ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013 **Bc. Barbora Mašková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství 5341

Bc. Barbora Mašková

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

PROBLEMATIKA ZNEUŽÍVANÝCH SENIORŮ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28.3. 2013

…….....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných odborných rad, podnětů a materiálních podkladů.

OBSAH

ANOTACE

ÚVOD……..……10

TEORETICKÁ ČÁST……..11

1 VYMEZENÍ POJMŮ – GERIATRIE, GERONTOLOGIE 11

1.1 Normalita stárnutí 12

1.1.1 Stáří 12

1.1.2 Adaptace na stáří 12

1.2 Jednotlivá pojetí stáří 13

1.2.1 Stáří z pohledu biologického a sociálního 13

1.2.2 Stáří z pohledu psychologického 14

1.2.3 Pravé stáří z pohledu duchovního 14

2 NEGATIVNÍ DOPAD STÁŘÍ 15

2.1 Ageismus 15

2.2 Klasifikace a zdroje ageismu 16

3 RODINA A STARÝ ČLOVĚK 18

3.1 Správně fungující rodina ve stáří 18

3.2 Dysfunkční rodina 19

3.3 Mezigenerační soužití 20

3.4 Hodnocení rodiny 21

4 DOMÁCÍ PÉČE 22

4.1 Formy domácí péče 23

4.2 Domácí prostředí a jeho vliv na ošetřovanou osobu 25

5 SESTRA V DOMÁCÍ PÉČI 26

5.1 Posuzování klienta 26

5.2 Ošetřovatelské diagnózy v domácí péči 27

5.3 Plánování ošetřovatelských aktivit 27

5.4 Realizace plánu 28

5.5 Hodnocení klientova stavu 28

6 SYNDROM EAN – ELDER ABUSE AND NEGLECT 29

6.1 Fyzické násilí 30

6.2 Psychické a citové týrání 31
6.3 Finanční a materiální zneužívání 31
6.4 Sociální násilí 32
6.5 Sexuální obtěžování a zneužívání 33
6.6 Zanedbávání péče 34
6.7 Zanedbávání péče o sebe sama, self-neglect 34
6.8 Nevhodné jednání, mistreatment 35
6.9 Příznaky a indikátory EAN 35
6.10 Rizikové faktory EAN 36
7 SYNDROM VYHOŘENÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ 37
8 PREVENCE EAN 38
9 ŘEŠENÍ SITUACÍ 39
9.1 Obecné zásady komunikace s osobou ohroženou domácím násilím 42

PRAKTICKÁ ČÁST…… ……43
10 FORMULACE PROBLÉMU 43
10.1 Hlavní problém 43
10.2 Dílčí problémy 43
11 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU 43
12 METODIKA 44
13 HYPOTÉZY 44
14 VZOREK RESPONDENTŮ 44
15 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ 45
16 DISKUZE 59
ZÁVĚR……....63
SEZNAM ZDROJŮ……....65
SEZNAM GRAFŮ……...69
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK……..70
SEZNAM PŘÍLOH……..71

ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Barbora Mašková

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika zneužívaných seniorů v domácím prostředí

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran: číslované 55, nečíslované 28 (grafy: 25)

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 50

Klíčová slova: domácí péče – rodina – sestra – stáří – syndrom EAN

Souhrn:

Tato diplomová práce se zabývá stářím a negativním dopadem stáří. Hodnotí vliv rodiny v péči o seniora v domácím prostředí, vztahy v rodině a celkový postoj ke starému člověku. Velkou část tvoří problematika EAN (elder abuse and neglect), kde jsou popisovány různé druhy zneužívání, zanedbávání a týrání seniora v domácím prostředí. Praktická část je zaměřena na zjištění úrovně znalostí, přístupů, komunikace a prevence EAN u sester v domácí péči a vytvoření letáku pro sestry pracujících v agenturách domácí péče.

ANNOTATION

Surname and name: Bc. Barbora Mašková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The Problems Misuse of the Seniors in the Domestic Environment

Consultant: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of pages: 83

Number of appandices: 4

Number of literature items used: 50

Key words: home care – family – nurse – age – syndrome EAN

Summary:

This diploma thesis deals with the age and the negative effect of age. Evaluates the influence of family in seniors care in home environment, family relationships and an overall attitude and behaviour towards an old person. Great part is composed by the issue of EAN, in which are described various types of abuse, neglecting and torturing of seniors in thein home enviromentn. The parctical part of the thesis is focused in determining the knowledge level, approach, communication and prevention of EAN in nurses working in home care and production of leaflets for nurses that are employeed in agencie that cover the needs of home care.

ÚVOD

Problematika špatného zacházení se seniory včetně týrání, zneužívání a zanedbávání ze strany rodinných příslušníků anebo profesionálních pracovníků byla dlouho na pokraji zájmu. Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání – EAN (elder abuse and neglect) označuje závažně nevhodné jednání se starými lidmi, na němž se převážně podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění.

Z pohledu celé řady lidí jsou senioři přítěží, jsou pomalí, péče o ně je drahá a pro většinu mladé generace jsou nezajímaví. Lidé v produktivním věku nejsou ochotni přemýšlet o svém stáří, myšlenky na něj vytěsňují na okraj pozornosti. Z toho vyplývá, že nám chybí schopnost se do nároků a problémů života seniorů vcítit, chápat je, mít o ně zájem a respektovat je. Vždyť i my, kteří jsme teď mladí a v plné síle, budeme jednou staří a možná odkázáni na pomoc druhého člověka. Naučme se vážit života starých lidí, jsou to právě oni, kteří nám mohou předat moudrost, zkušenosti a určitý nadhled.

Rodinné vztahy tvoří významnou součást našeho života, ale zdaleka nejsou vždy láskyplné a uspokojující – někdy spíše naopak. Mnohdy má soužití v rodině pramálo společného s ideály a rodina se tak může stát zdrojem obrovského napětí, přivádět lidi k zoufalství nebo je naplňovat značnou úzkostí a pocitem viny.

Senioři v současné společnosti patří mezi opomíjené skupiny obyvatel a přitom péči nejen potřebují, ale i si ji zaslouží.

Senior po letech strávených prací pro společnost není nepotřebným občanem, ale člověkem, který si zaslouží pozornost, péči, ochranu a právo na důstojný život.

Cílem této diplomové práce je zjištění úrovně znalostí, komunikace a prevence problematiky EAN a vytvoření letáku pro sestry pracující v agenturách domácí péče.

JE ČAS PŘESTAT ZAVÍRAT OČI PŘED NÁSILÍM PÁCHANÉ NA SENIORECH!

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ – GERIATRIE, GERONTOLOGIE

Stárnutím a stářím se z dílčích aspektů zabývá řada oborů a vědních disciplín.

Geriatrie je samostatný lékařský obor v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70 – 75 let. Tento obor vychází z poznatků, že znalost zvláštní diagnostiky a léčby chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik, kladení důrazu na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění a též výsledky zdravotní péče. (38)

Geriatrie – v širším slova smyslu **klinická gerontologie**, v užším slova smyslu v některých státech (např. Česká republika, Slovensko aj.) samostatný **specializační lékařský obor,** vycházející z vnitřního lékařství a zabývající se kromě interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými a ošetřovatelskými. Je také propojena s primární péčí i sociálními službami. Jádrem oboru není dlouhodobé ošetřovatelství, nýbrž zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického režimu u seniorů. (18)

Gerontologie není samostatná vědní disciplína, nýbrž multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří. (38)

Gerontologie bývá klasicky členěna na tři stejné, ale velmi důležité části:

1. **Gerontologie experimentální** – zabývá se mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a samozřejmě biologického a psychologického stárnutí člověka. Tato činnost je důležitá, protože umožňuje predikci (předvídání) procesů stárnutí a jeho prevenci.
2. **Gerontologie sociální** – tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří člověka. Současně si všímá i společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují. Zjišťuje a kategorizuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí. V posledních letech se zabývá také prevencí a formuluje programy typu **Stárnout zdravě** s cílem **udržet praktickou soběstačnost.**

3. **Gerontologie klinická** – se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí. Bývá též nazývaná **geriatrií.** (12)

1.1 Normalita stárnutí

Proces stárnutí přináší řadu involučních změn, které se promítají do zdravotního stavu, klinického obrazu a průběhu chorob starých lidí. (16)

Biologické stárnutí jsou změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Postihují tělesné tkáně, orgány, avšak neprobíhají u každého jedince stejně. Délka života je determinována genetickými dispozicemi a životním stylem. Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí a dochází k poklesu biologických adaptačních mechanismů. (22)

Při měření kvality života seniorů vystupují do popředí pojmy jako jsou autonomie, soběstačnost, schopnost rozhodování, absence bolesti a utrpení, zachování smyslových schopností, udržení sociálního podpůrného systému, určitý finanční standard, pocit užitečnosti pro jiné a též určitý stupeň pocitu štěstí…(5)

1.1.1 Stáří

Etapa stáří je stejně důležitá jako ostatní a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí. Zaslouží pozornost a zájem nejenom ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí a samozřejmě v neposlední řadě i zájem státní sociální i zdravotní politiky. Stáří je další vývojovou etapou lidského života, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Stáří neznamená konec života, teprve smrt přináší konec života. (22)

1.1.2 Adaptace na stáří

Reakce na změny ve stáří jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior nezvládá sám. Takto pak přichází model adaptace na stáří:

1. **Konstruktivní přístup** ke stáří. Už během produktivního věku si člověk může připravovat aktivity, které později rozvine. Součástí přípravy na stáří je také snaha o udržení správného tělesného zdraví, tudíž vhodné stravování a pohybové aktivity. Je důležité udržovat širší síť přátel a známých. Pokud nejsou blízcí přátelé, můžeme se

dostat do těžké sociální izolace. Pěstování dobrých vztahů s rodinou je úkol na celý život a jeho naplnění přichází ve formě podpory od dětí a vnoučat.

2. **Závislost na okolí** - většinou tělesné potíže potencují závislost na zdravotnících nebo na rodině, která je tak manipulována obtížemi seniora k intenzivnějším kontaktům.
3. **Nepřátelský postoj** – někdy jsou situace obtížnější a mechanismy na zvládání nestačí. Senior pak může zaujmout nepřátelský postoj. Nepřátelství – hostilita je příčinou mnoha problémových situací v péči o klienty ve vyšším věku. Hostilitu může projevovat k personálu, lidem kolem, ostatním klientům aj. (44)

1.2 Jednotlivá pojetí stáří

1.2.1 Stáří z pohledu biologického a sociálního

Biologické stárnutí postihuje celý organismus. Znaky stárnutí lze pozorovat na všech tkáních a jejich buňkách. Projeví se omezováním hybnosti, výkonnosti, výdrže a sníženou imunitou. Klesá frustrační tolerance, zhoršuje se paměť, myšlení a funkčnost smyslových orgánů. Změny, které v této etapě života nastávají jsou fyziologické a nejsou to nemoci. (24)

Vlastní průběh stáří závisí především na zdravotním stavu a sociálních okolnostech. Průběh stáří ovlivňuje významně míra společenské izolovanosti člověka. Znamená to, zda-li má partnera, přátelé a neignorující děti a vnoučata. Důležitým faktorem je rovněž existence nějakých zájmů, soběstačnost a schopnost aktivního přístupu k životu. Pasivní a nečinný jedinec se cítí opuštěný a svojí pozornost obrací ke své osobě. Soustředí se tak převážně na své problémy. (24)

Význam partnera roste, protože staří lidé jsou nuceni trávit společně více času. Vytváří se pocit bezpečí, sounáležitosti a sdílení života. Nemoc či smrt partnera je proto výrazným stresorem. Ovdovění vede k pocitu osobní zbytečnosti. Součástí identity je tak opět rodina, zachovalé kompetence a role či zisky, kterých dosáhl v minulosti. (24)

Úkolem všech, kteří o seniory pečují a žijí s nimi, je umožnit seniorům žít aktivní život. Snažit se upravovat prostředí tak, aby byli co nejvíce nezávislí a samostatní. Podporovat je v jejich rozhodnutích a respektovat jejich autonomii.

1.2.2 Stáří z pohledu psychologického

Osobnost starého člověka, stejně jako u mladého, je založena na jednotě tělesné konstituce a utváří se v jeho společenských vztazích. Je ovšem výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současně adaptace na jeho nynější obtíže vyššího věku. (21)

Přirozeně se člověk postupně vyrovnává s realitou vyššího věku, je stále aktivní, raduje se ze života a z vřelých citových vztahů k blízkým lidem. Plně si uvědomuje možnosti svých výkonů, akceptuje i eventualitu smrti a přijímá ji beze strachu. Je snášenlivý, v myšlení pružný a dovede si v mnohém najít potěšení. Dovede prosazovat své zájmy. V anamnéze takových lidí zpravidla nacházíme šťastně prožité dětství, manželství a rodičovství. (21)

Lidé závislého typu mají sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech. Raději se spoléhají více na druhé nežli na vlastní síly. Zbavují se rádi odpovědnosti, mnohé úkoly raději přenechávají mladším a stahují se do svého soukromí. Muži přenechávají rozhodování ženám, které tak přebírají dominanci, kterou ve svém dětství zpravidla poznávaly u svých matek. Tato strategie je také vcelku přijatelná. (24)

Hostilní jedinci jsou velmi nepřátelští, mají sklon uvalovat vinu za své nezdary na ostatní. Bývají často agresivní a podezřívaví, neustále si na něco stěžují.

Lidé se sklonem k agresivitě obracejí agresivitu proti sobě, jsou k sobě nadměrně kritičtí, svůj prožitek života pociťují jako naprosté selhání. V anamnéze takových jedinců můžeme nalézt ambivalentní vztahy ke svým rodičům, dále neuspokojivý manželský život a pocity osamění a neužitečnosti. Smrt přijímají jako milosrdné vysvobození. (24)

1.2.3 Pravé stáří z pohledu duchovního

Na počátku etapy stáří bývá potřeba seberealizace a užitečnosti ještě velmi silná. Později však do popředí vstupuje spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých. Hlavně v pravém stáří jsou lidé mnohdy méně zaujatí událostmi okolního světa, ale soustředí se spíš na sebe a své problémy.

Člověk zůstává tvořivým po celý svůj věk. K uspokojení duchovní stránky jsou někteří senioři schopni se učit např. cizím řečem, dnes je moderní práce na počítači a jiné způsoby využití volného času. Taková činnost je prevencí sociálního vyloučení, seniora uspokojuje a slouží k dalšímu osobnostnímu růstu, zrání a moudrost. (24)

2 NEGATIVNÍ DOPAD STÁŘÍ

Všichni se rodíme s určitými dispozicemi, jak budeme reagovat na situace ve svém životě. Vše je ovlivněno genetickými předpoklady, životními zkušenostmi a prostředím, ve kterém žijeme. (22)

Každý člověk je citlivě zasažen, když je omezována jeho autonomie. Každé omezení, ztráta svých schopností…

Tělesné změny mají za následek větší soustředění na somatický stav, systém zdravotní péče je často soustředěn na symptomy. S přicházejícím věkem může dojít k zintenzivnění některých povahových rysů. Psychické změny ve stáří bývají často laiky označovány jako zhoršení povahy. Do popředí se dostávají spíše negativní rysy osobnosti. (22)

Přes obrovskou rozdílnost jsou však některé psychické projevy všem starým lidem společné. Jejich příčina může být různá. Říká se, že stáří karikuje povahu. Typické lidské vlastnosti se ve stáří skutečné zvýrazňují. Veřejnost patrně v duchu negativistického, či přinejmenším konfliktně pojímaného stáří, registruje nepříjemné projevy stařecké povahy. Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý. (9)

2.1 Ageismus

Za společensky velmi nebezpečnou lze jednoznačně považovat diskriminaci, která je věkově podmíněna a vychází z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie či generace vykazují nejen rozdílné charakteristiky, ale společenskou a lidskou hodnotu (31). Znamená to omezení sociálních rolí a znehodnocení statusu seniorů, strukturuje očekávání druhých vůči nim, odpírá rovné příležitosti a zároveň jim v mnoha ohledech snižuje jejich životní šance (35). Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní v různých způsobech chování a v myšlení, staromódní v morálce a jiných dovednostech. Mladší generace vidí starší lidi jako odlišné od nich samých, a proto jim brání, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi (45). Označení fenoménu věkové diskriminace vychází z anglického slova Age – věk (stáří). V současné době hovoříme o ageismu. (31)

Jako první termín ageismu použil Robert Butler, americký psychiatr, který se jako jeden z prvních začal zabývat problematikou stereotypizace a diskriminace lidí na základě pokročilého věku.

Dnes je termín definován šíře. Ageismus zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších. Hovoříme o stereotypech, kdy v záporném stereotypu jsou vynechány příznivé charakteristiky. Jedná se o výroky a postoje bez pravdivého základu, ale se zdáním, že v jádru mají pravdu. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé jsou v podtextu nevyslovené. (39)

V encyklopedii Wikipedie je ageismus apriorní vyřazování starších lidí z různých aktivit a činností vyžadující zvýšenou odpovědnost a pozornost. Dále vyloučení z vedoucích a nadřízených pozic pod dojmem, že nedokáží a nebudou schopni kvalifikovaně rozhodovat a adekvátně jednat. Toto je způsobeno pocitem, že stáří je nemoc, respektive že staří lidé už na většinu věcí prostě nestačí. (47)

S přibývajícím věkem přicházejí určité specifické změny, které ač neplatí absolutně, jsou přisuzovány každé starší osobě. Patří sem rigita (obtížnější přizpůsobení novým věcem a zůstávání v naučených stereotypech), zvýšený egocentrismus (upoutávání pozornosti na svou osobu), výraznější projevování celoživotních rysů (kladných i záporných), smíření s realitou (umírání, smrt) a efektivnější využívání životních zkušeností. (47)

2.2 Klasifikace a zdroje ageismu

Obecně lze typologicky ageismus diferencovat dle ageistických postojů a předsudků a následných důsledků v chování a jednání na:

- **individuální** – mikrosociální - týká se jedince a jeho názorů
- **mezosociální** – je na úrovni sociálních skupin, pečovatelských institucí, firem aj..
- **makrosociální** – je ve vztahu k legislativním úpravám, změnám – ageismus vlastní strukturám (31)

K negativním stereotypům a mýtům o stáří vedou čtyři hlavní zdroje:

1. **Strach ze smrti** – smrt není viděna jako přirozená a nevyhnutelná část lidského života. Lidé si velmi neradi připomínají vlastní smrtelnost a smrt a stáří jsou často vnímány jako synonymum. Umírající člověk potřebuje osoby, jež jej mají rády. Dítě, které vidí pečovat rodiče o babičku nebo dědečka si vytváří v rodičích svůj vzor. Je tak pravděpodobné, že podobným způsobem bude sloužit svým rodičům a jiným blízkým lidem. (6)
2. **Důraz na mládí a fyzickou krásu** – senioři bývají ignorováni. Dnešní doba propaguje mladost, krásu, zdraví. S přibývajícím léty se hlavně ženy bojí, že přijdou o krásu. Pak je půda připravena pro termíny negativního stereotypu jako bába, babizna…Bohužel s obdivem a úctou ke stáří se setkáváme jen v některých kulturách. Například v Japonsku se ve vráskách a stříbrných vlasech odráží moudrost, zkušenost a dlouhá léta služby. (39)
3. **Důraz na ekonomický potenciál a produktivitu**- lidé v produktivním věku vnímají seniory jako přítěž, závazek a finanční dluh. Kvůli zdravotnímu stavu či duševní chorobě je v mladých lidech zakotvena představa, že senioři nejsou schopni pokračovat v práci, pakliže ano, je jejich práce neproduktivní. Tato představa bývá častou příčinou diskriminace při zaměstnávání lidí v předdůchodovém či důchodovém věku. Přitom opak bývá pravdou. Pracující senioři jsou obvykle za svoje zaměstnání šťastni, bývají k zaměstnavateli daleko loajálnější a svých pracovních pozic si více váží. (39)
4. **Skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu**- V české společnosti dosud převládá názor, že staří a nemocní lidé by měli být institucionalizováni. Přitom až 90% seniorů starších 65let v ČR je schopno se o sebe postarat, ač s pomocí rodiny, přátel či neziskových organizací. Je zapotřebí zdůraznit, že je nutné podporovat seniory v jejich soběstačnosti v maximální možné míře v domácím prostředí.

V každodenním životě se ageismus manifestuje různými způsoby – diskriminačními technikami na trhu práce, zdravotnictví a dalších službách. Projevuje se pohrdáním, odporem, vyhýbáním se kontaktu se se staršími lidmi a zasahuje i do intimní sféry rodinných interakcí. Nejhrubší formě ageismu, tj. násilí páchané na starších lidech, nejčastěji v rodině, začala být věnována pozornost dlouho poté, co bylo vědou a médii „odhaleno“ zanedbávání, týrání a zneužívání dětí. (35)

Je třeba, aby se pohled moderních společností na stárnutí změnil. Namísto přijímání fenoménu stárnutí v populaci jako pohromy a hrozby (mnozí autoři zmiňují pojem demografická panika či dokonce gerontofobie) je zapotřebí přijmout přítomnost demografických změn a to ve smyslu sekundární tranzice – stárnutí populace jako pozitivní výzva. (31)

3 RODINA A STARÝ ČLOVĚK

Rodina představuje společensky schválenou formu stálého soužití rodičů a dětí. Rodina vytváří předpoklady pro naplnění funkce biologické, výchovné, ekonomické, socializační a emocionální.

Současná moderní rodina je velmi křehká, protože je a měla by být založena především na citových vazbách. Lidé se berou z lásky a ekonomické důvody k sňatku nejsou rozhodující.

Dříve bylo normální, že rodiče, jejich děti a vnoučata žili pohromadě. Dnešní trend je zcela jiný. Řada starých lidí žije sama anebo jsou odkázáni na pomoc druhých v domovech důchodců, penzionech nebo léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Dnes děti nemají čas, mají velké pracovní vytížení, mnohdy dojíždí daleko za prací a na vlastní rodiče jim nezbývá čas. Platí, že **rodina musí chtít, umět a pomoci.** (12)

3.1 Správně fungující rodina ve stáří

Rodina musí splňovat celou řadu předpokladů tak, aby byla zajištěna dobrá péče o nesoběstačného člena. Nejpodstatnější z nich jsou **moci pečovat** – mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční, **chtít pečovat** – mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny a **umět pečovat** – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované péče. (22)

Úlohou společnosti je rodinu motivovat morálně, legislativně, ekonomicky a též sociálně. Dalším a důležitým úkolem společnosti je vytvoření dostatečného spektra i kapacity sociálních služeb, které by rodině pomáhaly plnit tuto funkci.

Pro současného seniora měla a má význam **rodina a bezpečné rodinné zázemí.** Je mnoho rodin, které žijí se svými rodiči nebo s rodičem ovdovělým. Je krásné sledovat

ochotu dětí pomáhat svým rodičům k návratu domů. Jejich denní návštěvy, pomoc při zvládání soběstačnosti, vyhovění okamžitým přáním. Dalšími příklady péče dětí je např. každodenní nošení oblíbeného jídla, čtení knih, odpolední vycházky a také zájem o nové metody v ošetřování v domácím prostředí. (22)

Ve stáří znamená správně fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě nesoběstačnosti starého člověka. Důležité jsou možnosti vůle, motivace a snaha rodiny pomoc poskytnout. Velký význam má i způsob bydlení rodiny, vzdálenost blízkých a příbuzných osob. Rozhodující je též společenské klima, etické normy, morálka, společenské i rodinné tradice a podpora legislativní i ekonomická. Velkou a významnou pomocí v realizaci péče o starého člověka v domácím prostředí jsou agentury domácí péče, střediska pečovatelské služby, domovinky, charitativní sdružení a další sociální aktivity v rámci komunity. Rodina je však v péči o nesoběstačného starého člověka samozřejmě nezastupitelná. (22)

3.2 Dysfunkční rodina

Ve veřejném mínění a občas i v odborných úvahách se často objevuje názor, že za mnohé negativní jevy ve společnosti je zodpovědná právě rodinná výchova. Rodiče by měli být připraveni zvládnout svou roli, zvolit účelné výchovné metody. Měli by být uvědomělí a zodpovědní za všestranný duševní a tělesný rozvoj svých dětí a za jejich řádnou výchovu. Výchova by měla být vedena tak, aby děti získaly stále širší a hlubší vzdělání, aby si osvojily odpovědný postoj k práci a aby do jejich vědomí a jednání pronikly morální zásady. (22)

Vzájemné rodinné vztahy mezi dětmi a rodiči také ovlivňuje skutečnost, že dnes přibývá mnoho rozvedených rodin. Současně s odděleným soužitím rodičů a dětí přibývá nesouznění životních názorů obou stran. Dále s rostoucí technickou vyspělostí jsou rozdílné nároky mladé a starší generace. To přináší vznik rodinných rozepří a neochotu přijímat jiné názory. Převážná část rodičů a prarodičů chce finančně pomáhat svým dětem, vnukům i na úkor svých potřeb. Ti pak morálně očekávají splácení láskou a pochopením, ale ono nepřichází v době, kdy to nejvíce potřebují. Některé děti vyžadují, aby jejich rodiče odešli do vhodného sociálního zařízení. Nerespektují jejich přání zůstat doma, kde to znají. Mnohým seniorům, kteří jsou v nemocnici, je prodána střecha nad hlavou, nacházejí se tak v situaci, kterou si nikdy nepřáli a také ji vůbec neočekávali. Chtějí zůstat doma, mít péči

v domácím prostředí, ale nikdo se jich na nic neptá. Ztrácejí tak svou dosavadní roli a společenskou prestiž a chce se jim umřít. Současně je pro ně velmi zraňující, když je jejich děti nenavštěvují v sociálních zařízeních. Sami jim tak nabízejí své malé finanční úspory, aby si každý měsíc jejich lásku koupili. Velké finanční dary jim již dali, tudíž se pro své děti stávají břemenem. (22)

Role starých lidí se v poslední době hodně změnila. Zkomplikovaly se tak vztahy mezi generacemi. Dnes jsou prarodiče na rodinách svých dětí většinou nezávislí a žijí samostatně. Přitom prarodiče by měli být pro rodinu a vnoučata nepostradatelným prvkem. Měli by působit svou zkušeností a vnášet do jejich života jiný úhel pohledu na svět. Děti potřebují prarodiče, vždyť to, co mnohdy rodiče z nedostatku času nebo v důsledku psychických indispozic nemohou dát, mohou poskytnout právě prarodiče. (22)

3.3 Mezigenerační soužití

Vícegenerační rodina je složena z prarodičů, rodičů a dětí. Správně a dobře fungující rodina poskytuje všem členům pocit bezpečí, pochopení a vzájemnou výpomoc v případě potřeby. Panuje zde přirozená úcta ke starším. Dále i respekt a podpora práv a nároků mladších členů rodiny. Soužití všech členů rodiny je tak postaveno na demokratických přístupech, solidaritě a především lásce (rodičovské, sourozenecké, dětí a vnuků k rodičům a prarodičům). (22)

Soužití různých generací lze charakterizovat v celé škále a to od ideálního, přes pozitivní až po negativní.

Rovnocenné (realistické) soužití – vytváří nejžádanější základ ve vztazích uvnitř rodiny. Je pohodou mezi generacemi. Předpokladem jsou vyvážené osobnosti, které akceptují zájmy a názory starší generace.

Liberální (volné) soužití – každý si dělá, co chce, neexistují pravidla a určení hranic. Je zde patrné zeslabení citových vazeb, neuvědomování si povinností ke starším generacím a nerespektování jejich citových, fyzických a hmotných potřeb a to zejména v období jejich nesoběstačnosti.

Podbízivé soužití – rodiče si kupují své děti, zvláště v případech, kdy jejich děti nejeví o ně zájem. Je zde patrná velká bezmocnost vůči mladší generaci a snaha o zachování zdání dobrých, fungujících vztahů.

Nesmiřitelné soužití – zde panuje silně negativně vyhraněný, sobecký a nemorální postoj. Ten nepřipouští vzájemný styk mezi mladší a starší generací.

Vynucené soužití – několik generací je nuceno bydlet spolu, jedná se tak o nedobrovolné soužití generací, které však nemusí mít vždy v sobě negativní stanoviska.

Vychytralé soužití – jedná se o využívání rodičů nebo prarodičů s předstíraným zájmem o ně (finanční podpora, pomoc s dětmi, v domácnosti atd.). (22)

3.4 Hodnocení rodiny

Komunitní sestra musí využívat všech svých komunikačních dovedností a zkušeností, aby popsala zdravotní potřeby rodiny odpovídajícím obvyklým životním událostem (např. odchod do důchodu…) nebo nestandardním událostem (např. rozvod, chronické onemocnění). Sestra je významným činitelem, který ovlivňuje úroveň kompliance nejen u jednotlivce, ale také u jeho rodiny či komunity, kde žije. Komunitní sestra se může podílet na vytváření a realizaci různých preventivních programů pro rodinu a její členy. (15)

Zaměření komunitní sestry při práci s rodinou

- dysfunkce některého člena rodiny (separace, handicap, úrazy) ovlivňuje celou rodinu
- zdraví rodiny je závislé a odvíjí se od všech aspektů zdravotní péče (prevence, rehabilitace aj.)
- zdraví rodiny lze zlepšovat správným životním stylem a snížením rizika (podpora zdraví, edukace, sebepéče)
- shodnost rizikových faktorů a nemocí rodinných příslušníků může vést k objasnění a vyřešení případů uvnitř rodiny
- pochopit jasně funkci jednotlivců lze jen při posuzování jednotlivce v kontextu celé rodiny
- rodina musí být zahrnuta do léčebného plánu, aby fungovala jako zásadní podpůrný systém pro jednotlivce (15)

Charakteristika zdravé rodiny

- funguje zde dobrá komunikace a vzájemné naslouchání všech členů rodiny
- pomáhají a podporují se všichni členi rodiny
- vzájemné respektování a důvěra
- vytváření společných činností, her, humor
- vzájemné působení a ovlivňování
- společné trávení volného času
- dodržování tradic a rituálů
- uznávání soukromí (15)

4 DOMÁCÍ PÉČE

Většina nemocných je často ošetřována doma. Ideální domácí ošetřování by mělo splňovat fyzické, duševní, sociální a duchovní potřeby nemocného. Pacient by se měl co nejdříve zotavit anebo se co nejlépe přizpůsobit omezením daným nemocí. (8)

Domácí zdravotní péče je poskytována multidisciplinárním týmem pracovníků zajišťující péči dle aktuálního stavu klienta. Tým vytváří např. rodina, sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, nutriční terapeut. Klient/pacient je spolu se svou rodinou aktivní participant (sebepéče a vzájemná pomoc). Základem domácí péče je princip subsidiarity – je poskytována aktivní péče a pomoc ke svépomoci s podporou a rozvojem všech zbytkových potenciálů klienta. (15)

Nejdůležitější aspekty komunitní práce sestry (podpora zdraví populace, snížení zdravotního rizika) jsou tradičně provozovány v domácím prostředí. Hodnocení rodiny, její struktury, hodnocení domácího prostředí a též chování rodiny v něm je ve vlastním přirozeném prostředí daleko přesnější a validnější než v nemocnici. (15)

Komunitní pracovníci mají za cíl podporovat příslušníky komunity v dobrovolnické a svépomocné péči o členy, kteří vyžadují a potřebují pomoc k uspokojování svých potřeb. Nejčastějším objektem péče jsou obvykle senioři, zdravotně postižení, malé děti a duševně nemocní. (23)

Domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok v oblastech medicínských a ošetřovatelských oborů umožňuje pacientům poskytnutí kvalitní péče v jejich přirozeném domácím prostředí. To přispívá k psychické pohodě člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování. (15)

Cílem domácí péče je:

- pomáhat jednotlivcům a jejich rodinám dosahovat tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím
- zachovávat kvalitu a umožňovat nemocným v terminálních fázích života umírat v kruhu svých blízkých osob a ve svém domácím prostředí
- zabezpečovat komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními prostřednictvím multidisciplinárního týmu a služeb
- udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v jeho běžných denních činnostech
- edukovat pacienta/klienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní tělesné a duševní zdraví
- zajišťovat dodržování léčebného režimu a snižovat negativní vlivy onemocnění na celkový zdravotní a duševní stav pacienta/klienta i rodiny (15)

4.1 Formy domácí péče

V České republice je domácí péče poskytována v pěti základních formách:

1. **Akutní domácí péče –** je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním nevyžadující hospitalizaci nebo je ošetřujícím lékařem indikována jako alternativa hospitalizace. Je vhodná pro klienty s akutní exacerbací onemocnění. Nejčastějšími diagnostickými skupinami jsou klienti s kardiovaskulárním onemocněním (kontrola FF, TK, D), neurologickým onemocněním (aplikace i.m. injekcí…), gastrointestinálním onemocněním (kontrola hydratace…) či urologickým onemocněním (kontrola permanentních katetrů), včetně imunodeficitů. Tato forma péče též zahrnuje specializovanou domácí péči a ta je určena zejména klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Bývá poskytována převážně krátkodobě v rozsahu několika dnů nebo týdnů. (15,26)

2. **Dlouhodobá domácí péče –** je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice. Je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči prostřednictvím kvalifikovaného personálu. Obvykle jsou to klienti např. po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem, dále klienti s plným či částečným ochrnutím nebo klienti se závažným duševním onemocněním. V neposlední řadě i klienti s chronickou bolestí. Tato forma domácí péče obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jedná se o typicky tzv. integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče. Je poskytována v rozsahu několika měsíců i let. (15,26)
3. **Preventivní domácí péče –** je určena všem skupinám klientů, u nichž ošetřující lékař v pravidelných intervalech doporučí monitorování zdravotního a duševního stavu. Případné změny se ihned signalizují ošetřujícímu lékaři. Péče je poskytována v takové frekvenci týdně nebo měsíčně, jakou určí lékař na základě celkového stavu klienta. (15,26)
4. **Domácí hospicová péče –** je nejtěžší formou domácí péče, která je určena klientům v preterminálním či terminálním stádiu života. Je určena nevyléčitelně nemocným či umírajícím klientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do šesti měsíců. Pracovníci domácí zdravotní péče se snaží zajistit odbornou péči, která mimo jiné zahrnuje i management bolesti a emocionální podporu, a tak mírní utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání. (15,26)
5. **Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče) –** jedná se o alternativní využití domácí zdravotní péče pro provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických lékařů nebo jiných ošetřujících lékařů. Jsou to odborné výkony, jako je např. jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu „ad hoc“ bez zavedení domácí péče. Tato forma je indikována v případech, kdy z provozních důvodů (např. časové omezení ordinačních hodin ošetřujícího lékaře) nelze zajistit návštěvní službu sester v rodinách u klientů, jejichž stav si vyžaduje okamžité poskytnutí péče a pomoci. (15,26)

4.2 Domácí prostředí a jeho vliv na ošetřovanou osobu

Onemocnění člena rodiny přináší do rodiny vždy určité změny, které ovlivňují její fungování. Celkový vliv prostředí rodiny na ošetřovatelskou péči závisí na **charakteru onemocnění** (krátkodobé, dlouhodobé), **na následcích nemoci** (od žádného postižení až po trvalé) a **na finančním dopadu nemoci.** (4)

Na závažnosti onemocnění závisí i změny prostředí v domácnosti týkající se vytvoření dostatečného komfortu pro člena rodiny.

Pro poskytování ošetřovatelské péče v rodině jsou důležité především **vztahy v rodině** (tj. zda umožňují ošetřovatelskou péči), **vybavení a rozloha bytu** a jeho přizpůsobení poskytování ošetřovatelské péče, **lokalizace domácnosti,** tudíž i vzdálenost od zdravotnického zařízení a **finanční a sociální podmínky rodiny.** (4)

Sestra musí posuzovat podmínky rodiny i z hlediska prostředí. Formuluje společně s jejími členy přijatelné cíle tak, aby nemocný získal optimální zdraví, případně aby dožil svůj život v přijatelném domácím prostředí. Dobrá vzájemná spolupráce sestry a rodiny může vytvořit prostředí, které obnoví nebo zorganizuje funkci rodiny během nemoci a rekonvalescence. (4)

Z hlediska ošetřovatelské péče je důležité získávat podrobné poznatky o rodině, rodinné péči a o prostředí rodiny. Jednotlivé aspekty ovlivňují osobu, zdraví i následující ošetřovatelskou péči. Sestra v zájmu zajištění optimální ošetřovatelské péče ovlivňuje a vytváří prostředí v domácnosti ve prospěch ošetřovaného jedince. (4)

Zapojení do péče o nemocného představuje pro rodinné příslušníky v mnoha případech opět získat pocit kontroly v situaci, která pro ně není primárně kontrolovatelná. Hrozí zde však riziko nebezpečí přetížení těch rodinných příslušníků, kteří jsou v nejtěsnějším kontaktu s pacientem. Je proto důležitá těsná spolupráce mezi rodinou, medicínskými a psychosociálními pomocnými systémy, kde můžeme napomoci omezovat zatížení na míru, jež je pro rodinu únosná. (42)

5 SESTRA V DOMÁCÍ PÉČI

„Komunitní sestra vykonává činnosti při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetřovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním zařízení.“ (48)

Počáteční postoj klienta a rodiny k sestře je velice důležitý pro vzájemnou spolupráci. První dojem a první moment mají velký význam, neboť lidé v tomto okamžiku odhadují, zda mohou cizímu člověku důvěřovat. Často je tak určen směr dalších setkání (2). Aktivity při návštěvě pacienta v domácím prostředí se liší od činností sester v nemocnicích. Nejdůležitější je odpovědnost a profesionalita, se kterou musí sestra návštěvu provést. Nemá takové personální a technické vybavení jako sestra v ambulantním či lůžkovém zařízení. (27)

Sestra se stává hostem v klientově domově, který může být někdy velmi odlišný od jejího očekávání. Ne vždy splňuje představy např. o hygieně životního stylu, ale je nutno sociální prostředí klienta poznat a přijmout, aby bylo možné poskytnout efektivní ošetřovatelskou péči. (27)

Ošetřovatelská péče v domácnostech klientů/pacientů je poskytovaná stejně jako ve zdravotnických institucích metodou ošetřovatelského procesu a probíhá v pěti základních fázích. (15)

5.1 Posuzování klienta

Ošetřovatelsko - geriatrická diagnostika, zabývající se hodnocením a posuzováním starého člověka v domácí péči, má svá specifika:

- soustřeďuje se na starého člověka s tím, že respektuje zvláštnosti vyššího a vysokého věku
- je vícerozměrná, s tím souvisí bio-psycho-sociální posuzování
- je problémově orientovaná, kde je zaměření více na člověka než nemoc
- a výsledkem musí být geriatrická a/nebo ošetřovatelská intervence ve prospěch klienta/pacienta (15)

Sestra v domácí péči hned při první návštěvě hodnotí svého klienta. Proces posuzování musí probíhat během všech prováděných návštěv v domácím prostředí. Sestra důsledně zaznamenává objektivní i subjektivní informace o klientovi a jeho rodině. Zabývá se

aktuálním zdravotním stavem, jeho rodinou a stavem sociálního prostředí. Po navázání prvního kontaktu sestra zjišťuje anamnézu onemocnění, osobní anamnézu, rodinnou, sociální a zaměří se na bezpečnost klienta a na jeho životní zvyky, monitoruje psychický stav. Při vyšetření pacienta sestra využívá techniku dotazování a pozorování. Používá vyšetřovací pomůcky jako je fonendoskop, tonometr, teploměr nebo glukometr a upřesňuje získané údaje. (15,27)

Při získávání informací se také sestra může setkat s nedůvěrou, neboť je pro klienta a rodinu cizí člověk. Nedostatečný a povrchní sběr dat někdy způsobí špatné rozpoznání problému. (7)

Získaná data podrobně zaznamená do ošetřovatelské dokumentace, která obsahuje osobní údaje klienta, druh pojištění, potřebné kontaktní údaje. Zapíše ordinace a požadované služby, frekvenci a dobu trvání návštěv. Zapíše též důležité informace týkajících se kulturních zvyklostí a víry, zhodnotí aktivity klienta a sociální prostředí. Dále nesmí chybět datum, čas a podpis sestry. V domácí péči prozatím neexistuje sjednocená forma dokumentace. (1)

5.2 Ošetřovatelské diagnózy v domácí péči

Po shromáždění potřebných údajů o klientovi, jeho rodině a stavu sociálního prostředí stanoví sestra ošetřovatelské diagnózy. Mezi nejčastější patří chronická bolest, porušená kožní integrita, neefektivní léčebný režim, zhoršená pohyblivost, deficit tělesných tekutin, zácpa, riziko přetížení pečovatele. (25)

Za stanovení ošetřovatelských diagnóz zodpovídá sestra, která využívá a zpracovává získané informace od klienta, rodiny, popřípadě od dalších poskytovatelů péče. (15)

5.3 Plánování ošetřovatelských aktivit

Na vytváření ošetřovatelského plánu se společně se sestrou podílí sám pacient, jeho rodina, ošetřující lékař, fyzioterapeuti a sociální pracovníci. Obsah ošetřovatelského plánu vychází z priorit potřeb klienta a vede k plnění stanovených cílů. Cíle jsou krátkodobé a dlouhodobé a jsou zaměřeny na podporu, udržení nebo navrácení zdraví a na prevenci komplikací. Důležité je klást důraz na ty cíle, kterých chce dosáhnout pacient a rodina. (15,27)

Důležitou součástí ošetřovatelského procesu je správně definovat nejvhodnější zdravotní péči a stanovit očekávané výsledky péče. Očekávané výsledky péče vycházejí z důsledného hodnocení a přesné diagnostiky. Jsou specifikovány podle klienta a jeho domácího prostředí. Správně stanovené výsledky zajišťují kontinuitu péče a sestra je musí zapsat do ošetřovatelské dokumentace klienta. (15)

5.4 Realizace plánu

Vytvořený a sestavený individuální plán je poté realizován a to na základě doporučení před návštěvou klienta, v průběhu návštěvy, a nebo, po jejím skončení. Sestra navrhuje a rozhoduje o nejvhodnějším postupu a způsobu provedení plánovaných aktivit tak, aby bylo dosaženo co největší a nejlepší úrovně zdraví a funkční zdatnosti u klienta. Na péči se aktivně podílí klient i rodina. (15)

Dle vyhlášky č.195/2005 Sb., §7 odst.5b, ve znění pozdějších předpisů, která upravuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, smí zdravotnický pracovník k vyšetřování a léčení přistupovat až po umytí rukou. (37)

5.5 Hodnocení klientova stavu

Během následujících návštěv sestra společně s klientem, jeho rodinou a participujícími odborníky hodnotí klientův stav k vzhledem očekávaným výsledkům a stanoveným cílům. Frekvence návštěv a časový rozsah poskytovaných služeb se aktuálně upravují podle potřeb klienta. Pokud se zlepší zdravotní stav, úroveň sebepéče a funkční schopnosti, popřípadě, je-li rodina schopna sama zajistit jeho základní péči, může sestra navrhnout ukončení domácí péče. Zhodnotí-li sestra, že klient ani rodina nejsou schopni zajistit dostatečnou a potřebnou péči, je péče prováděna nadále sestrou ve spolupráci s dalšími poskytovateli.(např. pečovatelkou). (15)

Velkou roli zde zastupuje dostatečná edukace rodiny a blízkých osob klienta. (15)

Edukace je brána jako proces výchovy a vzdělávání. Výchova je záměrné působení na osobnost jedince s cílem dosáhnout změn v různých složkách jeho osobnosti. Vzdělávání je proces záměrného a organizovaného osvojování poznatků, dovedností, postojů, aj. (32)

Edukace tvoří významný způsob zlepšení kvality života jednotlivce i skupiny. Pomocí edukace si osvojí pacienti nové poznatky, získávají pohled na hierarchii hodnot a zároveň tak větší zručnost při řešení problému. Významnou roli zde hraje vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem. Vzdělávání pacienta je důležitým aspektem moderního ošetřovatelství. (49)

6 SYNDROM EAN – ELDER ABUSE AND NEGLECT

Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání – EAN- označuje závažně nevhodné chování a jednání ke starým lidem, na němž se z velké části podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění. (16)

Zanedbávání a týrání seniorů je často jeden z projevů domácího násilí uvnitř rodin. Tomu jsou vystaveni především slabší jedinci, závislí, ale nejen oni. (17)

Termín EAN pochází z USA. V češtině jej překládáme jako špatné zacházení s osobami staršími 60 let, kteří vzhledem ke svému věku, onemocnění nebo jinému postižení psychického nebo fyzického rázu jsou vystavovány některým z forem týrání, zanedbávání nebo zneužívání jedincem, kterému důvěřují nebo jsou na něm závislí. Tyto osoby jsou vystaveny některému z následujících působení: tělesné týrání, materiální a ekonomické týrání, emocionální týrání, psychické vydírání, sexuální obtěžování, zanedbávání a opuštění. (41)

Jako jedna z prvních u nás mapuje situaci MUDr. Tamara Tošnerová z Ústavu lékařské etiky LF UK. Její poznatky vycházejí z výzkumu v USA z National Center on Elder Abuse, r. 1996. Tošnerová se zabývá skutečnou podstatou syndromu EAN, příčinami a důsledky špatného zacházení. Zdůrazňuje však, že v ČR dosud chybí monitoring a validní data, která by napomohla v tomto dosud opomíjeném problému více zainteresovat nejen odbornou veřejnost. (40)

Násilí v rodině neboli domácí násilí je stále tematizováno jako novodobý fenomén, ale je třeba zdůraznit, že násilí vždy existovalo od nepaměti, měnily se nejen jeho formy a četnosti, ale především náš způsob nazírání na něj. Některé formy násilí totiž nebyly považovány za násilný akt. (11)

Senioři mají tendenci nehlásit svůj problém, poněvadž se stydí za to, že se na nich dopouští násilí vlastní příbuzní. Jsou případy, kdy senioři zapírají přítomnost násilí, neboť

u nich převažuje obava, že ztratí blízkou osobu, byť jsou jí týráni. Pocity zahanbení, že vychovali dítě, které je k nim nyní agresivní, jsou pro ně projevem naprostého životního selhání. V neposlední řadě jde též o silně zakořeněný pocit, že i když vyjdou s pravou ven, nikdo jim nedokáže pomoci. (43)

Problémové okruhy, na které bychom si měli dávat pozor v praxi, kde pečujeme o staré lidi, jsou: fyzické ubližování, psychická traumata, ekonomické zneužívání, sexuální zneužívání a opuštění bezmocné osoby. (12)

6.1 Fyzické násilí

Tělesné týrání patří k nejhrubším a k nejzjevnějším formám. Podstatou je provádění záměrné bolesti, zraňování a odpírání základních tělesných potřeb. Nejčastěji se jedná o brachiální násilí, bití, škrcení, cloumání, srážení k zemi. Dále sem patří kopání, pálení, vystavování chladu, s tím související mytí studenou vodou. Někdy dochází i k tzv. pasivní agresi, k odpírání jídla, podávání léků a neošetření při bolesti. (16)

Mezi další příznaky tělesného/fyzického týraní patří různé škrábance, modřiny, jizvy na kůži v různých stádiích hojení, které jsou lokalizované na místech, kam si týráním postižená osoba sama nedosáhne, popáleniny, různé zlomeniny, vytržené vlasy, podvýživa. (29)

Tělesné týrání vede k mnohočetným a opakovaným poraněním, která často zůstávají neošetřena. Často se vyskytuje malnutrice, podchlazení, úzkost a deprese. K smrtelným komplikacím patří např. subdurální hematom. (16)

Fyzické týrání senioři sami hodnotí jako jedno z nejnebezpečnějších. Nebezpečí spočívá nejenom ve fyzickém ublížení, ale také v izolaci, ve které agresor seniora často udržuje, aby tak zakryl své jednání. Izolací omezuje kontakt seniora s okolím, v důsledku čehož je vyhledávání velmi stíženo. (13)

Staří lidé bývají k agresorovi citově připoutáni, tudíž mu omluví prakticky cokoliv. Velmi významným faktorem bývá strach starších lidí, že jsou v mladé domácnosti na obtíž a tak mají snahu se co nejvíce přizpůsobit stávajícím podmínkám. Takto snadno přijímají roli oběti, která je jim v rodině přisouzena. (43)

6.2 Psychické a citové týrání

Tento druh týrání patří mezi nejčastější formu týrání, ale zároveň i nejhůře rozpoznatelnou. Příznaky nejsou tak viditelné jako např. u fyzického týrání a jejich odhalení bývá často poměrně komplikované. Do této skupiny zařazujeme agresi verbální – zastrašování, vyhrožování, snižování sebeúcty a sebevědomí, urážení, ponižování, znejišťování, šikanování, manipulování se seniorem a lhaní. K citovému týrání patří i zlovolné či neobvykle bezohledné likvidování a poškozování předmětů, ke kterým má senior určitý citový vztah (osobní památky), dále pak agrese vůči domácím zvířatům, která často bývají seniorovým nejbližším přítelem. Jejich poranění či dokonce zabití může být pro starého člověka velkým otřesem. Týranému seniorovi je zamezováno v sociálních kontaktech (zákaz stýkání se se známými lidmi, přáteli nebo jinými rodinnými příslušníky). Je omezován v pohybu a dochází k izolaci seniora (nejčastěji uzavíráním v jedné místnosti, někdy dokonce v neobyvatelném prostoru). (13,17)

K závažným formám psychického týrání patří nepřiměřené omezování autonomie, soukromí a rozhodovacích kompetencí. Řadíme sem omezování komunikace, ignorování a přehlížení seniora. Agresor neposkytuje seniorovi dostatek podnětů, komunikace a nejeví o něj zájem. Jsou uspokojeny pouze základní biologické potřeby (jídlo, pití, hygiena), ale věnují mu malou, nebo téměř žádnou pozornost kontaktu s ním. Klient je necháván v naprosté sociální izolaci, nikdo s ním nekomunikuje, nerozmlouvá, nezabývá se jeho pocity, starostmi a obavami. Tento nezájem je v seniorovi prohlubován a dochází u něj k pocitu zbytečnosti a obtížnosti. (13,17)

K následkům psychického týrání patří emoční stres, inaktivita, pokles zájmů o dění kolem sebe, ztráta smyslu života, deprese a zmatenost. (29)

6.3 Finanční a materiální zneužívání

Jako finanční (nebo také hmotné či ekonomické) zneužívání je chápáno užívání majetku a peněz seniora bez jeho souhlasu, nezákonné a nečestné zneužívání nebo používání prostředků a zdrojů starého člověka, přivlastňování si penze nebo její části, vyžadování darů atd. (13)

Ekonomickým násilím je nejčastěji myšleno neoprávněné vymáhání finančních prostředků, vymáhání sepsání závěti, popřípadě změny v závěti, vymáhání převodu nemovitosti a převodu majetku.

Patří sem též neochota rodiny spolufinancovat zdravotnickou péči a také neochotu osob disponujících financemi seniorů hradit náklady na ošacení, jídlo a další. (50)

Seniora podrobenému ekonomickému násilí poznáme nejčastěji podle nepřesné a zmatené orientaci a povědomosti o vlastních financích. Je náhle neschopný platit své účty, nakupovat denní potřeby a má obavy až strach mluvit o penězích. Takový člověk zcela nevysvětlitelně převádí svůj majetek jiným osobám. (často pod nátlakem a bez svobodného rozhodnutí).

Členové rodiny se až nepřiměřeně zajímají o majetek starší osoby.

Příčiny:

1. Vkořenění model ve společnosti – kdy rodiče nesou stále finanční zodpovědnost za svoje děti
2. Chyby ve výchově- jako rodič musím a mám povinnost živit své děti a to přesto, že jsou dospělé a samostatné
3. Finanční pomoc je zpravidla brána jako něco normálního a pravidelného
4. Děti nebo jiní příbuzní finanční či majetkovou pomoc vyžadují a naléhají na seniora, ať to s ním dopadne jakkoliv
5. Související psychické vydírání seniora - nedostanu-li peníze, nebudu tě navštěvovat, neukážu vnoučata, nemůžeš od nás nic očekávat apod.
6. Poskytnutí tzv. všimného od cesty – zejména v rodinách, kde jsou poskytovány služby agentur domácí péče. Tyto peníze mohou sloužit jako pojistka pro vykonávání další péče
7. Poskytování finančních částek (50)

6.4 Sociální násilí

Tělesné i duševní zdraví seniora je vážně ohroženo, když „pečující“ osoba není dostatečně schopna splnit anebo zanedbává povinnosti vůči svému svěřenci. Např. dostatek potravy, přístřeší, oděv a lékařskou pomoc.

Sociální potřeby seniora by měly být plně uspokojovány. Senior potřebuje mít dostatečné informace o světě, mít zprávy o blízkých lidech. Bez těchto informací je náhle

odloučen od světa a takový člověk obtížně získává nové zprávy. Stává se tak obětí sociálního vyloučení. Mnohdy celá řada nemocí neumožňuje seniorovi plně se zapojit do veřejného života bez pomoci druhé osoby. (30)

Další sociální potřebou je potřeba náležet, patřit k nějaké skupině, ať už jde o rodinu, skupinu přátel nebo klub. Problém může nastat přestěhováním se do jiného města, kde se senior nemůže účastnit setkávání s vrstevníky, rodinou anebo se rodina nechce přijet podívat na prarodiče. Pocity, že člověk nepřísluší k žádné skupině je zvlášť bolestný a zneklidňující a je velmi těžké se s ním vyrovnat. (30)

Potřeba lásky a pocit mít někoho rád a přijímat stejné city i od druhých je velmi důležitá. Senior musí mít možnost s někým mluvit, komunikovat, vyjádřit svůj názor a být vyslechnut. Potřeba sdělení myšlenek a pocitů je zejména u seniorů velmi silná. Dodává člověku pocit, že není sám, je mu někdo nablízku a má se na koho spolehnout. (30)

Mezi sociální následky týrání řadíme nucenou změnu prostředí, izolaci a závislost. (29)

6.5 Sexuální obtěžování a zneužívání

Většina z nás se domnívá, že nejčastějšími oběťmi sexuálního zneužívání se stávají především dospělé ženy a děti. Pravdou je, že sexuální zneužívání seniorů je méně často se vyskytujícím problémem než zneužívání žen a dětí, nicméně existuje. (13)

Pravděpodobně nejčastější formou je obtěžování a zneužívání mezi klienty v ústavní péči, zejména při smíšené klientele domova důchodců a ústavů sociální péče pro dospělé. Velkou a významnou roli zde sehrává chronický alkoholismus, drogová závislost, ale též demence s prefrontální symptomatologií. (17)

K sexuálnímu zneužívání dochází jak přepadením cizími lidmi, tak vynucováním sexuálních aktivit, např. vystavení seniora pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování bez jeho souhlasu, resp. za použití násilí. Seniorky jsou nuceny k sexuálním praktikám, většinou hrubě a neurvale, a to partnery, známými lidmi a někdy i deviantními osobami. O těchto formách zneužívání není veřejnost dostatečně informována, protože oběti se obvykle svěřují výhradně zdravotníkům, kteří jsou vázáni lékařským tajemstvím. Sexuální zneužívání není tak vzácné, jak by se zdálo. (39)

Pacient si vybírá toho z lékařů, ke kterému má největší důvěru a právě tato důvěra je jištěna zákonnou normou povinné mlčenlivosti. Mlčenlivosti nepodléhá jen to, co pacient sdělí, ale všechno co lékař zjistil, o čem se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého

povolání. Konkrétní pacient je ochoten a schopen říci některé detaily ze svého života jen jednomu lékaři, nikoliv však kterémukoliv lékaři. (10)

6.6 Zanedbávání péče

Zanedbávání péče se rozumí opomenutí či odmítnutí splnění závazku nebo povinnosti vůči staré osobě ošetřovatelem či jinou osobou. (29)

V geriatrii je zanedbání péče v rámci opatrovnictví, ústavní péče jak nemocniční tak dlouhodobé popř. při poskytování smluvní domácí péče. Jedná se o opomenutí péče nesoběstačného člena společné domácnosti, kdy extrémní případy mohou končit až smrtí. (17)

Špatná péče může způsobit četná utrpení a stane-li se zdrojem konfliktů, je pro osobu závislou na pomoci nebezpečná. Trvalé přetížení ztěžuje situaci. K zanedbávání dochází nejčastěji z důvodu subjektivně pociťovaného chronického přetěžování ošetřovatelů. (34)

Zanedbávání rozlišujeme na pasivní a aktivní.

Pasivní – starého člověka většinou pasivně zanedbává člen rodiny, který je zodpovědný za dohled: nenakoupí potraviny, nedonese a neposkytne potřebné věci. Při pasivním zanedbávání dochází k ohrožení seniora po stránce tělesného a duševního zdraví. (29)

Aktivní – dochází k vědomému a opakovanému odepření potřeb denního života starému člověku např. přístřeší, jídla, léků, oblečení apod. V důsledku toho trpí dotyčná osoba malnutricí, dehydratací, nedostatečnou hygienou, mobilitou a zhoršeným celkovým zdravotním stavem. (29)

K nepřímým příznakům zanedbávání starého člověka ze strany rodiny patří fekální a močový zápach, který se šíří v místnostech, které obývá senior, dále znečištěné prostředí, nepořádek v bytě, špinavé prádlo a zavšivenost. Senior trpí podvýživou anebo dehydratací, má nespotřebované léky a vyskytují se u něj i jiné zdravotní problémy. (29)

6.7 Zanedbávání péče o sebe sama, self-neglect

Tvoří samostatnou kapitolu, kde výsledkem je neschopný, osamělý, nesoběstačný a zároveň nebezpečný senior, který se o sebe nedokáže postarat alespoň v základních věcech. (11)

Jedinec je označován asociálním způsobem života s nedodržováním základních hygienických a sociálních norem. Vyznačuje se neupraveností a malhygienou tělesnou, v oblečení i v bydlení. Často se vyskytuje malnutrice a různé parazitární či hnisavé kožní choroby. Obvykle žijí bezdomoveckým, tuláckým nebo žebráckým způsobem, který se vesměs nesnaží nijak změnit a jakoukoliv změnu aktivně odmítají. Nejčastěji se jedná o alkoholiky, narkomany nebo anomální osobnosti. (16,17)

Jako synonymum pro self-neglect se často používá Diogenův syndrom, za jehož charakteristické rysy se považují: zanedbávání zevnějšku, zálibu ve špíně a nečistotě, sběr a hromadění zbytečného odpadu, nedůvěřivost a sociální izolace, aktivní odmítání poskytnutí sociálních služeb a obvykle normální či nadprůměrný intelekt. Často tyto lidé měli původně vyšší společenský status a mnohdy sběratelské rysy v mladším věku. Obvykle mají špatnou prognózu.

Společnost se často cítí ohrožena osobami se self-necglect, proto jim hrozí více než jiným obětem elder abuse trvalá institucionalizace a citlivým problémem bývá ochrana jejich lidských práv. (16,17)

6.8 Nevhodné jednání, mistreatment

Je to souhrnné označení pro všechny případy týrání, zanedbání a zneužívání. Označuje též nevhodné postoje a jednání, které mají negativní dopad na seniory, aniž by naplňovaly podstatu elder abuse. Často není patrný zlý úmysl, ale jde např.o paralyzování pacienta hyperprotektivní péčí, nadměrné či nevhodné podávání léků, zvláště psychofarmak.

K nejzávažnějším řadíme celospolečenské projevy nevhodného přístupu k seniorům – ageismus, sociální exkluze, segregace. (16,17)

6.9 Příznaky a indikátory EAN

Mezi obecné příznaky, které můžeme identifikovat u týraného, zneužívaného nebo zanedbaného seniora patří obtíže v přístupu k seniorovi, nemožnost hovořit s ním o samotě, izolace seniora v jednom pokoji, odmítání návštěv a „zakrývání“ opakovaných pádů a drobných poranění (senior často předstírá, že si na vznik zranění nepamatuje) a také opakované návštěvy praktického lékaře nebo pohotovosti. Za klíč k podezření na elder abuse se považuje „souhra podivností“, které mohou odhalit špatné zacházení se seniorem.

Jedná se např. o podivný vzhled, nedostatečná vysvětlení pro vzniklá poranění, opakující se hospitalizace pro stále stejná poranění a nedodržení domluvených kontrol seniora. (13)

Indikátory nevhodného zacházení se starým člověkem u **tělesného týrání** jsou stesky na týrání, vyskytující se nejasné pády a úrazy, podlitiny a popáleniny na nezvyklých místech, stopy prstů, popřípadě kurtů, neustálé chybné podávání léků, vyskytující se malnutrice a dehydratace bez vysvětlující choroby a známky malhygieny a nedostatečné péče. Často se vyskytují zanedbané rány a vzniklé dekubity. (16,17)

V **emočním a psychickém týrání** dochází u seniora ke změně příjmu potravy či poruchy spánku, projevuje se strach, zmatenost a rezignace. Senior se stává pasivním, stahuje se a narůstají u něj deprese. Má pocity beznaděje, bezmoci a úzkosti. Není ochoten otevřeně mluvit a vyhýbá se tělesnému, slovnímu či zrakovému kontaktu s pečovatelem, izoluje se. (16,17)

Finanční zneužívání u seniora rozpoznáme neobvyklými či pro daného člověka atypickými výdaji v rozporu s názory daného člověka. Senior sepisuje změny závěti či vlastnictví ve prospěch nových přátel nebo příbuzných. Mizí mu majetek, šperky a osobní věci anebo je nemůže nalézt. Vznikají podezřelé aktivity kolem jeho kreditní karty. Senior nemá dostatečný komfort pro své pohodlí a úroveň péče neodpovídá majetku a příjmům. Rovněž se vyskytují neléčené zdravotní či duševní problémy. (16,17)

Sexuální zneužívání se může projevit stesky na sexuální obtěžování či zneužívání, nejasné změny v chování projevující se např. agresí, stažením, sebepoškozováním. Opakují se stesky na bolesti břicha či nejasné krvácení z pochvy či konečníku. Vyskytují se recidivy zánětu genitálu a podlitiny v oblasti genitálu či prsů a nalézáme potrhané i zakrvácené spodní prádlo. (16,17)

V momentě, kdy se starý člověk nachází v situaci, že agresorem je někdo, koho důvěrně zná např. partner, děti, vnoučata, prožívá velmi těžké okamžiky. Vědomí, že agresorem je člověk, kterému důvěřoval a spoléhal se na něho, je obrovským zklamáním. (13)

6.10 Rizikové faktory EAN

Jsou indikovány faktory zvyšující pravděpodobnost, že se starý člověk stane obětí – elder abuse a faktory, které zvyšují pravděpodobnost nevhodného jednání – elder abuse.

Rizikové faktory na straně **oběti** nejvíce souvisí s věkem nad 75 let, přítomnou demencí a depresí. S tímto souvisí špatný funkční stav, ztráta soběstačnosti a závislost. K dalším

rizikovým faktorům patří špatný zdravotní stav, osamělost, soužití ve společné domácnosti s agresorem a závislost na něm. Dále některé povahové rysy, způsoby chování a řešení problémů oběti. (16,17)

K rizikovým faktorům na straně **pachatele** jako hlavní charakteristiku označujeme násilí v anamnéze, současný stres (např. existenční) a syndrom vyhoření. Mimořádný je přítomný stres rodinných příslušníků pečujících o nemocné s demencí.

Na straně pachatele se vyskytuje porucha sociálních vztahů, psychopatie a psychopatologie, alkoholismus, drogová závislost, asociální jednání. Je většinou přítomna závislost na oběti, zvláště bytová a materiální. K elder abuse dochází z přetížení, z frustrace z povolání (syndrom vyhoření) a mnohdy má pachatel i existenční problémy.

K elder abuse může docházet i vlivem nízké úrovně podpory pečujících osob (laiků, profesionálů), nedostatečnou kontrolou kvality péče a v neposlední řadě i ageistické nálady ve společnosti. (16,17)

7 SYNDROM VYHOŘENÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Syndrom vyhoření formuloval a popsal v roce 1974 americký psychiatr H. Freudenberger. Označuje ho jako soubor příznaků emoční exhausce, vyčerpanosti, depersonalizace a ztráty osobního uspokojení. Vyskytuje se především u pečujících profesí a činností, zvláště lékařství, ošetřovatelství, ale také v laickém domácím ošetřování. Osobnostní odolnost je přetížena náročnou a frustrující činností zejména tehdy, nedochází-li k očekávanému efektu a uspokojení, např. úzdravu či spokojenost, vděk nebo osobní úspěch. (17)

Jedná se o plíživé psychické vyčerpání související s dlouhodobým působením stresujících podnětů. Chronicky vyčerpaní lidé nesnadno přiznávají sobě i ostatním své obtíže. Dochází k tomu, že i sami před sebou zatajují úzkost, strach, vnitřní neklid, únavu, slabost, nervozitu, neschopnost koncentrovat se, poruchy spánku, bolesti hlavy atd. (28)

Emocionální vyčerpání jde často ruku v ruce s depersonalizací, což znamená, že druhý člověk není vnímán jako individuum, nýbrž jako „předmět“. (42)

Postižený člověk hledí na sebe i na druhé z přílišného odstupu, který nastává z citové vyprahlosti. Výsledkem bývá nedostatek schopnosti vcítit se do sebe a druhých lidí, stává se cynickým a sarkastickým. (19)

U jedince dochází k citovému oploštění, ke ztrátě důvěry ve smyslu osobní angažovanosti, ke stavu vyplenění všech energetických zdrojů. Vyskytuje se v zaměstnání i v rodině a velmi často tam, kde jsou obě zmíněné sféry propojeny. (28)

Nejpodstatnějším znakem syndromu vyhoření je zmiňovaný chronický stres, který vychází z pracovní činnosti a může být doprovázen další zátěží z osobního života, sociálního i fyzikálního prostředí atd. Výkon takové práce bývá spojen s velkou zodpovědností a nasazením. Burnout syndrom je tedy důsledkem nerovnováhy mezi profesní realitou, mezi ideály a skutečností. (20)

Péče o nemocného člena rodiny, nemoc a postižení není samozřejmost. Postižené rodiny se často ocitají v izolaci, protože okolí je pozoruje se zvědavostí a rozpaky. Tyto nepříjemnosti se odsouvají na okraj společnosti a mnoho postižených zůstává se svými problémy samo. Snaží se bojovat se zatnutými zuby, jdou dál, dokud jim zbývají energetické rezervy. Cítí se stále více vyčerpaní, rezignovaní až nakonec onemocní. Takto vzniká typický syndrom vyhoření. (19)

8 PREVENCE EAN

Prevence a léčba by měli postihovat 3 oblasti týkající se jednotlivce, rodiny a komunity. Je zapotřebí je chápat komplexně a dlouhodobě. Terapeutická intervence může být **akutní (krizová) –** kdy řešíme situaci „zde a nyní“, často na základě pouhého závažného podezření, kdy klademe důraz na bezpečnost pacienta a jeho vyvedení z rizikového prostředí (vlivu) např. formou hospitalizace, **střednědobá –** zaměřená na ověření suspekce, související vždy s kontextem komplexního geriatrického hodnocení a **dlouhodobá –** tedy komplexní, interdisciplinární, mající povahu sociální rehabilitace. (16)

Vždy je rozhodně lepší problémům předcházet, než je pak složitě řešit. Proto je tolik důležité jasně a srozumitelně popsat problematiku domácího násilí, seznámit s ní co nejširší veřejnost a zvýšit citlivost společnosti vůči tomuto jevu. To by měl být hlavní úkol primární prevence.(výchova, osvěta, společenské ovlivnění, role médií). (16,36)

Primární (prvotní) prevence – měla by eliminovat rizika pravděpodobného vzniku domácího násilí. Jedná se především o snížení výskytu nových případů domácího násilí v populaci. Nejúčinnějším opatřením v tomto smyslu je bezesporu pečlivý a uvážlivý výběr životního partnera, budování správného rodinného zázemí, dostatečná

informovanost, co je ve vztahu a v rodinném soužití ve společné domácnosti obvykle považováno za „normální“ a co by rozhodně nemělo být tolerováno (ponižování, bití, nadávání..) Řadíme sem tedy dobré vztahy v původní (orientační rodině) a dobře obsahově koncipovanou a didakticky vedenou výuku rodinné, sexuální a občanské výchovy, kvalitní příbuzenské či přátelské vztahy, práce na sobě (sebeúcta, sebedůvěra…), funkcionální a intencionální (školní) výchovu k multikulturalitě a toleranci vůči seniorům…(36)

Sekundární prevence (depistáž, práce s rizikovými rodinami, poradenství, respitní a jiné podpůrné služby) **–** je zaměřena na včasnou identifikaci problému a zahrnuje všechna opatření a intervence s cílem zabránit zhoršení situace, zamezit komplikacím a zabránit negativním důsledkům. Patří sem identifikace domácnosti, která je z hlediska domácího násilí riziková. Jedná se o rychlé rozpoznání tohoto jevu. Mezi časné indikátory domácího násilí patří komunikační problémy v rodině, predisponované rodinné zázemí a výskyt vzájemně (spolu) působících faktorů. (16,36)

Terciární prevence – zmírňuje nepříznivé dopady domácího násilí, odstraňuje či zmírňuje tyto následky. Snaží se o navrácení zasažených osob k „normálnímu fungování“ a o zvýšení kvality jejich života. (36)

Úlohou pracovníků v pomáhajících profesích je nejdůležitější podpora osob ohrožených domácím násilím, podpora komunikace mezi jednotlivými složkami, které poskytují navazující péči (interdisciplinární týmy apod.), výcvik a supervize jednotlivců i týmů za účelem schopnosti detekce domácího násilí a působení při podpoře svépomocných aktivit.

Hlavní cíl prevence a intervence není primárně stíhat a potrestat násilnou osobu, ale zásah zvenčí, který eliminuje násilí. Prevence a intervence garantovaná státem musí reflektovat tři základní body: informovanost, ochrana oběti a konfrontaci pachatele s oficiální reakcí, jež je založena hlavně na netolerování domácího násilí. (36)

9 ŘEŠENÍ SITUACÍ

Přijetím zákona č.135/2006 Sb., jímž se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím se ČR zařadila mezi státy EU, které mají ve svém právním řádu komplexně upravenou ochranu ohrožených (rizikových) osob před domácím násilím. Tímto byly novelizovány zákony č.283/1991 Sb., o Policii České republiky, zákon č.99/1963 Sb., občanský soudní řád, zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, zákon č.

100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. Tento zákon nabyl účinnosti 1.1.2007 a byl několikrát novelizován. (36)

U domácího násilí nejde o snadnou a rychlou záležitost, ale je to situace řešitelná, i když pro ohroženou osobu může být důvěra a naděje dávno ztracena. Důležitou součástí této fáze je navození tzv. bezpečnostního plánu, kdy vyjádříme své obavy o jejich bezpečnost. (36)

Každý starý člověk, který je týrán, se za tuto skutečnost a situaci nepředstavitelně stydí a zároveň trpí pocity viny, že si to nějak zaslouží. Domnívá se, že s tím nejde nic dělat. Když se týraný senior odhodlá kontaktovat linku důvěry, je patrné, že se tím už možná dlouho trápí. My mu musíme dát příležitost říct to, co ještě nikdy nahlas neřekl. Umožnit mu, aby si uvědomil, jak to vzniklo, za jakých okolností se to děje, jak se cítí a v čem se ho to nejvíce týká. Musíme mu dát najevo, že v tom není sám, že je to něco, co se děje i dalším starým lidem a ulehčíme mu, když jej zbavíme pocitu negativní výlučnosti. Podpořme jej v tom, aby s linkou zůstal v kontaktu a dodejme mu odvahy, aby se slovně ohradil, aby řekl, že už to nedovolí a pokavaď se bude násilí opakovat, řekne to třeba svému lékaři. Někdy pomůže se zmínit, že o tom už s někým mluvil. I když se pachatel (aktér násilí) nejspíše rozčílí, přece jen se zalekne. Dotyčný dobře ví, že dělá něco špatného a nechce, aby se to zveřejnilo. Možná tento limit, který dostane, umožní zastavit počínání, za které se možná i sám před sebou stydí. (46)

Míra násilí i vývoj vztahů v rodině seniora, které už zjevně zasahují do kategorie asociální, přinutí klienta požádat o pomoc sociálně-právní ochranu, poněvadž jsou ohroženy významné hodnoty jako je zdraví, bezpečí domova a někdy si jde doslova o uchránění vlastní kůže a udržení střechy nad hlavou. (46)

Při poskytování pomoci starým lidem, kteří jsou ohroženi týráním, je třeba dodržovat tyto zásady: zachovávat důstojnost starého člověka, zachovávat jeho soukromí a nezávislost, respektovat svobodnou vůli starého člověka, potřeba komplexní ochrany a všeobecné dodržování lidských práv. (29)

Důležité je najít odvahu tuto situaci řešit a je nesmírně důležité učinit první krok. Zvláště, pokud je bezpráví páchané těmi nejbližšími. Podnět na podezření z týrání, zanedbávání a zneužívání seniora může podat každý občan. (14)

Pomoc týranému seniorovi může poskytnout: pracovník ošetřovatelské anebo pečovatelské agentury, profesionální sociální pracovník, profesionální zdravotnický

pracovník, blízké okolí (sousedé, přátelé, příbuzní), pracovník ochranného servisu anebo místního úřadu a ošetřující lékař. (29)

Na koho se obrátit:

- **Bezplatná nonstop krizová linka pro seniory:** 800 157 157
- **Senior linka:** 800 200 007 (nonstop, bezplatná)
- **Senior telefon sdružení „Život 90“:** 800 157 157 (nonstop, bezplatná)
- **Městská policie** tel: 156
- **Policie ČR** tel: 158 (Jablonecká rodina)
- **Svého obvodního lékaře**
- **Záchrannou službu** tel: 155
- **Domovinka Krizová pomoc** tel: 733 677 099

Reálným cílem intervence v případě domácího násilí je stabilizace situace ohroženého seniora. Je vhodné, a spíše dokonce nutné, aby péče pokračovala poradenstvím, zapojením do podpůrné skupiny aj. Proto je nezbytné, aby se pracovníci pomáhajících profesí dobře orientovali v institucích psychosociální pomoci daného regionu a uměli klienta v případě potřeby nasměrovat. (36)

Domovinka Krizová pomoc – posláním služby Domovinka Krizová pomoc je poskytovat krizovou pomoc a poradenské služby osobám, které jsou starší 50let a trvale žijí v domácím prostředí a osobám jim blízkým, kteří jsou ohroženi jakoukoliv formou týrání a zneužívání. Nabízí podporu, sdílení a provázení seniorů nad 50 let věku, kteří se ocitli v obtížné životní situaci. To vše formou ambulantní i terénní služby, aby byla zajištěna co nejlépe časová i místní dostupnost této služby. (3)

Hlavním cílem služby Domovinka Krizová pomoc je pomoct překonat obtížnou životní situaci, poskytnout podporu, poradenství, doprovázení tak, aby byl uživatel schopen se rozhodnout a zvládnout situaci bez újmy na zdraví tělesném i psychickém.

Tyto služby jsou poskytovány anonymně, zdarma a diskrétně. Jsou prováděny v terénu nebo v sídle Domovinky v pracovní dny a nebo po předchozí domluvě.(3)

Domácí násilí, senior telefon – poskytnutá pomoc nabízí: telefonickou krizovou intervenci, zjišťuje stupeň rizikovosti, pomáhají uživatelům vyznat se v celé situaci, mapují jaké kroky uživatelé podnikli, pomáhají sestavit bezpečnostní plán, informuje o Institutu vykázání, nabízí uživatelům další sociální služby (policie, intervenční centra, poradny

Bílého kruhu bezpečí, psychoterapeutická pomoc..) a podporují uživatele ke schopnosti a zvládnutí situace řešit vlastními silami. (33)

9.1 Obecné zásady komunikace s osobou ohroženou domácím násilím

Zdravotní pracovník by měl vždy při komunikaci s pacientem/ klientem, který je ohrožený domácím násilím zaujmout ohleduplné, promyšlené a také kvalifikované stanovisko. Nesmí ho litovat, ale soucítit s ním, naslouchat, nic nevyčítat a vzniklou situaci nehodnotit. Měl by se snažit situaci pochopit a poskytnout kvalifikovanou radu o tom, kde může v případě potřeby získat další pomoc. (43)

Při komunikaci s osobami ohroženými domácím násilím platí tato obecná pravidla:

- přistupujeme citlivě, empaticky a trpělivě, nepospícháme a nemluvíme ve stresu
- vyjadřujeme osobní pocity – oceníme, že pacient/klient vyhledal pomoc, pojmenujeme domácí násilí a jeho neakceptovatelnost
- potvrzujeme jeho emoce, necháme jej např. vyplakat
- navrhujeme další alternativy řešení situace, alternativy další péče, ale do ničeho pacienta nenutíme
- respektujeme jeho přání (rozhoduje se sám), a též respektujeme, jestliže další pomoc či péči odmítne
- dbáme na to, aby verbální komunikace byla v souladu s neverbální, udržujeme oční kontakt, používáme techniky aktivního naslouchání a techniky kladení otázek
- vyvarujeme se utěšování typu „to se spraví“, „to bude dobré“, či litování pacienta
- nic nevyčítáme a neobviňujeme nikoho – např. „jak vám to mohl někdo udělat?“
- neslibujeme nesplnitelné a vyvarujeme se milosrdných lží
- vyvarujeme se patologizování projevů pacienta – např. „to není normální“
- nepoužíváme cizí slova (43)

PRAKTICKÁ ČÁST

10 FORMULACE PROBLÉMU

10.1 Hlavní problém

V ČR je seniorská problematika stále na okraji zájmu, ale problém EAN je širší, než se může zdát. Jelikož populace stárne a senioři v budoucnu budou tvořit významnou část naší společnosti, je nutné se začít problémem urychleně a systematicky zabývat.

10.2 Dílčí problémy

Domácí násilí je jednou z nejrozšířenějších forem násilí, která je zároveň nejvíce podceňována, bagatelizována a nejméně kontrolovatelná, neboť se odehrává za zavřenými dveřmi.

Násilí na seniorech je definováno jako opakované nebo jednorázové špatné chování vůči starému člověku. Nejčastěji ze strany toho, komu starý člověk důvěřuje, či je na něm závislý. Důsledkem toho je poškození seniora ve všech možných oblastech a s tím související výrazný diskomfort.

11 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

1. Zjistit, zda se sestry setkávají se zneužíváním klientů v domácí péči (dále jen DP)
2. Zjistit, zda sestry v DP poznají zneužívané klienty
3. Zjistit, zda sestry v DP komunikují s klienty o možném zneužívání – problémové okruhy
4. Zjistit, zda sestry v DP naslouchají, znají a provádějí opatření k vyřešení problému

12 METODIKA

V šetření jsem zvolila formu kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí explorační výzkumné metody – dotazníku. Celkem bylo položeno 25 otázek. Formy dotazníkových položek jsem volila uzavřené, kontrolní a otevřené. Dotazovaná vybírala odpověď, která se nejvíce blížila vlastnímu názoru.

Po domluvě s ředitelkou Mgr. Bohumilou Hajšmanovou nebylo nutné sepsat žádost ani informované souhlasy k provedení průzkumného šetření.

13 HYPOTÉZY

Stanovila jsem teoretické hypotézy:

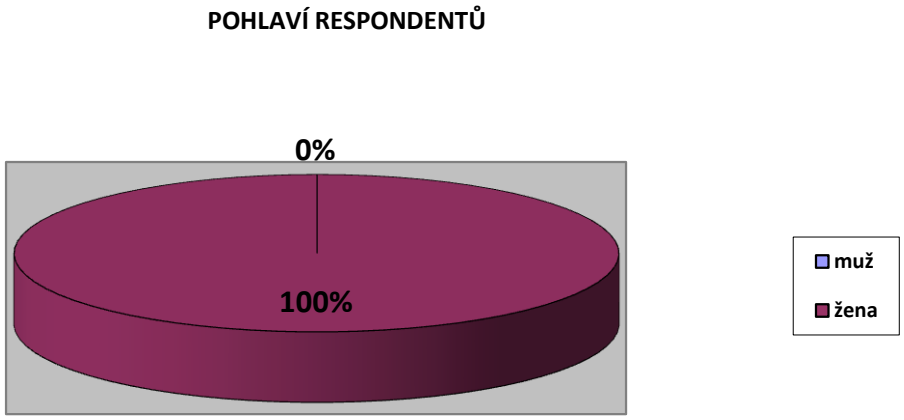
1. Zneužívání klientů v DP se vyskytuje
2. Minimálně 80% sester v DP pozná zneužívaného klienta
3. Většina sester v DP komunikuje se svými klienty o možném zneužívání
4. Většina sester v DP provádí opatření k vyřešení problému zneužívání

14 VZOREK RESPONDENTŮ

Respondenty průzkumu jsou sestry pracující v domácí péči. Osloveny byly v okresech Plzeň, Domažlice, Kroměříž. Za účelem získání výzkumného vzorku bylo rozdáno 90 dotazníků, z nichž 69 se vrátilo zpět a 3 byly vyřazeny z průzkumného šetření pro neúplnost. Výzkumný vzorek tedy tvoří skupina 66 respondentů. Dotazník je k nahlédnutí v přílohách.

15 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ

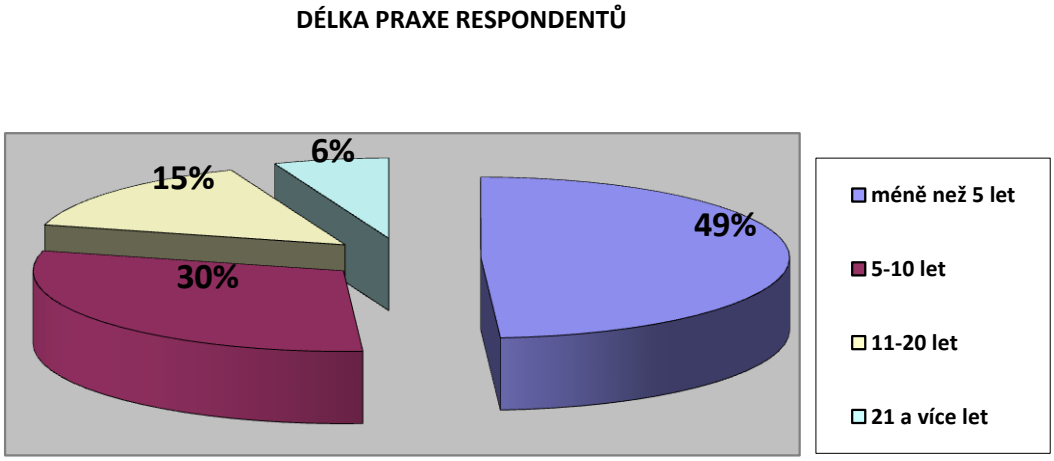
Graf 1



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 66 (100%) respondentů uvedlo pohlaví žena všech 66 (100%) dotázaných.

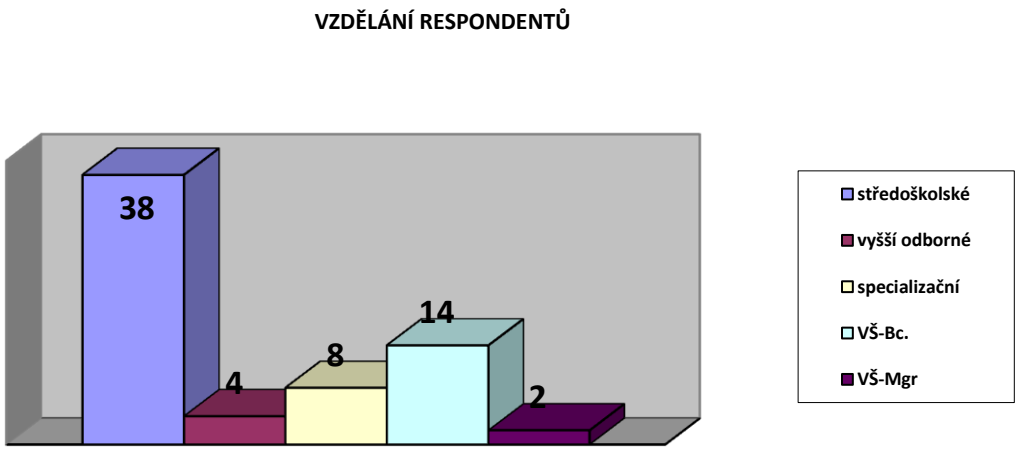
Graf 2



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 66 (100%) respondentů uvedlo nejvíce dotázaných v počtu 32 (49%) praxi méně než 5 let, praxi 5-10 let označilo 20 (30%) respondentů, praxi 11-20 let 10 (15%) respondentů a praxi 21 a více let 4 (6%) respondenti.

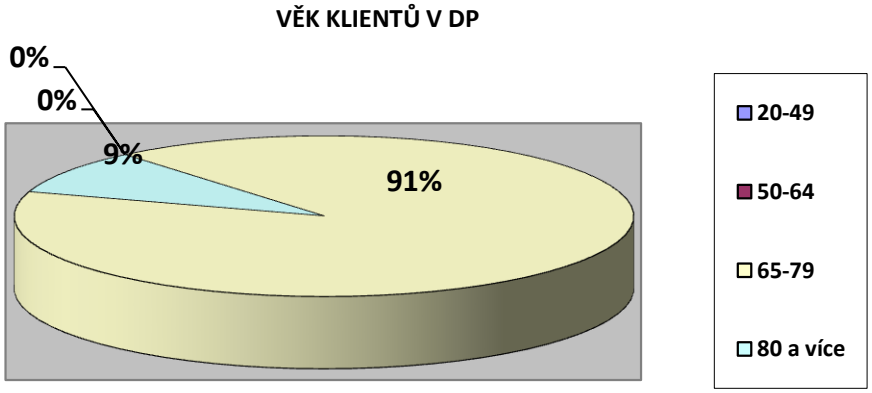
Graf 3



Zdroj: vlastní

Ve skupině 66 (100%) respondentů označilo nejvíce dotázaných možnost středoškolské vzdělání a to 38krát. Vyšší odborné vzdělání bylo označeno 4krát, specializační vzdělání 8krát, vysokoškolské bakalářské vzdělání 14krát a vysokoškolské magisterské 2krát.

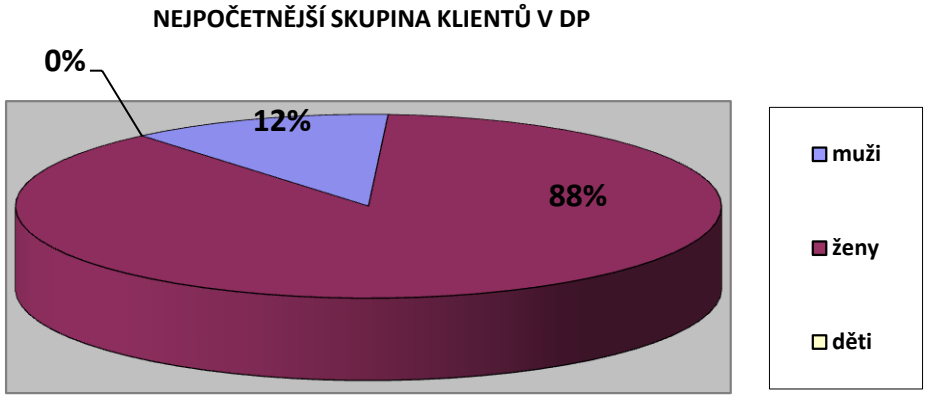
Graf 4



Zdroj: vlastní

V otázce věku klientů uvedlo z celkové skupiny 66 (100%) respondentů 60 (91%) dotázaných věk klientů 65-79 let a 6 (9%) dotázaných věk klientů 80 a více. Odpovědi 20-49 let a 50-64 let neoznačil žádný respondent.

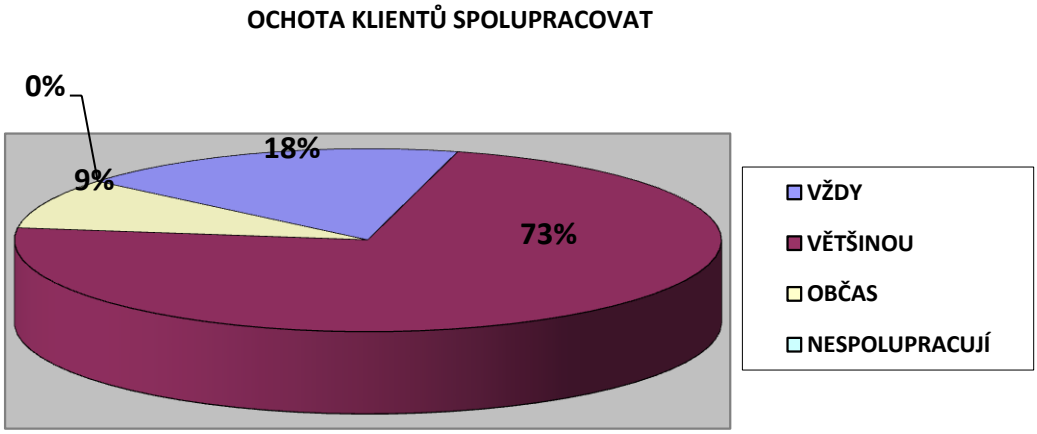
Graf 5



Zdroj: vlastní

V celkové skupině 66 (100%) respondentů označilo 58 (88%) dotázaných možnost ženy a 8 (12%) možnost muži. Možnost děti neoznačil žádný z dotázaných.

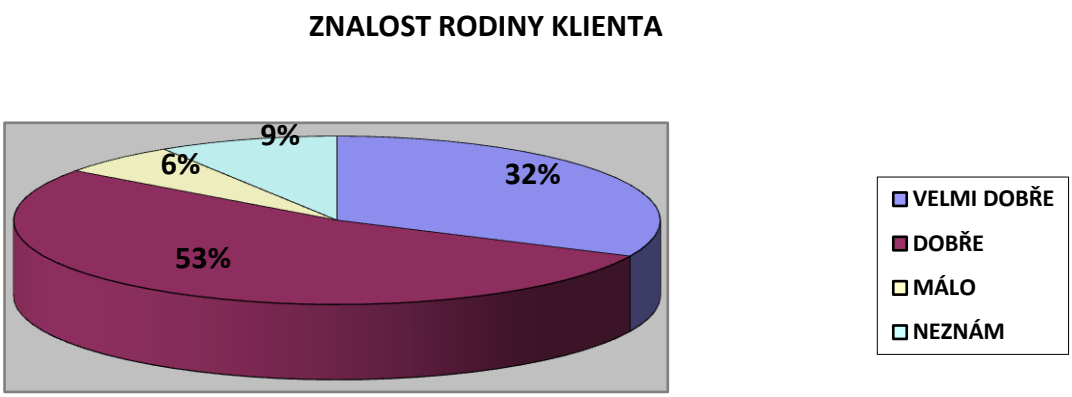
Graf 6



Zdroj: vlastní

Z celkové skupiny 66 (100%) respondentů byla označena nejvyšším počtem možnost většinou a to ve 48 (73%) případech, dále byla označena možnost vždy ve 12 (18%) případech a odpověď občas v 6 (9%) případech. Možnost nespolupracují neoznačil žádný respondent.

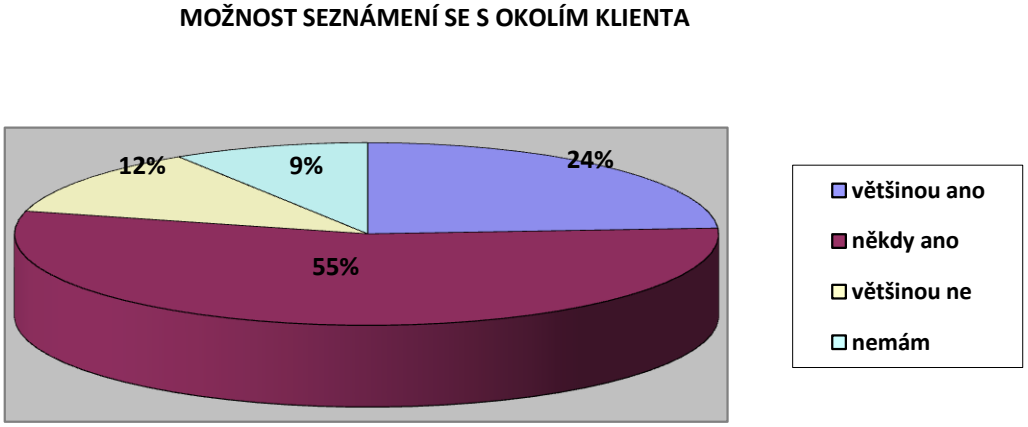
Graf 7



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 66 (100%) respondentů označilo nejvíce, tedy 35 (53%) dotázaných odpověď dobře, odpověď velmi dobře označilo 21 (32%) dotázaných, odpověď málo 4 (6%) dotázaných a odpověď neznám zvolilo 6 (9%) dotázaných.

Graf 8

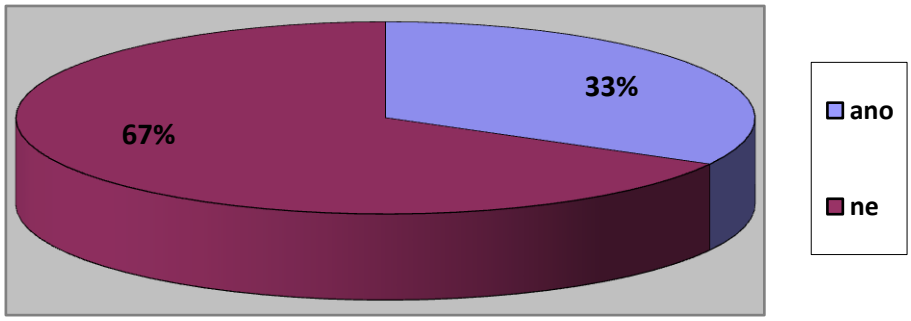


Zdroj: vlastní

V celkové skupině 66 (100%) respondentů uvedlo nejvíce, tedy 36 (55%) dotázaných někdy ano. 16 (24%) dotázaných označilo většinou ano, 8 (12%) dotázaných většinou ne a 6 (9%) respondentů označilo možnost nemám.

Graf 9

SETKÁNÍ RESPONDENTŮ S EAN VE SVÉ PRAXI

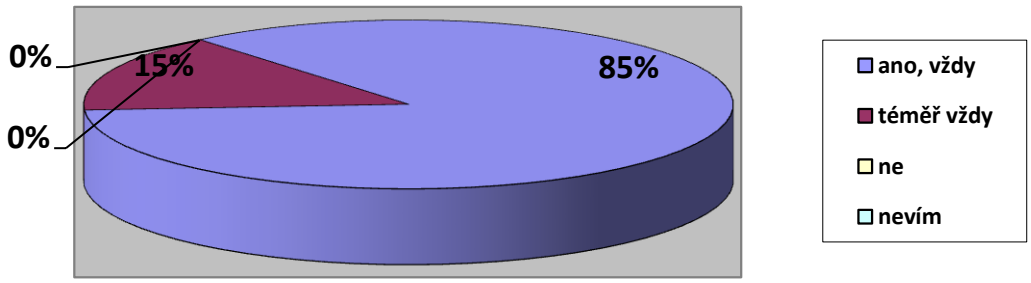


Zdroj: vlastní

Z celkových 66 (100%) respondentů se vyjádřilo ano 22 (33%) dotázaných a ne označilo 44 (67%) dotázaných.

Graf 10

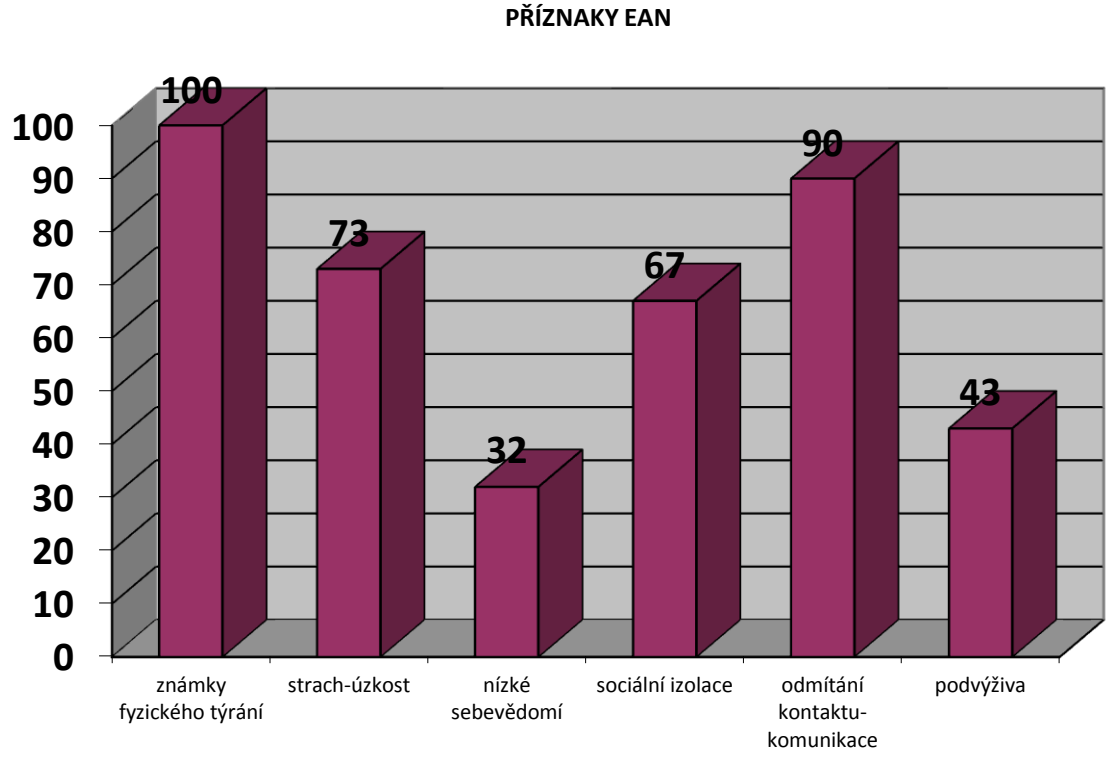
ROZPOZNÁNÍ EAN U KLIENTA



Zdroj: vlastní

V celkové skupině 66 (100%) respondentů byla označena možnost ano, vždy 56 (85%) dotázanými a 10 (15%) možnost téměř vždy. Zbylé odpovědi nevím a ne neoznačil žádný respondent.

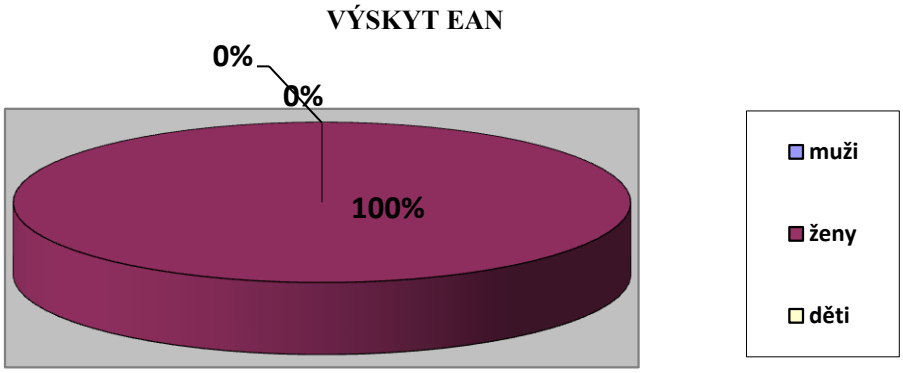
Graf 11



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 66 (100%) respondentů označilo příznak známky fyzického týrání všech 66 (100%) dotázaných, příznak strach-úzkost označilo 48 (73%) dotázaných, příznak nízké sebevědomí 21 (32%) dotázaný, příznak sociální izolace 44 (67%) dotázaných, příznak odmítání kontaktu-komunikace 62 (90%) a příznak podvýživa 28 (43%) dotázaní.

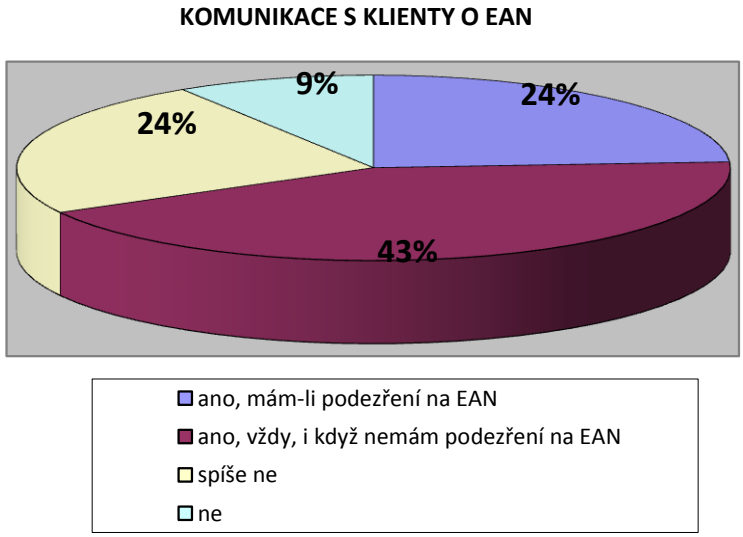
Graf 12



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 66 (100%) respondentů označilo všech 66 (100%) respondentů možnost ženy. Zbývající možnosti neoznačil žádný respondent.

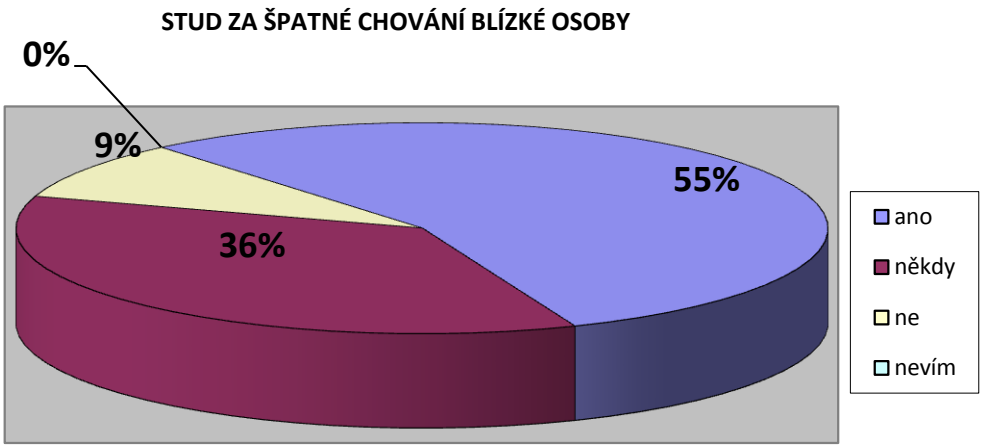
Graf 13



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 66 (100%) respondentů označilo 16 (24%) dotázaných možnost ano, mám-li podezření na EAN, 28 (43%) dotázaných označilo možnost ano, vždy, i když nemám podezření na EAN, odpověď spíše ne označilo 16 (24%) respondentů a odpověď ne označilo 6 (9%) respondentů.

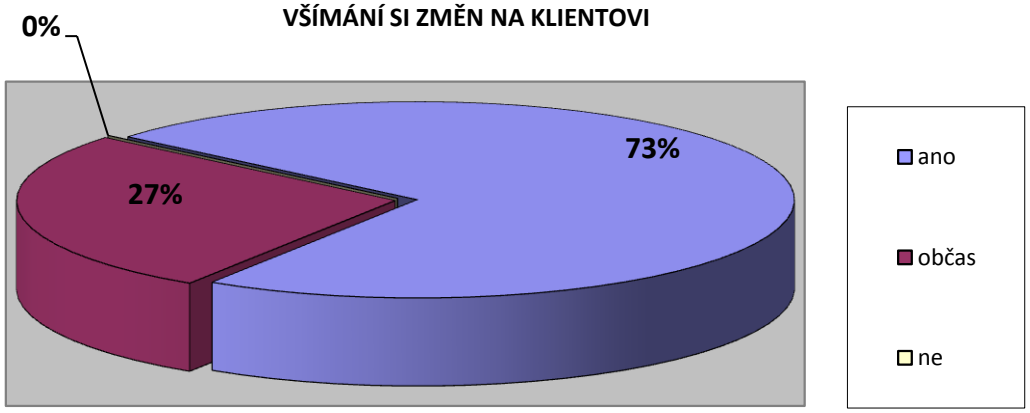
Graf 14



Zdroj: vlastní

Z celkové skupiny 66 (100%) respondentů označilo odpověď ano 36 (55%) dotázaných, odpověď někdy 24 (36%) respondenti a odpověď ne 6 (9%) respondentů. Odpověď nevím nebyla označena žádným respondentem.

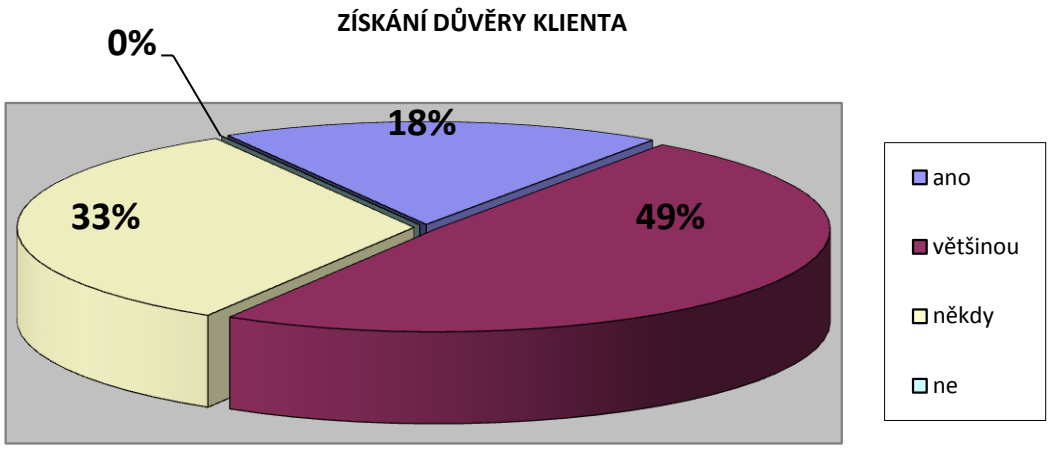
Graf 15



Zdroj: vlastní

V celkové skupině 66 (100%) respondentů byla označena odpověď ano 48 (73%) respondenty a odpověď občas 18 (27%) respondenty. Odpověď ne nebyla označena.

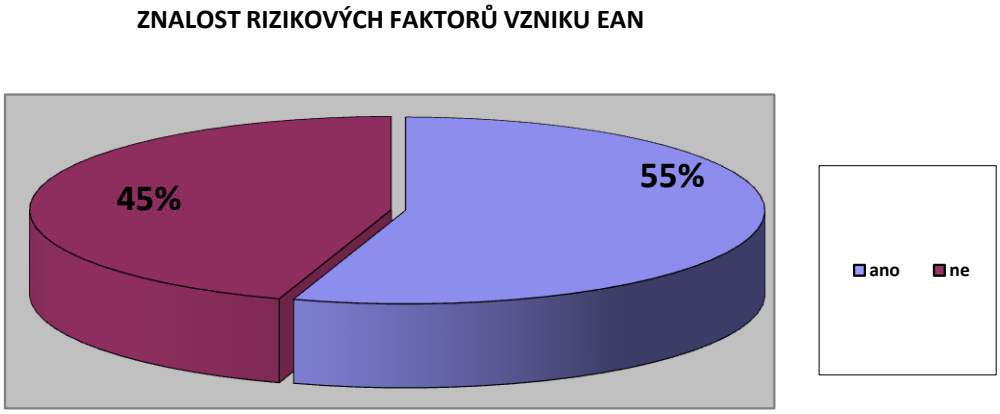
Graf 16



Zdroj: vlastní

Z celkové skupiny 66 (100%) respondentů byla zaznamenána odpověď ano u 12 (18%) dotázaných, odpověď většinou u 32 (49%) dotázaných a odpověď někdy u 22 (33%) dotázaných. Odpověď ne neoznačil žádný respondent.

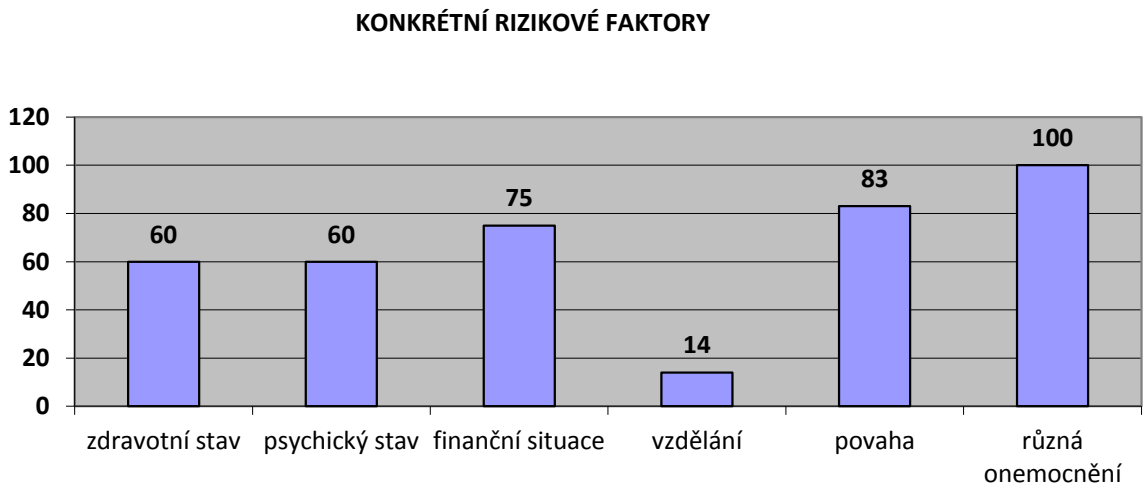
Graf 17



Zdroj: vlastní

V celkové skupině 66 (100%) respondentů byla zaznamenána kladná odpověď u 36 (55%) dotázaných a negativní odpověď u 30 (45%) dotázaných.

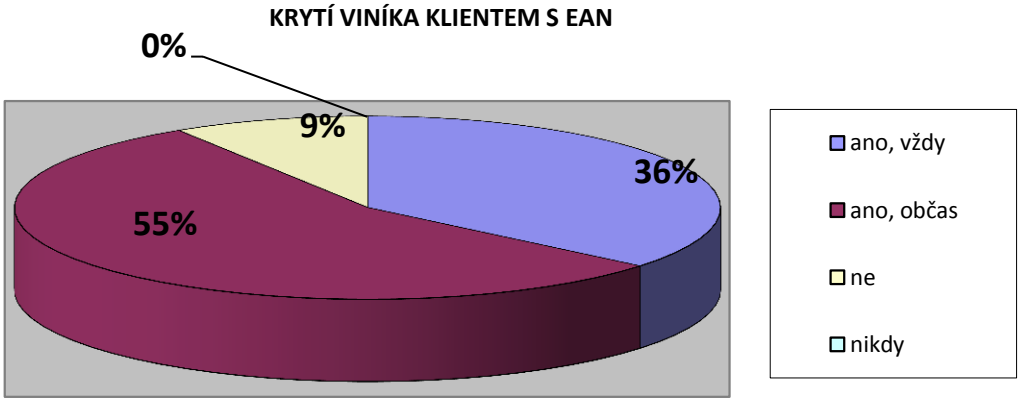
Graf 18



Zdroj: vlastní

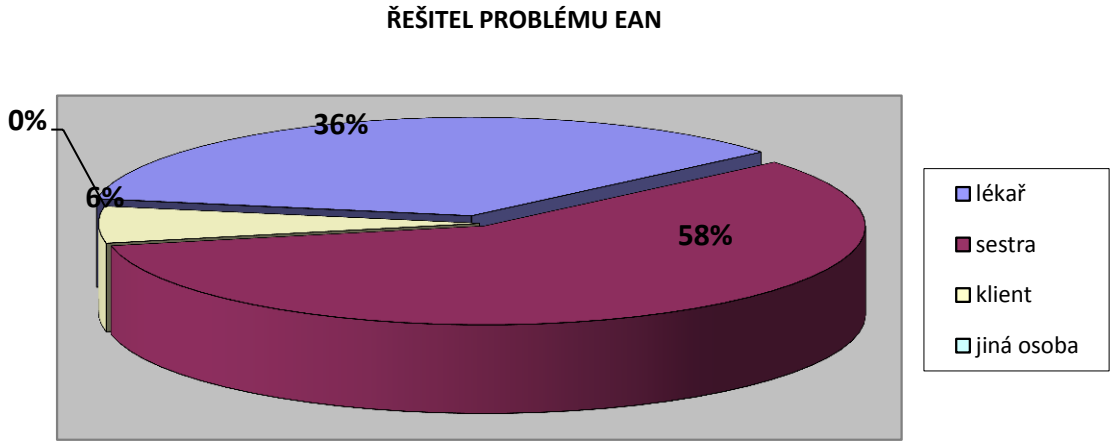
V celkové skupině 36 (100%) respondentů, kteří kladně odpověděli na předchozí otázku, byly zaznamenány rizikové faktory : zdravotní stav u 20 (60%) dotázaných, psychický stav také u 20 (60%) dotázaných, finanční situace u 27 (75%) dotázaných, vzdělání u 5 (14%) dotázaných, povaha u 30 (83%) dotázaných a různá onemocnění uvedlo všech 36 (100%) dotázaných.

Graf 19



V celkové skupině 66 (100%) respondentů byla zaznamenána odpověď ano, vždy u 24 (36%) respondentů. Odpověď ano, občas označilo 36 (55%) dotázaných. Odpověď ne zvolilo 6 (9%) respondentů. Poslední možnost nikdy neoznačil žádný z dotázaných.

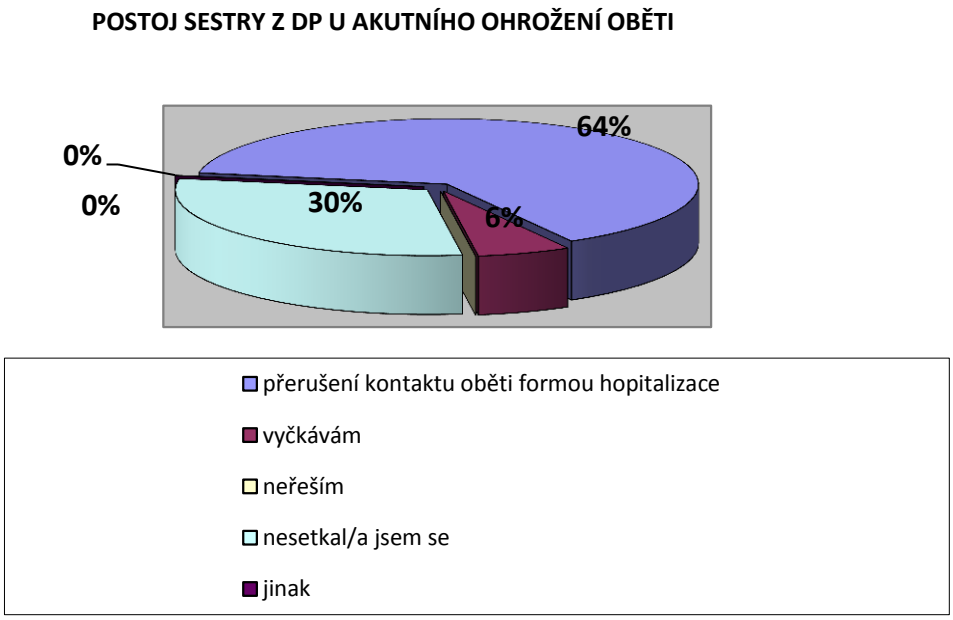
Graf 20



Zdroj: vlastní

Z celkové skupiny 66 (100%) respondentů uvedlo lékaře 24 (36%) dotázaných, sestru 38 (58%) dotázaných a klienta 4 (6%) dotázaní. Jinou osobu neuvedl žádný respondent.

Graf 21

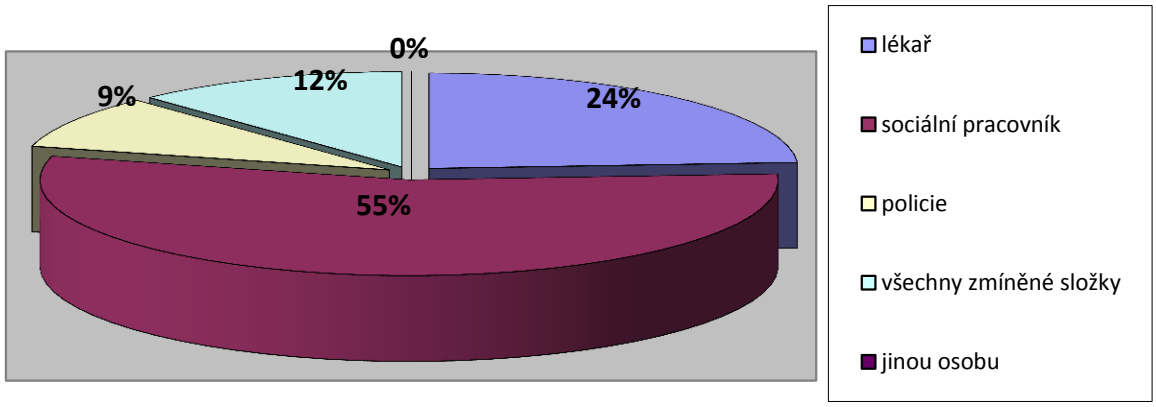


Zdroj: vlastní

Z celkové skupiny 66 (100%) respondentů bylo uvedeno přerušení kontaktu oběti formou hospitalizace u 42 (64%) dotázaných, 4 (6%) dotázaní uvedli odpověď vyčkávám a 20 (30%) respondentů se s uvedenou situací nesetkalo. Zbylé odpovědi nebyly zaznamenány.

Graf 22

KONTAKTNÍ OSOBA

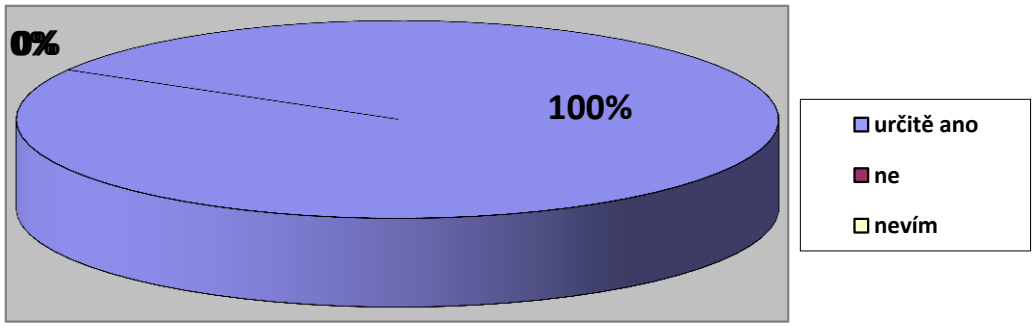


Zdroj: vlastní

V celkové skupině 66 (100%) respondentů označilo 16 (24%) dotázaných možnost lékař, 36 (55%) dotázaných možnost sociální pracovník, 6 (9%) dotázaných možnost policie a zbylých 8 (12%) dotázaných označilo všechny zmíněné složky. Jinou osobu neoznačil žádný respondent.

Graf 23

DŮLEŽITOST PREVENCE EAN

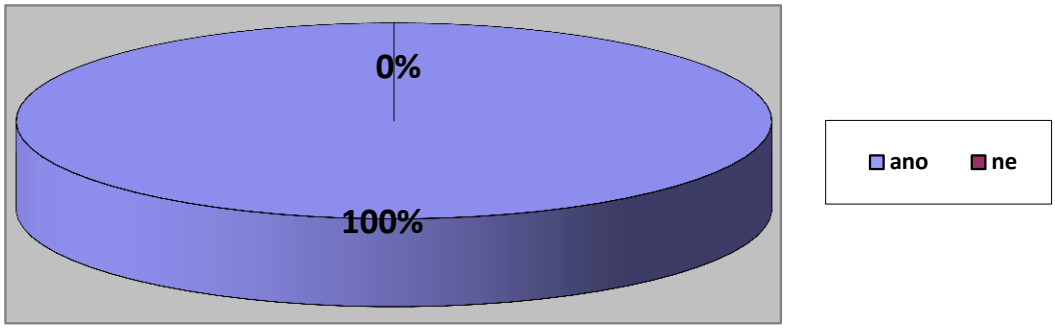


Zdroj: vlastní

V celkové skupině 66 (100%) respondentů zvolili všichni, tj. 66 (100%) dotázaných odpověď určitě ano. Zbylé odpovědi, ne a nevím, neoznačil žádný respondent.

Graf 24

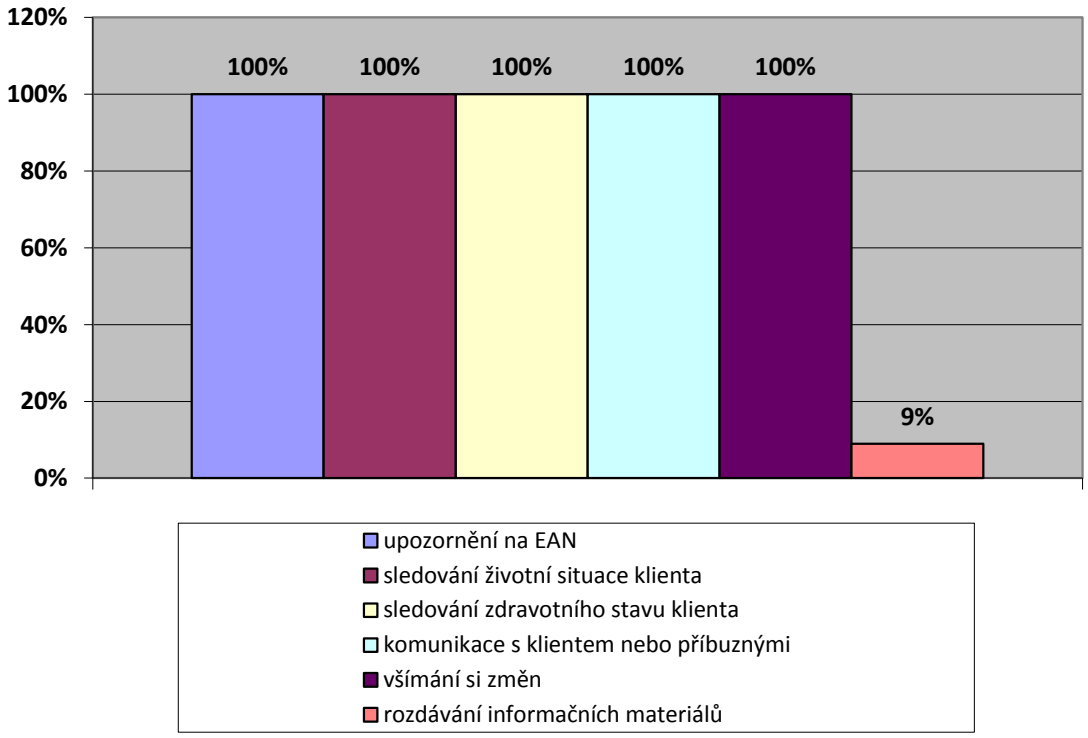
PODÍLENÍ SESTER Z DP NA PREVENCI EAN



Zdroj: vlastní

Z celkově 66 (100%) respondentů se 66 (100%) dotázaných vyjádřilo kladně a žádný z dotázaných negativně.

Graf 25



Zdroj: vlastní

Ze skupiny 66 (100%) respondentů, kteří se kladně vyjádřili v předchozí otázce, označilo všech 66 (100%) respondentů následující odpovědi: upozornění na EAN + sledování životní situace klienta + sledování zdravotního stavu klienta + komunikace s klientem nebo příbuznými + všímání si změn. Pouze možnost rozdávání informačních materiálů označilo 6 (9%) dotázaných.

16 DISKUZE

Získané odpovědi jsem zpracovala sečtením jednotlivých výsledků a pomocí grafů znázornila výsledky šetření.

Osloveny byly sestry v domácí péči (90), průzkumné šetření bylo provedeno na základě odpovědí 66 respondentek.

V domácí péči pracují pouze ženy a z uvedených výsledků vyplývá, že nejvíce má praxi méně než 5 let (49%), vzdělání je především středoškolské.

K otázce věku klientů v domácí péči je největší zastoupení od 65 – 79 let (91%), z čehož vyplývá a zároveň platí tvrzení, že EAN se vyskytuje u osob převážně nad 60 let (16,17) a nejpočetnější skupinu tvoří ženy (88%), což také autor uvádí. (16,17)

Velmi pozitivní výsledek vyšel u otázky spolupráce klientů se sestrou, kdy 73% klientů většinou spolupracuje, což se domnívám, že je první a nejdůležitější krok k navázání správného vztahu mezi sestrou a klientem. (2,7,15,49)

Pozitivní výsledek je i u otázky znalosti rodiny klienta, kde 53% sester označilo, že znají rodinu dobře a 32% velmi dobře. Myslím si, že je správné se zajímat nejenom o samotného klienta, ale též o jeho rodinu, zázemí, podmínky a vztahy, ve kterých žije (4,15,22). Soudím, že když jedna z těchto složek např. nefunguje, může být alarmující pro vznik domácího násilí.

Na předchozí otázku navazuje a souvisí s ní znalost klientova okolí, sousedy atd., kde opět vyšel pozitivní výsledek, 55% označilo někdy ano a 24% většinou ano. Domnívám se, že je důležité znát i okolí klienta, lidi, s kterými se klient stýká, popřípadě za ním dochází.

33% sester se ve své praxi setkalo s EAN, tímto se mi potvrzuje hypotéza č.1, že EAN se vyskytuje, sestry se setkávají se zneužíváním klientů v domácí péči. Je bohužel smutné tak vysoké procento, proto tvrdím a domnívám se, že tato problematika nesmí být opomíjena a měla by být stále více vkládána do povědomí nejenom sester, ale celé veřejnosti.

Zajímavý a velmi pozitivní výsledek vyšel u otázky poznání klienta s EAN, kde 85% sester uvedlo, že klienta vždy poznají. Tento výsledek mě velice potěšil a zároveň přesvědčil o tom, jak svědomitě sestry v domácí péči sledují, hodnotí, pozorují klienta ve všech jeho bio - psycho - sociálních potřebách. Hypotéza č. 2 se mi také tímto potvrdila. (13,29,30..)

Ke kontrolní otázce jsem přiřadila, aby uvedly příznaky, které znají, z nichž většina uvedla fyzické násilí 100%, dále odmítání kontaktu - komunikace 90%, 73% strach a úzkost, 67% sociální izolace, 43% podvýživa a 32% nízké sebevědomí. Výsledky mě velmi potěšily a myslím si, že znalost příznaků EAN je na velmi dobré úrovni.

Velmi mile mě překvapil výsledek komunikace s klienty o EAN, kdy většina sester 67% na danou problematiku s klienty komunikuje a za výborné považuji komunikaci s klienty na dané téma, kde se EAN nevyskytuje. Potvrzena je tak hypotéza č. 3 i 4. Zde bych mohla danou komunikaci zařadit i do prevence, která má důležitou a významnou roli. (36,16,17)

Názory autorů, že klient se většinou stydí za špatné chování blízké osoby také zastávám, protože sestry označily, že 55% ano stydí. (16,29,43,46)

Dalším velmi pozitivním výsledkem bylo všímání si změn na klientovi (chování, jednání, psychické, tělesné). 73% sester si všímá změn, což hodnotím velmi kladně a opět mohu tímto říci, že sestry neopomíjejí tuto problematiku.

Získání důvěry klienta je jednou ze stěžejních úkolů sestry v domácí péči. Pokud klient sestře důvěřuje, mohou se tak těžké životní situace lépe vyřešit a najít společně ten nejlepší a nejvhodnější způsob řešení. Velmi pozitivně vyšel výsledek, 49% si důvěru většinou získá a 18% ano získá. (2,10)

Další a zároveň kontrolní otázka se týkala rizikových faktorů, které mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku EAN. Zde mě potěšilo, že více než polovina sester rizikové faktory znala a dokázala uvést některé z nich. Nejvíce uváděli různá onemocnění klienta 100%, dále povahu 83%, finanční situace 75%, zdravotní stav 60%, psychický stav 60% a vzdělání 14%. Zde bych se možná zmínila, že je důležité z pozice sestry vnímat tyto rizikové faktory, které mohou právě zapříčinit vznik EAN. To vše souvisí s důkladným poznáním klienta, jeho rodiny a okolí.

V další otázce, zda –li viníka kryjí a maskují, vyšlo, že 91% ano, kdy 55% ano občas a 36% ano vždy. Tuto skutečnost uvádí i řada autorů (16,43,46), vše vyplývá zřejmě ze studu klienta, strachu vůči agresorovi a v neposlední situaci i ze závislosti. Mnozí si myslí, že si to zaslouží, že nelze situaci nějak řešit, že jim nelze pomoci a právě my jim musíme dát naději, důvěru, radu, jak dál.

Dalším bodem průzkumu bylo zjištění, kdo má dělat první kroky k vyřešení tohoto problému (EAN). Vyšel velmi pozitivní výsledek, který mě opět velice potěšil. Většina respondentek (58%) uvedlo, že právě sestra má dělat tyto první kroky. Tento výsledek mě

opět přesvědčil o tom, že sestry na sebe z velké části přebírají zodpovědnost, neopomíjejí tento problém a snaží se ho řešit. Mohu tak říci, že i tímto je potvrzena hypotéza č.4.

Opět navazující otázka na předchozí, jaký postoj zaujímají u akutního ohrožení oběti vyšla velmi pozitivně, kdy 64% sester se snaží o akutní přerušení oběti formou hospitalizace. Zde bych uvedla vlastní názor, že si myslím, že je to nejlepší způsob řešení, sestry jednají velmi dobře. Je zajisté strašné vidět klienta v zubožením stavu, vidět jeho bezmocnost, trápení a bolest. Tento problém se týká především fyzického násilí, o kterém můžeme být přesvědčeny prakticky ihned. Proto je naší povinností nepřihlížet, ale jednat. Agresor svůj čin nejspíše zopakuje a právě my, které jsme s klientem nejčastěji, tomu musíme zabránit. Většina klientů se nedokáže bránit, proto je třeba jim ihned pomoci.

55% sester kontaktuje sociálního pracovníka, což si myslím, že je také správný krok. Rodina začne být více sledována, celkově prověřena, na klienta bude brán větší dohled a to jsou dle mého mínění správné kroky týkajícího se tohoto problému. Myslím si, že i „pouhá“ větší návštěvnost rodiny, může agresora značně ovlivnit a jeho ohavné činy se značně zmírní či úplně vymizí.

Výborný výsledek vyšel k otázce důležitosti prevence EAN, kdy 100% sester uvedlo, že prevence určitě ano. Už tento názor je prvním a důležitým krokem prevence. Domnívám se, že pokud si sestry toto myslí, tak na tomto základě se ke svým klientům chovají, jednají, komunikují ať už vědomě či nevědomě. A tak si myslím, že je to správné.

Výsledek 100% sester se podílí na prevenci EAN je výborný a zároveň mi tímto potvrzuje návaznost předchozích odpovědí a výsledků. Velmi mile mě tyto výsledky překvapily a vidím zájem sester podílet se na této prevenci. Úlohou pomáhajících profesí je podpora osob ohrožených domácím násilím. Zde bych zmínila, že pokavaď se sestry setkají s osobou ohroženou domácím násilím, je velmi důležitá komunikace mezi jednotlivými složkami, které poskytují navazující péči (interdisciplinární týmy apod.) a výcvik a supervize jednotlivců a týmu za účelem schopnosti detekce domácího násilí. V tomto se sestry mohou neustále vzdělávat, předávat si různé informace a vlastní zkušenosti.

Poslední otázka týkající se prevence mě až tak nepřekvapila, hypotéza č.4 je potvrzena již na základě předchozích odpovědí a výsledků. Zde jsem uvedla některé způsoby provádění prevence EAN, kde u všech sestry uvedly 100%, což je velmi pozitivní zjištění a musím konstatovat, že tato problematika sice není bohužel tolik v podvědomí veřejnosti, ale v povědomí sester je a to je, myslím, hodně důležité. Sestry si důkladně všímají změn

na klientovi, sledují zdravotní stav klienta, jeho životní situaci a komunikují s klientem nebo s příbuznými o možném problému a upozorňují na EAN.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo věnovat se problematice EAN. V naší zemi je málo věnována pozornost zneužívání starých osob v domácím prostředí, na veřejnosti atd. Jen málo seniorů se obrátí o pomoc, většinou jen tehdy, když je už zátěž neúnosná.

Zastavme se na chvíli a hledejme již dávno objevené – úctu a lásku k člověku.

Cíle diplomové práce s názvem Problematika zneužívaných seniorů v domácím prostředí byly:

1. Zjistit, zda se sestry setkávají se zneužíváním klientů v domácí péči (dále jen DP)
2. Zjistit, zda sestry v DP poznají zneužívané klienty
3. Zjistit, zda sestry v DP komunikují o možném zneužívání
4. Zjistit, zda sestry v DP naslouchají, znají a provádějí opatření k vyřešení problému

Všechny čtyři cíle byly splněny, byla zjištěna úroveň znalostí problematiky EAN, komunikace a prevence EAN.

Dále byly stanoveny hypotézy :

1. Zneužívání klientů v DP se vyskytuje
2. Minimálně 80% sester v DP pozná zneužívaného klienta
3. Většina sester v DP komunikuje se svými klienty o možném zneužívání
4. Většina sester v DP provádí opatření k vyřešení problému

Všechny čtyři hypotézy byly potvrzeny.

Výsledky průzkumu potvrzují velmi dobrou znalost sester v DP týkající se této problematiky. Myslím si, že klienta vnímají v celém jeho pojetí, snaží se splnit jeho potřeby a na základě šetření usuzuji, že jejich přístup je zodpovědný, mají zájem se podílet na všech dílčích aspektech EAN.

Přínosem této práce je věnování pozornosti této problematice, která je veřejností tolik opomíjena. Sestry by měli ve své praxi neustále komunikovat a vyměňovat si zkušenosti a informace spojené s touto problematikou.

V praxi bych sestrám doporučila neustálé vzdělávání ať už formou výcviku nebo supervize jednotlivců i týmů za účelem detekce domácího násilí.

Výstupem mé diplomové práce je vytvoření letáku pro sestry pracující v agenturách domácí péče. V letáku jsem definovala zkratku EAN, dále uvedla, jak mohou poznat takového klienta, jaké jsou rizikové faktory zvyšující vznik EAN a jak se zachovat v případě zjištění či podezření na EAN.

Motto:

Způsob, jakým pečujeme o své děti v době svítání jejich života,
a způsob, jakým pečujeme o staré v období soumraku jejich života,
je měřítkem kvality společnosti.

SEZNAM ZDROJŮ

1. BOCZAR, N, ed. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z.* Přeložila Simona Šeclová. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.
2. BRUNO, Tiziana, ADAMCZYK, Gregor. *Řeč těla.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1313-6.
3. DOMOVINKA. *Krizová pomoc* [online]. [cit.7.10.2012]. Dostupné z: http://www.domovinka.cz/krizova-pomoc
4. FARKAŠOVÁ, Dana, ed. *Ošetřovatelství – teorie.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
5. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
6. HALEY, John, ed. *The truth about abus.* New York: Fact on File, 2005. ISBN 0-8160-5297-2.
7. HANZLÍKOVÁ, Alžběta, ed. *Komunitní ošetřovatelství.* Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-9063-257-1.
8. HASTINGSOVÁ, Diana. *Domácí sestřička, péče o nemocné doma.* 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN 80-7176-452-3.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří.* Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-152-2.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika.* 3. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-397-X.
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-363-5.
13. HŘÍBALOVÁ, Marie. *Týrání, špatné zacházení, zanedbávání* [online]. [cit.1.9.2012]. Dostupné z: http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc/
14. JABLONECKÁ RODINA. *Týraný, zneužívaný a zanedbávaný senior* [online]. [cit.11.9.2012]. Dostupné z: http://www.jabloneckarodina.cz/cs/rodice-a-prarodice/krize-v-rodine/tyrany-zneuzivany-zanedbavany-senior/

15. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
16. KALVACH, Zdeněk, ed. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
17. KALVACH, Zdeněk, ed. *Geriatrie a gerontologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
18. KALVACH, Zdeněk, ed. *Úvod do gerontologie a geriatrie. 1.Díl, gerontologie obecná a aplikovaná: Integrovaný text pro interdisciplinární studium.* Praha: Karolinum – nakladatelství UK, 1997. ISBN 80-7184-366-0.
19. KALVASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě.* 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
20. KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření. Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu.* 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
21. KENNEDY-MALONE, Laure, ed. *Management quidelines for practitioners working with older adults.* Philadelphia: F.A.Company, 2004. ISBN 0-8036-1120-X.
22. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
23. KUZNÍKOVÁ, Iva, ed. *Sociální práce ve zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
24. LANGMAIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie.* 3. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
25. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
26. MISCONIOVÁ, Blanka. *Management Komplexní domácí péče.* ISBN neuvedeno.
27. MISCONIOVÁ, Blanka. *Stručný průvodce domácí péče.* Asociace domácí péče České republiky, 1998. ISBN neuvedeno.
28. NOVÁK, Tomáš. *Péče o pečující, jak být pečovatelem také sám sobě.* 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh,o.s., 2011. ISBN 978-80-254-9149-2.
29. ONDRIOVÁ, Iveta, Dučaiová, Jarmila. *Etika versus týrání, zanedbávání seniorů* [online]. Sestra: [cit.8.9.2012]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/sestra/etika-versus-tyrani-zanedbavani-senioru-459330

30. PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabele. *Soužití se staršími lidmi.* 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
31. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
32. PRŮŠA, Josef. *Přehled pedagogiky.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-399-4.
33. SENIOR TELEFON. *Domácí násilí* [online]. [cit.13.9.2012]. Dostupné z: http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior
34. SCHULER, Matthias, OSTER, Peter. *Geriatrie od A do Z pro sestry.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
35. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří (Kapitoly z gerontosociologie).* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
36. ŠEVČÍK, Drahomír, ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Domácí násilí.* 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-690-2.
37. ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
38. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatrie pro praxi.* Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
39. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří.* Praha: Ústav lékařské etiky 3.LFUK, 2002. ISBN 80-238-9506-0.
40. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky.* Praha: Ústav lékařské etiky 3. LFUK, 2001. ISBN 80-238-9505-2.
41. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině.* Praha: Ústav lékařské etiky 3. LFUK, 2002. ISBN 80-238-9505-2.
42. TRESS, Wolfgang, ed. *Základní psychosomatická péče.* 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.
43. ÚLEHLOVÁ, Dagmar, ed. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-502-0.
44. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
45. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace- nové souvislosti.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.
46. VODÁČKOVÁ, Daniela, ed. *Krizová intervence.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

47. WIKIPEDIE. *Ageismus* [online]. [cit.23.10.2012]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Ageismus
48. ZÁKON č. 96/2004 Sb. *Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.* Praha: MZČR, 2004, s. 1452, 1453.
49. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-193-X.
50. ZIMMELOVÁ, Petra. Ekonomické násilí na seniorech. *Sociální práce.* 2006, č.(2), 83. ISSN 1213-6204.

SEZNAM GRAFŮ

1. Pohlaví respondentů
2. Délka praxe respondentů
3. Vzdělání respondentů
4. Věk klientů v DP
5. Nejpočetnější skupina klientů v DP
6. Ochota klientů spolupracovat
7. Znalost rodiny klienta
8. Možnost seznámení se s okolím klienta
9. Setkání respondentů s EAN ve své praxi
10. Rozpoznání EAN u klienta
11. Příznaky EAN
12. Výskyt EAN
13. Komunikace s klienty o EAN
14. Stud za špatné chování blízké osoby
15. Všímání si změn na klientovi
16. Získání důvěry klienta
17. Znalost rizikových faktorů vzniku EAN
18. Konkrétní rizikové faktory
19. Krytí viníka klientem s EAN
20. Řešitel problému EAN
21. Postoj sestry z DP u akutního ohrožení oběti
22. Kontaktní osoba
23. Důležitost prevence EAN
24. Podílení sester z DP na prevenci EAN
25. Způsob provádění prevence EAN

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ad hoc – jednorázová domácí péče

ČR – Česká republika

D – dech

DP – domácí péče (agentura domácí péče)

EAN – elder abuse and neglect (syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání seniorů)

FF – fyziologické funkce

i.m. – intramuskulárně (do svalu)

LF UK – Lékařská fakulta univerzity Karlovy

TK – krevní tlak

USA – Spojené státy americké

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník pro respondenty
Příloha 2 – Test instrumentálních všedních činností (IADL)
Příloha 3 – Škála geriatrické deprese dle Yessavage
Příloha 4 – Fotografie - EAN

Příloha 1 – Dotazník pro respondenty

DOTAZNÍK

Vážené kolegyně,
jsem studentkou ZČU 2. ročníku navazujícího magisterského studia obor všeobecná sestra a jako téma mé diplomové práce jsem si zvolila – **Problematika zneužívaných seniorů v domácím prostředí.** Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, týkajícího se problematiky zneužívaných seniorů v domácím prostředí. Na základě těchto výsledků zjistím, zda se zneužívání vyskytuje, zda-li sestry poznají, komunikují a provádějí některá opatření. Prosím, odpovídejte pravdivě, dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely mé diplomové práce. Vyplněný dotazník, prosím, zalepte do přiložené obálky, aby zůstala zachována Vaše anonymita.

Děkuji za Váš čas, Barbora Mašková

1. Vaše pohlaví:

□ muž
□ žena

2. Délka praxe v DP:

□ méně než 5let
□ 5 – 10 let
□ 11 – 20 let
□ 21 a více

3. Vaše vzdělání:

□ středoškolské

□ vyšší odborné

□ specializační

□ vysokoškolské - Bc.

□ vysokoškolské - Mgr.

4. Nejvíce klientů v DP je ve věku:

□ 20 – 49 let

□ 50 – 64 let

□ 65 – 79 let

□ 80 a více

5. Mezi klienty jsou převážně:

□ muži

□ ženy

□ děti

6. Při návštěvě s Vámi klienti ochotně spolupracují:

□ vždy

□ většinou

□ občas

□ nespolupracují

7. Myslíte si, že pokud docházíte ke klientovi delší dobu, znáte rodinu klienta:

□ velmi dobře

□ dobře

□ málo

□ neznám

8. Máte možnost seznámit se se sousedy, okolím…, ve kterém klient žije:

□ většinou ano

□ někdy ano

□ většinou ne

□ nemám

9. Setkal/a jste se ve své praxi s elder abuse (EAN – syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka)?

□ ano

□ ne

10. Myslíte si, že poznáte u klienta elder abuse (EAN)?

□ ano, vždy

□ téměř vždy

□ ne

□ nevím

11. Označte příznaky, které znáte :

□ známky fyzického týrání

□ strach- úzkost

□ nízké sebevědomí

□ sociální izolace

□ odmítání kontaktu-komunikace

□ podvýživa

12. EAN se častěji vyskytuje u :

□ mužů

□ žen

□ dětí

13. Komunikujete s klienty o možných problémech týrání (fyzické, psychické, zanedbávání, sexuální…)

□ ano, mám-li podezření na EAN

□ ano, vždy, i když nemám podezření na EAN

□ spíše ne

□ ne

14. Myslíte si, že se klient stydí za špatné chování blízké osoby?

□ ano

□ někdy

□ ne

□ nevím

15. Při návštěvě klienta vnímáte (všímáte si) změn(y) v chování, jednání, psychických či tělesných?

□ ano

□ občas

□ ne

16. Myslíte si, že umíte získat důvěru klienta, aby se Vám svěřil se svými problémy?

□ ano

□ většinou

□ někdy

□ ne

17. Znáte rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku elder abuse (EAN)?

□ ano

□ neznám

18. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, napište, které rizikové faktory znáte:

……

……

……

……

Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 19.

19. Máte pocit, že viníka spíše kryjí a maskují?

□ ano, vždy

□ ano, občas

□ ne

□ nikdy

20. Kdo myslíte, že má dělat první kroky k vyřešení problému?

□ lékař

□ sestra

□ klient

□ někdo jiný, napište…

21. Jaký postoj zaujímáte u akutního ohrožení oběti?

□ snažím se o akutní přerušení kontaktu oběti, obvykle formou hospitalizace

□ vyčkávám

□ neřeším

□ nesetkala jsem se

□ jinak, uveďte…

22. Kontaktujete:

□ lékaře

□ soc. pracovnici

□ policii

□ všechny zmíněné složky

□ někoho jiného, uveďte…

23. Myslíte si, že je důležitá prevence elder abuse (EAN)?

□ určitě ano

□ ne

□ nevím

24. Podílíte se na této prevenci?

□ ano

□ ne

25. Pokud jste odpověděl/a ano, jakým způsobem:

□ upozornění na problém EAN

□ sledování životní situace klienta

□ sledování zdravotního stavu klienta

□ komunikace s klientem nebo příbuznými

□ všímání si změn

□ rozdávání informačních materiálů

Děkuji Vám za Váš čas!

Příloha 2 – Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Činnost	Hodnocení	Bodové skóre
telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby apod.	0
nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	není schopen nakoupit bez podstatné pomoci	0
vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
práce kolem domu	práce provádí samostatně a pravidelně	10
	práce provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léky	10
	užívá léky, jsou –li mu připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0

finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc	5
	není schopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Celkové skóre

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech

0-40 bodů = závislý v IADL

45-75 bodů = částečně závislý v IADL

80 bodů = nezávislý v IADL

Příloha 3 – Škála deprese dle Yessavage

Otázka	**Odpověď**
Jste v zásadě spokojen(a) se svým životem?	Ano – **Ne**
Opustil (a) jste mnoho ze svých aktivit a zájmů?	**Ano** – Ne
Máte pocit, že Váš život je prázdný?	**Ano** – Ne
Pociťujete často nudu, prázdnotu?	**Ano** – Ne
Máte většinou dobrou náladu?	**Ano** - Ne
Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	**Ano** – Ne
Jste většinou šťastný (šťastná)?	Ano – **Ne**
Cítíte se často bezmocný (bezmocná) ?	**Ano –** Ne
Zůstáváte raději doma, než byste šel (šla) ven a podnikal(a) nové věci?	**Ano –** Ne
Máte pocit, že máte více problémů s pamětí než ostatní?	**Ano** – Ne
Myslíte, že je pěkné žít v této době?	Ano – **Ne**
Tak, jak jste na tom právě nyní, připadáte si bezcenný(á) ?	**Ano** – Ne
Cítíte se plný(á) energie?	Ano – **Ne**
Pociťujete svou situaci jako beznadějnou?	**Ano** – Ne
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	**Ano –** Ne

Každá tučně označená odpověď = 1 bod.

Hodnocení :

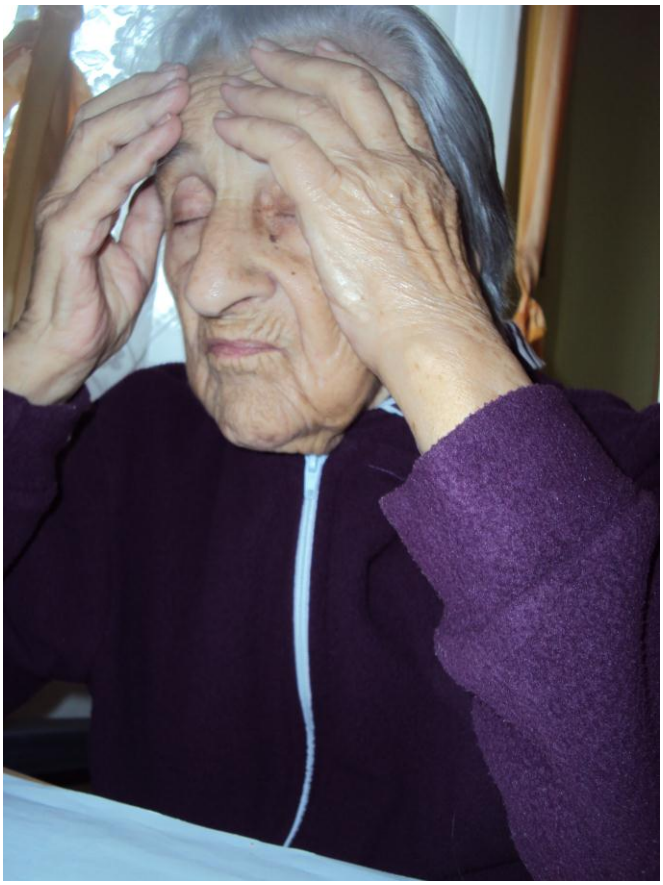
0-5 bodů = norma (normoforie)

6-10 bodů = mírná deprese

11- 15 bodů = těžká deprese

Příloha 4 – Fotografie - EAN

Fotografie jsou pouze ilustrační, pořízené s písemným souhlasem zúčastněných.



Vlastní zdroj