

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**INFORMOVANOST VŠEOBECNÝCH SESTER O PROBLEMATICE  
ZNEUŽÍVÁNÍ SENIORŮ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KRISTINA HEJDUKOVÁ**

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková, Ph.D.

Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Hejduková Kristina**  
**3. B VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 4. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost všeobecných sester o problematice zneužívání seniorů

*Nurses Awareness of the Issue of Senior Abuse*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Veronika Blažková, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*Podpis*

## PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Veronice Blažkové, Ph.D. za odborné vedení, konzultace a cenné podněty při tvorbě mé bakalářské práce. Rovněž bych ráda poděkovala paní ředitelce RNDr. Janě Tiché a panu řediteli Vítězslavu Formanovi, že mi umožnili rozdat dotazníky na svých pracovištích a slečně Markétě Hejdukové za drahé rady při statistickém zpracování průzkumných dat.

## **Abstrakt**

HEJDUKOVÁ, Kristina. *Informovanost všeobecných sester o problematice zneužívání seniorů*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Veronika Blažková, Ph.D. Praha. 2012. 57 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je zjištění, zda jsou studenti zdravotnických škol a všeobecné sestry z praxe dostatečně informováni o problematice zneužívání seniorů. Teoretická část práce charakterizuje co je to zneužívání seniora, pojem stárnutí, charakteristika seniora, komunikace se seniory, formy týrání seniorů, příčiny týrání seniorů, příznaky tělesného týrání seniorů a následky týrání seniorů. Stěžejní částí bakalářské práce je průzkum realizován metodou dotazníkového šetření (nestandardizovaný dotazník). Cílem práce je zjistit míru informovanosti studentů zdravotnických škol a všeobecných sester z praxe o problematice zneužívání seniorů a popřípadě poukázat na zanedbanou informovanost o tomto mediálně diskutovaném tématu.

### **Klíčová slova**

Informovanost. Komunikace. Násilí. Všeobecná sestra. Senior. Zneužívání.

## **Abstrakt**

HEJDUKOVÁ, Kristina. *Nurse's Awareness of the Issue of Senior Abuse*. Nursing College, o.p.s. Academic degree: Bachelor (Bc.). Tutor: PhDr. Veronika Blažková, Ph.D. Prague. 2012. 57 pages.

The aim of this bachelor thesis is to establish whether medical school students and practicing general nurses are sufficiently aware of elder abuse. The theoretical part of the thesis defines the terms of elder abuse and aging and deals with the characterization of the elders, communication with the elders, forms of elder abuse, causes of elder abuse, signs and impacts of elder abuse. The underlying part of the bachelor thesis is a survey by questionnaire (non-standardized questionnaire). The objective of the thesis is to establish the level of awareness of elder abuse among medical school students and practicing general nurses and to point out the low awareness level about this issue which is much discussed in the media.

Key words:

Abuse. Awareness. Communication. Elder. General Nurse. Violence.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Co je to zneužívání .....	11
1.1 Pojem stárnutí .....	12
1.2 Charakteristika seniora .....	13
1.3 Mýty o stáří.....	15
1.4 Komunikace se seniory.....	16
1.5 Zneužívání dětí, žen a mužů .....	18
2 Násilí na seniorech .....	21
2.1 Formy týrání seniorů .....	22
2.2 Příčiny násilí a týrání seniorů .....	23
2.3 Příznaky týrání seniorů.....	25
2.4 Následky týrání seniorů .....	26
3 Ošetrovatelská péče o seniora.....	29
3.1 Ošetrovatelský model podle Virginie Henderson .....	30
EMPIRICKÁ ČÁST.....	32
4 Empirický průzkum.....	32
4.1 Průzkumný problém, průzkumný cíl, hypotézy .....	32
4.2 Metodika průzkumu .....	33
4.3 Průzkumný soubor .....	33

4.4 Analýza výsledků průzkumu .....	34
4.5 Interpretace výsledků průzkumu .....	50
4.6 Diskuse.....	51
4.7 Doporučení pro praxi.....	52
ZÁVĚR .....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	55
PŘÍLOHY	



## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Věk respondentů .....	34
Tabulka 2 Dosažené vzdělání respondentů.....	35
Tabulka 3 Délka praxe ve zdravotnictví .....	36
Tabulka 4 VŠ vzdělaná sestra rozpozná přítomnost zneužívání lépe než SŠ student.....	37
Tabulka 5 Je SŠ student dostatečně vzdělaný v odhalení zneužívání seniorů.....	38
Tabulka 6 Je SŠ student dostatečně vzdělaný v rozpoznání příznaků psychického týrání seniora .....	40
Tabulka 7 Nejčastější příznaky psychického týrání.....	41
Tabulka 8 Je SŠ student dostatečně vzdělaný v rozpoznání příznaků sociálně – ekonomického týrání seniora.....	43
Tabulka 9 Nejčastější příznaky sociálně – ekonomického týrání.....	44
Tabulka 10 Zřízení, ve kterých bychom se se zneužíváním mohly setkat .....	45
Tabulka 11 Nejčastější kontaktovaná místa a organizace .....	46
Tabulka 12 1. Organizace, kam se obrátit při zjištění zneužívání .....	47
Tabulka 13 3 nejčastější faktory, ohrožující seniora jako oběti zneužívání.....	48
Graf 1 Věk respondentů.....	34
Graf 2 Dosažené vzdělání respondentů .....	35
Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví .....	36
Graf 4 VŠ vzdělaná sestra rozpozná přítomnost zneužívání lépe než SŠ student .....	37
Graf 5 Je SŠ student dostatečně vzdělaný v odhalení zneužívání seniorů .....	39

## ÚVOD

Ošetrovatelská péče se v současnosti značně rozvíjí, mění se její koncepce a je kladen větší důraz na profesní vzdělávání všeobecných sester ve všech oborech zdravotnictví, samozřejmě i v ošetřování geriatrických pacientů/klientů, kterých se bakalářská práce týká. Všeobecná sestra je speciálně vyškolená odbornice, která úzce spolupracuje s lékařem. Téma zneužívání seniorů je stále více aktuální. Tento problém je mediálně diskutované téma, o kterém se ví. K napsání této bakalářské práce mě vedla zvědavost problematiky stárnoucí generace, návštěva jednoho zařízení, ve kterém jsou geriatrickí pacienti, a zdravotnický personál s nimi zacházel, jednal, choval se, podle mého názoru, ne moc humánně a dobře. Jeden z dalších důvodů, proč jsem se rozhodla zabývat se tímto tématem je, že oba moji rodiče pracují ve zdravotnictví (otec jako praktický lékař pro dospělé, matka jako všeobecná sestra) a časté diskuse a rozhovory se nejednou doma točily okolo problémů se seniory.

Cílem mojí bakalářské práce je zjistit míru informovanosti studentů zdravotnických škol a všeobecných sester z praxe o problematice zneužívání seniorů.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V praktické části jsem se pomocí anonymních dotazníků ptala studentů zdravotnických škol a všeobecných sester z praxe, jaká je jejich informovanost, znalosti a vlastní názor na problematiku zneužívání seniorů, jestli rozpoznají příznaky týrání seniorů, jak psychického tak ekonomického násilí, zda by věděli, na jaké organizace se obrátit při zjištění či odhalení zneužívání seniorů.

V teoretické části se věnuji kapitolám: co je to zneužívání seniora, charakteristika seniora, komunikace se seniory, násilí na seniorech, formy, příčiny, příznaky a následky týrání seniorů, ošetrovatelská péče o seniora podle ošetrovatelského modelu Virginie Henderson.

Ještě než jsem začala realizovat vlastní průzkum, uvedla jsem do praxe sondu, abych předešla možnému nepochopení či neporozumění či položkám a došla k přesnějšímu stanovení svých hypotéz. Sondy se zúčastnilo deset všeobecných sester. Posléze z ní vyplynulo, že osm sester, tedy 80%, chápe pojmy týkající se problematiky zneužívání seniorů bez potíží a dvěma sestrám (20%) jsem pomohla pochopit smysl třech otázek. Na základě sondy, jsem problematické otázky upravila.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Co je to zneužívání

Zneužívání, všeobecně, se většinou vyskytuje jako jeden z projevů domácího násilí uvnitř rodiny. Tomu jsou vystaveni zvláště slabší, závislí, znevýhodnění jedinci, ale nejen oni.

Velký počet výskytu elder abuse (nevhodné zacházení se starými lidmi, diskriminace, zanedbávání a zneužívání seniorů v populaci) se různí, což je dáno i nestejnorodým formulováním a vymezováním problému. V Anglosaské oblasti (Británie, USA, Kanada) je výskyt odhadován na 4-6 % seniorské populace žijící v domácím prostředí s nadvládou žen. V USA 1. národní studie o výskytu elder abuse u seniorů žijících v komunitě hovoří pro rok 1996 o incidenci 1-2 % a předpokládá, že 5krát více nových případů zůstává neohlášených (KALVACH, 2004).

Definice zneužívání a týrání, tak jak je nacházíme v odborné literatuře, se neztídka překrývají, doplňují či různí. V jednotlivých definicích se promítá konkrétní realita doby a určitý úhel pohledu (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

Zneužívání je zneužití svého příbuzenského, přátelského vztahu nebo postavení důvěrné osoby, tedy člověka, který má dohled nad starým člověkem, k vlastnímu obohacení se majetkem seniora, upřednostňováním shovívavosti starého člověka pro sebe, ne ve prospěch seniora (ONDRIOVÁ aj., 2011).

Můžeme tedy chápat, že může docházet ke zneužívání majetkovému, politickému, citovému atd. (KOZIEROVÁ aj., 1995).

Dále pod zneužívání můžeme zařadit pojmy týrání a zanedbávání seniorů.

Tělesné týrání - bití, kopání, nepomoci člověku od bolesti, vystavování hladu či chladu. Nevhodné zacházení nebo zanedbávání – nepřiměřené používání omezovacích prostředků fyzických (např. kurtování) i chemických (vysoce nepřiměřené tlumení

psychofarmaky). Mezi ekonomické zneužívání patří například vynucené převody majetku a pod psychickým týráním si představme omezování lidských práv, ponižování a urážení (KALVACH aj., 2006).

Problematika zneužívání či násilí byla v naší společnosti dlouho tabu, teprve několik posledních let se otevírá diskuze o tomto závažném jevu, který je velmi nebezpečný z hlediska nízké možnosti kontroly společnosti a vysoké tolerance vůči pachatelům násilí (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Historicky vzato byla přiměřená pozornost věnována pachatelům trestných činů, o čemž svědčí podrobná faktografie, která se týká vývoje názorů naší společnosti na tresty a jejich, nejdříve zvykové, později legislativní zakotvení. Zajímavá je vysoká popularita zvláště rafinovaných pachatelů. O některých se psaly knihy, o jiných se například natáčely filmy. Jeden z mnoha příkladů, Jack Rozparovač má své místo dokonce i v muzeu voskových figur v Londýně. Zvláštní také je, že v minulosti se o zadržení či potrestání pachatele nestaral feudál, ale oběť sama. Až později se o pachatele staraly bezpečnostní složky a oběť tím začala ztrácet své výsadní postavení (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

## **1.1 Pojem stárnutí**

Je to proces, ve kterém se násobí změny, kterými organismus člověka prochází celý svůj život. Těmito změnami myslíme změny, tělesné (konstituci člověka nebo vzhled člověka), funkční, psychické a biochemické. Stárnutí také znamená snížení schopnosti adaptace orgánů a soustav organismu například při stresových situacích, což může mít za následek projev nemoci (ZDRAVÍ PRO TŘETÍ VĚK, 2006).

„ Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, nýbrž přirozený fyziologický proces. Je ovšem pochopitelné, že lidé chtějí žít dlouho a stejně dlouho chtějí být zdraví a soběstační“ (HAŠKOVCOVÁ, 2002, s. 10).

Každý člověk stárne od narození a každý stárne jinak. V určitých etapách života člověk stárne rychleji a v jiných pomaleji (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Každý člověk má vlastní rytmus stárnutí, dokonce každý orgán nebo každá tkáň má naprosto jiný rytmus stárnutí a zjistit proto biologický věk každého jedince je velmi náročné a složité.

Rozdíly mezi chronologickým a biologickým věkem. Chronologický věk je věk jedince, který je určen časem, který plyne od narození, vyjadřuje se v letech. Jeho biologický význam není tak důležitý jako spíše význam sociální a právní. Biologický věk hlavně koresponduje s funkčním stavem orgánů v porovnání s klasickým stavem v určitém věku – jde tedy o pojetí fyziologické. Podle biologického věku se lépe určí skutečný stav stárnutí (ZDRAVÍ PRO TŘETÍ VĚK, 2006).

Dále je tu termín psychosociální čas. Je to čas, který je totožný se sociálně historickým osudem člověka a možná je v jistém slova smyslu nejpřesnější. Tento věk dobře odpovídá životnímu příběhu každého z nás (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Za obvyklé stárnutí považujeme takové, ke kterému dochází pouze v důsledku plynutí času. Naopak stárnutí patologické závisí na nashromážděných poškozeních, vznikajících za zrodu nemocí nebo působením faktorů prostředí, ve kterém dotyčný žije.

Ještě se zmíníme o faktorech, které mohou zrychlit či zpomalit proces stárnutí. Faktory, které urychlují stárnutí jsou: nadměrný příjem potravy, obezita, sedavý způsob života bez fyzické aktivity, vysoký krevní tlak, stres, tabák, alkohol, osamocenosť, malé společenské zapojení a faktory, které zpomalují stárnutí jsou: zdravá výživa, klidný a vydatný spánek, častá fyzická aktivita a společenské a pracovní zapojení (ZDRAVÍ PRO TŘETÍ VĚK, 2006).

## **1.2 Charakteristika seniora**

Je nutné si uvědomit, že stáří by nemělo být propojeno a spojováno s koncem života, i když smrtí končí (ZDRAVÍ PRO TŘETÍ VĚK, 2006).

Paní doktorka Svatošová dodává: „Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí“ (SVATOŠOVÁ, 1995, s. 123).

V současné době je podle kritéria Světové zdravotnické organizace definován dlouhověký člověk jako člověk starší 60 let (ZDRAVÍ PRO TŘETÍ VĚK, 2006).

Jak ale pojmenovat ta další a následující období lidského života? V dnešní době se používají následující členění, podle profesorky Haškovcové je to takto:

45 – 59 let – střední nebo též zralý věk,

60 – 74 let – vyšší věk nebo rané stáří,

75 – 89 let – stařecký věk neboli sénium, vlastní stáří,

90 let a výše – dlouhověkost

a podle knihy Zdraví pro třetí věk se období lidského života mohou dělit i takto:

60 – 74 let – třetí věk,

75 – 89 let – čtvrtý věk,

90 – 99 let – vysoký věk,

více než 100 let – staletí

Lidé odjakživa toužili žít dlouho a dožít se vyššího, popřípadě i úctyhodného vysokého věku. Dříve bylo velice nepravděpodobné, že se lidé dožili stáří, díky četné kojenecké úmrtnosti přežívali ti nejsilnější a nejschopnější. Naši předkové hlavně umírali na infekční nemoci, například ve 14. století obyvatelstvo Evropy bylo zasáhnuto pandemií moru a později cholerou. Spoustu lidí zamřelo také na následky úrazů a nemocí, které jsou v dnešní době běžně léčitelné. Nepatřičné hygienické podmínky, velice náročná fyzická práce, chudoba, nulová nebo nedostatečná lékařská péče a další faktory byly příčinou smrti mnohých lidí (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

### 1.3 Mýty o stáří

Nyní se zmíníme o mýtech týkajících se starých lidí, které jsou, velice zažitě a které zapustily pevné kořeny v dnešní společnosti.

Slovo mýtus, vzniklo na základě pravd a polopravd, které si lidé po roky vyprávěli. Velice rozšířený je mýtus falešných představ. Tento mýtus je založen na přesvědčení, o tom, že dobré nebo alespoň lepší a vyhovující materiální zajištění seniora je předpokladem jeho spokojenosti. Samozřejmě ekonomické zajištění, starého člověka, je velice důležité, ale určitě to není to nejdůležitější v životě starých lidí a nerozhoduje to o jejich pocitech (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

Domníváme se, že důležité je zmínit mýtus homogenity. Od určitého času se nám jeví stáří a chování seniorů stejné. Potřeby seniorů většinou nerozlišujeme, i když na základě vzhledu starých lidí, některé znaky, jako je pomalejší chůze, šedivé vlasy a vráscitý obličej, se nedají u všech stárnoucích lidí popřít. Musíme si ale uvědomit, že potřeby se odvíjejí od cílů, kterých chce senior dosáhnout, a samozřejmě bereme v potaz i jejich věk. Jelikož senioři mají větší část života prožitou a každý senior jí prožil jinak, jsou i jejich potřeby velice individuální a odlišné. Podle odborníků tento problém nazýváme výrazná heterogenita potřeb seniorů.

Mýtus ignorace – jeho jádrem je přesvědčení, že člověk, který je starý, nepracuje a není užitečný, nemůže být naším partnerem ani spolupracovníkem. Nemůže být dokonce ani naším protivníkem (sokem). Nestojí těm mladším ani za slovo, ani za pozornost. Je možné ho přehlížet (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Tento mýtus má mnoho tváří a je všude. Jde o takzvaný ageismus (věková diskriminace), což je podoba novodobého rasismu, kde hlavním problémem je nenávisť starých lidí. Mýtus neužitečného času vychází opět jen z představy, že ten, kdo nic nedělá, nechodí do práce, je neužitečný, zároveň se stává přítěží pro ostatní a pro společnost všeobecně. Měli bychom si uvědomit, že staří lidé si zaslouží úctu a zabezpečení na stáří, právě proto, že dříve, myslíme tím, v produktivním věku, byli užiteční, jako každý člověk ve středních letech (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

Mýtus falešných představ se zakládá na hlubokém pocitu jistoty, že dostačující nebo vyhovující hmotné zajištění starých lidí, je předpokladem jeho spokojenosti a že i tuto spokojenost je schopen vytvořit. Mýtus o arterioskleróze tvrdí, že jakýkoli starý člověk je sklerotický a tudíž také celkově nemocný. Skleróza starých lidí je chápána jako jednoznačný projev stáří. Mýtus zjednodušené demografie je postaven na domněnce, že člověk se stává starým v den odchodu do penze. Myslíme si, že všichni staří lidé jsou důchodci a že v důchodu lidé přestávají žít. Jako by dál už nebylo nic než jen strastiplné stáří, doprovázené nemocemi s myšlenkami na blízko očekávanou smrt (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

#### **1.4 Komunikace se seniory**

Se seniory se v dnešní době setkáváme mnohem častěji při poskytování zdravotní péče, než tomu bylo dřív. Dnes naše populace stárne a přibývá starších lidí, kteří potřebují péči zdravotníků a také se u seniorů projevují znaky a procesy stárnutí a staří lidé jsou tak více nemocní. Tito senioři dochází za péčí z důvodů nutnosti zdravotní pomoci, ale existuje skupina vitálních seniorů, kteří k lékaři jdou jen na základě uspokojování svých sociálních potřeb, chtějí si s někým popovídat, když jsou pořád jen doma a většinou osamělí (ŠPATENKOVÁ aj., 2009).

Populární učitel, úspěšný vyjednavač, kvalitní řečník, tak i dobrá všeobecná sestra se vyznačuje typickými rysy, které souvisejí s její osobnostní strukturou a osvojenou komunikační dovedností. Zmíníme se o několika schopnostech, které by měla kvalitní sestra mít: empatický přístup, nemlžit, neodbíhat od tématu, umět komunikaci řídit, regulovat její směr, umět neutralizovat konflikty, kolize a napětí, měla by být otevřená změnám a rozmanitosti názorů, umět pozorně naslouchat, věřit si, pozitivně vidět samu sebe a mnoho dalších (VYBÍRAL, 2005).

Když jsme se zmiňovali o uspokojování sociálních potřeb ve stáří, je důležité uvést i to, že staří lidé očekávají pozitivní přístup v komunikování jak od spolupacientů, tak od zdravotnického personálu. Pokud tento jejich předpoklad není splněn, pacienti/klienti mohou pociťovat napětí, frustraci a neuspokojení. To se samozřejmě promítne i ve spolupráci pacienta/klienta s námi jako se sestrou.



Komunikovat se staršími lidmi může být někdy komplikované a zároveň je to zkouška pro zdravotnického pracovníka, který se občas musí vypořádat s problémy, jako jsou zhoršování sluchu a zraku. Ne každý den se musí zdravotní personál setkávat se staršími pacienty/klienty a tak, nemusí být na komunikaci se seniorem zvyklý a bezchybně ji ovládat. Další bariéra může být úprava zevnějšku a hygiena seniora, neboť tyto dva faktory pro starší osoby nemusí být prioritou. Starý člověk reaguje pomaleji a to může vyvolat problém, jelikož mladší generace bývá v mnoha ohledech netrpělivá a nedočkavá. Paměť seniorů již nebývá tak bystrá jako v mladších letech a tak si nezvládnou vybavit vše, na co se jich ptáte, tak rychle, jak by to zvládli zamlada. Další typický znak komunikace seniorů je opakování faktů, již jednou zmíněných. Znamená to jen to, že se senior ujišťuje, že druhá strana vše správně pochopila a všemu porozuměla. Veliké obtíže může způsobit seniorova nedoslýchavost a jiné poruchy sluchu, může se stát, že senior špatně nebo jinak pochopí to, co se jim sdělovalo a mohou reagovat přehnaně. Jedna z dalších potíží, při komunikaci mezi seniory, je komunikace ve větší skupině lidí. Senior špatně identifikuje to, o čem se lidé baví, pokud je v okolí větší hluk a šum a již se nezeptá na to, co neslyšel a jen se stáhne sám do sebe, stane se pasivním posluchačem (ŠPATENKOVÁ aj., 2009).

Důležité je zmínit se o doporučení pro komunikaci se staršími lidmi. Měli bychom respektovat totožnost pacienta/klienta a důsledně ho oslovovat odpovídajícím titulem nebo jeho jménem. Rozhodně nepoužíváme familiární nebo důvěrná oslovení (babi, dědo), je to ponižující a nevhodné. Při komunikaci a ošetřování geriatrických pacientů/klientů dbáme na to, abychom chránili pacientovu/klientovu důstojnost. Rozhodně se vyhýbáme zdětinštění seniora. Respektujeme změny, které senior ve stáří prodělává, a chráníme ho před časovým stresem tím, že na seniora nespěcháme, dáváme mu čas na odpověď a chápeme zhoršenou pohyblivost a stabilitu. Zvláště důležité informace (způsob užití léků, termíny různých vyšetření), které starší osobě poskytneme, zdůrazníme, několikrát zopakujeme a napíšeme na kus papíru, který si senior uloží ke svým dokladům či do peněženky. Přizpůsobíme komunikaci tak, aby pacientovi/klientovi co možná nejvíce vyhovovala, pokud jsme zjistili určité komunikační překážky (poškození zraku, sluchu). Při komunikaci udržujeme oční kontakt s pacientem/klientem, mluvíme velice srozumitelně. Pokud z nějakého důvodu pochybujeme o správném použití kompenzačních pomůcek, vše zopakujeme ještě jednou a přesvědčíme se tím, že vše pacient/klient správně pochopil a všemu rozumí.

Pokud jsme si nezjistili, že pacient/klient má poruchu sluchu či nedoslýchá, rozhodně nesmíme zvyšovat hlas, křičet na pacienta, nesmíme brát za samozřejmé, že starý člověk špatně slyší. Vždy se s ochotou nabídneme, pokud senior potřebuje pomoc při odkládání oblečení, při ulehání na vyšetřovací lůžko nebo při dopomoci v pohybu, ale nevnucujeme se a veškerou pomoc nabízíme, jen pokud o ni senior stojí. Zdravotnická zařízení, která senior navštěvuje, by měla být přehledně a velkými písmeny označená, adekvátně osvětlená, snadno přístupná, s protiskluzovou podlahou a samozřejmě bezbariérová. Při ošetrovatelské aktivitě a komunikaci s křehkým, starým člověkem bychom měli dbát na udržení a podporu pacientovy/klientovy soběstačnosti (KALVACH aj., 2006).

## **1.5 Zneužívání dětí, žen a mužů**

Nejdůležitější vliv na dítě, v utváření osobnosti, má rodina a její fungování. Podle toho si dítě utváří svůj vlastní názor na svět, ve kterém žije, okolí a také na svou roli v něm (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Rizikovými faktory zanedbávání, zneužívání a týrání dětí jsou většinou podmínky zahrnující specifickou patologii rodičů, zranitelnost dítěte a krizovou situaci, ve které se daná rodina vyskytuje (GJURIČOVÁ aj., 2000).

Děti jsou povětšinou obětmi rodinného násilí. Již v roce 1962 byl v USA popsán tzv. syndrom týraného dítěte (Battered Child Syndrome), který vzniká v důsledku úmyslného závažného poškození dětského organismu (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

V polovině minulého století si začali lékaři, například chirurgové či rentgenologové, všimnout zvláštních nálezů zranění dětí, které posléze vedly k identifikaci tzv. syndromu bitého dítěte (GJURIČOVÁ aj., 2000).

Později byl zaveden jiný pojem, který je rozšířen na pojem týrané, zneužívané a zanedbávané dítě, také znám pod termínem CAN (Child Abuse and Neglect), který zahrnuje kromě týrání také jiné formy poškození dítěte, jak fyzické, tak psychické poškození. Rozlišujeme velkou řadu forem týrání a o těch nejpodstatnějších se nyní zmíníme. Tělesné týrání dětí bylo v dřívější době dlouho tolerováno, např. rákoska se

musí ohýbat nebo škoda rány, která padne vedle, těmito příslovími se spousta rodičů řídila a neviděli v tom nic špatného. Tělesné tresty byly využívány nejen rodiči svých nezbedných dětí, ale také pedagogy ve školních lavicích. Dnes mezi nejproblematictější skupinu dětí, které jsou nejčastěji tělesně trestány, patří děti nechtěné, odložené, dále děti nenáviděné nebo nemilované.

Pojem šikana pochází z francouzštiny a znamená to zvláštní druh agrese. Dochází k ní nejčastěji mezi studenty, uční anebo chovanci v různých typech výchovných zařízení. Šikanování je agresivní jednání, jehož záměrem je zesměšnit oběť, ponížit, ohrožit či ublížit jí.

Pohlavní zneužívání dětí je v dnešní době poměrně rozšířené. Odhaduje se, že až 20 000 dětí v České republice je ročně pohlavně zneužito. Jednoznačně jsou více zneužívány dívky než chlapci. Rozlišujeme dvě formy zneužívání. Pachatelem je někdo z rodiny a tudíž se jedná o incest nebo pachatelem je někdo mimo rodinu a jde o tzv. známou osobu, rodinného přítele, učitele nebo souseda.

Ještě se jen zmíníme o termínu prostituce. Dětská prostituce je u nás velice podceňovaná. Populace České republiky si existenci této problematiky stále nepřipouští a žije v představách, že se prostituce týká výhradně zemí, jako jsou Kambodža nebo Thajsko (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

Pod slovy psychické týrání si neumíme představit přesnou a konkrétní událost nebo čin. Je to pojem obecně nejasný, často neobjasněný a málokdy se o něm vůbec mluví. Položme si otázku, jestli existuje fyzické týrání, zároveň bez týrání psychického? Anebo kolik sexuálních napadení se obejde bez psychických následků na oběti (DUNOVSKÝ aj., 1995).

Setrvávání ve vztahu s agresorem, utajování závažnosti a příčin zranění, popírání viktimizace (proces, ve kterém se člověk stává obětí trestného činu). Všem těmto dopadům domácího násilí patří specifický pojem syndrom týrané ženy (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Většina žen se za své postavení stydí, nejsou schopny samostatně jednat, tak i požádat o jakoukoliv pomoc a tak nejsou schopny od agresora odejít. Toto je ovlivněno dalšími faktory, jako je fakt, že týraná žena nechce opustit své děti nebo je nechce připravit o otce, bojí se, že neuživí jak děti, tak sebe a není schopna vyřešit svou

ekonomickou závislost, nemá, kam by odešla, má strach, co na to řekne okolí, jak bude reagovat a nakonec může stále věřit, že násilník se změní k lepšímu a vše bude zas dobré (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

Bylo by vhodné ještě zmínit pojem Stockholmský syndrom.

Podle paní magistry Úlehlové bývá Stockholmský syndrom nejčastěji definován jako: „emoční vazba, pouto vzájemné závislosti mezi únoscem a zajatcem, které se rozvine, když vás někdo ohrožuje na životě, zvažuje, zda vás zabije, ale nakonec to neudělá“ (ÚLEHLOVÁ, 2009, s. 67).

Tímto jevem se specialisté snaží vysvětlit jednání a chování, které se velice často objevuje u ohrožených osob, tím myslíme tendenci ohrožených osob zůstat v násilných vztazích, omlouvat chování násilné osoby a zlehčovat či podceňovat toto násilí ve vztahu mezi sebou. Aby se vůbec mohl Stockholmský syndrom vyvinout, je nezbytná existence 4 předpokladů: oběť je odloučená od lidí, oběť pocítuje dočasnou náklonnost k násilníkovi, oběť je přesvědčená, že ze stávající situace není úniku a život oběti je v ohrožení (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Žena má dvě možnosti, co se svým životem udělá. Buď nenalezne sílu od agresora odejít, opustit ho z jakéhokoli jiného složitého důvodu, anebo se odhodlá a násilného partnera opustí (OBČANSKÉ SRUŽENÍ ROSA, 2006 – 2011).

Muž, nacházející se v postavení oběti rodinného násilí, se vyskytuje velice málo. Prokazují to nejrůznější statistiky. Tyto názory, jako že se muž nevyskytuje v pozici týrané oběti, se v poslední době zpochybňují. Další faktor je, že muži se obávají posměchu a proto týrání zamlčují.

Pokud zahrneme do domácího násilí nejrůznější podoby psychického týrání, např. chorobnou žárlivost, časté emocionální výstupy, pomluvy v zaměstnání a na veřejnosti, finanční i emoční vydírání, získáme tak mnohem větší počet týraných mužů.

Muži mohou být také vystaveni šikaně, a to zejména v armádě a ve specifickém prostředí jako je vězení (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

Této problematice zatím není v Čechách věnována dostatečná pozornost a doposud u nás neexistuje žádná organizace, která by se tomu věnovala, nebo která by se podílela na osvětě.

## 2 Násilí na seniorech

Zdravotnický pracovník by si měl být nanejvýše jistý, že má dostatečné informace o komunikaci, popřípadě ošetření osoby ohrožené násilím. Následně by měl vědět ke komu tuto osobu dále poslat a určitě by měl informovat svého nadřízeného. Pacienta/klienta bychom neměli zapomenout obeznámit o dalších postupech, které budou následovat a pacient/klient by jim měl porozumět. Dobrá spolupráce zdravotníka a pacienta/klienta je samozřejmě založena na důvěře, spolehlivosti, pravdivosti a soukromí a nesmíme opomenout, že pacient/klient může a má o sobě rozhodovat sám, tudíž potřebujeme poučený souhlas (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Je dobré zmínit ještě něco dalšího o seniirech o násilí na nich páchaném. Na základě snahy podpořit užitečnost seniorů a povzbudit veškeré sociální oblasti k odpovědnosti za rozvoj a řešení tohoto problému byl v roce 1999 Spojenými národy vyhlášen Mezinárodní rok seniorů (VYKOPALOVÁ, 2002).

Domácí násilí je pokaždé akt jednostranný, násilný jedinec a ohrožená osoba si nikdy nevymění role a násilí se často opakuje (WICHOVÁ aj., 2011).

V praxi, kde se staráme a pečujeme o seniory, bychom měli dbát na tyto problémové okruhy a všimnout si různých příznaků. Násilí se nevyhýbá ani seniorům a v poslední době dochází ke vzrůstu četnosti násilí na seniirech. Ekonomické zneužití seniora, vypadá tak, že návštěva, rodina navštíví svého příbuzného jen tehdy, když má obdržet penzi. Fyzického ubližování si všímáme, pokud má senior nevysvětlitelná poranění, odřeniny, modřiny, popáleniny nebo otevřené rány na kůži. Za specifickou formu násilí se dá považovat i opuštění nemohoucí osoby blízkými příbuznými, kteří se náhle a bez udání důvodu, o ni přestali starat. Na psychické trauma musíme pomýšlet, pokud se seniorovo chování bez příčiny změní, např. smutek, zamlklost, ignorace personálu. Neopomeneme se zmínit o sexuálním zneužití seniora. V dnešní době to bohužel není nic vzácného, týká se to především starších žen, které jsou nuceny

k nepřiměřeným sexuálním praktikám, které jim nejsou příjemné, ponižují je a psychicky i fyzicky je trápí (HAŠKOVCOVÁ, 2002).

Hodně násilníků se zaměřuje především na seniory, protože senior je brán za snadnou kořist, dají se lehce zmanipulovat a ovlivnit (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Senior, jako oběť násilí, se objevuje velice často, podle statistik, Bulletinu 2011, je 20 % seniorů týraných (WICHOVÁ aj., 2011).

Denně nás média informují o tom, kde a kdy byl jaký senior oloupen, podveden či napaden. I toto jsou podoby násilí páchané na seniorech. Někteří senioři se tak moc stydí za to, že se nechali napálit, že raději mlčí a násilný čin ani neohlásí nebo při fyzickém napadení jejich konstituce nedovoluje adekvátní obranu. Senior se také stává trnem v oku úředníkům, prodavačům a pracovníkům různých služeb, poněvadž starším lidem vše dlouho trvá, na vše se víckrát ptají, prostě jsou staří a předsudky úředníků tu hrají obrovskou roli. Závažné podoby násilí se také odehrávají v rodinném kruhu a za zavřenými dveřmi. Velice často se různé formy násilí kombinují (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

## **2.1 Formy týrání seniorů**

Nejzávažnějším projevem agrese v soukromém vztahu je fyzické násilí. Nejčastěji se objevuje v podobě bití, fackování, strkání, kroucení ruky, pálení, kousání, tahání za vlasy, kopání, pokusy o škrcení, třesení, bodání, odpírání spánku a jídla, ohrožování zbraní až po útoky ohrožující život. Dále se může objevovat svazování, přinucení k požití drog.

Psychické násilí se vyskytuje velmi často a projevuje se ponižováním, vyhrožováním, zastrašováním, hrubým nadáváním, zesměšňováním především před cizími lidmi, psychickým vydíráním, neustálým vyvoláváním sporů, kritizováním, odpíráním pozornosti, křikem, ničením majetku, týráním domácích mazlíčků.

Velmi zvláštní formou psychického týrání je sociální izolace. Projevuje se bráněním oběti v kontaktu se svou rodinou, přáteli, kontrolou odchozích hovorů,

kontrolou dopisů, SMS zpráv, emailů. Časté jsou i tzv. „kontrolní“ telefonáty, vyslýchání jako kde jsi byl/a, s kým jsi byl/a, přikazování co si má obléknout, nucení setrávat doma. Cílem je mít týranou osobu co nejvíce pod kontrolou.

Pro ekonomické násilí je velice typické: znemožnění přístupu k rodinným příjmům, neplacení nákladů a účtů spojených s bydlením, úplná kontrola nad příjmy a výdaji oběti, tajení ekonomické situace agresora i rodiny a mnoho dalších možností. Drží-li násilník svoji oběť v neustálé finanční nejistotě a pod dohledem, není schopna odejít z domova či vyhledat pomoc.

Jednotlivé formy násilí jsou málokdy přesně oddělené. Většinou se kombinují nebo prolínají či přechází jedna forma v druhou.

K jedné z forem domácího násilí patří i tzv. stalkerství neboli nebezpečné pronásledování, které se dostává do popředí zejména v posledních letech. Stalker si chce udržet nad obětí moc a kontrolu. O pronásledování lze říci, že je to obtěžující a zstrašující chování, které může mít podobu sledování nebo pozorování. Chodit do míst bydliště oběti, opakovaně obtěžovat s telefonáty, zanechávat vyhrožující vzkazy, předměty nebo ničit osobní věci s cílem způsobit u oběti strach. Pronásledování může být zaměřeno na širší skupinu známých nebo blízkých přátel oběti.

Sexuálním násilím chápeme znásilnění, nucení k sexuálním praktikám proti vůli oběti, přinucení k pohlavnímu styku, sexuální napadání, donucení k používání nebo sledování pornografie. U seniorů se tato forma násilí příliš nevyskytuje, pokud ano tak násilník je nejčastěji známý či vzdálený příbuzný (INTERVENČNÍ CENTRUM Brno, 2009 – 2012).

## **2.2 Příčiny násilí a týrání seniorů**

Vznik domácího násilí je podmíněn mnoha faktory, nejde jednoznačně stanovit určitou příčinu, většinou vždy se jedná o souhrn více vlivů (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Mezi faktory, které působí na násilníka, patří, společnost, výchova v rodině, ve které vyrůstal, vlastní osobnostní charakter a sociální situace, která násilníka stresuje.

Co se týká společnosti, spadá sem patriarchální náhled na rodinu, který stále přetrvává, lhostejnost okolí a tolerantní postoj společnosti k násilí. U rodiny jde především o přenos násilného jednání z generace na generaci. Osobnostní vlastnosti násilníka, jako je například zvýšená agrese, různé závislosti na návykových látkách, psychiatrické onemocnění nebo psychický problém. A posledním bodem jsou sociální situace vyvolávající stres, jako jsou finanční problémy a ztráta zaměstnání.

Příčiny násilí a týrání seniorů se odvíjejí od stylu, kultury a tradic, ve kterých člověk žije. Dnes o tom mluvíme jako o vnějších vlivech, které člověka ovlivňují. Násilí z hlediska etiologie lze rozdělit do několika teorií. První z nich se nazývá Jednofaktorová teorie. Ta hovoří o tom, že násilí je komplexně podmíněným jevem a v každém individuálním případě se objevují různé skupiny příčin. Dříve se vznik násilí vysvětloval pomocí jednofaktorové teorie pouze z jednoho hlediska: biologicko-genetické hledisko předpokládalo, že jedinec má sklony k agresivnímu chování, sociologické hledisko předpokládá, že agresorem je muž, který uplatňuje svou moc ve společnosti a psychologické hledisko hledá příčiny v poruše osobnosti nebo v povahových odlišnostech pachatele.

Další z teorií je Multifaktorová teorie, která se v dnešní době nejvíce používá pro objasnění příčin vzniku násilí. Mezi ty nejpoužívanější a nejnámější patří kauzální model D. G. Duttona, který se zabývá čtyřmi strukturálními rovinami zdrojů a příčin násilí: makrosystémové příčiny říkají, že násilí je ve společnosti stále podporováno a udržováno ovládající patriarchální hierarchií hodnot, exosystémové příčiny ovlivňují životní a sociální okolí osob, jde o působení životních situací, kterými člověk za svůj život prochází, např. nezaměstnanost, malý příjem. Mikrosystémové příčiny se utvářejí především v rodinném kruhu, např. soukromí rodiny nebo předepsané role v rodině. Ontogenetické příčiny násilí přihlížejí k individuálním rysům pachatele a ohrožené osoby a jejich vzájemnému vztahu. Předpokládáme, že pachatel řeší stresové či jiné zátěžové situace agresivním chováním vůči oběti. Poslední je Genderová teorie, ta se výhradně zajímá o násilí páchaném muži na ženách, nejen po fyzické stránce, ale také sem spadá obchod se ženami, vynucená prostituce, znásilnění a dokonce i ženská obřízka. Tato teorie také souvisí s postavením žen ve společnosti, s přetrvávajícím patriarchálním modelem rodiny, projevem diskriminace žen. Faktory vzniku násilí jsou celospolečenské, nikoli individuální (pobyt žen na mateřské posléze, rodičovské dovolené, ekonomická závislost na partnerovi) (ÚLEHLOVÁ, 2009).



## 2.3 Příznaky týrání seniorů

Mezi příznaky syndromu GAN ze strany rodiny nebo pečovatele řadíme: močový nebo fekální zápach, který se šíří po místnosti, ve které starý člověk přebývá, znečištěné prostředí, nepořádek v domě, bytě, nevyprané, špinavé prádlo, malnutrice, dehydratace, hypotermie, výskyt mnoha dekubitů spojeného s imobilizačním syndromem, nespotřebované léky a další jiné zdravotní problémy. Nejčastější obětí toho syndromu jsou obyčejné ženy ve věku 70 – 80 let, vdovy, ženy s nižším vzděláním, senioři na pokraji chudoby, staří rodiče žijící v jedné domácnosti s příbuznými, bezbranné a zranitelné osoby s fyzickým nebo mentálním handicapem (ONDRIOVÁ aj., 2011).

Příznaky fyzického/tělesného týrání jsou např. opakované, nejasně vysvětlené poranění, přítomnost zranění odlišného stáří, škrábance, jizvy a modřiny na místech, kam si postižený sám nedosáhne, vytrhané vlasy, vynechávání návštěv, obviňování starého člověka z inkontinence, výčítky, zanedbanost a pozdě ošetřené rány, známky omezování, stopy kurtů nebo prstů, opakovaně chybné podání léků, nedostatečná hygiena či známky neadekvátní péče, strach a úzkost, kachexie, imobilizační syndrom a samotné agresivní chování ke starému člověku. Tělesné týrání je nejviditelnější a nejhrubší forma, podstatou je záměrně působit bolest seniorovi, zraňovat ho, vyvíjet fyzický nátlak.

Příznaky zanedbávání druhou osobou znamenají, že tělesné a psychické zdraví staršího člověka může být ohroženo, pokud osoba, která o ní pečuje a stará se, není dostatečně schopná splnit anebo zanedbává povinnosti opatřit svému svěřenci dostatek stravy, bydlení, oblečení nebo základní lékařskou péči (TOŠNEROVÁ, 2002).

Možné příznaky sebezanedbávání jsou: ignorování pomoci okolí, odkládání starých, nepotřebných nebo rozbitých věcí na horší časy, probírání odpadků, toulání se po okolí, záměrně neudržovaná domácnost, nedostatečná výživa, dehydratace, nedostatečné oblékání se, špinavé oblečení, šířící se močovo-fekální zápach, zanedbané vaření, nakupování, osobní hygiena. Tito lidé žijí nejčastěji bezdomoveckým, tuláckým nebo žebráckým způsobem, který se nesnaží změnit. Velice často jde o alkoholiky,

narkomany či anomální jedince, někdy jde o duševní choroby včetně syndromu demence (ONDRIOVÁ aj., 2011).

Při zjištění známek zanedbávání, jedná-li se o seniory, kteří jsou odkázáni na pečovatele, promluvíme se samotnými pečovateli, popřípadě s jejich nadřízeným, o konkrétních změnách opatrovnictví. Pokud pečovatel není ochoten vyhovět změnám a daná situace se nelepší, je nutné oslovit soud (toto platí pro Německo). Pokud se zanedbávání potvrdí v ústavní péči, soud určí jiného opatrovníka, pokud jde o zanedbávání v domácí péči, doma, usilujeme o umístění do domova s pečovatelskou službou (SCHULER aj., 2010).

Příznaky finančního/majetkového vykořisťování jsou: nervozita či nejistota při rozhovoru o financích, neznalost svého finančního stavu, mnohočetné změny v poslední vůli, převod majetku na jinou osobu, nedoplatky nebo zapomenuté uhrazení nájmu nebo služeb za seniora, chybějící vybavení v domácnosti – televizor, pračka, lednice, ztráta šperků, osobních věcí, podezřelé aktivity kolem kreditní karty, nedostatek pohodlí, které by si měl starý člověk dopřát, vůbec strach z komunikace s příbuznými, zmatek a dezorientace oběti, stavy hněvu, deprese, panický strach, uzavření se do sebe. Toto se v naší zemi objevuje velice často (ONDRIOVÁ aj., 2011).

Emoční a psychické příznaky jsou: změna příjmu potravy či porucha spánku, rezignace, zmatenost, pasivita, stahování se, pocit beznaděje, bezmoci, neochota mluvit otevřeně nebo mluvit vůbec, vyhýbání se zrakovému, slovnímu či tělesnému kontaktu, izolace, plačtivost (KALVACH, 2004).

## **2.4 Následky týrání seniorů**

Následky týrání jsou pestré a jejich forma je proměnlivá. Samozřejmě záleží, jaký druh násilí byl páchan na oběti, jak dlouho týrání trvalo, jaký je její psychický charakter, tedy jestli vůbec se postižená oběť dokáže s traumatem vyrovnat. Obecně platí, čím dříve je násilí objeveno, tím dříve se dá řešit. Také je známo, že důsledky fyzického násilí se zahojí lépe a rychleji než důsledky psychického násilí (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

Při fyzickém násilí vzniká fyzická újma a tou chápeme narušení fyzické integrity (lehčí poranění, přes modřiny odřeniny, zlomeniny, otřesy mozku až po těžké ublížení na zdraví, popřípadě až usmrcení). V praxi jsou popsány i příklady, kdy násilník je vzdělaný a znalý v problematice násilí a páchá násilí na oběti tak, že vzniklá zranění nejsou na první pohled patrná, např. hematomy ve vlasové části hlavy.

Mezi psychické následky násilí zařadíme pocit oběti, která se jen těžko může smířit s tím, že násilí, které je na ní pácháno, páchá osoba mu blízká nebo přímo člen jejich rodiny. Tyto rány emocionální povahy mohou být značně destruktivní, obtížně odstranitelné a mohou způsobovat nespavost, sníženou pracovní výkonnost, pokles zájmu, ztrátu smyslu života, úzkostné stavy či různé druhy fobií.

Ještě se zmíníme a zároveň spojíme následky sociální a zdravotní. Mezi ty sociální zařadíme nucenou změnu prostředí, tím myslíme velice špatné popřípadě žádné bydlení, izolaci a závislost a pod zdravotní následky spadá psychická deprivace, funkční dekompenzace, závislost na někom druhém až předčasná smrt.

Nemůžeme tak úplně většinu následků násilí takzvaně zaškatulkovat a oddělit je od sebe, spousta dopadů násilí spolu prolíná a souvisí, např. násilí fyzické se zároveň neobejde bez násilí psychického. Následky násilí mohou také vyústit až v posttraumatickou stresovou poruchu. Pravděpodobnost rozvinutí této poruchy se zvyšuje, čím má oběť větší pocit beznaděje a bezmoci a čím menší je její sociální podpora z okolí. Pro osobu postiženou posttraumatickou stresovou poruchou jsou typické tyto znaky: dotyčná osoba si prošla nebo sama byla svědkem události, při které někdo zemřel nebo byl vážně zraněn, reagovala intenzivním strachem, zděšením, traumatická událost je opětovně prožívána, objevují se úzkostné vzpomínky, představy, sny, pocity, osoba se stále snaží vyhnout podnětům, kterému připomínají traumatickou událost a současně je její schopnost reagovat na podněty snižena, objevuje se přecitlivělost, neklid, výbuchy vzteku, potíže s koncentrací, přehnaná ostražitost, těkání po okolí, přehnané úlekové reakce, paranoidní vnímání, atd. Dalším rysem posttraumatického stresového syndromu je to, že tyto příznaky trvají déle než jeden měsíc a také velice zasahují do pracovního i společenského života oběti (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Jak týrané ženy, zneužívané děti, tak i staří lidé si zaslouží ochranu před případy špatného zacházení, tj. týráním, zanedbáváním, vykořisťováním a zneužíváním. Pokud

zjistíme, že senior může být ohrožen týráním, potom při poskytování pomoci musíme dodržovat tyto zásady: zachovat seniorovo soukromí, zachovat nezávislost seniora, respektovat svobodnou vůli starého člověka, nutná potřeba komplexní ochrany, dodržovat všeobecná lidská práva a nejdůležitější zachovat důstojnost starého člověka (ONDRIOVÁ aj., 2011).

Tváří v tvář konkrétní oběti by měla sestra vždy zaujmout kvalifikovaný, promyšlený a hlavně ohleduplný postoj, což znamená: nic oběti nevyčítat, účastně naslouchat, oběť bychom neměli litovat, ale soucítit s ní, danou situaci nehodnotit, ale spíše se jí snažili pochopit, poskytnout radu, kde může oběť v případě potřeby získat další pomoc (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Tuto pomoc týranému seniorovi může poskytnout ošetřující lékař, profesionální zdravotnický pracovník, pracovník ošetřovatelské nebo pečovatelské agentury, profesionální sociální pracovník, pracovník ochranného servisu anebo místního úřadu (ONDRIOVÁ aj., 2011).

Teď jsme tu trochu objasnili jak pomoci seniorovi ohroženému týráním, jak se k němu zachovat a popřípadě kam ho nasměrovat pro další pomoc, ale jako zdravotničtí pracovníci bychom také měli vědět jak se zachovat k agresorovi. Měli bychom být obezřetní, zachovat klid a rozvahu, být si vědomi nebezpečnosti situace a možného násilí, které nám může hrozit. Násilí se může objevit na jakémkoliv pracovišti, a proto je důležité věnovat pozornost jeho prevenci (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

### 3 Ošetrovatelská péče o seniora

V rámci ošetrovatelského procesu by měl být dostatečný prostor pro rozhovor s pacientem samozřejmostí. S osobou ohroženou násilím bychom měli jednat s citem, respektem a informovat ji o nezbytných a neméně důležitých vyšetřeních. Dále bychom měli dbát na to, aby do vyšetřovací místnosti či ordinace vstoupila ohrožená nebo zraněná osoba sama bez doprovodu, neboť právě doprovod může být tou násilnou osobou, před kterou by oběť nebo pacient/klient o původu svých zranění nebo obtíží nemluvil. Důležité je na pacienta/klienta nespěchat, protože tyto osoby samy od sebe nesdělí žádné informace o svých potížích. Oběť se rozhovoří teprve tehdy, jsou jí kladeny správné, jednoduché a přímé otázky, a to nekonfliktním a příjemným tónem. Hned na začátku rozhovoru musíme dát prostor, aby se pacient/klient vyrovnal s tím, že nějaká jiná osoba byla seznámena s jeho problémem. Hovor je potřeba vést normálním, standardním způsobem, je důležité věnovat se tématu, které pacient/klient považuje za důležité. Teprve později je vhodné vracet se k tématům partnerského, příbuzenského vztahu, důkladně sledovat pacientovi/klientovi reakce a na ně empaticky a rozumně reagovat. Někdy se může stát, že pacient/klient popírá násilí, které je na něm páčáno, ale my jsme o něm přesvědčeni, tak tehdy bychom měli dotyčnou oběť informovat, kde může najít další pomoc, eventuálně mu předat kontakty na příslušná pracoviště a následně svůj názor zaznamenat do zdravotnické dokumentace (ÚLEHLOVÁ, 2009).

Shrňme to, co je hlavním cílem rozhovoru mezi sestrou a pacientem/klientem: nejdůležitější je schopnost navázat a udržet s pacientem/klientem rozhovor, slovní kontakt. Dále je to získání informací, poučit, uklidnit, získat představu o typu a charakteru pacienta/klienta a hlavně uspokojit jeho potřebu sociálního kontaktu, jistoty a bezpečí (BOROŇOVÁ, 2010).

### 3.1 Ošetrovatelský model podle Virginie Henderson

Virginia Henderson se narodila v roce 1897 v Kansas City ve Spojených státech amerických. Paní Henderson získala základní ošetrovatelské vzdělání a posléze začala učit ve Virginii. V roce 1934 ukončila své magisterské vzdělání na Columbia University, dále přednášela klinické ošetrovatelství, věnovala se ošetrovatelskému výzkumu. Od roku 1960 publikovala a její práce byly přeloženy do více než 20 jazyků. Získala sedm čestných doktorátů na různých univerzitách a v roce 1988 jí bylo udělené členství v American Nursing Association (Americká asociace sester) za celoživotní přínos v ošetrovatelství. Virginia Henderson zemřela v roce 1996 v Brandfordu v USA.

Teorii ošetrovatelského modelu začala Virginie Henderson zpracovávat na základě seznámení se s učebnicemi B. Harmera, A. W. Goodrich. Během studií, učitelské a sesterské praxe se V. Henderson nelíbilo, že pacient/klient nemá jako příjemce zdravotnických služeb zajištěnou plně kvalifikovanou ošetrovatelskou péči a ochranu před jakýmkoli poškozením. Myslela si, že pacient/klient má být středem pozornosti vzdělaných zdravotníků a sester. Kladla si nejrůznější otázky typu: Co je to ošetrovatelská praxe. Jaké jsou specifické úlohy a činnosti ošetrovatelství. Jaká je funkce sestry. Při hledání odpovědí využila vlastních zkušeností a výsledkem byla v roce 1955 poprvé publikovaná definice ošetrovatelství. Následovaly její výzkumy a práce na rozvoji teorie.

Hlavními jednotkami je cíl ošetrovatelství, který zahrnuje nezávislost pacienta/klienta v uspokojování potřeb, pacient/klient je jedinec vyžadující pomoc při dosahování zdraví nebo klidném umírání a to, že pacient/klient a jeho rodina tvoří jeden pevný celek, role sestry je vyznačena udržováním nebo navrácením nezávislosti pacienta/klienta při uspokojování vlastních potřeb, mezi zdroje potíží se dá zařadit nedostatek vůle, síly a vědomostí, ohniskem zásahu je deficit, který je zdrojem potíží pacienta/klienta, způsob zásahu obsahuje činnosti doplňující, nahrazující nebo zvyšující vůli a vědomosti, důsledky znamenají zvýšení rozsahu nezávislosti při uspokojování potřeb nebo klidné smrti.

Metaparadigmatická koncepce dle Virginie Henderson: osoba – je nezávislá bytost, tvořená čtyřmi složkami (biologickou, psychickou, sociální a spirituální), které

zahrnují čtrnáct základních potřeb, jež si jedinec individuálně uspokojuje. Prostředí autorka vnímá jako životní prostředí, které působí na život a vývoj jedince. Zdraví není přesně definováno, ale autorka ho ztotožňuje jako soběstačnost, samostatnost a nezávislost jedince plnit bez pomoci čtrnáct základních potřeb. Ošetřovatelství je proces řešení problémů pacienta/klienta prostřednictvím poskytnutí pomoci a hlavním cílem je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí.

V koncepci jsou zahrnuty tyto potřeby: normální dýchání, dostatečný příjem tekutin, vylučování, pohyb a udržení vhodné polohy, odpočinek a spánek, vhodné oblékání, udržování fyziologické tělesné teploty, udržování upravenosti a čistoty těla, odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých, komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, vyznávání vlastní víry, smysluplná práce, hry, rekreace, učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví.

Každá ošetřovatelská péče je naplánovaná. Plán nutí ty, kteří ho sestavují, aby se zamysleli nad potřebami, které pacient/klient potřebuje. Plán sestavuje sestra a pacient/klient a ten slouží celému ošetřovatelskému týmu jako rozpis intervencí, které mají členové týmu při ošetřování postupně vykonat. Plán péče vytváří předpoklad pro jednotnost a návaznost poskytované péče. Spokojenost pacienta/klienta vyžaduje průběžné upravování ošetřovatelského plánu.

Funkcí sestry je pomoc zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispějí k jeho uzdravení nebo klidné smrti, které by jednotlivec vykonával sám bez pomoci, kdyby měl na to dostatek vůle, sil a vědomostí. Sestra se snaží vykonávat tuto funkci tak, aby jednotlivec dosáhl nezávislosti co nejdříve a nejrychleji (PAVLÍKOVÁ, 2006).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 4 Empirický průzkum

### 4.1 Průzkumný problém, průzkumný cíl, hypotézy

Informovanost všeobecných sester o problematice zneužívání seniorů.

Průzkumný cíl:

Zjistit míru informovanosti studentů zdravotnických škol a všeobecných sester z praxe o problematice zneužívání seniorů.

Průzkumné hypotézy:

**Hypotéza 1.** Předpokládáme, že VOŠ a VŠ vzdělaný zdravotnický pracovník s praxí bude snáze a lépe odhalovat přítomnost násilí na seniorech než SŠ vzdělaný zdravotnický pracovník.

**Hypotéza 2.** Předpokládáme větší informovanost VOŠ a VŠ zdravotnických pracovníků s praxí, o místech, kam se obrátit při zjištění násilí páchaného na seniorech než SŠ studentů.

**Hypotéza 3.** Předpokládáme, že VOŠ a VŠ vzdělaní zdravotničtí pracovníci znají více faktorů, které zvyšují ohroženost seniorů, jako obětí násilí, než SŠ studenti.



## **4.2 Metodika průzkumu**

V průzkumu jsem použila metodu dotazování a techniku anonymního dotazníku. Dotazník byl vlastní konstrukce, skládá ze 13 otázek. Z nichž 5 otázek je otevřených, 4 polootevřené a 4 uzavřené. Na začátku dotazníku jsem se respondentům představila, sdělila jsem, z jaké jsem školy, ubezpečila je o anonymitě a použití sebraných dat výhradně a pouze ke zpracování bakalářské práce. Ze 13 otázek byly první 2 zaměřeny na získání demografických údajů dotazovaných. U zbylých otázek bylo úkolem zjistit míru informovanosti sester o problematice zneužívání seniorů. Získaná data budou roztríděna a zpracována kvantitativní metodou a vyjádřena v absolutních/relativních číslech. Položky budou zpracovány do přehledných tabulek a grafů s procentuálním vyjádřením. Dotazník byl rozdán v 60 kopiích. Návratnost dotazníků byla 60, tedy 100 %. Průzkumné šetření bylo prováděno v období od 16. 1. 2012 do 9. 3. 2012 a bylo zafinancováno z vlastních prostředků. Pro zpracování všech dat jsem použila programy Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

## **4.3 Průzkumný soubor**

Průzkumný soubor tvořili z jedné poloviny všeobecné sestry z praxe a z druhé studenti zdravotnické školy. Dotazníky jsem roznesla na Střední zdravotnickou školu a Vyšší odbornou školu v Kolíně a do Domova Svojsice. Průzkum tedy probíhal na dvou pracovištích. V úvodu šetření jsem požádala o souhlas jak paní ředitelku školy, RNDr. Janu Tichou, tak pana ředitele Domova, Vítězslava Formana a podrobně je seznámila s průzkumem a jeho realizací.

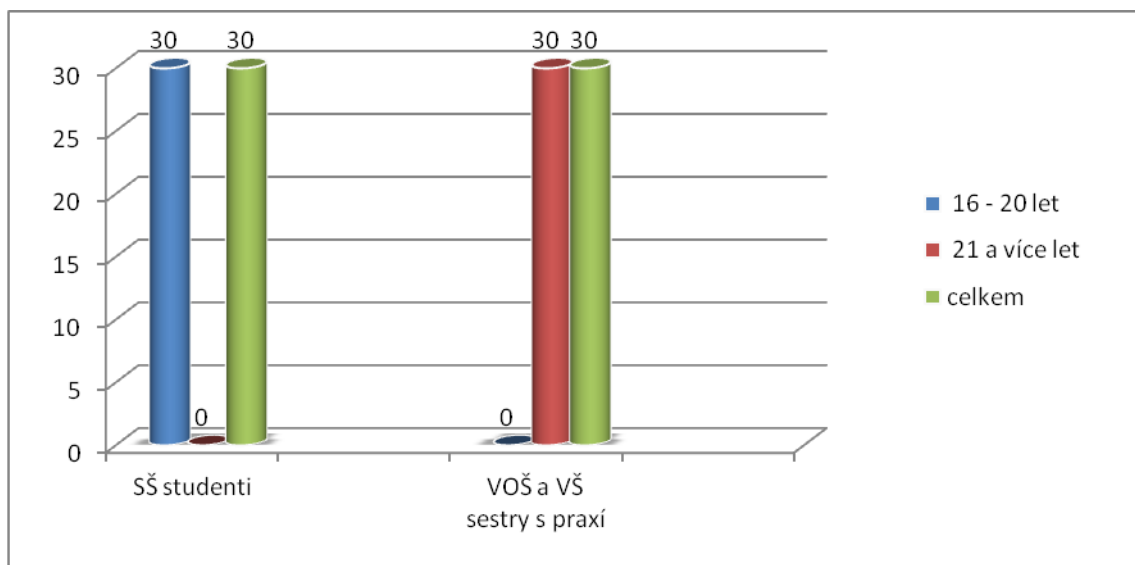
## 4.4 Analýza výsledků průzkumu

Položka číslo 1 – Věk respondentů

Tabulka 1 – Věk respondentů

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) 16 - 20 let	30	100,00%	0	0,00%
b) 21 a více let	0	0,00%	30	100,00%
celkem	30	100,00%	30	100,00%

Graf 1 – Věk respondentů



Průzkumu se zúčastnilo celkem 60 respondentů (100 %) z čehož, 30 (100 %) dotazovaných SŠ studentů bylo ve věku 16 – 20 let a ve věku 21 a více let nebyl SŠ student žádný.

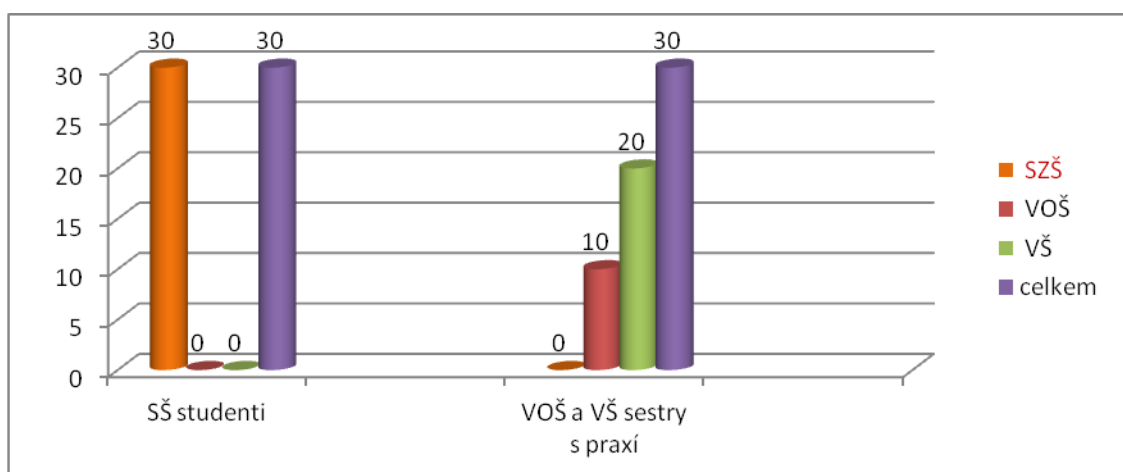
Druhá polovina 30 (100 %) respondentů byly VOŠ a VŠ sestry s praxí ve věku 21 a více let a žádná z nich nebyla mladší 21 let.

Položka číslo 2 – Dosažené vzdělání respondentů

**Tabulka 2 – Dosažené vzdělání respondentů**

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) SZŠ	30	100,00%	0	0,00%
b) VOŠ	0	0,00%	20	67,70%
c) VŠ	0	0,00%	10	33,30%
<b>celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 2 – Dosažené vzdělání respondentů**



Z dotazovaných 30 (100 %) SŠ studentů v roce 2012 bude absolvovat 30 (100 %) studentů střední zdravotnickou školu (SZŠ), žádný ze studentů nemá absolvovanou vyšší odbornou školu (VOŠ) nebo vysokou školu (VŠ Mgr., Bc.).

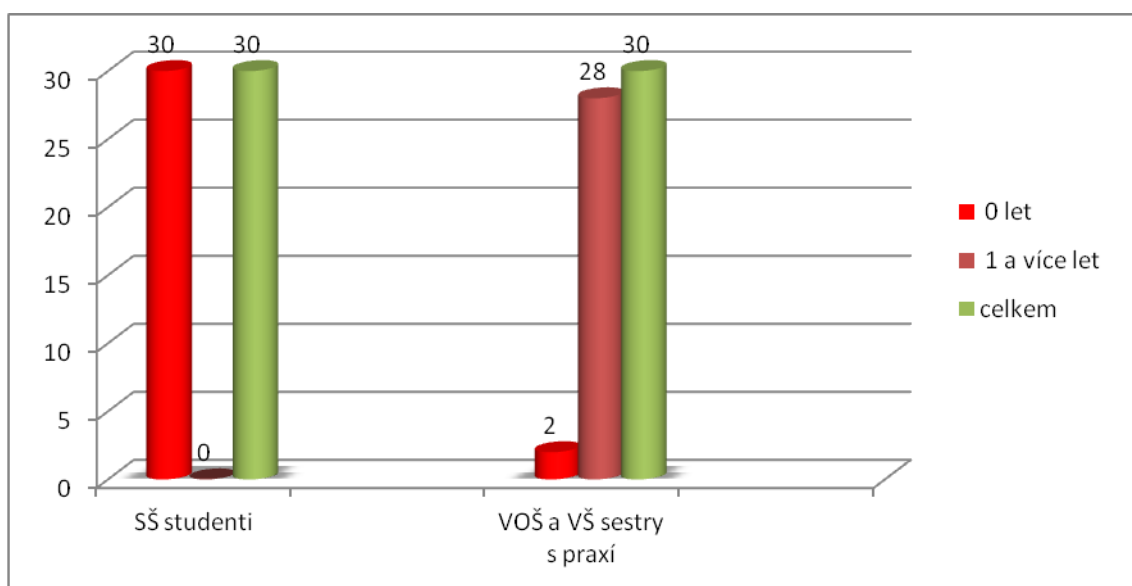
Z 30 (100 %) sester s praxí uvedlo, že 20 (66,70 %) sester absolvovalo vyšší odbornou školu (VOŠ) a 10 (33,30 %) sester s praxí absolvovalo vysokou školu pouze stupeň bakalář (VŠ Bc.).

Položka číslo 3 – Délka praxe ve zdravotnictví

**Tabulka 3 – Délka praxe ve zdravotnictví**

Odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) 0 let	30	100,00%	2	6,60%
b) 1 a více let	0	0,00%	28	93,40%
Celkem	30	100,00%	30	100,00%

**Graf 3 – Délka praxe ve zdravotnictví**



Studenti střední školy odpověděli jednohlasně stejně. Všech 30 (100 %) studentů ve zdravotnictví nepracuje ani jeden rok, nepočítáme povinnou praxi, kterou absolvují na střední škole.

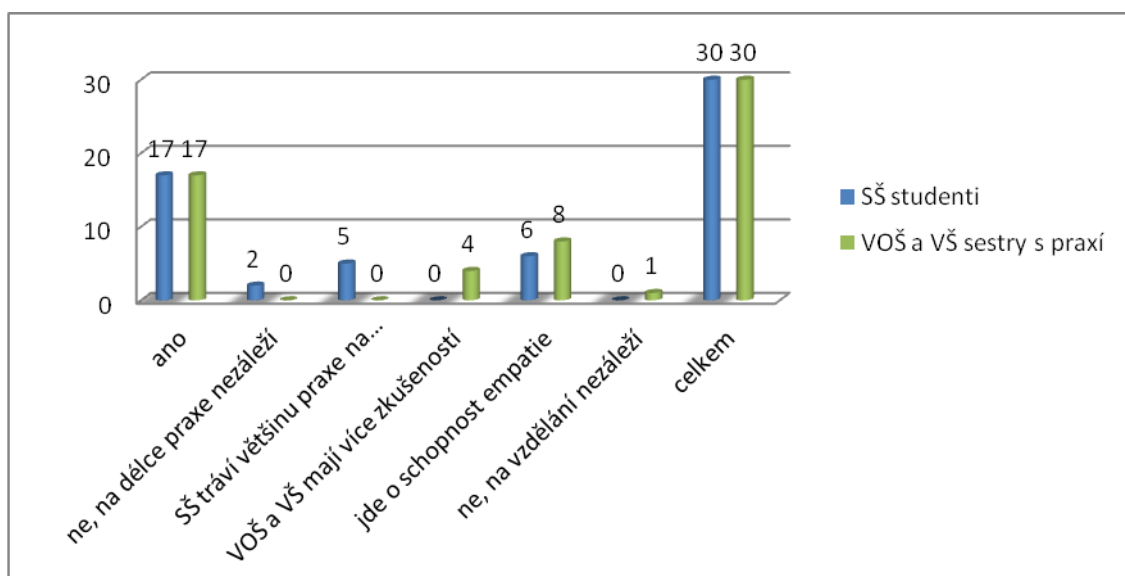
Sestry s praxí se liší pouze u dvou (6,60 %) sester ty také nepracují ve zdravotnictví alespoň jeden rok, jinak 28 (93,40 %) sester odpovědělo, že ve zdravotnictví pracují alespoň jeden rok nebo více let.

Položka číslo 4 – VŠ vzdělaná sestra rozpozná přítomnost zneužívání lépe než SŠ student

**Tabulka 4 – VŠ vzdělaná sestra rozpozná přítomnost zneužívání lépe než SŠ student**

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	17	56,70%	17	56,70%
b) ne, na délce praxe nezáleží	2	6,70%	0	0,00%
jde o schopnost empatie	6	20,00%	8	26,70%
ne, SŠ tráví většinu praxe na geriatrii	5	16,60%	0	0,00%
ne, VOŠ a VŠ mají více zkušeností	0	0,00%	4	13,30%
ne, na vzdělání nezáleží	0	0,00%	1	3,30%
<b>celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 4 – VŠ vzdělaná sestra rozpozná přítomnost zneužívání lépe než SŠ student**



Na otázku č. 4, odpovědělo 17 SŠ studentů (56,70 %) ano, 2 studenti (6,70 %) si myslí, že na délce praxe nezáleží, 6 studentů (20 %) je přesvědčeno, že záleží na schopnosti empatie, žádný ze studentů neříká, že by záleželo na vzdělání ani si nemyslí, že by VOŠ a VŠ sestry s praxí měly více zkušeností a ještě 5 studentů (16,60 %) tvrdí, že většinu své praxe tráví na geriatrických klinikách, tudíž rozpoznají přítomnost zneužívání seniorů stejně nebo lépe než VOŠ, VŠ sestry.

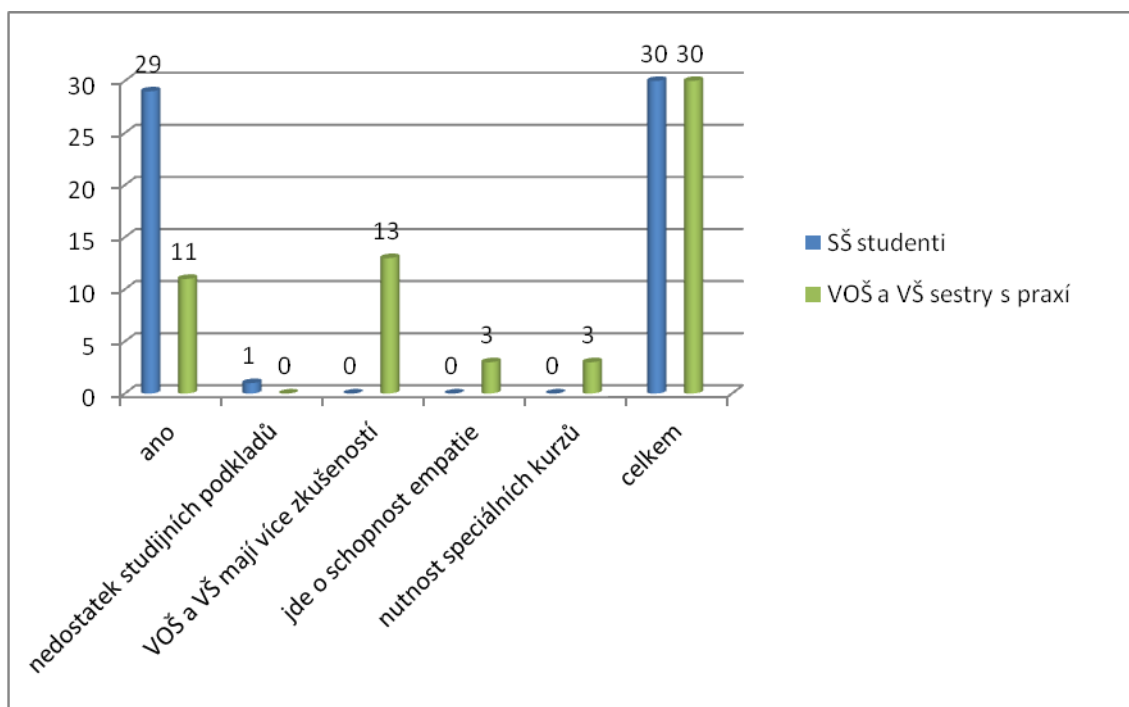
Z 30 dotazovaných sester (100 %) jich také 17 (56,70 %) odpovědělo ano, 8 sester (26,70 %) říká, že záleží na schopnosti empatie, 4 sestry (13,30 %) si myslí, že záleží na zkušenostech, 1 sestra (3,30 %) není přesvědčená o důležitosti vzdělání a ani jedna setra si nemyslí, že záleží na délce praxe.

Položka číslo 5 – Je SŠ student dostatečně vzdělaný v odhalení zneužívání seniorů

**Tabulka 5 – Je SŠ student dostatečně vzdělaný v odhalení zneužívání seniorů**

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	29	96,70%	11	36,70%
b) nedostatek studijních podkladů	1	3,30%	0	0,00%
<b>VOŠ a VŠ mají více zkušeností</b>	0	0,00%	<b>13</b>	<b>43,30%</b>
jde o schopnost empatie	0	0,00%	3	10,00%
nutnost speciálních kurzů	0	0,00%	3	10,00%
<b>celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 5 – Je SŠ student dostatečně vzdělaný v odhalení zneužívání seniorů**



Z celkového počtu 60 respondentů (100 %), 30 SŠ studentů (100 %) odpovídalo takto: 29 studentů (96,70 %) na otázku č. 5 odpovědělo ano, 1 student (3,30 %) měl nedostatek studijních podkladů. Ani jeden student si nemyslí, že by záleželo na zkušenostech, na schopnosti empatie nebo nutnosti navštěvování speciálních kurzů, které se touto problematikou zabývají.

Odpovědi 30 sester s praxí (100 %) vypadají takto: 11 z nich (36,70 %) také odpovídalo na otázku č. 5 ano, 13 sester (43,30 %) konstatuje, že mají více zkušeností, 3 sestrám (10 %) záleží na schopnosti empatie, 3 sestry (10 %) by navštěvovaly speciální kurzy, týkající se problematiky zneužívání seniorů, ale žádná ze sester neměla nedostatek studijních podkladů.

Položka číslo 6 – Je SŠ student dostatečně vzdělaný v rozpoznání příznaků psychického týrání seniora

**Tabulka 6 – Je SŠ student dostatečně vzdělaný v rozpoznání příznaků psychického týrání seniora**

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	12	40,00%	4	13,30%
b) ne, VOŠ a VŠ mají více zkušeností	5	16,60%	16	53,40%
ne, VOŠ a VŠ jsou lépe vzdělaní	9	30,00%	0	0,00%
jde o schopnost empatie	2	6,70%	5	16,60%
ne, mají stejné možnosti	2	6,70%	3	10,00%
nevím	0	0,00%	2	6,70%
<b>celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

Z 30 SŠ studentů (100 %), na otázku č. 6 odpovědělo 12 studentů (40 %) souhlasně ano, 5 studentů (16,60 %) říká, že VOŠ a VŠ sestry mají více zkušeností, 9 studentů (30 %) souhlasí s tím, že VOŠ a VŠ sestry jsou lépe vzdělané, 2 studentům (6,70 %) záleží na schopnosti empatie, 2 studenti (6,70 %) tvrdí, že všichni mají stejné možnosti rozpoznat příznaky psychického týrání.

Z počtu 30 VOŠ a VŠ sester (100 %) souhlasí s odpovědí ano 4 sestry (13,30 %), nejvíce ze sester 16 (53,40 %) se přiklání k důležitosti zkušeností, 5 sestrám (16,60 %) záleží na schopnosti empatie, 3 sestry (10 %) si myslí, že všichni mají stejné možnosti rozpoznání příznaků psychického týrání, 2 sestry (6,70 %) odpověděly, že neví a žádná ze sester se nepřiklání k možnosti, že by byly lépe vzdělané.



Položka číslo 7 – Nejčastější příznaky psychického týrání

**Tabulka 7 – Nejčastější příznaky psychického týrání**

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) strach, úzkost, pláč	30	25,00%	15	12,50%
b) nekomunikuje	10	8,40%	8	6,60%
c) nedůvěra, uzavřenost	28	23,40%	15	12,50%
<b>d) ponižování, urážky</b>	5	4,20%	<b>17</b>	<b>14,20%</b>
e) vydírání	12	10,00%	8	6,60%
f) deprese, sebepoškozování	13	10,90%	9	7,50%
g) podrážděnost, zlost, agrese	8	6,60%	10	8,40%
h) izolace od společnosti, vrstevníků	10	8,30%	6	5,00%
ch) smutek	0	0,00%	11	9,10%
i) třes	0	0,00%	5	4,20%
j) hladovění, dehydratace	0	0,00%	9	7,50%
k) útěk	0	0,00%	4	3,40%
l) pomočování	0	0,00%	3	2,50%
m) ignorace seniora	2	1,60%	0	0,00%
n) nechutenství	1	0,80%	0	0,00%
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,00%</b>	<b>120</b>	<b>100,00%</b>

Z počtu 30 SŠ studentů (100 %), nejvíce z nich, 30 studentů (25 %), uvedlo na prvním místě strach, úzkost a pláč, 10 studentů (8,40 %) uvedlo nekomunikujícího seniora, 28 studentů (23,40 %) napsalo nedůvěru, uzavřenost. Ponižování a urážky napsalo 5 studentů (4,20 %), 12 studentů (10 %) se přiklání k vydírání, 13 studentů (10,90 %) k depresi a sebepoškozování. 8 studentů (6,60 %) si myslí, že se příznaky psychického týrání projeví podrážděností, zlostí a agresí seniora a 10 studentů (8,30 %) si myslí, že jedním z příznaků je izolace seniora od společnosti nebo vrstevníků, 2 studenti (1,60 %) uvádí ignorování seniora a 1 student (0,80 %) si myslí nechutenství. Dále ani jeden ze studentů neuvádí, že by smutek, třes, hladovění, dehydratace, útek nebo pomočování seniora, bylo jedním z příznaků psychického týrání seniora.

Z 30 VOŠ a VŠ sester s praxí (100 %) uvedlo 15 z nich (12,50 %) strach, úzkost a pláč, 8 sester (6,60 %) nekomunikujícího seniora, 15 sester (12,50 %) napsalo nedůvěru a uzavřenost seniora. Nejvíce odpovědí u sester, 17 (14,20 %), obdrželo ponižování a urážky, 8 odpovědí (6,60%) se týkalo vydírání, 9 odpovědí (7,50 %) se přiklání k depresím a sebepoškozování, jako k příznaku psychického týrání. Podrážděnost, zlost a agresi by volilo 10 sester (8,40 %), izolaci seniora od společnosti nebo vrstevníků by volilo 6 sester (5 %), 11 sester (9,10 %) uvádí smutek, 5 z nich (4,20 %) třes seniora, 9 sester (7,50 %) si myslí, že příznakem je hladovění a dehydratace, 4 sestry (3,40 %) říkají útek seniora a 3 z nich (2,50 %) tvrdí, že jedním z příznaků je i pomočování seniora. Ani jedna VOŠ nebo VŠ sestra neuvedly nechutenství ani ignoraci seniora.

Položka číslo 8 - Je SŠ student dostatečně vzdělaný v rozpoznání příznaků  
sociálně – ekonomického týrání seniora

**Tabulka 8 - Je SŠ student dostatečně vzdělaný v rozpoznání příznaků  
sociálně – ekonomického týrání seniora**

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	19	63,33%	9	30,00%
b) ne, VOŠ a VŠ mají více zkušeností	8	26,66%	8	26,66%
jde o schopnost empatie	2	6,68%	4	13,33%
ne, mají stejné možnosti	0	0,00%	2	6,68%
nevím	1	3,33%	3	10,00%
nedostatek studijních podkladů	0	0,00%	4	13,33%
<b>celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

Z 30 SŠ studentů (100 %), 19 studentů (63,33 %) odpovědělo na otázku č. 8 ano, 8 studentů (26,66 %) si myslí, že nezáleží na zkušenostech, 2 studenti (6,68 %) kladou důraz na schopnost empatie, 1 student (3,33 %) zvolil odpověď nevím a ani jeden student neuvádí nedostatek studijních podkladů nebo že by mohli mít stejné možnosti jak studenti, tak sestry s praxí.

Celkový počet VOŠ a VŠ sester 30 (100 %) odpovídal takto: 9 sester (30 %) souhlasí s odpovědí ano, 8 sester (26,66 %) říká, že záleží na zkušenostech, 4 sestry (13,33 %) tvrdí, že důležitá je schopnost empatie, 2 sestry (6,68 %) si myslí, že všichni mají stejné možnosti rozpoznání příznaků sociálně – ekonomického týrání seniora, 4 sestry (13,33 %) uvádí nedostatek studijních podkladů a 3 sestry (10 %) zvolily možnost nevím.

Položka číslo 9 – Nejčastější příznaky sociálně – ekonomického týrání

**Tabulka 9 – Nejčastější příznaky sociálně – ekonomického týrání**

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>a) zanedbaný vzhled, sebek péče</b>	<b>23</b>	<b>19,16%</b>	15	12,50%
b) uzavřenost	17	14,20%	7	5,83%
c) neproduktivnost seniora	12	10,00%	0	0,00%
d) samota seniora	13	10,83%	0	0,00%
e) vykořisťování	0	0,00%	3	2,50%
f) pláč, bezmoc	0	0,00%	14	11,51%
g) podrážděnost, zlost, agrese	5	4,20%	4	3,40%
h) izolace od společnosti	6	5,00%	8	6,60%
ch) dluhy	0	0,00%	7	5,83%
i) absence soukromí	0	0,00%	4	3,40%
<b>j) hladovění, dehydratace</b>	<b>18</b>	<b>15,00%</b>	<b>24</b>	<b>20,00%</b>
k) nedostatek oblečení	0	0,00%	9	7,50%
l) odebrání penze	11	9,11%	5	4,20%
m) ignorace seniora	6	5,00%	0	0,00%
n) přemístit seniora do Domova	9	7,50%	0	0,00%
o) zneužití majetku	0	0,00%	16	13,33%
p) nucení změnit poslední vůle	0	0,00%	4	3,40%
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100,00%</b>	<b>120</b>	<b>100,00%</b>

Z počtu 30 SŠ studentů (100 %), nejvíce z nich, 23 studentů (19,16 %), uvedlo na prvním místě zanedbaný vzhled a sebek péči, 12 studentů (10 %) uvedlo neproduktivnost seniora, 17 studentů (14,20 %) napsalo uzavřenost. Odebrání penze

napsalo 11 studentů (9,11 %), 13 studentů (10,83 %) se přiklání k samotě seniora. 5 studentů (4,20 %) si myslí, že se příznaky sociálně – ekonomického týrání projeví podrážděností, zlostí a agresi seniora a 6 studentů (5 %) si myslí, že jedním z příznaků je izolace seniora od společnosti, 6 studentů (5 %) uvádí ignorování seniora, 18 studentů (15 %) se přiklání k hladovění, dehydrataci a 9 studentů (7,50 %) tvrdí přestěhování seniora do Domova. Dále ani jeden ze studentů neuvádí, že by vykořisťování, pláč a bezmoc, dluhy, absence soukromí, nedostatek oblečení, zneužití majetku nebo nucení do změny poslední vůle bylo jedním z příznaků sociálně – ekonomického týrání seniora.

Z 30 VOŠ a VŠ sester s praxí (100 %) uvedlo 15 z nich (12,50 %) zanedbaný vzhled a sebepéči, 7 sester (5,83 %) uzavřenost seniora. Nejvíce odpovědi u sester, 24 (20 %), obdrželo hladovění a dehydratace, 3 odpovědi (2,50 %) se týkaly vykořisťování, 14 odpovědi (11,51 %) se přiklání k pláči a bezmoci seniora, jako k příznaku sociálně – ekonomického týrání. Podrážděnost, zlost a agresi by volily 4 sestry (3,40 %), izolaci seniora od společnosti nebo vrstevníků by volilo 8 sester (6,60 %), 7 sester (5,83 %) uvádí dluhy, 5 z nich (4,20 %) odebrání penze, 4 sestry (3,40 %) říkají absence soukromí, 9 z nich (7,50 %) tvrdí, že jedním z příznaků je nedostatek oblečení, 16 sester (13,33 %) uvádí zneužití majetku a 4 sestry (3,40 %) konstatují nucení do změny poslední vůle. Ani jedna VOŠ nebo VŠ sestra si nevzpomněly na samotu seniora, ignoraci seniora nebo přestěhování do Domova.

Položka číslo 10 – Zřízení, ve kterých bychom se se zneužíváním mohly setkat

**Tabulka 10 – Zřízení, ve kterých bychom se se zneužíváním mohly setkat**

odpovědi	SŠ studenti		VOŠ a VŠ sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) zdravot. zařízení	7	23,33%	1	3,33%
<b>b) sociální zařízení</b>	<b>14</b>	<b>46,67%</b>	6	20,00%
<b>c) doma s rodinou</b>	9	30,00%	<b>23</b>	<b>76,67%</b>
<b>celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

Z počtu 30 SŠ studentů (100 %) by zdravotnická zařízení volilo 7 studentů (23,33 %), sociální zařízení by volilo 14 studentů (46,67 %) nejvíce z nich a 9 studentů (30 %) by volilo odpověď c) doma s rodinou.

Z 30 VOŠ a VŠ sester s praxí (100 %) by zdravotnická zařízení volila pouze 1 sestra (3,33 %), sociální zařízení by volilo 6 sester (20 %) a nejvíce sester 23 (76,67 %) se přiklání k možnosti c) doma s rodinou.

Položka číslo 11 – Nejčastější kontaktovaná místa a organizace

**Tabulka 11 – Nejčastější kontaktovaná místa a organizace**

odpovědi	SŠ studenti		VOS a VS sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) Červený kříž	2	2,22%	0	0,00%
b) telefonní číslo 155	0	0,00%	2	2,22%
<b>c) telefonní číslo 158</b>	<b>27</b>	<b>30,00%</b>	17	18,88%
d) telefonní číslo 112	14	15,55%	5	5,55%
e) vedení Domova	6	6,66%	0	0,00%
f) svěřit se přátelům	1	1,11%	0	0,00%
g) Bílý Kruh Bezpečí	0	0,00%	2	2,22%
h) obecní úřad	0	0,00%	1	1,11%
ch) linka důvěry	25	27,80%	13	14,44%
i) IC CHARTA HK	0	0,00%	4	4,44%
<b>j) sociální pracovníce</b>	12	13,33%	<b>19</b>	<b>21,11%</b>
k) obvodní lékař	0	0,00%	16	17,82%
l) Zivot 90	0	0,00%	4	4,44%
m) I SENIOR	0	0,00%	5	5,55%
n) HELCOM	0	0,00%	2	2,22%
o) nevím	3	3,33%	0	0,00%
<b>celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00%</b>	<b>90</b>	<b>100,00%</b>

Z počtu 30 SŠ studentů (100 %) by 2 studenti (2,22 %) kontaktovali Červený kříž, nejvíce by jich kontaktovalo Policii ČR 27 (30 %), 14 studentů (15,55 %) by se obrátilo na telefonní číslo 112, 6 studentů (6,66 %) by kontaktovalo vedení Domova, 1 osoba (1,11 %) by se svěřila svým přátelům, 25 studentů (27,80 %) by se poradilo na lince důvěry, 12 studentů (13,33 %) by kontaktovalo sociální pracovníci a 3 studenti (3,33 %) na tuto otázku odpověděli, že neví.

Z 30 VOŠ a VŠ sester s praxí (100 %) by 2 sestry (2,22 %) použily telefonní číslo 155, 17 sester (18,88 %) by kontaktovalo Policii ČR, 5 sester (5,55 %) by se obrátilo na telefonní číslo 112, 2 sestry (2,22 %) by kontaktovaly Bílý Kruh Bezpečí, 1 sestra (1,11 %) obecní úřad, 13 sester (14,44 %) by se obrátilo na linku důvěry, 4 (4,44 %) by se radily s intervenčním centrem CHARTA HK, 19 sester (21,11 %), nejvíce sester, by volilo možnost prvního kontaktu sociální pracovníci, 16 sester (17,82 %) by nejdříve kontaktovaly obvodního lékaře, 5 sester (5,55 %) by se poradilo s I SENIOR, 4 sestry (4,44 %) volily kontaktování Život 90 a 2 sestry (2,22 %) HELCOM.

Položka číslo 12 – 1. Organizace, kam se obrátit při zjištění zneužívání

**Tabulka 12 – 1. Organizace, kam se obrátit při zjištění zneužívání**

odpovědi	SS studenti		VOS a VS sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) telefonní číslo 155	0	0,00%	1	3,33%
<b>b) telefonní číslo 158</b>	<b>18</b>	<b>60,00%</b>	<b>12</b>	<b>40,00%</b>
c) telefonní číslo 112	3	10,00%	0	0,00%
d) vedení Domova	2	6,66%	0	0,00%
e) obecní úřad	1	3,33%	1	3,33%
f) linka důvěry	1	3,33%	0	0,00%
g) sociální pracovníci	5	16,68%	7	23,35%
h) obvodní lékař	0	0,00%	4	13,33%
ch) Život 90	0	0,00%	1	3,33%
i) poradit se s internetem	0	0,00%	4	13,33%
<b>celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

Z celkového počtu 30 SŠ studentů (100 %) by jako první kontaktovalo Policii ČR 18 z nich (60 %), 3 studenti (10 %) by se radili na lince 112, 2 studenti (6,66 %) by se obrátili na vedení Domova, 1 student (3,33 %) by to oznámil obecnímu úřadu, další 1 student (3,33 %) by volal linku důvěry a 5 studentů (16,68 %) by se spojilo se sociální pracovníci.

Z počtu 30 VOŠ a VŠ sester s praxí (100 %) by 12 sester (40 %) také jako první kontaktovaly Policii ČR, 1 sestra (3,33 %) by volala telefonní číslo 155, 1 sestra (3,33 %) by se obrátila na obecní úřad, 7 sester (23,35 %) by kontaktovalo sociální pracovníci, 4 sestry (13,33 %) obvodního lékaře, 1 sestra (3,33 %) Život 90 a zbývající 4 sestry (13,33 %) by se nejdříve poradily s internetem.

Položka číslo 13 – 3 nejčastější faktory, ohrožující seniora jako oběti zneužívání

**Tabulka 13 – 3 nejčastější faktory, ohrožující seniora jako oběti zneužívání**

odpovědi	SŠ studenti		VOS a VS sestry s praxí	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
a) samota	10	11,11%	0	0,00%
b) těžká nemoc	4	4,45%	7	7,78%
c) našetřené úspory	6	6,67%	3	3,33%
d) důvěřivost, snadná manipulace	15	16,66%	17	18,89%
<b>e) nesoběstačnost, stáří</b>	<b>16</b>	<b>17,77%</b>	<b>30</b>	<b>33,33%</b>
f) zhoršené smyslové vnímání	14	15,55%	0	0,00%
g) imobilita, invalidita	5	5,55%	9	10,00%
h) agrese	4	4,45%	0	0,00%
ch) neempatičnost ZP	4	4,45%	0	0,00%
i) neinformovanost seniora	6	6,67%	0	0,00%
j) stud	4	4,45%	0	0,00%
k) demence, zmatenost	0	0,00%	16	17,78%
l) závislost na druhé osobě	0	0,00%	8	8,89%
m) nevím	2	2,22%	0	0,00%
<b>celkem</b>	<b>90</b>	<b>100,00%</b>	<b>90</b>	<b>100,00%</b>



Opět začneme u celkového počtu 30 SŠ studentů (100 %). Na otázku číslo 13, nejčastější odpověď byla nesoběstačnost a stáří seniora, to si myslí celkem 16 studentů (17,77 %), 10 studentů (11,11 %) uvedlo samotu, 4 studenti (4,45 %) uvedli těžkou nemoc seniora, 6 studentů (6,67 %) říká, že důvodem jsou i našetřené úspory, hodně studentů, 15 (16,66 %), zmiňuje důvěřivost a snadnou manipulaci se seniorem. 14 studentů (15,55 %) si myslí, že dalším faktorem je zhoršené smyslové vnímání seniora, 5 studentů (5,55 %) udává imobilitu a invaliditu, 4 studenti (4,45 %) agresi, 4 studenti (4,45 %) si myslí, že je to na neempatičnosti zdravotního pracovníka. Dalších 6 studentů (6,6 %) říká, že záleží na informovanosti seniora, 4 studenti (4,45 %) si myslí, že jde o stud seniora a 2 studenti (2,22 %) uvedli, že neví, co by odpověděli.

U 30 VOŠ a VŠ sester s praxí (100 %) jich také nejvíce odpovědělo, že důležitým faktorem je nesoběstačnost a stáří člověka, konkrétně si to myslí 30 sester (33,33 %). 7 sester (7,78 %) zvolilo odpověď těžká nemoc, 3 sestry (3,33 %) našetřené úspory. 17 sester (18,89 %) uvedlo velikou důvěřivost a snadnou manipulaci se seniorem, 9 sester (10 %) zvolilo imobilitu a invaliditu, 16 sester (17,78 %) uvedlo demenci a zmatenost seniora a 8 sester (8,89 %) uvedlo závislost na druhé osobě.

## 4.5 Interpretace výsledků průzkumu

Na základě určeného cíle jsme stanovili 3 hypotézy. Průzkumu se zúčastnilo 30 SŠ studentů a 30 VOŠ a VŠ sester.

Hypotéza 1. Předpokládáme, že VOŠ a VŠ vzdělaný zdravotnický pracovník s praxí bude snáze a lépe odhalovat přítomnost násilí na seniorech, než SŠ vzdělaný zdravotnický pracovník, jsem prověřovala položkami 4, 6 a 8. Hypotéza 1 **se potvrdila**.

Hypotéza 2. Předpokládáme větší informovanost VOŠ a VŠ zdravotnických pracovníků s praxí, o místech, kam se obrátit při zjištění násilí páchaného na seniorech, než SŠ studentů, jsem prověřovala položkami 5, 11 a 12. Hypotéza 2 **se potvrdila**.

Hypotéza 3. Předpokládáme, že VOŠ a VŠ vzdělaní zdravotničtí pracovníci znají více faktorů, které zvyšují ohroženost seniorů, jako obětí násilí, než SŠ studenti, patřila položka 13. Hypotéza **se nepotvrdila**.

Hypotéza 3 se nepotvrdila z důvodů větší kreativity a tvořivosti studentů, jejich rozsáhlejší škále odpovědí. Sestry nevyjmenovaly tolik faktorů jako studenti Střední zdravotnické školy.

## 4.6 Diskuse

Průzkumné šetření se týkalo podrobné analýzy o informovanosti všeobecných sester o problematice zneužívání seniorů. Výsledky zcela vychází z dotazníkového šetření, které bylo provedeno v rámci vybraných 2 pracovišť.

Ondriová (2011) píše o finančním a majetkovém vykořisťování seniora, přičemž používá slova jako mnohočetné změny v poslední vůli, převedení majetku na jiného člověka, nedoplatky nebo zapomenuté uhrazení nájmu nebo např. stavy hněvu a uzavření se do sebe. V našem dotazníku bylo napočítáno 9 slov podobného typu a charakteru. Celkem jsme napočítali 79 odpovědí (65,84 %), které byly podobné či totožné se slovy autorky.

Podle Intervenčního Centra v Brně se psychické násilí projevuje ponižováním, vyhrožováním, nadáváním, odpíráním pozornosti, kritizováním, křikem, sociální izolací atd. V dotazníku bylo spočteno 50 odpovědí (41,67 %), které se vyjadřovaly shodně nebo velice podobně, jako Intervenční centrum v Brně. Nejvíce respondentů 45 (75 %), z celkového počtu 60, napsalo odpověď: strach, úzkost a pláč.

Paní profesorka Haškovcová (2010) píše, že násilníci se na seniory zaměřují hlavně z důvodů, snadné manipulace, lehké ovlivnitelnosti, jednoduše proto, že považují seniory za snadnou kořist. Z dotazníku nám vyplynulo, že seniory za snadno zmanipulovatelné a důvěřivé, považuje, z celkového počtu 60 respondentů, 32 dotazovaných (53,34 %) studentů a sester.

O pomoci týranému seniorovi píše Ondriová v časopise Sestra (2011) to, že pomoc mu může poskytnout ošetřující lékař, profesionální zdravotnický pracovník, profesionální sociální pracovník nebo pracovník místního úřadu. V dotazníku byla vysoká shoda s paní Ondriovou u všech odpovědí, nejvíce však respondenti uváděli odpověď: telefonní číslo 158. Z celkového počtu 60 dotazovaných, zvolilo Policii ČR 44 respondentů (73,34 %).

## 4.7 Doporučení pro praxi

Průzkum prokázal, že většina dotazovaných by přivítala o problematice zneužívání seniorů více informací. Osobně si myslím, že více informací by neškodilo i laické veřejnosti, protože toto téma je ve většině případů tabu.

Proto si myslím, že by se Ministerstvo zdravotnictví mělo více zapojit do propagování informací formou letáků, brožur a tisku, pomocí internetu a více medializace skrz televizní dokumenty a televizní debaty. Pro sestry by Ministerstvo mělo pořádat pravidelná školení, kurzy a semináře formou přednášek a pro mě zajímavějších workshopů.

Nejen Ministerstvo zdravotnictví by se mělo více zapojit do informovanosti populace, ale i pojišťovny by měly přidat ruku k dílu a zapojit se veřejnými diskusemi a propagačními materiály např. v ordinacích praktických lékařů, ve kterých se senioři často vyskytují.

Nejvíce by chtělo zdůraznit na jaké organizace se obrátit, kam zavolat, koho prvního kontaktovat a jak se při takové situaci zachovat. Bylo by dobré, kdyby se 1 telefonní číslo, jednotné pro zneužívání a násilí páchané na seniorech, psalo na viditelná veřejná místa, aby si ho všichni lidé zapamatovali jako např. čísla 150, 155 nebo číslo 158.

Poněvadž se navenek dostane jen malé procento případů zneužívaných seniorů, většinou se na to ani nepříjde, tak takoví lidé potřebují vědět, jak se mají zachovat a co dělat dál.

Měli bychom více motivovat zdravotnický personál, aby se o tuto problematiku zajímal, protože se to může týkat každého z nás. Například nemocnice by mohly pro své sestry pořádat pravidelné semináře, týkající se problematiky zneužívání seniorů.

Mělo by se začít o tomto problému hovořit již na základních školách, kde se ještě dá chování u adolescentů ovlivnit, zapojit by se měly i rodiny, neboť tam výchova dítěte začíná a my, budoucí rodiče, bychom i tomuto tématu doma měly věnovat pozornost a čas. Pokračováním diskuzí o této problematice, docílíme na středních školách zavedením volitelného předmětu na téma zneužívání seniorů.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti studentů zdravotnických škol a všeobecných sester z praxe o problematice zneužívání seniorů. V teoretické části jsme se zabývali například zneužíváním seniora, charakteristikou, komunikací se seniory, násilím na nich páchaném, následky týrání seniorů, ošetrovatelskou péčí o seniora podle ošetrovatelského modelu Virginie Henderson. Zvolili jsme model Virginie Henderson hlavně z toho důvodu, že senior, který by se stal obětí zneužívání, se již úplně, nejen po fyzické nebo psychické stránce, nenavrátil k úplnému zdraví, natož k normálnímu životu. Seniora to v mnoha ohledech ovlivní a bude potřebovat pomoc druhé osoby. V praktické části jsme oslovili celkem 60 respondentů, 30 respondentů ze zdravotnické školy a 30 VOŠ a VŠ všeobecných sester s praxí, abychom zjistili míru jejich informovanosti a splnění našeho cíle. Dotazníky se navrátily všechny, tedy 100 % návratnost, 30 jich odevzdali studenti a druhou polovinu všeobecné sestry.

Předpokládali jsme větší informovanost VOŠ a VŠ všeobecných sester o faktorech, zvyšujících ohroženost seniorů, jako obětí násilí, než SŠ studenti, avšak průzkum ukázal větší počet odpovědí u SŠ studentů, jejich kreativnost a snahu vymyslet co nejvíce faktorů, které seniory ohrožují. Udivilo nás, že tento předpoklad vyšel tak pozitivně pro SŠ studenty, neboť jsme byli přesvědčeni, že v této otázce záleží především na praxi a zkušenostech zdravotnických pracovníků. Dále co nás překvapilo a mile potěšilo, byla veliká škála kontaktů a organizací, kterou uvedly VOŠ a VŠ vzdělané všeobecné sestry s praxí. Vyjmenovávaly kontakty a organizace, které jsme ani neznali a museli jsme si je samotné vyhledat.

Odpovědi ve skupinách respondentů se lišily ve většině případů opravdu jen ve zkušenostech a praxi zdravotnických pracovníků. I přes některé udivující odpovědi respondentů můžeme říci, že cíl bakalářské práce byl splněn. Stanovili jsme celkem 3 hypotézy, přičemž 2 hypotézy se podle odpovědí respondentů potvrdily, nepotvrdila se pouze poslední, třetí hypotéza.

Myslím, že tato práce byla přínosná, nejen pro mě, z hlediska zisku spousty nových informací o problematice zneužívání seniorů, ale i pro studenty a sestry, kteří mi s dotazníky pomáhali a pravdivě mi na všechny otázky odpovídali.

Domnívám se, že pokud by takovéto dotazníky nebo i rozšířenější verze podobného typu dotazníku, dostávali studenti a sestry častěji, v rámci výuky nebo různých školení, seminářů, sami by si tuto problematiku osvojovali a alespoň by o těchto problémech přemýšleli a nebyla by jim tato problematika cizí.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

-Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2

BENTOWIN, Arnon. 1998. *Týrání a sexuální zneužívání v rodině*. Praha : Grada Publishing, 1998. 117 s. ISBN 80-7169-629-3.

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

DUNOVSKÝ, Jiří; DYTRYCH, Zdeněk; MATĚJČEK, Zdeněk. 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha : Grada Publishing, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.

GJURIČOVÁ, Šárka; KOCOURKOVÁ, Jana; KOUTEK, Jiří. 2000. *Podoby násilí v rodině*. Praha : Vyšehrad, 2000. 101 s. ISBN 80-7021-416-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2004. *Manuálek o násilí*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

INTERVENČNÍ CENTRUM Brno. 2009 – 2012. *Formy domácího násilí* [online]. [cit. 2012-01-09]. Dostupné z WWW: < <http://www.ic-brno.cz/formy-domaciho-nasili/> >.

KALVACH, Pavel; ONDERKOVÁ, Alice. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha : Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk. aj. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada Publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora Lea; OLIVIERIOVÁ, Rita. 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ROSA. 2006 – 2011. *Bezpečnostní plán* [online]. [cit. 2011-12-17]. Dostupné z WWW: < <http://www.rosa-os.cz/informace-pro-obeti-domaciho-nasili/bezpecnostni-plan/> >.

ONDŘIOVÁ, Iveta; DUČAIOVÁ, Jarmila. 2011. Etika versus týrání, zanedbávání seniorů. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 21, č. 4, s. 65.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.



SCHULER, Matthias; OSTER, Peter. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava; HOUDEK, Lubomír. 2009. *Základní otázky komunikace : komunikace (nejen) pro sestry*. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 987-80-7262-599-4.

TOŠNEROVÁ, Tamara. 2002. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha : Univerzita Karlova, Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 60 s. ISBN 80-238-9505-2.

ÚLEHLOVÁ, Dagmar. aj. 2009. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. 116 s. ISBN 978-80-7013-502-0.

VYBÍRAL, Zdeněk. 2005. *Psychologie komunikace*. Praha : Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.

VYKOPALOVÁ, Hana. 2002. *Násilí na seniorech: sborník příspěvků z pracovního semináře*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. 65 s. ISBN 80-244-0409-5.

WICHOVÁ, Michaela; SEIDLOVÁ, Gabriela. 2011. Emoce a domácí násilí – týraný senior. In *Bulletin Sdružení praktických lékařů České republiky*. ISSN 1212-6152, 2011, roč.21, č. 6, s. 63.

Zdraví pro třetí věk. 2006. Čestlice : Rebo. 2006. 270 s. ISBN 80-7234-536-2.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Dotazník	I
Příloha B – Souhlas s umožněním průzkumu na Střední zdravotnické a Vyšší odborné škole v Kolíně	III
Příloha C - Souhlas s umožněním průzkumu v Domově Svojsice	IV

## Příloha A

Dobrý den

Dotazník č. ...

Jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s, Duškova 7, Praha 5, oboru všeobecná sestra. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma: Informovanost všeobecných sester o problematice zneužívání seniorů.

Ve svém průzkumu, který je součástí mé bakalářské práce, se zabývám zjištěním, zda jsou studenti zdravotnických škol a všeobecné sestry z praxe dostatečně informováni o této problematice.

Tímto bych Vás velice ráda požádala o spolupráci. Data získaná v tomto dotazníku jsou striktně anonymní a budou využita pouze v rámci mé bakalářské práce. Odpovědi na otázky prosím zakroužkujte (nebo vyplňte odpověď).

Předem Vám děkuji za Vaši účast v tomto projektu a zároveň za pravdivé vyplnění.

Studentka Kristin Hejduková

1. Kolik Vám je let?
  - a) 16 – 20
  - b) 21 a více
  
2. Vaše vzdělání?
  - a) SZŠ
  - b) VOŠ
  - c) VŠ – bakalářské
  - d) VŠ – magisterské
  
3. Vaše praxe ve zdravotnictví? (Nepočítejme školní praxi)
  - a) 0 let
  - b) 1 rok a více
  
4. Myslíte si, že VŠ vzdělaný zdravotnický pracovník, pracující ve zdravotnictví, rozpozná přítomnost zneužívání seniorů lépe než SŠ vzdělaný zdravotnický pracovník, který ve zdravotnictví prozatím nepracuje?
  - a) ANO
  - b) NE a proč? .....
  
5. Myslíte si, že SŠ vzdělaný zdravotnický pracovník je dostatečně vzdělaný v oblasti odhalení zneužívání seniorů?
  - a) ANO
  - b) NE a proč? .....
  
6. Myslíte si, že SŠ vzdělaný zdravotnický pracovník rozpozná lépe příznaky psychického týrání seniorů než VŠ vzdělaný zdravotnický pracovník?
  - a) ANO
  - b) NE a proč? .....

7. Vyjmenujte alespoň 4 příznaky psychického týrání seniorů:
- a)...
  - b)...
  - c)...
  - d)...
8. Myslíte si, že SŠ vzdělaný zdravotnický pracovník rozpozná lépe příznaky sociálně - ekonomického týrání seniorů než VŠ vzdělaný zdravotnický pracovník?
- a) ANO
  - b) NE a proč? .....
9. Vyjmenujte alespoň 4 příznaky sociálně – ekonomického týrání seniorů:
- a)...
  - b)...
  - c)...
  - d)...
10. Ve kterých zařízeních si myslíte, že bychom se se zneužíváním seniorů mohli setkat nejčastěji?
- a) ve zdravotnickém zařízení
  - b) v sociálním zařízení
  - c) doma s rodinou
11. Vyjmenujte alespoň 3 místa nebo organizace, kam se můžete obrátit při zjištění zneužívání seniorů:
- a) ...
  - b) ...
  - c) ...
12. Jakou první organizaci byste kontaktovali, při zjištění zneužívání seniorů?
13. Zkuste vyjmenovat 3 faktory, které zvyšují ohroženost seniorů jako obětí zneužívání:
- a) ...
  - b) ...
  - c) ...

- zdroj: dotazník vlastní konstrukce

## Příloha B

Paní ředitelka: RNDr. Jana Tichá

Věc:

Žádost o umožnění kvantitativního průzkumu, jako součást bakalářské práce, na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické v Kolíně.

Souhlasím s tím,

aby Kristina Hejduková, studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, mohla na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické v Kolíně realizovat průzkum formou nestandardizovaného dotazníku za účelem získání informací nezbytných k vypracování bakalářské práce na téma „Informovanost všeobecných sester o problematice zneužívání seniorů“.

Studentka se zavazuje, že získané informace budou použity pouze k vypracování bakalářské práce a jiným způsobem nebudou zneužity.

Podpis: Kristina Hejduková

  
.....

Podpis: RNDr. Jana Tichá

 9.3.2012  
.....

## Příloha C

Pan ředitel: FORMAN VÍTĚZSLAV

Věc:

Žádost o umožnění kvantitativního průzkumu jako součást bakalářské práce v Domově Svojsíce.

Souhlasím s tím,  
aby Kristina Hejduková, studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5,  
mohla v našem Domově Svojsíce realizovat průzkum formou nestandardizovaného dotazníku  
za účelem získání informací nezbytných k vypracování bakalářské práce na téma  
„Informovanost všeobecných sester o problematice zneužívání seniorů“.

Studentka se zavazuje, že získané informace budou použity pouze k vypracování bakalářské  
práce a jiným způsobem nebudou zneužity.

Podpis: Kristina Hejduková

  
.....

Podpis: Vítězslav Forman

  
.....

16. 1. 2012

**DOMOV SVOJSÍCE**  
ZŘIZOVATEL HL. M. PRAHA  
281 07 SVOJSÍCE č.1  
IČO: 708 76 720, TEL.: 321 763 723  
PMB 200154008/600

-1-