Jejich potomci mají velikou volnost a rodiče jim svou absenci vynahrazují po stránce materiální. Další problém vidí ve zvýšeném výskytu násilí všeobecně. Setkáváme se s ním dnes již všude (ulice, televize, počítačové hry). Často je toto násilí bráno ne jako něco opovrženého, ale jako hrdinství a projev síly.

Senioři se v dnešní době cítí velice ohroženi, protože současní mladí lidé nemají ke stáří žádnou úctu.

Skrytost domácího násilí spatřují zejména v tom, že senioři, kterých se toto násilí týká, berou chování svých dětí jako osobní životní prohru a stydí se za ni. Především dávají vinu sami sobě, že pochybili ve výchově, a ony jim to tímto způsobem dávají najevo.

Podle seniorů je nejčastější formou domácího násilí páchaného na starých lidech týrání ekonomické. Pokud by se měli v případě, že by se jich domácí násilí týkalo, někam obrátit, byl by to obvodní lékař.

Senioři považují danou problematiku za velmi vážnou . Pokud se, dle jejich názoru, těmito otázkami nezačnou více zabývat příslušné instituce, nevidí východisko.

#### 4.4 Výsledky pozorování

### Záznamový arch - klient 1

#### Výraz tváře

Tabulka 1 – 1. týden

Den v týdnu	Výraz tváře během dne					Celkově za den
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 – 2. týden

Den v týdnu	Výraz tváře během dne					Celkově za den
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						

Zdroj: vlastní výzkum

Pozn.: úsměv, pohoda, celkový klid

nepřítomný pohled

strach, úzkost

## Celkové postavení těla

Tabulka 2 – 1. týden

Den v týdnu	Postavení těla během dne					Celkově za den
Pondělí	klid	klid	napětí	napětí	napětí	napětí
Úterý	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí
Středa	napětí	napětí	obranné reakce	obranné reakce	obranné reakce	obranné reakce
Čtvrtek	klid	klid	obranné reakce	obranné reakce	obranné reakce	obranné reakce
Pátek	napětí	napětí	napětí	napětí	obranné reakce	napětí

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 – 2. týden

Den v týdnu	Postavení těla během dne					Celkově za den
Pondělí	klid	klid	klid	klid	klid	klid
Úterý	klid	klid	klid	napětí	napětí	napětí
Středa	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí
Čtvrtek	klid	klid	klid	klid	klid	klid
Pátek	klid	klid	klid	klid	klid	klid

Zdroj: vlastní výzkum



## Změna nálad v přítomnosti osob

Tabulka 3 – 1. týden

Den v týdnu	Přítomnost osob		
	personál	rodina	spoluklienti
Pondělí	zhoršení	zhoršení	zhoršení
Úterý	bez změny		zlepšení
Středa	bez změny		zlepšení
Čtvrtek	bez změny	zhoršení	bez změny
Pátek	bez změny		zlepšení

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 – 2. týden

Den v týdnu	Přítomnost osob		
	personál	rodina	spoluklienti
Pondělí	zlepšení		bez změny
Úterý	zlepšení		zlepšení
Středa	zlepšení		bez změny
Čtvrtek	bez změny		zhoršení
Pátek	zlepšení		zlepšení

Zdroj: vlastní výzkum

## **Komentář tabulek 1 – 3: klient 1**

### Tabulka 1: Výraz tváře

#### 1. týden

V první den pozorování byl klient ze začátku veselý, působil na mě klidným a vyrovnaným dojmem. Po oznámení sociální pracovnice, že dnes ho přijde navštívit rodina, výraz jeho tváře se velice změnil. Postupně se projevovala nervozita, klient se začal tvářit nepřítomně a vyděšeně. Byl to pohled opravdu nepříjemný. Zde se ukázalo, že pouhé připomenutí rodinných příslušníků je pro něj stresující. Tak tomu bylo i ve čtvrtek. Špatná nálada trvala po celou dobu návštěvy, ale pokračovala a doznívala i další den. Pokud se nesetkal s žádným rodinným příslušníkem, byl veselý a usměvavý i po ránu, kdy většina klientů byla nevrlá.

#### 2. týden

Druhý týden pozorování byl klient mnohem veselejší. Pouze v úterý došlo k neshodě s jedním z dalších klientů zařízení, což pro něj bylo nepříjemné. Stranil se ostatnímu kolektivu, seděl bokem a bylo vidět, že nad něčím přemýšlí. Jinak byl celý týden klidný.

### Tabulka 2: Celkové postavení těla

#### 1. týden

Klientův výraz tváře korespondoval s celkovým postavením těla během dne. Jeho uvolnění či napětí se měnilo podle nálad, momentálního rozpoložení, ale převážně bylo klidné. Pouze v přítomnosti rodinných příslušníků, ale i před ohlášenou návštěvou a po ní, byl klient velice napjatý. Ve chvíli, kdy do místnosti vstoupila rodina, okamžitě zaujal obranný postoj. Snažil se chránit si rukama obličej. Tento postoj zaujal i v okamžiku, kdy žádné násilí v zařízení nehrozilo. Působilo to na mě jako neovladatelný projev reflexu. Klient se nebránil pouze rukama před obličejem, ale také nataženýma nohama, které byly ve velké křeči. Na požádání sociální pracovnice zůstala rodina s klientem ve společenské místnosti, takže bylo možné sledovat další vývoj setkání.

## 2. týden

Druhý týden by pro klienta o poznání příjemnější. Nikdo z rodiny ho nenavštívil a s personálem i ostatními klienty vycházel vcelku dobře. Pouze někdy se kolektivu stranil, choulil se v koutku nebo odcházel do pokoje. Často seděl opřený v křesle a přemýšlel.

### Tabulka 3: Změna nálad v přítomnosti osob

#### 1. týden

Klient vychází velice dobře jak s ostatními klienty, tak s personálem. Nálada v jejich přítomnosti se buď zlepšila, nebo zůstala stejná. Pouze pokud mu bylo personálem oznámeno, že ho navštíví rodina, jeho nálada se zhoršila, což nemůžeme připisovat jeho vztahu k personálu.

#### 2. týden































V tomto týdnu se pouze potvrdily výše uvedené vztahy k pracovníkům a ostatním klientům.

Závěr: Klientův výraz tváře i postavení těla se měnily v závislosti na přítomných osobách. Pokud byl v jeho blízkosti personál nebo spoluklienti, bylo vše v pořádku. Jakmile přišel někdo z rodiny, jeho celkový stav se změnil k horšímu.

## Záznamový arch - klient 2































### Výraz tváře

Tabulka 1 – 1. týden


Den v týdnu	Výraz tváře během dne					Celkově za den
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						


Zdroj: vlastní výzkum


Tabulka 1 – 2. týden

Den v týdnu	Výraz tváře během dne					Celkově za den
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						

Zdroj: vlastní výzkum

Pozn.: úsměv, pohoda, celkový klid 

nepřítomný pohled 

strach, úzkost 

## Celkové postavení těla

Tabulka 2 – 1. týden

Den v týdnu	Postavení těla během dne					Celkově za den
Pondělí	klid	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí
Úterý	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí
Středa	napětí	obranné reakce	obranné reakce	obranné reakce	obranné reakce	obranné reakce
Čtvrtek	klid	klid	klid	klid	klid	klid
Pátek	klid	klid	napětí	napětí	klid	klid

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 – 2. týden

Den v týdnu	Postavení těla během dne					Celkově za den
Pondělí	klid	klid	klid	klid	napětí	klid
Úterý	klid	klid	klid	klid	napětí	klid
Středa	klid	napětí	napětí	napětí	klid	napětí
Čtvrtek	klid	klid	klid	klid	klid	klid
Pátek	klid	klid	klid	klid	klid	klid

Zdroj: vlastní výzkum

## Změna nálad v přítomnosti osob

Tabulka 3 – 1. týden

Den v týdnu	Přítomnost osob		
	personál	rodina	spoluklienti
Pondělí	zhoršení		bez změny
Úterý	bez změny		bez změny
Středa	bez změny	zhoršení	bez změny
Čtvrtek	zlepšení		zlepšení
Pátek	bez změny		bez změny

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 – 2. týden

Den v týdnu	Přítomnost osob		
	personál	rodina	spoluklienti
Pondělí	zlepšení		zlepšení
Úterý	zhoršení		bez změny
Středa	bez změny	zhoršení	zlepšení
Čtvrtek	zlepšení		zlepšení
Pátek	bez změny		bez změny

Zdroj: vlastní výzkum

## **Komentář tabulek 1 - 3: klient 2**

### Tabulka 1: Výraz tváře

#### 1. týden

Výraz tváře klientky byl po dobu prvního týdne proměnlivý. V první den pozorování převažovala úzkost a stranění se ostatním lidem. V úterý byl výraz tváře neutrální, bez známky radosti i nějakých větších obav. Strach a úzkost jsem u klientky pozorovala ve středu, kdy ji navštívil její syn, který byl pod mírným vlivem alkoholu. Již od rána byla smutná a zamyšlená. Úzkost u ní trvala až do pozdních odpoledních hodin i přesto, že návštěva syna trvala chvíli. Čtvrtek už byl poměrně veselejší, stejně tak i pátek.

#### 2. týden

Tento týden byl výraz tváře klientky podstatně veselejší. Pondělí prožívala v celkové pohodě. Vyhledávala společnost jak ostatních klientů, tak i personálu. Po kontaktu s nimi byla vždy veselejší. V úterý byla také spokojená. Pouze v odpoledních hodinách došlo k malému nedorozumění s personálem, ale po chvíli bylo vše v pořádku. Ve středu přišel na návštěvu syn, který u klientky opět vyvolal úzkost a strach. Na chvíli ji rozveselila jiná obyvatelka zařízení. Po zbytek týdne byla spokojená a usměvavá.

### Tabulka 2: Celkové postavení těla

#### 1. týden

V pondělí bylo u klientky patrné napětí. Stejně tomu bylo i v úterý, kdy se k napětí přidala i značná nervozita. Ve středu si při synově vstupu do místnosti dávala ruce před obličej a celá se schoulila. Ve čtvrtek se na ní žádná úzkost z předcházejícího dne neprojevovala. Po zbytek týdne byla veselá a spokojená.

#### 2. týden

Druhý týden byla klientka v celkové pohodě. Působila klidně, měla usměvavý výraz. Pouze ve středu bylo patrné napětí, ale opět jen v přítomnosti syna. Po zbytek týdne byla veselá.

### Tabulka 3: Změna nálad v přítomnosti osob

#### 1. týden

V přítomnosti personálu i ostatních spoluklientů došlo ke zlepšení nálady, nebo se nálada nezměnila. Pouze v přítomnosti syna se zhoršila.

#### 2. týden

Tento týden klientka opět vycházela dobře s personálem i ostatními přítomnými. Nálada se jí v kontaktu s nimi většinou zlepšila. Při setkání se synem byla opět v horším rozpoložení.































Závěr: Zde je také patrné zhoršení nálady v přítomnosti rodiny. Druhý týden byla klientka veselejší a usměvavější.



## Záznamový arch - klient 3































### Výraz tváře

Tabulka 1 – 1. týden


Den v týdnu	Výraz tváře během dne					Celkově za den
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						


Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1- 2. týden

Den v týdnu	Výraz tváře během dne					Celkově za den
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						

Zdroj: vlastní výzkum

Pozn.: úsměv, pohoda, celkový klid 

nepřítomný pohled 

strach, úzkost 

## Celkové postavení těla

Tabulka 2 - 1. týden

Den v týdnu	Postavení těla během dne					Celkově za den
Pondělí	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí
Úterý	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí
Středa	napětí	napětí	napětí	klid	klid	napětí
Čtvrtek	napětí	napětí	napětí	klid	klid	klid
Pátek	klid	klid	napětí	napětí	napětí	napětí

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 – 2. týden

Den v týdnu	Postavení těla během dne					Celkově za den
Pondělí	klid	klid	klid	klid	napětí	klid
Úterý	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí	napětí
Středa	napětí	napětí	klid	klid	klid	klid
Čtvrtek	klid	klid	klid	klid	klid	klid
Pátek	klid	klid	napětí	klid	napětí	klid

Zdroj: vlastní výzkum

## Změna nálad v přítomnosti osob

Tabulka 3 – 1. týden

Den v týdnu	Přítomnost osob		
	personál	rodina	spoluklienti
Pondělí	zhoršení		zhoršení
Úterý	bez změny	zhoršení	bez změny
Středa	zlepšení		zlepšení
Čtvrtek	bez změny		bez změny
Pátek	zlepšení	zhoršení	zlepšení

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 – 2. týden

Den v týdnu	Přítomnost osob		
	personál	rodina	spoluklienti
Pondělí	bez změny		bez změny
Úterý	bez změny	zhoršení	bez změny
Středa	zlepšení		zlepšení
Čtvrtek	bez změny		bez změny
Pátek	bez změny		bez změny

Zdroj: vlastní výzkum

### **Komentář tabulek 1 – 3: klient 3**

#### Tabulka 1: Výraz tváře

##### 1. týden

Začátek týdne nebyl pro klientku moc příjemný. Celé pondělí byla smutná, bylo vidět, že ji něco trápí. V úterý ji navštívila dcera a výraz tváře se nezměnil. Středeční dopoledne byla zamyšlená, ale odpoledne už usměvavá. Ve čtvrtek byla po ránu smutná, měla obavy, ale zbytek dne trávil v celkovém klidu. V pátek ji navštívila opět dcera a výraz tváře klientky byl smutný.

##### 2. týden

Druhý týden pozorování byla klientka o poznání veselejší a usměvavější. Pouze v úterý při návštěvě dcery byla patrná její úzkost a napětí.

#### Tabulka 2: Celkové postavení těla

##### 1. týden

Celkové postavení těla plně korespondovalo s výrazem tváře. Celé pondělí, úterý a část středy byla velice rozrušená. Po zbytek týdne se střídalo napětí a klid.

##### 2. týden

Tento týden byl pro klientku klidný. Pouze v úterý, v den návštěvy dcery, bylo patrné napětí a nervozita.

#### Tabulka 3: Změna nálad v přítomnosti osob

##### 1. týden

Klientka má ráda jak personál, tak i ostatní spoluklienty. Pouze v pondělí jí přítomnost těchto osob byla nepříjemná. V blízkosti rodiny se její nálada vždy zhoršila.

##### 2. týden

Druhý týden byly psychické projevy obdobné jako předcházející. V přítomnosti pracovníků i ostatních klientů se nálada buď nezměnila, nebo se zlepšila. Při návštěvě rodiny se jí nálada opět zhoršila.

Závěr: Tato klientka byla o poznání veselejší než dva předchozí pozorování senioři.

V přítomnosti rodiny se jí nálada také zhoršila, ale nebylo to tak markantní jako u obou uvedených, klientů. Dobré vztahy má jak s personálem, tak i s ostatními klienty.

## 5. Diskuze

Ve svém výzkumu jsem se nejprve zaměřila na všeobecný názor týkající se domácího násilí. Bylo zjištěno, že domácí násilí páchané na seniorech je častý problém. Podle názoru všech respondentů by se neměl vyskytovat a je zarážející, že jeho existence neustále vzrůstá. Hlavní problém spatřuje zdravotnický personál ve vlivu současných informačních médií (internet, televize, video) a v negativním vzoru ze zahraničí. Stejný názor mají i dotazovaní senioři. Ti nemohou tento fakt pochopit, nevěří, že jsou lidé schopni chovat se k sobě navzájem takovým způsobem. Získaný poznatek je potvrzen také sociologem Ivem Možným, který ve své knize uvádí, že násilí ve společnosti roste a dosahuje alarmující podoby. (5)

Dále jsem zjišťovala, jak často se zdravotnický personál a ostatní klienti zařízení setkávají s násilím na seniorech. Veškerý dotazovaný zdravotnický personál se s násilím na seniorech setkává, což potvrdilo moji původní domněnku. Ostatní klienti se setkávají s tímto jevem pouze zřídka, spíše o něm vědí z doslechu.

Dotazováním týkajícím se osobního postoje k seniorům s duševní poruchou bylo prokázáno, že vztah personálu k seniorům je kladný a že je potřeba mnoho trpělivosti, zkušeností, empatie a ohleduplnosti. Při pozorování bylo zjištěno, že práce se starými a dementními lidmi je opravdu velmi náročná jak pro personál, tak i pro rodinné příslušníky. Helena Kučerová uvádí, že mnohé rodiny nejsou na takovou zátěž připraveny, nemají dostatek trpělivosti a nedokáží si na danou situaci zvyknout (11).

Další oblast zkoumání byla zaměřena na náročnost práce se seniory. Bylo zjištěno, že práce s touto částí populace je velice náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické. Senioři jsou za péči vděční. Tento poznatek mě nepřekvapil. Spoustu lidí po odchodu svého celoživotního partnera zůstává samo a každá pomoc a vlídné slovo jsou pro ně velice důležité. Na druhou stranu, žádný člověk nedokáže být neustále milý, ochotný, vstřícný. Při práci s těmito lidmi je to však nezbytné, a tak dochází, dle mého názoru, ke zvýšenému výskytu syndromu vyhoření. Vysoké vyčerpání touto prací a následný vznik syndromu vyhoření, nejčastěji vyskytující se u pomáhajících profesí, je potvrzen i v knize Taťány Holekové(6)

V otázce zaměřené na míru ohroženosti seniorů v dnešní době se zdravotnický personál shoduje, že senioři jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin v současné společnosti, a dodává, že jsou na tom podobně jako děti. Jsou bezbranní a nemají takovou možnost násilí čelit. Tento poznatek se mi potvrzuje v knize Domácí násilí, násilí na mužích a seniorech, kde kolektiv autor uvádí, že současná populace seniorů je jednou z nejvíce ohrožených skupin.(8) S tím plně souhlasí i dotazovaní senioři, kteří se svěřují, že v dnešní společnosti mají strach a cítí se velice ohroženi.

Další část práce se týkala nejčastějších příčin konfliktů mezi seniorem a rodinou. Zde bylo zjištěno, že mezi nejvíce vyskytující se konflikty patří nevyřízené majetkové spory a velký mezigenerační rozdíl. Většina neshod pramení také z názorové rozdílnosti a vzájemného nepochopení. Tato domněnka se mi potvrdila v průběhu pozorování, kdy nejčastějším důvodem neshod, nedorozumění i agrese byly finance. Děti po svých rodičích vyžadují vysoké finanční obnosy na úkor kvality života rodičů.

Tohoto tématu se týkala i následující oblast zkoumání, která zjišťovala návštěvnost seniorů v domovech pro seniory jejich rodinami. Jedním často se vyskytujícím důvodem návštěv v domově pro seniory i v léčebně bylo obdržení nějaké finanční částky. Za celý měsíc seniora nikdo nenavštíví, avšak v období vyplácení důchodů stoupne návštěvnost téměř o 100 %. To je potvrzeno i v knize Domácí násilí, násilí na mužích a seniorech, kde se uvádí, že ekonomické násilí se projevuje neoprávněným vyžadováním finančních obnosů, které chtějí děti po svých rodičích, neochotou dětí financovat svým rodičům jídlo, šatstvo, léky. (8)

Dále byly zkoumány nejčastější formy domácího násilí na seniorech. Dle zdravotnického personálu se jedná právě o ekonomické násilí, které je nejčtenější. Jejich sdělení potvrzuje výše uvedené. Časté je také psychické vydírání. S tím souhlasí i dotazovaní senioři.

Mezi nejhorší formy násilí zařadil zdravotnický personál fyzické a psychické násilí. S tímto názorem musím plně souhlasit. Zdravotnický personál i senioři se shodují v tom, že ať už je násilí v jakákoliv formě, je zavrženíhodné a nemělo by se vůbec vyskytovat.

Otázkou zaměřenou na skrytost násilí bylo zjištěno, že zdravotnický personál spatřuje tento problém jako velice latentní. Tato skrytost je způsobena omezeným kontaktem seniorů s okolím, zmenšením společenské přizpůsobivosti, zdravotními potížemi, bezbranností, studem a pocitem vlastní viny. S tímto názorem souhlasím a potvrzují ho i samotní senioři. Uvádějí, že hlavní roli zde hraje přijímání situace jako své životní prohry. Z tohoto důvodu se nikomu nesvěřují. K tomuto tématu literatura uvádí, že násilí páchané na seniorech je skryté, velmi těžko odhalitelné z důvodu neznalosti možností seniora, kde hledat pomoc.(19) V tomto případě jsem došla ke stejným závěrům jako literatura pouze částečně. Je pravda, že málokterý senior zná místa, kam by se v případě, že se ho násilí bude týkat, obrátil. Na druhou stranu vědí, že pomoc mohou hledat u svého obvodního lékaře či u Policie ČR. Při sekundární analýze dat bylo zjištěno, že velkou část domácího násilí na seniorech odhalil právě obvodní lékař. Stejnou neznalost organizací zabývajících se pomocí obětem násilí má i zdravotnický personál, což je pro mě překvapující zjištění. Co se latentnosti násilí týče, musím plně souhlasit.

Oblast zkoumání zaměřená na nejčastější pachatele domácího násilí na seniorech rozdělila respondenty na dvě poloviny. Jedna polovina udává, že nejčastějšími pachateli jsou partneři, druzí za nejčastější agresory považují děti. Dle mých poznatků jsou agresory nejčastěji děti. Pouze v jednom případě jsem se setkala s případem, kde pachatelem násilí byl partner. Literatura uvádí, že pachatele násilí tvoří ze dvou třetin partneři a z jedné třetiny potomci.(5) S tím musím nesouhlasit.

Dvě otázky byly zaměřeny na výskyt syndromu vyhoření u pomáhající profese a na vyčerpávatelnost práce se seniory, což dle mého názoru spolu souvisí.

Zde bylo zjištěno, že personál u sebe ani u svých kolegů syndrom vyhoření nepozoruje, což pro mě bylo vzhledem k věkovému zastoupení respondentů velice překvapující. Je to práce nesmírně náročná a nejčastější výskyt syndromu vyhoření je zaznamenáván u pomáhajících profesí.(6)

Všichni senioři mají stejný názor jako zdravotnický personál.

Charakteristické rysy a podoby domácího násilí, jako neustálé kritizování, ponižování, urážení, zesměšňování, hrubé nadávky, snižování sebedůvěry, ekonomické



vydírání, omezování osobní svobody, vyhrožování a tělesné ubližování, uváděné Hanou Vykopalovou (25), byly zjištěny i v mém výzkumu. Všechny tyto formy domácího násilí byly patrné jak při pozorování, tak i při sekundární analýze dat. Nejčastěji vyskytující se bylo ekonomické vydírání, snižování sebedůvěry, urážky a ponižování.

Domácí násilí je vážný problém, který se vyskytuje mezi všemi skupinami, vrstvami lidí, a to bez ohledu na věk, etnickou příslušnost, náboženskou orientaci.(8) S tímto poznatkem musím také souhlasit. Vzhledem k mému vzorku výzkumu nemohu hodnotit věk. V případě etnické příslušnosti jsem na rozpacích. V naší zemi žije spousta různých národností, ale ani v psychiatrické léčebně, ani v domově důchodců jsem se s jinou než českou národností nesešla. Souhlasit však musím s tvrzením, že při domácím násilí nezáleží na dosaženém stupni vzdělání. Pan František, kterého uvádím v kazuistice 5, je velmi vzdělaný vysokoškolský profesor. Agresor, v tomto případě syn, je také vysokoškolsky vzdělaný muž.

Domácí násilí je problém, za který se oběť stydí.(5) Toto tvrzení jsem zkoumala u seniorů, kteří mi jej potvrdili. Násilí páchané jejich dětmi berou jako svoji prohru a opravdu se za ni stydí. V tomto bodě se shodují s názorem zdravotnického personálu.

Setkáváme se také s předsudkem a chybnou myšlenkovou konstrukcí, že domácí násilí v rodině je záležitostí soukromou, že si za něho oběť může sama (8). S tímto názorem se nemohu ztotožnit. Nikdo z rodičů, kteří své děti vychovali, si nezaslouží, aby je potomci napadali, uráželi nebo dokonce týrali.

S případem, že by agresorem byl známý oběti, soused či pečovatel, jsem se nesešla. Senioři naopak své okolí chválí a na personál, který se o ně stará, nedají dopustit.

S některými z tělesných forem násilí, které mají mnoho podob, jako např. drobná poranění, zranění většího rozsahu, těžké ublížení na zdraví, ba i smrt, ale na druhé straně také odpírání tekutin, potravy, léků, základních hygienických potřeb, záměrné vystavování oběti chladu a tepla, které uvádí Helena Haškovcová (5), jsem se skutečně setkala. S vystavováním oběti chladu v případě paní Květy, se zraněními většího rozsahu u paní Květy a paní Věry. U pana Františka bylo shledáno dokonce

těžké ublížení na zdraví. Odpírání potravy a pití jsem zaznamenala u paní Marie, paní Věry a u pana Františka.

Jak uvádí literatura, pokud není se seniorem něco v pořádku, projeví se to ve výrazu tváře, v mimice, očním kontaktu, svalovém napětí, rytmu dechu, gestikulaci rukou, pozici těla, na celkovém postoji a držení těla.(18) Toto konstatování je podle mého pozorování pravdivé. Z výrazu tváře a celkového postavení těla se dá vyčíst spousta věcí. Z měnící se nálady v přítomnosti různých osob můžeme vypozerovat sympatie či antipatie k dané osobě. Z mého zkoumání je patrné, že většině klientů se nálada zhorší v přítomnosti jejich rodinného příslušníka, a naopak zlepší v přítomnosti personálu nebo spoluklientů.

Velkou roli v oblasti domácího násilí hraje také sociální prostředí. Ztráta osobních vztahů, anonymita velkých měst a převaha ekonomických zájmů se stávají základem pro vzniku týrání.(8) S tím musím opět souhlasit. Pokud senior žije na vesnici a nebude delší dobu vycházet ven nebo bude působit smutně, určitě si toho někdo v jeho okolí všimne. Ve velkých městech se lidé neznají a jsou k sobě více lhostejní.

Mezi další zdroje agresivity řadí literatura špatné vztahy v rodině, nemoc agresora, dědičnost, výchovu a agresivní psychopatii. S tímto tvrzením se ztotožňuji. V jednom případě jsem se setkala s agresorem, který trpěl vážnou duševní chorobou.

Ve výzkumu, který jsem prováděla, jsem dospěla k velmi podobným závěrům, jaké jsou uváděny v literatuře. Pouze v málo případech jsem se s literaturou neshodla.

Na základě provedeného výzkumu jsem dospěla k následujícím hypotézám.

- Hypotéza 1 – Senioři trpící demencí jsou častěji oběti ekonomického násilí než dalších typů násilí a zneužívání.
- Hypotéza 2 – Latentnost domácího násilí na seniorech je způsobena studem a pocitem viny seniorů.

## 6. Závěr

Při zpracovávání tématu své bakalářské práce jsem se dozvěděla spoustu nových věcí a ujistila se, že se této problematice chci věnovat i nadále. Je to téma opravdu komplikované. Jestliže se jím zabýváme, zasahujeme do nejnějnějšího světa lidí, kterých se násilí týká. Je nezbytné být velice empatický, citlivý a nesnažit se získat informace za každou cenu.

Domácí násilí páchané na seniorech je téma velice citlivé, široké a komplikované. Nikdo neví, co se děje za “ zavřenými dveřmi” bytů a domů všude kolem nás. Násilí, ať se vyskytuje v jakékoliv formě a ať je pácháno na komkoliv, je vždy špatné a je nezbytné proti němu bojovat.

Současný stav této problematiky u nás nabývá na závažnosti. Jedná se o jev vyskytující se stále častěji. Je smutné, že si blízcí lidé dokáží ubližovat tím nejhorším způsobem. U seniorů trpících duševní chorobou a dětí je to snad ještě horší, a to z důvodu jejich bezbrannosti. Útočit na někoho, kdo mi není roven, je slabší a navíc nemocný, je zavrženíhodné.

Je také nutno dodat, že společnost se tímto problémem začíná stále více zabývat, vznikají nové organizace za účelem pomoci obětem trestných činů. Je to velký pokrok a všichni musíme doufat, že situace bude jenom lepší.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*; [z anglického originálu *Simplicity of dementia* přeložila Hana Kašparovská]. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.
3. GREGOR, Ota. *Žít se stresem, to je kumšt*. 2. vydání. Praha: Galén, 2002. 220 s. ISBN 80-7262-053-3.
4. HAJER-MILLEROVÁ, Lenka. *Klinická gerontologie – geriatrie*. 1. vydání. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Pedagogická fakulta, 2003. 70 s. ISBN 80-7262-365-6.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-x.
6. HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
7. KEBZA, Vladimír – ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: funkční duševní porucha: informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 23 s. ISBN 80-7071-099-3.
8. KOLEKTIV AUTORŮ. *Domácí násilí, násilí na mužích a seniorech*. 1. vydání. Praha/Kroměříž: Triton, 2006. 108 s. ISBN 80-7254-914-6.
9. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 1999. 147 s. ISBN 80-7178-318-8.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Konflikty mezi lidmi*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-x.
11. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

- 12.** *Linky důvěry* [online]. [cit. 2007-3-13]. Dostupné z:  
<http://www.capld.cz/show.php?sk=9>.
- 13.** *Nadstandardní služby* [online]. [cit. 2007-3-16]. Dostupné z:  
[http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id\\_categoryNode=276](http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_categoryNode=276).
- 14.** *Navazující služby* [online]. [cit. 2007-3-15]. Dostupné z:  
[http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id\\_categoryNode=259](http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_categoryNode=259)
- 15.** PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scientia Medica, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
- 16.** *Poradny Bílého kruhu bezpečí v České republice* [online]. [cit. 2007-3-12].  
Dostupné z:  
[http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id\\_categoryNode=341](http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_categoryNode=341).
- 17.** *Poslání a činnost* [online]. [cit. 2007-3-16]. Dostupné z:  
[http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id\\_categoryNode=240](http://www.bkb.cz/redaction.php?action=showRedaction&id_categoryNode=240).
- 18.** PRAŠKO, Ján – PRAŠKOVÁ, Hana. *Agresivitou proti stresu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996. 184 s. ISBN 80-7169-334-0.
- 19.** TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- 20.** TOPINKOVÁ, Eva – NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.
- 21.** TOŠNEROVÁ, Tamara. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. 1. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3 LF UK Praha, 2000. 61 s. ISBN 80-238-5875-0.
- 22.** *Trestní zákon č. 140/1961 Sb.* Ostrava: Sagit, 2005. 128 s. ISBN 80-7208-501-8
- 23.** VITOUŠOVÁ, Petra – DURDIL, Tomáš. *Zákon na ochranu před domácím násilím* [online]. 21. 12. 2006 [cit. 2007-2-15]. Dostupné z:  
[http://www.bkb.cz/news.php?action=showNews&id\\_categoryNode=401](http://www.bkb.cz/news.php?action=showNews&id_categoryNode=401).
- 24.** VOKURKA, Martin – HUGO, Jan et. al. *Velký lékařský slovník*. 2 revidované vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2002. 923 s. ISBN 80-85912-77-5.
- 25.** VYKOPALOVÁ, Hana. *Násilí na seniorech: sborník příspěvků z pracovního semináře*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 65 s. ISBN 80-244-0409-5.

**26.** *Zákon o rodině č. 94/1963 Sb.* Ostrava: Sagit, 2005. 368 s. ISBN 80-7208-492-5

## **8. Klíčová slova**

Domácí násilí

Senior

Demence