

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Úloha sociálního pracovníka při řešení domácího násilí na seniorech

Simona Hyková

Katedra sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2015

Prohlášení o samostatném zpracování

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Úloha sociálního pracovníka při řešení domácího násilí na seniorech“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 7. 5. 2015

Simona Hyková

Bibliografický záznam

Úloha sociálního pracovníka při řešení domácího násilí na seniorech: bakalářská práce / Simona Hyková; vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát. Praha, 2015 – 66 s.

Anotace

V této práci se zabývám tématem psychicky nemocných a týraných seniorů, kteří byli umístěni do psychiatrické léčebny. V teoretické části práce jsem se pokusila popsat pojmy, jako je domácí násilí, dále domácí násilí v rodině a také násilí páchané na seniorech.

Rozepsala jsem druhy domácího týrání a zneužívání a zmínila jsem několik forem domácího násilí a týrání, které v těchto případech bylo na nemocných seniorech pácháno. Vysvětlila jsem pojmy jako je stáří, senior a jeho rodina. Popsala jsem různé formy a fáze psychických nemocí a chování pacientů, kteří těmito nemocí trpí. Dále jsem vysvětlila pojmy, jako je demence a rozepsala její formy a klasifikace. V další části se věnuji možnostem pomoci těmto seniorům a uvádím služby pro oběti domácího násilí.

Zmínila jsem řešení těchto krizových situací, jako je například zbavení způsobilosti, dále institut vykazání a to s ohledem na Občanský zákoník. Další část je věnována roli sociálního pracovníka a jeho edukaci s rodinou. Pomoc sociálního pracovníka pacientovi spočívá v odhalení, zmírnění nebo odstranění negativních důsledků nemoci u seniora. Vzhledem k tomu, že dnes představují senioři velmi početnou část obyvatel, jsou tito lidé velice početnou skupinou klientů sociálních pracovníků. Úloha sociálního pracovníka proto není snadná,

rodina od něj očekává fundované poradenství, nabídku sociálních služeb a hlavně rychlé řešení sociální situace seniora. Praktická část je rozdělena do čtyř kazuistik. Na jednotlivých případech je zde ilustrován určitý druh domácího násilí, jeho průběh a řešení v psychiatrické léčebně.

Klíčová slova

- domácí násilí
- senior
- demence
- sociální pracovník
- psychiatrická léčebna

Summary

In this bachelor thesis I was concerned with topic of mentally ill and mistreated seniors, who were placed in a psychiatric hospital. In the theoretical part I tried to describe the concept of domestic violence, after that domestic violence in the family and also domestic violence committed against seniors.

I elaborated on kinds of domestic abuse and maltreatment, and I mentioned several forms of domestic violence and abuse, which in these cases were committed against mentally ill seniors. I explained concepts such as ageing, senior and his family. I described the various forms and phases of the mental illness and behaviour of patients, who suffer from these diseases. I explained concepts such as dementia and her forms and classifications. The next section is devoted to the possibilities to help these seniors and I also introduce the services for victims of domestic violence.

I mentioned dealing with these crisis situations such as deprivation of legal capacity and the institute of expulsion, with regard to the Civil law. Next part is devoted to the role of the social worker and his education with family. The assistance of a social worker to a patient lies in revelation, moderation or elimination of the negative consequence of the disease by the senior. In view of the fact that today seniors represent a very large part of population; these people are very large group clients of social workers. The role of the social worker isn't easy, the family expects knowledgeable consulting from him, offer of social services and quick solutions to the social situation of senior. The practical part is divided in four case studies. On the individual stories, there is illustrated a specific kind of domestic violence, his progress and solutions in a mental hospital.

Keywords

- domestic violence
- senior
- dementia
- social worker
- mental hospital

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce PhDr. Vladimíru Mašátovi a také své rodině za podporu, pomoc a hlavně za trpělivost při psaní této práce.

Můj dík také patří všem v psychiatrické léčebně, za důvěru a za poskytnutí písemných záznamů, do kterých mi bylo umožněno během praxe nahlédnout a které mi velmi pomohly ke zpracování praktické části.

Obsah

Úvod	13
I. Teoretická část	15
1. Domácí násilí	15
1.1. Domácí násilí v rodině	15
1.2. Druhy domácího násilí	17
1.2.1. Fyzické týrání	17
1.2.2. Psychické týrání	18
1.2.3. Ekonomické zneužívání	19
1.2.4. Emocionální zneužívání	19
2. Senioři	21
2.1. Domácí násilí na seniorech	23
2.2. Rodina a senior	25
3. Demence	27
3.1. Stádia demence	31
4. Možnosti pomoci seniorům	33
4.1. Služby pro oběti domácího násilí	34
4.2. Úloha sociálního pracovníka	36
4.3. Právní úprava - zbavení a omezení svéprávnosti	40
II. Praktická část	43
5. Kazuistiky	45
5.1. První kazuistika - fyzické týrání	46
5.2. Druhá kazuistika - psychické týrání	50
5.3. Třetí kazuistika - ekonomické zneužívání	53
5.4. Čtvrtá kazuistika - emocionální zneužívání	55
5.5. Diskuze a závěr	57
Závěr	61
Seznam literatury	63

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila stále aktuální téma s názvem Úloha sociálního pracovníka při řešení domácího násilí na seniorech. Mým cílem je poukázat na význam tohoto fenoménu, což je zneužívání seniorů s demencí a dále také na nenahraditelnou, významnou a nezastupitelnou pomoc takového člověka, jakým je sociální pracovník.

Práci jsem rozdělila na dvě části a to na teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem definovala domácí násilí, popsala jsem jeho druhy, které se v rodinách za zavřenými dveřmi odehrávají. Vysvětlila jsem pojem senior a pokračovala jsem syndromem staří, popsala jsem jeho symptomy a pokusila se nahlédnout do všech jeho forem. Dále jsem definovala pojmy jako je například demence, Alzheimerova choroba a Parkinsonova nemoc. Nakonec doporučím pomoc a služby, které mohou senioři využít.

Praktická část je rozdělena na čtyři jednotlivé příběhy. Ty jsem zpracovala do kazuistik, ve kterých jsou definovány různé druhy domácího násilí a jsou popsány v teoretické části této práce. K vypracování těchto kazuistik mě inspirovaly skutečné příběhy, získané v organizaci, kde jsem absolvovala praxi.

I. Teoretická část

1. Domácí násilí

Pojem domácí násilí vznikl jako překlad anglického termínu domestic violence a zahrnuje všechny projevy násilí páchaného mezi jednotlivými členy rodiny. Jak se můžeme dočíst v knize Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech, charakteristickým rysem domácího násilí je jeho dlouhodobost a opakovanost. „Výzkum problematiky násilí v rodině je poměrně novou záležitostí všude ve světě.“¹

1.1. Domácí násilí v rodině

Dle Voňkové a Spoustové je násilí uvnitř rodin časté a týká se všech druhů rodinných vztahů, tedy jak mezi dospělými a jejich dětmi, tak dospělými navzájem nebo dospělými a prarodiči. Násilí v rodinách poškozuje děti na celý život. Donedávna byla existence domácího násilí vnímána jako hluboce soukromá záležitost. Domácí násilí je popřením toho, co rodina znamená, ohrožuje základní lidské hodnoty a ponižuje základní lidská práva. Snaha učinit ze soukromého problému problém společenský, začíná přibližně v 70. letech minulého století v USA, kde se začíná otevřeně hovořit o zneužívání a týrání ke kterému dochází v intimitě rodiny. Počet a frekvence násilí v rodinách se buď odvozuje od dílčích sond, které provádějí jednotlivé neziskové organizace. Například ROSA nebo Bílý kruh bezpečí. Obecně lze říct, že domácí násilí je chování, které v partnerském soužití nebo v rodině

¹ *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 108 s. ISBN 80-7254-914-6, str. 81

u jedné osoby vyvolává strach z osoby druhé. Prostřednictvím moci, kterou tento strach poskytuje, určuje násilník chování k oběti.²

Lovaš ve své knize popsal agresivní chování dětí vůči rodičům. Charakterizoval ho jako záměrné ubližování a poškozování v intenzitě rodinného násilí a dotkl se také špatného zacházení s rodiči. Takový rodič se cítí být chováním svého potomka ovládaný, ohrožený a znepokojený. Dochází k zanedbávání a k finančnímu a materiálnímu využívání neboli vykořisťování. K takovému využívání a násilí často dochází v bytě, který je majetkem nemocného člověka. Pachatelem násilí je rodinný příslušník, tedy dospělé dítě.³

Dále se v knize *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech* dočteme o případech domácího násilí páchaného na seniorech, což je obrovský etický a morální problém, který zároveň spočívá v obtížnosti jej rozpoznat. Díky přesvědčení, že násilí v rodině je soukromou záležitostí, mnohdy zůstává bez povšimnutí okolí. Dále dochází k podceňování tohoto typu násilí. Souvislost má sociální prostředí agresora i seniora. Existují faktory, zvyšující pravděpodobnost špatného zacházení jako je například drogová závislost, alkoholismus, nízký intelekt, také materiální a bytová závislost oběti na agresorovi.⁴ Existuje i takzvaný institut vykázání, při kterém může policie ČR vykázat násilnou osobu z bytu. Nepodařilo se mi ale zjistit, zda této možnosti i senioři využívají.

² VOŇKOVÁ, Jiřina a SPOUSTOVÁ, Ivana. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. 2., přeprac. vyd. Praha: proFem, 2008. 244 s. ISBN 978-80-903626-7-3, str. 18

³ LOVAŠ, Ladislav. *Agresia a násilie: psychológia ľudskej agresie a jej podoby v domácom prostredí, v škole, v práci, vo väzniciach a v športe*. Bratislava: Ikar, 2010. 197 s. Pegas; zv. 22. ISBN 978-80-551-1752-2, str. 120

⁴ *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech*, str. 83, ref. 1

1.2. Druhy domácího násilí

Dle Haškovcové je úhel pohledu na druhy domácího násilí lékařský, psychologický, kriminalistický a právní. Týrání je zlé zacházení s druhou osobou a vyznačuje se značným stupněm bezcitnosti a hrubosti, které u obětí vyvolává pocity příkoří.⁵

1.2.1. Fyzické týrání

Podle Malíkové má fyzické týrání celou řadu forem. Je to úmyslné užití síly k ublížení na zdraví. Tím se rozumí tělesné utrpení, způsobování bolesti a různá omezení. Jedná se například o ubližování, zraňování, bití, škrcení, kopání, strkání, přivazování, poutání, nepodávání léků, odmítání uspokojování základních biologických potřeb, jako je neposkytnutí tepla, potravy a nápojů, odmítání osobní hygieny, omezování spánku a odpočinku, nedodání kompenzačních a protetických pomůcek, prostě omezování osobní svobody. Následky tělesného týrání jsou většinou viditelné a jedná se o různé otoky, škrábance, bodnutí, řezné rány, pálení, kousání, štípaní, zhmožděny a tak dále.⁶

Haškovcová popsala fyzické týrání i jako vystavování oběti extrémnímu teplu nebo chladu. Pachatel při fyzickém násilí většinou volí místa, která nejsou příliš viditelná a dají se zakrýt oblečením.⁷

⁵ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X, str. 13

⁶ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3, str. 277

⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*, str. 22, ref. 5

1.2.2. Psychické týraní

Podle organizace ROSA je někdy také psychické týraní označováno jako *emocionální újma*. Rozsah, míra a intenzita psychického týraní je velmi různá. Spočívá v úmyslném způsobování psychické a emocionální újmy, ponižováním, hrozbami nebo jiným chováním. Například formou slovního napadení, urážek až k fyzickému ublížení.⁸

Dle Malíkové jsou způsoby psychického týraní i posměšky, hrozby, zesměšňování a poukazování na tělesné nedostatky či hendikep týrané osoby. Dále se jedná o vydírání, omezování, kritizování, ponižování, hrubé nadávky, nucení k neoblíbené činnosti, anebo naopak odepírání oblíbené činnosti.⁹

Kniha *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech* považuje za citové týraní i úmyslné ničení nebo likvidování věcí s emočním nábojem, jako jsou například oblíbené osobní věci nebo staré památky.¹⁰

Malíková uvádí za následky psychicky týrané osoby strach, obavy, beznaděj, úzkost, apatie, rezignace, nepochopení a změnu chuti k jídlu. Dále také změna tělesné hmotnosti, ztráta zájmu a potřeby pečovat o sebe sama. Patří mezi ně i pocity osamění, které vedou k myšlenkám na plánování sebevraždy. Dle statistických údajů je psychické týraní mnohem závažnější, než týraní fyzické.¹¹

⁸ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy. Podolská 242/25, Praha 4, 2013.

⁹ MALÍKOVÁ, Eva, str. 278, ref. 6

¹⁰ *Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech*, str. 90, ref. 4

¹¹ MALÍKOVÁ, Eva, str. 278, ref. 9

1.2.3. Ekonomické zneužívání

Malíková za ekonomické zneužívání považuje zneužívání majetku a finančních zdrojů u nesoběstačných seniorů. Takový senior obvykle poskytuje své finanční prostředky rodině, bez možnosti využít je pro sebe. Také je citovým vydíráním a nátlakem mnohdy vmanipulován k právnímu převodu svého majetku na jiné osoby, většinou na své děti nebo vnuky. Dále velmi často dochází k zneužívání příspěvků na péči nebo neposkytování dostatečné kvalitní péče, protože tyto příspěvky si přivlastňuje rodina nebo jiná osoba, se kterou takový senior žije ve společné domácnosti.¹²

Dle organizace ROSA se do ekonomického násilí zahrnuje zneužití financí nebo majetku.¹³ V publikaci *Cruel but Not Unusual: Violence in Canadian Families* se v kapitole s názvem *The abuse and neglect of older adults* uvádí, že jednou z dalších možností ekonomického týrání, je donutit nebo oklamat starší osobu k podepisování různých dokumentů nebo k jejich změnám, jako je například poslední vůle nebo různé převody majetku. Dále také může docházet i k zneužívání plné moci.¹⁴

1.2.4. Emocionální zneužívání

Jak uvádí Ježková, emocionální zneužívání popisuje vztah rodičů a dětí, kdy se rodič ocitá v roli takzvaného náhradního partnera ke svému dítěti i naopak. K takové situaci dochází v případech, kde děti jednájí s rodičem, jako se svým dítětem nebo partnerem. Důsledky emocionálního zneužívání jsou

¹² MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních* str. 278, ref. 11

¹³ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 8

¹⁴ ALAGGIA ..., Ed. by Ramona.. *Cruel but not unusual: violence in Canadian families*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier Univ. Press, 2006. ISBN 9780889204034, str. 427

podobné ostatním formám týrání. Převládají pocity viny, nízké sebevědomí, ztráta sebeúcty a různé druhy závislostí v jakémkoliv věku. Emocionální zneužívání je velmi těžké odhalit a to nejen proto, že nedochází k přímému násilí, ale také proto, že většinou dítě bývá rodičem idealizováno, a proto se v dospělosti cítí spíše výjimečné než zneužívané.¹⁵

Dále v kapitole s názvem *The abuse and neglect of older adults* jsou uvedeny další příklady emocionálního týrání, které také zahrnuje špatné zacházení se staršími osobami. Se seniorem jednají jako s nemluvnětem, izolují ho od jeho přátel, znemožňují mu oblíbené činnosti a tím ho sociálně omezují.¹⁶

Ježková soudí, že v důsledku neschopnosti řešit svůj vlastní život, je rodič vystaven přehnané péči a pozornosti od svého dítěte nebo naopak. Emocionální týrání je situace, kdy se rodič stává náhradním partnerem dítěti a zároveň v něm narůstá pocit nutkové potřeby a zodpovědnosti vůči němu. Potřeby tohoto rodiče podporovat a ochraňovat, tím vzniká nezdravá vazba, která se postupně projeví v závislosti dítěte na seniorovi a to může vyvolat pocit křivdy, zoufalství a žárlivost. Mnohdy jsou tyto pocity důsledkem vlastního osamění a nespokojenosti dítěte.¹⁷

¹⁵ Informace pro oběti incestu, sexuálního a emocionálního zneužívání, znásilnění a jejich blízké. *Poděj ruku o.s.* [online]. 2011 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://podejruku.cz/emocionalni-zneuzivani/typy-a-role/>

¹⁶ ALAGGIA .., Ed. by Ramona. *Cruel but not unusual: violence in Canadian families*, str. 427, ref. 14

¹⁷ Informace pro oběti incestu, sexuálního a emocionálního zneužívání, znásilnění a jejich blízké. *Poděj ruku o.s.*, ref. 15

2. Senioři

V následující kapitole s názvem Senioři, vycházím z knihy *Praktická teologie pro sociální pracovníky* od Michaela Martinka. Věda zabývající se stářím a stárnutím se nazývá gerontologie. Stárnutí je proces velkých změn a dělí se na kalendářní, sociální a biologické stáří. *Kalendářní stáří* je určeno datem narození a za počátek stáří je považován věk 65 let. Podle odborníků Světové zdravotnické organizace (World Health Organization - WHO) je 45 - 59 let střední věk, 60 - 74 let rané stáří čili starší věk, 75 - 89 let vlastní stáří neboli pokročilý, vysoký věk, 90 a více let je dlouhověkost. *Sociální stáří* vzniká nárokem na starobní důchod a týká se změny životního stylu, ekonomického zajištění a sociálních potřeb. Dělíme jej na první, druhý, třetí a někdy i čtvrtý věk. *Biologické stáří* jsou tělesné změny, které probíhají individuálně a jsou závislé na genetické dispozici každého seniora.¹⁸

Schmeidlera a kol. soudí, že psychologické stárnutí úzce souvisí se stárnutím biologickým a sociálním. V průběhu stáří dochází ke změně osobnosti. Obecně s věkem klesá energie a vitalita. Starý člověk trpí zvýšenou únavou, poruchami spánku a celkovou rozmrzelostí. Často se u něho projevuje smutek, který vyplývá z toho, že starší lidé bilancují svůj život. Uvažují o smyslu lidského života obecně i o smyslu života vlastního, je to pocit neúčelnosti a zbytečnosti.¹⁹

¹⁸ MARTINEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vyd. Praha: Jabok, 2008 [i.e. 2010], 175 s. ISBN 978-80-904137-6-4, str. 93

¹⁹ SCHMEIDLER, Karel a kol. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Vyd. 1. Brno: Novpress, 2009. 180 s. ISBN 978-80-87342-05-3, str. 40

Dle Martinka je jednou ze základních lidských povinností pomoc člověku ve stáří. Skutečné stáří je počet let strávených na zemi, stav těla a mysli určující fyzický a duševní svět. Stáří je nedělitelnou součástí života a označujeme tím přibližně věkovou hranici 60 - 74 let, tedy osoby, které již většinou nedochází pravidelně do zaměstnání, ale pobírají starobní důchod. V této životní etapě dochází ke zhoršení smyslů, k úbytku fyzických a psychických sil a k přibývajícím zdravotním komplikacím. Stáří, je z pohledu křesťanství chápáno i jako znamení lidské konečnosti.²⁰

Martinek poukazuje, že už ve starozákonním Desateru Božích přikázání se dostalo stáří pozornosti. „Pamatuj na svého stvořitele ve dnech svého jinošství, než nastanou zlé dny a než dostaví se léta, o kterých řekneš: nemám v nich zalíbení“ (Kaz 12,1).²¹

Z webové stránky [karaokecizy.cz](http://www.karaokecizy.cz) si můžeme poslechnout i přečíst text písně s názvem Stáří od autorů Petra Hapky a Michala Horáčka, která se také dotýká stáří. (...) „Vlasy jak popel z cigaret a notně popraskanou pleť a rozpačitě říká: Hleď, jsem tvoje stáří.“ (...). „Teď tady sedí v županu, já neznám žádnou obranu, když říká: Už tu zůstanu, jsem tvoje stáří. Já jsem tvé stáří, pozvi mě dál. Já jsem tvé stáří, pozvi mě dál“ (...).²²

²⁰ MARTINEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, str. 93, ref. 18

²¹ MARTINEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, str. 94, ref. 20

²² Karaokecizy.cz. [online]. 2014 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://www.karaokecizy.cz/texty-pisni/hapka-a-horacek/stari-2832>

2.1. Domácí násilí na seniorech

Organizace ROSA popisuje, že stupeň týrání seniorů svědčí o určité úrovni společnosti a jejím obraze. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje násilí jako záměrné použití fyzické síly. Násilí na seniorech je jakákoliv forma týrání, která způsobuje bolest a strach. Začíná znevažováním, snižováním respektu, okřikováním a pokračuje vědomím zanedbáváním a ekonomickým zneužíváním. Což znamená, že je zneužíván majetek a finanční prostředky seniora a upírání práv k přístupu k vlastním financím a mnohdy i vynucováním převodu majetku nebo změně poslední vůle - závěti. Všechny uvedené faktory vedou k otevřenému násilí, což zahrnuje ztrátu nezávislosti, domova, mnohdy i celoživotních úspor, nemluvě o důstojnosti, bezpečí, zdraví i života. Mezi násilí patří i záměrné zanedbávání péče osobou, která o seniora má pečovat a za tuto péči pobírá od státu sociální dávku, finanční podporu, takzvaný příspěvek na péči.²³

Podle Ševčíka a Špatenkové jsou senioři jako osoby ohrožené domácím násilím skupinou neprávem opomíjenou odborníky. Oznamené případy představují jen špičku ledovce. Samotní senioři vlastní týrání skrývají, protože se za něj stydí. V důsledku své nemoci a v případech, které jsem uvedla, nejsou takové jednání schopni rozpoznat, natož ho oznámit anebo řešit. Důvody, proč mlčí, jsou obavy, strach a hanba, že by se někdo dozvěděl, jak špatně své děti vychovali. Stydí se i sami za sebe, za své ponížení. Obávají se ztráty odchodu člověka, který jim ubližuje a stará se o ně i přesto, že se k nim chová násilně a dobře o ně nepečuje. Mají strach, že budou muset odejít z domova a budou umístěni do léčebny, ubytovny a podobně.

²³ *Chraňte se před násilím.* ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 13

Jak uvádí Haškovcová, i dnes jsou senioři stále na okraji zájmu veřejnosti. „Podle studie provedené v americkém Bostonu má asi 3% seniorů starších 65 let zkušenost s týráním.“²⁴

Senioři jsou často obětmi všech forem domácího násilí, to znamená tělesného, psychického, ekonomického a citového. Dochází tedy k zneužívání finančnímu, materiálnímu a zanedbávání péče.²⁵

Dle organizace ROSA zanedbání znamená neplnění potřeb a to jak fyzických, sociálních, tak emocionálních. Úmyslné zanedbávání vede k úmyslnému počínání osoby, která pečuje o seniora. Je třeba si uvědomit, že násilí v jakémkoliv věku je v rozporu s lidským chováním a že týrání není vinou oběti!²⁶

Dále podle organizace ROSA jsou pachatelé násilí ve většině případů příbuzní, tedy synové, dcery, vnuci nebo i další osoby, které poskytují seniorům péči. Více ohroženy jsou osoby izolované, zdravotně indisponované a bez sociálních kontaktů. Takový člověk jedná z pozice moci, protože senior je na něj zcela odkázán. Většina obětí v seniorském věku se ze studu či strachu z pomsty bojí vyhledat odbornou pomoc.²⁷

Podle organizace ROSA jsou senioři velmi často osamocení, nemocní, vystrašení, bezradní, velmi důvěřiví a často závislí na pomoci druhých. Tyto faktory velice často vedou k tomu, že se stávají snadnou obětí domácího násilí.

²⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*, str. 47, ref. 7

²⁵ ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 186 s. ISBN 9788073676902, str. 127

²⁶ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 23

²⁷ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 26

Životní období je ve stáří poznamenané samotou, ale i strachem z toho, co bude dál. Senioři jsou velmi zranitelnou skupinou. Nevědí, jak a neumějí se bránit, mají strach o násilí hovořit, obávají se, že agrese násilníka by se jen zvýšila. Většinou berou toto týrání jako samozřejmost a velmi často se obviňují ze selhání, většinou pokud jsou týráni vlastními dětmi.²⁸

2.2. Rodina a senior

Dle Matouška rodinou nazýváme skupinu lidí, spojenou pokrevním příbuzenstvím nebo právním spojením, což znamená sňatek nebo adopce. Tyto lidé obvykle sdílí společnou domácnost. Funkcí rodiny je výchova dětí a emocionální podpora. Zde vznikají první generační problémy.²⁹

Podle organizace ROSA se domácí násilí zpočátku projevuje nenápadně, ale postupem času se navyšuje. Domácí násilí je naučené chování mezi blízkými lidmi. Seniorům je dáváno najevo, že jsou staří, zdržují, ničemu nerozumí, jsou nepotřební, pomalí a měli by změnit bydliště, nechat být dětem a odejít do ústavu, protože už mají odžito.³⁰

Organizace ROSA také považuje za násilí i nedostatek péče, která se od členů rodiny s důvěrou očekává. Seniorský věk by měl být obdobím spojeným s klidem, pohodou a předáváním životních zkušeností. Existuje takzvané sociální násilí, které zahrnuje odepírání sociálních kontaktů to je přátel, nejbližších členů rodiny a zahrnuje také nedostatek svobody.³¹

²⁸ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 27

²⁹ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0, str. 177

³⁰ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 28

³¹ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 30

Podle Saka a Kolesárové panuje v České republice u seniorů větší obava z osamocení než ze smrti. Další skutečnosti spojené s životem seniora vyvolávají v této situaci obavy, například z nedostatku lásky, respektu, společenské prestiže a úcty k rodině. Dále u seniorů převládá strach z nedostatku dostupné lékařské péče. Jedna z mála věcí, na kterou se ve stáří senior těší je „svoboda“. Myšleno tak, že teď má čas a může si dělat, co chce, tedy vše na co dříve neměl čas.³²

Dle organizace ROSA si generace současných seniorů vede svým způsobem finančně lépe, protože většinou vlastní nějaké úspory. Naopak dnešní populace je zatížena obrovskými dluhy, které jsou většinou spojené s potřebou bydlení.³³

³² SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 225 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3850-5, str. 31

³³ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 31

3. Demence

Zgola soudí, že demence představuje pro postiženou osobu obrovskou ztrátu kvalit jeho všedního života. Člověk fyzicky nevykazuje známky žádného hendikepu.³⁴

Podle Matouška se jedná o vývoj mnohačetných kognitivních poruch, které se projevují jako poruchy paměti, myšlení, řeči, motoriky, ztráty orientace v prostředí a oslabení schopnosti dříve vykonávané běžné činnosti či aktivity.³⁵

Jak uvádí Zpráva o stavu demence z roku 2014, demenci lze dle mezinárodní klasifikace nemocí charakterizovat jako syndrom způsobený chorobou mozku, při které dochází k porušení mnoha vyšších nervových funkcí. Tato nemoc má mnoho příčin a jednou z nejčastějších je Alzheimerova choroba. Dle statistik z roku 2013 má Alzheimerovu nemoc v České republice 56% seniorů.³⁶

Kniha s názvem Demence zde popisuje mnoho jejích forem. Další nejběžnější chorobou je vaskulární demence, která představuje asi 15% případů. Další nemocí tohoto typu je Parkinsonova choroba.³⁷

³⁴ ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. 226 s. Psyché. ISBN 80-247-0183-9, str. 19

³⁵ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*, str. 41, ref. 29

³⁶ MÁTL, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2014: existují v krajích České republiky významnější rozdíly?*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014, 26 s. ISBN 978-80-86541-34-1, str. 6

³⁷ BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 132 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X, str. 15

Pidrman píše, že Alzheimerova nemoc byla poprvé popsána v roce 1906 a to profesorem Aloisem Alzheimerem. Tato choroba je proces, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk a jejich spojení. S tím souvisí poškození funkce mozku, zhoršení paměti, pozornosti a schopnosti soustředit se. Dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik. Nemocní ztrácí základní etická a estetická pravidla. Řeč pacienta se zjednodušuje, dochází ke změně nálad a chování. Alzheimerova nemoc je onemocnění šedé kůry mozkové. Průběh onemocnění, které trvá v rozmezí dvou až dvanácti let, má tři stádia a to mírné, střední a těžké.³⁸

Dle Holmerové je Alzheimerova choroba nevyléčitelná a vyskytuje se ve dvou podobách. První je familiární, neboli vrozená, je velice vzácná a postihuje jedince mladší 65 let. Druhá je sporadická neboli občasná a ta má na svědomí naprostou většinu všech případů onemocnění. Zde se jedná o onemocnění vyššího věku. Tato forma postihuje nemocného obvykle po 50 roce věku, avšak narůstá s vyšším věkem seniorů. Rizikovým faktorem tedy stále zůstává lidský věk.³⁹

Pidrman také píše, že Parkinsonova choroba bývá často opomíjena, protože lékařská péče je soustředěna hlavně na léčbu základních onemocnění. Jsou zde typické poruchy chování, rozvoj deprese a náhlé změny nálad.⁴⁰

Dle Holmerové v počátku onemocnění není porušena paměť, ale pro toto onemocnění jsou typické dominující poruchy chování. Pacienti mnohdy

³⁸ PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2j007. 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5, str. 34

³⁹ HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. 299 s. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0, str. 39

⁴⁰ PIDRMAN, Vladimír. *Demence*, str. 56, ref. 38

nesmyslně utrácí, chovají se nevhodně, jsou netrpěliví, sobečtí a někdy jsou až hrubí. Změny v chování u těchto pacientů byly lékaři popsány následujícím způsobem a to ztrátou sebekontroly a společenské způsobilosti v relativně mladém věku. Tito nemocní se ve společnosti chovají nevhodně, mají zvláštní poznámky na adresu ostatních, jsou hrubí, netrpěliví, chovají se nespolečensky a jsou takzvaně rozjetí. Často bývá prvním příznakem sobecké a agresivní jednání, které je pro pacienta neobvyklé. Poté následuje rozvoj demence a nevhodného chování. Dochází k častému přejídání, nadměrnému pití alkoholu a stává se, že jsou často nezdrženliví. Emočně se nachází v rovině, nejdřív apatie, potom pokračuje povznesená nálada a končí vypjatá emocionalita. Po poruchách chování následuje rozvoj demence. Zatím neexistuje lék, který by toto onemocnění zpomalil, dostupné jsou pouze léky, které sníží nežádoucí příznaky. U tohoto onemocnění je nutná ústavní péče, protože rodina péči o nemocného nadále nezvládne. Tito pacienti jsou nejproblematičtější a nejnáročnější klienti ústavní péče.⁴¹

Holmerová dále popisuje, že u vaskulární demence je charakteristická zvýšená dráždivost, afektivní labilita, poruchy pozornosti, zvýšená únava, závratě a bolesti hlavy. Pro tuto demenci jsou také charakteristické poruchy paměti. Na začátku nemoci je relativně málo postižen intelekt a osobnost. Dále se vyskytují depresivní příznaky, běžné jsou i stavy zmatenosti, mnohdy jsou přítomny i neurologické nálezy. Jedná se o druhou nejčastější příčinu demence a dochází k ní většinou následkem cévní mozkové příhody. Symptomy se objevují zpravidla do tří měsíců po mozkové příhodě. Typickým projevem je zpomalená řeč, myšlení a psychomotorika. Řeč je navíc monotónní. Může se projevit porucha stání a chůze. Toto onemocnění bývá provázeno také inkontinencí. Dále je typická emoční labilita, záchvatovitý smích nebo pláč a

⁴¹ HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, str. 47, ref. 39

také depresivní nálady. Dochází k výrazným změnám povahových rysů, typické je sobectví a vztahovačnost. Průběh poruchy je relativně rychlý, nemoc většinou trvá jen pět let.⁴²

Dle Mátlů onemocnění zpravidla začíná pozvolna a z mnoha příčin. Nejdříve se projevuje zhoršením krátkodobé paměti a postupem času dochází i k závažnějším obtížím, jako je péče o vlastní osobu a domácnost. Takový nemocný má zhoršující se problémy s řečí, vyjadřováním, rozhodováním, je dezorientovaný a není schopen dokončit své myšlenky. Mění se celá jeho osobnost, orientace, chápání, chování, schopnost rozhodování a také úsudek.⁴³

Ve Zprávě o stavu demence se uvádí, že v posledních stádiích nemoci není takový člověk schopen se sám o sebe postarat. Dle dostupných informací se nemoc šíří individuálně a hlavně, ne každý takhle nemocný člověk vyhledá lékařské ošetření. Také a to je podstatné, ne každý pacient je správně diagnostikován. Tato nemoc je nevyléčitelná, lze ovlivnit pouze průběh onemocnění a to nasazením vhodných léků.⁴⁴

Zpráva o stavu demence dále zdůrazňuje, že riziko tohoto onemocnění narůstá s věkem. Ženy trpí dle výzkumu více než muži. Neustále počet lidí s demencí narůstá. Ve věkové kategorii nad 80 let, trpí demencí v České republice každý pátý senior. Nové studie ukazují, že počty lidí s demencí jsou vyšší, než se předpokládalo. Nejvyšší počet žijících lidí s demencí je v Praze a to proto, že zde žije nejvíce lidí ve vysokém věku. Jedním z důvodů je zlepšení

⁴² PIDRMAN, Vladimír. *Demence*, str. 52, ref. 40

⁴³ MÁTL, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2014: existují v krajích České republiky významnější rozdíly?*, str. 5, ref. 36

⁴⁴ MÁTL, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2014: existují v krajích České republiky významnější rozdíly?*, str. 6, ref. 43

kvality života, lékařské péče, tím se život prodlužuje a počet lidí se mnohonásobně zvyšuje. Česká republika nemá ucelený a vládou schválený veřejně dostupný plán boje proti demenci a to i přes to, že se k jeho vytvoření vláda České republiky již několikrát zavázala.⁴⁵

3.1. Stádia demence

V literatuře Péče o pacienty s kognitivní poruchou jsou uvedena tři stádia demence. První stádium je syndrom *počínající a mírné demence*, druhé stádium je *syndrom rozvinuté demence* a za třetí syndrom se považuje stádium *pokročilé demence*.⁴⁶

V prvním stádiu dochází k poruchám paměti, koncentrace a změnám chování. Tady je pacient ještě soběstačný, žije relativně samostatně a je schopný se vyjádřit, například co si přeje či nepřeje. Mezi první příznaky patří porucha takzvané krátkodobé paměti. Stává se, že takový nemocný člověk si nepamatuje, co před chvílí řekl, ale naopak je schopen odrecitovat báseň, kterou se naučil v mládí. Tyto první příznaky jsou často dávány do souvislosti s věkem pacienta, a proto jsou často opomíjeny nejen rodinou, ale mnohdy i ošetřujícím lékařem. Pokud je v první fázi vhodně zvolená léčba, dochází k zmírnění či pozastavení průběhu onemocnění, což se ale většinou nestává.⁴⁷

Druhé stádium je středně pokročilá demence, která se projevuje poruchou soběstačnosti. U takového pacienta je nutný častý dohled. Toto období je nejdelší, většinou trvá od dvou do deseti let. Pro ošetřující personál je

⁴⁵ MÁTL, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2014: existují v krajích České republiky významnější rozdíly?*, str. 26, ref. 44

⁴⁶ HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, str. 34, ref. 41

⁴⁷ HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, str. 35, ref. 46

to období nejnáročnější, protože pacient potřebuje péči a dohled prakticky dvacet čtyři hodin denně. V tomto stádiu se již špatně orientuje v čase a prostoru, nedokáže si poradit se sebeobslužnými činnostmi, jako je například hygiena, oblékání a podávání medikace. Ztrácí se a bloudí v neznámém prostředí, často dochází k inkontinenci a v některých případech může být tento pacient neklidný až agresivní. V této fázi je již péče rodiny nedostačující, doporučuje se například péče denních sester. Dále je také doporučen krátkodobý pobyt v zařízení, které je schopno zajistit kvalitní péči o tyto pacienty.⁴⁸

Ve třetím stádiu potřebují pacienti stálou ošetrovatelskou péči. Komunikace s nimi je velmi omezená. V této fázi již pacient nepoznává své přátele a ani příbuzné. Není schopen se vyjádřit, ani porozumět, špatně chodí, je inkontinentní a většinou zůstává upoután na lůžku. Je postižena celá osobnost a pacient je plně závislý na péči okolí. V této fázi je nutná kvalitní ošetrovatelská péče.⁴⁹

⁴⁸ HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, str. 36, ref. 47

⁴⁹ HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, str. 37, ref. 48

4. Možnosti pomoci seniorům

Čtvrtá kapitola je věnována možnostem a doporučením seniorům, kam se pro pomoc mohou obrátit. V této kapitole uvádím informace získané z brožury organizace ROSA, která se zaměřuje na pomoc proti všem formám násilí. Náš právní řád chrání oběť násilného jednání Ústavou č. 1/1993Sb. a Listinou základních práv a svobod č. 2/1993Sb.⁵⁰

V případě ohrožení a nouze se senior může obrátit na policii ČR a zavolat na číslo 158 nebo vytočit městskou policii na čísle 156 a také na 155 zavolat záchranou službu. Může se obrátit i na jednotné evropské číslo tísňového volání 112.⁵¹

V České republice existuje poměrně dost organizací, na které se může každý senior, který trpí jakoukoliv formou domácího násilí, kdykoliv obrátit. Jako příklad mohu uvést *Bílý kruh bezpečí*, *ROSA – SOS* to je stálá linka pro oběti násilí a *Život 90* nebo *Elpida*, je linka určená seniorům. Tuto podporu může senior vyhledat ve svém nejbližším okolí a to na lince důvěry, v krizovém centru, na městském nebo obecním úřadě a také u sociálních pracovníků. Dále může využít pomoc praktického lékaře, psychologa nebo vyhledat právní pomoc.⁵²

Při odhalení agresora se doporučuje, přerušit s ním veškeré kontakty. Víra v jeho nápravu není reálná, naopak většinou dochází ke stupňování agrese. Je nutné se na tuto změnu připravit, například výměnou zámků u dveří,

⁵⁰ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 33

⁵¹ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 50

⁵² *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 51

změnou telefonního čísla a pověřit jinou osobu o veškeré komunikování s agresorem například sociální pracovníci.⁵³

Je potřeba si uvědomit, že neřešené násilí se začne stupňovat. Udělat první krok je velice obtížné, ale pokud ho neuděláme a zůstaneme neteční, nic se nezmění. Slibům agresora o změně chování a jednání se v žádném případě nedoporučuje věřit!⁵⁴

4.1. Služby pro oběti domácího násilí

Dle Ševčíka je zákon na ochranu před domácím násilím tvořen třemi pilíři a to Policií České republiky, intervenčními centry a soudy. Dále by pomoc obětem domácího násilí měla zahrnovat také *pomoc materiální*, to znamená zajištění finančních prostředků na jídlo a bezpečné bydlení. Dále by měla zahrnovat *právní pomoc*, to znamená sociálně-právní poradenství při řešení majetkoprávních záležitostí. V neposlední řadě také *psychickou podporu*, která zahrnuje zvyšování kompetentnosti, poradenství, vedení k rozhodnosti nebo skupiny vzájemné podpory.⁵⁵

Jak uvádí Matoušek a kol. komplexní pomoc obětem domácího násilí spočívá v právní, sociálně-právní, psychologické, emocionální a organizační pomoci, která je v České republice poskytována ve specializovaných pracovištích, takzvaných intervenčních centrech.⁵⁶

⁵³ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 52

⁵⁴ *Chraňte se před násilím*. ROSA - centrum pro týrané ženy, ref. 53

⁵⁵ ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*, str. 131, ref. 25

⁵⁶ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7, str. 494

Matoušek dále uvádí, že intervenční centra pomáhají osobám ohroženým domácím násilím a zajišťují sociální služby. Poskytují individuální, psychologickou a sociálně-právní pomoc. Další pomocí je uplatňování práv a zájmů při obstarávání osobních záležitostí, kdy ohroženým osobám je poskytována pomoc při sepisování a podávání právních návrhů, pomoc při jednání s úřady a ostatními institucemi a organizacemi.⁵⁷

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou tři formy poskytování sociální služby v intervenčním centru. První forma je ambulantní, která je poskytována přímo v intervenčním centru. Dále je takzvaná terénní forma, která je poskytována v závažných případech a je určena především hendikepovaným osobám. V praxi je využívána v souvislosti s vykázaním násilné osoby ze společného bydlení. Třetí je forma pobytová, ta je poskytována pouze výjimečně a to v případě, že to dovolují technické a prostorové možnosti intervenčního centra, protože zahrnuje pomoc při zajištění ubytování a stravy.⁵⁸

Další službou podle Zákona o sociálních službách pro oběti domácího násilí je sociální poradenství, které je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin, jako je například služba zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zajištění sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatnění práv a oprávněných zájmů.⁵⁹

⁵⁷ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce.*, str. 494, ref. 56

⁵⁸ *Zákony pro lidi.cz. Předpis č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách* [online]. 2010 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

⁵⁹ *Zákony pro lidi.cz. Předpis č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách*, ref. 58

Matoušek se domnívá, že všeobecně se považuje za žádoucí podporovat organizace, jejichž posláním je pomoc obětem domácího násilí v rodině.⁶⁰

Přijetím výše uvedeného zákona se Česká republika zařadila mezi státy Evropské unie, které mají ve svých právních řádech komplexně upravenou ochranu osob před domácím násilím.⁶¹

4.2. Úloha sociálního pracovníka

Havrdová píše, že nenahraditelný význam sociálního pracovníka spočívá v odhalování, posuzování a při řešení těžkých životních situací, kterým jsou někteří nemocní senioři vystaveni. Sociální pracovník kontaktuje seniora, hovoří s jeho rodinou a informuje obě strany o všech možnostech a zaměření sociální pomoci. Nabídne nejschůdnější řešení dané situace s ohledem na potřeby seniora, které jsou vždy na prvním místě.⁶²

Křivohlavý se domnívá, že u již hospitalizovaných seniorů se na sociálního pracovníka obrací přímo zdravotní personál, tedy buď staniční sestra, nebo ošetřující lékař, anebo ho případně vyhledá rodina seniora. Sociální pracovník rodinu seniora kontaktuje a podává jim informace o možném zaměření sociální pomoci, ke kterým patří například ověření sociálního zabezpečení a to i v případě propuštění seniora do domácího ošetření. Dále sociální pracovník

⁶⁰ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*, str. 240, ref. 57

⁶¹ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*, str. 495, ref. 60

⁶² HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha : Osmium, 1999
Kalvach, Z. et al. *Geriatricie*. Praha : Grada, 2003
Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 1997.

zjišťuje, zda domácí ošetření nepředstavuje pro seniora nějaká rizika, pokud ano, tak jaká a ty poté vyhodnotí anebo eliminuje.⁶³

Havrdová soudí, že poté, co sociální pracovník provede komplexní hodnocení všech výše uvedených faktorů, má skutečný a ucelený obraz sociálního zázemí seniora. Tato revize je východiskem pro cílenou a účinnou intervenci a také pro zvolení správné služby. Velmi vhodné je předat získané informace a to v písemné podobě, ve formě informačních a edukačních materiálů. V rámci vytvořeného plánu sociální pomoci je navržena buď krátkodobá nebo dlouhodobá sociální pomoc. Její rozsah je, jakýmsi mostem klenoucím se mezi problémy a těžkostmi seniora a jeho rodiny na straně jedné a na straně druhé lékařem a zdravotním personálem.⁶⁴

Havrdová dále píše, že v neposlední řadě je nutné ověřit, zda bude domácnost seniora funkčně vyhovovat a také s rodinou konzultovat, zda péče o něj nebude přinášet pro rodinné příslušníky určitá rizika. Zajišťuje odborné sociální poradenství, které zahrnuje informace a rady vztahující se k problémům seniora. Velice důležité je také ekonomické zajištění seniora a zde se většinou doporučuje takzvaný příspěvek na péči, poskytovaný dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v tomto případě představuje dobré finanční zabezpečení nutných výdajů, vyplývajících ze stanovené diagnózy a k nárokům sociální pomoci.⁶⁵

Malíková soudí, že sociální práce ve zdravotnictví je součástí komplexní péče o nemocné. Pomoc sociálního pracovníka zajišťuje seniorovi zmírnění

⁶³ KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha : Grada Publishing, 2002 Matoušek, O. et al. Sociální práce v praxi. Praha : Portál, 2005

⁶⁴ HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*, re. 62

⁶⁵ HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*, re. 64

nebo odstranění důsledků vzniklých jeho nemocí. Pokud chce sociální pracovník seniorovi opravdu porozumět, musí vzít v úvahu jeho životní situaci a pokusit se do ní vcítit. Člověk postižený chronickým onemocněním je závislý na druhých a potřebuje komplexní péči. Sociální práce je řazena mezi takzvané pomáhající profese a je definovaná jako společenskovední disciplína, jejímž cílem je řešení sociálních problémů. Smyslem sociální práce je zejména pomoc sociálního pracovníka seniorovi a jeho rodině při zmírnění nebo odstranění negativních důsledků nemoci.⁶⁶

Dále podle Malíkové si sociální pracovník nejdříve ověří sociální anamnézu, pokusí se získat objektivní údaje a co nejvíce spolupracovat s rodinou. Dále posoudí sociální potřeby seniora, sestaví a naplánuje sociální služby. Zjišťuje, s kým je v rodině možná spolupráce a také kdo pro nemocného představuje sociální oporu. Dalším důležitým faktorem komunikace mezi sociálním pracovníkem a rodinou je zjištění, kdo bude schopen a ochoten se o seniora v případě odchodu do domácího ošetření starat.⁶⁷

Podle Pokorné musí být sociální pracovník vybaven potřebnými dovednostmi k navázání kontaktu se seniorem. Jednou z forem je verbální a druhá neverbální komunikace. Do neverbální komunikace zahrnujeme nadměrnou mimiku, neudržení očního kontaktu a omezení haptických kontaktů. Ve verbální komunikaci se používají zdobněliny a oslovení

⁶⁶ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*, str. 283, ref. 12

⁶⁷ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*, str. 281, ref. 66

přezdívkou. Nepatřičné a nemístné je užívání množného čísla, využívání pojmů z dětství, jako je například papat, hačat, hajat a tak dále.⁶⁸

Dle Malíkové by měl mít sociální pracovník znalosti k rozpoznání a posouzení potřeb seniora. Důležitým momentem, který ovlivní práci se seniorem je takzvaný prosociální postoj, to je ochota pomoci nemocnému v celé šíři jeho osobních problémů. Kvalita a efekt závisí na mnoha faktorech, jako jsou osobnost sociálního pracovníka, profesní zkušenosti a dovednosti, které využije ve prospěch pacienta. Dále respektuje somatické a psychologické zvláštnosti u seniora a zachovává jeho osobnost a důstojnost. Sociální pracovník by měl mít schopnost pozitivního projevu, laskavé a empatické vystupování. Při komunikaci volí vhodná slova, gesta a postoje. Snaží se o navození příjemné atmosféry a v neposlední řadě projevuje zájem o stížnosti seniora na jeho zdravotní obtíže. Neslibuje to, co nemůže splnit, ale vytváří si prostor pro další spolupráci. Při zjištění, že je rodina zcela disfunkční, vyvíjí snahu o jakýkoliv kontakt s ostatními příbuznými nebo přáteli. V péči o seniora hraje významnou roli týmová práce, a proto je sociální pracovník členem multidisciplinárního týmu. Každý pracovník má své kompetence, které je důležité respektovat.⁶⁹

Malíková píše o pomoci seniorovi, která je poskytována ve specifickém prostředí, a proto je obtížná adaptace, ve které hraje roli věk a diagnóza seniora. Závěrem je velmi důležité správně identifikovat potřeby konkrétního seniora a dle toho určit možné zdroje pomoci.⁷⁰

⁶⁸ POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8, str. 64

⁶⁹ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*, str. 284, ref. 67

⁷⁰ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*, str. 282, ref. 69

4.3. Právní úprava - Zbavení a omezení svéprávnosti

Od 1. 1. 2014 je v platnosti nový občanský zákoník, který místo způsobilosti k právním úkonům vrací dříve používaný pojem svéprávnost. Největší změnou je, že nelze jakoukoliv osobu zcela zbavit svéprávnosti. Je ale možné omezit svéprávnost u této osoby a to v souvislosti s duševní chorobou, která není jen přechodná.⁷¹

Dle zákona č. 89/2012 Sb., je možné zbavení způsobilosti jen za předpokladu, že by této osobě hrozila nějaká závažná újma a nestačilo by mírnější, anebo méně omezující opatření. Omezit svéprávnost jakékoliv osobě může pouze soud. Ten při svém rozhodnutí využije jakoukoliv formu dorozumívání, kterou si osoba o které se rozhoduje, zvolí. Zároveň může omezit dobu rozhodnutí a to v rozsahu nejdéle na dobu tří let. Uplynutím této doby rozhodnutí soudu zaniká. Pokud ale bylo zahájeno řízení o prodloužení doby omezení, platí původní verdikt soudu a to až do nového rozhodnutí, což ale může trvat nejdéle jeden rok.⁷²

V případě, že má osoba problém s dorozumíváním, není to důvod k omezení soběstačnosti. Soud může pověřit třetí osobu a to v průběhu rozhodování, například ke správě majetku nebo provedení určitých právních úkonů, aby se zabránilo závažné újmě. Před vynesemím tohoto rozhodnutí by měl soud zvážit všechny názory občana, o jehož svéprávnosti rozhoduje.⁷³

⁷¹ Předpis č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

⁷² Předpis č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. *Zákony pro lidi.cz*, ref. 71

⁷³ Předpis č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. *Zákony pro lidi.cz*, ref. 72

Dle zákona může omezení svéprávnosti navrhnout v podstatě kdokoli, nemusí se tedy jednat o osobu blízkou a ani příbuznou, ale ty o toto omezení žádají nejčastěji. V případě změny okolností, může soud své rozhodnutí bezodkladně změnit nebo zrušit a to i bez podání návrhu. Má-li osoba omezení svéprávnosti, může požádat soud o opatrovníka. Při výběru této osoby soud přihlíží k přání opatrovance a také je-li to k jeho prospěchu. Opatrovník musí být způsobilý k právnímu jednání. Jeho zájmy nesmí být v rozporu se zájmy opatrovance a ani se službou, kterou mu poskytuje. Rozhodnutí o omezení svéprávnosti nezavazuje občana práva, samostatně a právně jednat v běžných záležitostech každodenního života. V případě, že opatrovanec jedná bez svého opatrovníka lze toto jednání prohlásit za neplatné, ale jen v případě, že by opatrovanci vznikla nějaká újma.⁷⁴

K nápravě stačí změna rozsahu opatrovnických povinností a soud tak učiní bez návrhu obou stran. V případě rozhodnutí opatrovance samostatně, považuje se jeho rozhodnutí za platné, pokud toto jednání opatrovník schválil. To platí i v případě, že takové právní jednání schválil jednající sám poté, co nabyl svéprávnosti.⁷⁵

⁷⁴ Předpis č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. *Zákony pro lidi.cz*, ref. 73

⁷⁵ Předpis č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. *Zákony pro lidi.cz*, ref. 74

II. Praktická část

Pro účely své bakalářské práce jsem v březnu roku 2015 docházela na praxi do psychiatrické léčebny v Praze. Rozhodla jsem se, téma týrání seniorů s demencí zpracovat ve své bakalářské práci právě proto, že mě tato zkušenost natolik oslovila a zároveň i zasáhla.

Zvolila jsem jednu z metod kvalitativního výzkumu a to případovou studii, tedy formu kazuistik. Na oddělení gerontologie se mi v průběhu praxe podařilo získat potřebné informace a také nepostradatelné osobní zkušenosti, které použiji v praktické části této práce, kde zpracuji následující kazuistiky. Původní záměr udělat s některými pacienty rozhovor, jsem bohužel nemohla uskutečnit a to vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a s ohledem na jejich diagnózu.

V této práci budu vycházet, jak ze své osobní zkušenosti a získaných informací, tak i z písemných záznamů, do kterých mi bylo díky velice vstřícné sociální pracovníci umožněno během praxe nahlédnout. Dále zde popisují postřehy, informace a praktické zkušenosti od těch nejkompetentnějších, tedy od ošetřujícího zdravotnického personálu, za což jim patří můj veliký dík.

Jsem přesvědčena, že se jedná o velmi aktuální téma, na které je nutné upozornit a zabývat se jím. Musíme si uvědomit, že stárí se týká každého z nás, nikoho nevynechá a ani neobejde. Já osobně považuji za morální povinnost každého slušného občana, dopřát seniorům s jakoukoli nemocí důstojně stárnout. Proto je nutné o tomto narůstajícím problému hovořit. To znamená nezavírat oči a netvářit se, že se v naší společnosti nic takového neděje,

ale naopak upozornit na tento jev, který má zvyšující se tendenci, ale hlavně ho začít urgentně řešit.

5. Kazuistiky

V následujících čtyřech kazuistikách bych se ráda zaměřila na případy všech druhů domácího násilí, které jsem popsala v teoretické části. Pokusím se poukázat na otřesné formy domácího násilí páchaných na seniorech s demencí a to od fyzického týrání, dále psychického a ekonomického násilí a také emocionálního zneužívání, týrání a dá se říci i využívání. Podařilo se mi získat dostatek podkladů k popsání a nastínění situací a důvodů, které vyústily k těmto nelidským činům. Podklady, které použiji, pochází ze skutečných příběhů pacientek a pacientů psychiatrické léčebny.

V těchto uvedených konkrétních případech, se tedy jedná o různé formy domácího násilí páchaných na seniorech, kteří trpí určitou formou demence. V teoretické části jsem tyto různé formy domácího násilí popsala. Velmi emotivní příběhy jsou skutečné, ale s ohledem na dodržování zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, jsou všechna jména a osobní údaje smyšlené.

V další části této praktické práce se pokusím zaměřit na úlohu sociálního pracovníka při řešení domácího násilí. V závěru shrnu jednotlivé příběhy a doplním je o svůj vlastní názor.

Struktura kazuistik je inspirovaná dvěma knihami od různých autorů. Jedná se o knihu *Demence v kazuistikách*.⁷⁶ od autorky Heleny Kučerové a dále jsem

⁷⁶ KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 109 s. Psyché. ISBN 80-247-1491-4, str. 31

čerpala z knihy *Kazuistika v sociální práci*, na které se podíleli autoři Jan Hudčík a Alena Hudčíková.⁷⁷

5.1. První kazuistika - fyzické týrání

U 65leté ženy, říkejme jí Anežka, bylo při hospitalizaci na gerontologickém oddělení v psychiatrické léčebně zjištěno domácí násilí v podobě fyzického týrání. Do této léčebny byla přivezena RZP, tedy rychlou záchrannou službou, kterou zavolala dcera. Ta uvedla, že našla maminku doma ležící na podlaze, zmatenou, plačící a neorientující se v čase a ani v prostoru.

Během prvního rozhovoru lékaři nezjistili u paní Anežky rodinný stav, co se ale dozvěděli, bylo, že nepracuje a není jí dobře. Přijetí na oddělení doporučil lékař rychlé záchranné služby. Byla jí diagnostikována akutní psychotická porucha, ale základní diagnóza je vaskulární demence. Při tomto vstupním vyšetření byla u pacientky zjištěna fraktura pravé ruky, četné a velké podlitiny a také zlomenina žebra vlevo, která jak se vyšetřením prokázalo, byla staršího data a hlavně neléčená. Pacientka se k tomu nechce vyjadřovat, odmítá komunikovat, je však mobilní, kontinentní, bez celkové infekce, ale s otoky, starými modřinami a má viditelná starší zranění. Není klidná, má sklon k plačtivosti a uzavírá se do sebe. Při příjmu byla Anežka orientovaná osobou a místem, ale časem nepřesně. Spolupráce byla velmi obtížná a to například z toho důvodu, že na otázky odpovídá nesouvisle a často se rozbřečí.

⁷⁷ HUČÍK, Ján a HUČÍKOVÁ, Alena. *Kazuistika v sociálnej práci*. Vyd. 2. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 203 s. ISBN 978-80-89271-66-5.

Paní Anežka je vdaná žena, má jedno dítě, dceru, se kterou společně i s manželem obývají rodinný domek na malém městě, kousek za Prahou. Dle dcery byly u rodičů dlouhodobé konflikty a neřešené problémy způsobené pravděpodobně otcovým nadměrným požíváním alkoholu. Dcera dále připouští, že otec dříve, přesně před patnácti lety, pil ve značné míře alkohol. Nyní, ale neví, zda v pití alkoholu pokračuje, ale k matce se nechová hezky, považuje jí za přítěž, slovně ji napadá a je na ni hrubý. Anežka chodila do zaměstnání a ve volných chvílích pomáhala dceři s výchovou vnoučat a také s domácností. V padesáti letech jí byl diagnostikován diabetes mellitus, tedy cukrovka, ale jinak byla zdravá. To vše se změnilo v roce 2004, kdy jí postihla cévní mozková příhoda a tím u ní došlo ke změnám, jak v chování, tak i v myšlení. Přestala chodit do zaměstnání a domácí problémy se staly její denní náplní. Dcera začala pozorovat u matky velké změny. Přestala o sebe a i o domácnost pečovat a konflikty s otcem se začaly prohlubovat.

K první hospitalizaci Anežky došlo již v roce 2009 a tady jí byla diagnostikována psychiatrická diagnóza a to vaskulární demence. Dle ošetřujícího lékaře, ale nebyla shledána žádná psychopatologie, což je psychologie zabývající se duševními poruchami.

Paní Anežka se svou výškou 156 cm má hmotnost 41 kg a BMI 16,8 což je podle zdravotních tabulek podváha. Při hospitalizaci v roce 2012 je na oddělení psychiatrické léčebny Anežce diagnostikována akutní psychotická porucha a je umístěna na lůžkové oddělení.

Manžel Anežky tvrdí, že se jeho žena chová již několik měsíců velice divně, často padá, a proto má po těle různé oděrky a podlitiny. Dle dcery,

otec před pár měsíci maminku fyzicky napadl a to tak, že s ní praštil o zem, a proto dcera zavolala rychlou záchrannou službu, která jí odvezla do psychiatrické léčebny.

Anežka je mobilní, kontinentní, ale má po těle různé velké otoky, staré modřiny a trpí i viditelnými staršími zraněními. Je velmi neklidná, má sklon k plačtivosti a uzavírá se do sebe. Má neupravený zevnějšek, neostříhané nehty, vlasy a dle manžela se poslední tři měsíce nemyje a jak sám říká, v domácím prostředí je prostě „divná“. V poslední době nechce přijímat potravu a ani pít, nechce odpovídat na otázky, ptá se, proč má mluvit. Pláče, nechce říci proč a pak se zase usmívá a neví, co jí k tomu vede. Na otázku, kde se léčí s cukrovkou kterou trpí, odpoví, jestli jsme si všimli, té zásuvky, jak je divně napojená. Na otázku jaký je dnešní datum, odpoví správně, ale vzápětí si argumentuje, že by mohlo jít i úplně o jiné datum. Anežka tvrdí, že jsou věci, o kterých nemůže mluvit, nikdo jí to nezakazuje, ale nechce. Týká se to i peněz, tvrdí, že je má, ale někdo jí je vzal, proč ale, to neví, prostě to nechápe. Spolupráce se zdravotníky je velmi obtížná a to z důvodu toho, že na otázky ohledně manžela a jeho chování neodpovídá, ale často jen pláče. Má neadekvátní úsměvy a kolísající nálady.

Spolupráce je velmi náročná, odpovídá pouze na některé dotazy. Místy je úplně mimo, myšlenky má chudé a poté bezdůvodně a často brečí. Během léčby jí byly nasazeny léky, které občas nechce brát. Odmítá vstávat z lůžka, tudíž zdravotní stav kolísá a je velmi emočně nestabilní. Její myšlenky jsou zcela nekonstruktivní, bez schopnosti vyvinutí jakéhokoli plánu či účelné aktivity. Spolupráce je i nadále velice obtížná,

protože vše odmítá. Během pobytu na oddělení bylo Anežce provedeno kompletní vyšetření a výsledná diagnóza byla vaskulární demence.

Byl zjištěn výrazný nález na CT mozku s rozsáhlou organicitou, což je termín používaný k vyjádření změn v psychické činnosti a to právě následkem poškození mozku. Výsledek vyšetření vysvětluje aktuální stav, prognóza je bohužel velice nepříznivá. Spolupráce s Anežkou je i nadále velice obtížná, vše odmítá a nespolupracuje. Je odevzdaná, nenápadná, pasivní až aktivně negativní, ale výzvám vyhovuje. Celkově k zásadním věcem má vřelý vztah, velký posun je, že přijímá potravu i tekutiny, ale musí být stále pod dohledem. V noci dobře spí, ale do kolektivu se bohužel nezapojuje. Během pobytu musela být ošetřena na zubním oddělení, které již mnoho let nenavštívila.

Návrat do domácího prostředí bez čtyřadvacetihodinové péče je zcela nevhodný a pro nespolupráci s manželem, není pobyt doma možný. Proto je paní Anežce zajištěna sociální péče na zdravotně sociálním lůžku. Rodina si poté zajistila plnou moc od pacientky k vyřizování sociálně právních záležitostí. Po delší době se také rodina rozhodla podat návrh na úpravu způsobilosti k právním úkonům. Anežka není schopna se sama o sebe postarat, je zmatená, tudíž zcela závislá na péči okolí a pobytu v chráněném prostředí.

Anežka nyní pokračuje v hospitalizaci a to na zdravotně sociálním lůžku. Sociální pracovníci bylo zjištěno, že manžel pacientku zanedbával, psychicky vydíral a fyzicky ji napadal. Režimová opatření pro zlepšení jejího zdravotního je dohled na hydrataci, kontrola příjmu potravy, kontrola

medikace, dále péče o dutinu ústní a občasné vycházky v areálu pokud to její momentální zdravotní stav dovolí.

5.2. Druhá kazuistika - psychické týrání

83letá žena, budeme jí říkat Sára, nastoupila na psychiatrické oddělení v červnu v roce 2014. Do psychiatrické léčebny byla přivezena rychlou záchrannou službou, kolem třetí hodiny odpoledne a to kvůli mdlobám a chorobným stavům úzkosti. Sára u sebe neměla žádný doklad totožnosti a byla zcela zmatená. Rychlou záchrannou službu jí zavolal její podnájemník žijící společně s paní Sárrou v její vile. Během prvního rozhovoru se lékaři dozvěděli, že Sára je rozvedená, již nepracuje a nemá žádné děti.

V psychiatrické léčebně byla přijata k první hospitalizaci, kde jí byly zjištěny bolesti na hrudi a obtíže při komunikaci, a proto bylo doporučeno psychiatrické vyšetření. Důvod přijetí nebyl sociální, ani diagnostický, ale léčebný. Při přijetí jí bylo provedeno kompletní vyšetření, včetně CT mozku, při kterém byla diagnostikována smíšená demence. Základní diagnóza je Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem, dále bylo zjištěno, že Sára trpí DM, což je zkratka pro diabetes mellitus II. typu a tudíž je potřeba zajistit dietní stravu. V dětství podstoupila trepanaci skalní kosti, jedná se o chirurgický zákrok, při kterém dochází k proražení lebky. Následkem této operace může být bolest hlavy nebo i duševní porucha. Sára je nedoslýchavá, má sníženou funkci štítné žlázy, vysoký krevní tlak a dlouhá léta užívá na spaní Stilnox, ale jiné léky neužívá. Je po operaci, při které jí byl odstraněn žlučník a trpí arteriosklerózou. Pacientka byla převezena sanitkou na sociální lůžko.

Po stabilizaci a mírném zlepšení zdravotního stavu byla pacientka propuštěna do domácího ošetření, ale během měsíce byla opět hospitalizována.

Byly jí zjištěny psychické a duševní obtíže, a proto bylo doporučeno psychiatrické vyšetření. Na lůžkovém oddělení se stav Sáry zklidnil, byla bez výrazných poruch chování a neměla agresivní projevy. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu jí byla upravena farmakoterapie s upozorněním na nutnost jejího dodržování.

Při odchodu z nemocnice je zdravotní stav opět stabilizován, ale doma dochází k výraznému zhoršení, je více úzkostná, podrážděná, přecitlivělá a neustále vyžaduje pozornost a přítomnost zdravotního personálu, protože se bojí, ale vlastně neví čeho. Doma selhala a byl velký nárůst neadekvátního chování. Dle sdělení podnájemníka, který s ní již šest let žije a je veden jako kontaktní osoba, se Sára v poslední době chová agresivně, vyvolává konflikty, je zlá a to na jeho manželku i jejich dítě. Večer v domě záměrně vytváří hluk a také je údajně obtěžuje shromažďováním odpadků. Do vily přináší různé věci, které vybírá z popelnic nebo sbírá na ulici, například staré noviny, sklenice, krabičky a různé nefunkční přístroje.

Podnájemník je sociální pracovníci požádán, aby přinesl rozpis pravidelné medikace paní Sáry, protože je podezření, že dávkování je pozměněno nebo dokonce není vůbec podáváno. Podnájemník tvrdí, že léky Sára užívá dle rozpisu, na což on sám dohlíží. Sára si nepamatuje, že již v této nemocnici ležela, neví který je rok, ale pamatuje si, že má doma zajímavé knihy, které všechny přečetla, starožitný nábytek, který má po svých rodičích a také krásné a drahé šperky, které ráda nosí.

Občas slyší hlasy a má úzkostné stavy, ale odmítá sebevražedné myšlenky. Na dotaz jaký je rok odpoví, že neví, ale pamatuje si, že je duben. Při ukázce číslice čtyři se opraví a řekne rok 2004, ale ve skutečnosti je rok 2014.

Bezchybně odčítá 7 od 100, až do 79, pak řekne, že žije vedle Kobylis, jak tam zastřelili Heydricha. Poté začne vyprávět, že má moc hodné podnájemníky, kteří se o ní starají. Má sice nevlastního syna, který žije v New Yorku a je doktorem přírodních věd, ale o ní se vůbec nestará a ani ho nezajímá. Paní Sára je vysokoškolsky vzdělaná dáma s vytříbeným vystupováním, je rozvedená a bezdětná. Zná několik cizích jazyků a je patrné, že se jedná o ženu, která o sebe celý život pečovala a lze předpokládat, že nikdy netrpěla nouzí. Ve svých osmdesáti letech se Sára rozhodla, že vila, kterou vlastní po rodičích a ve které celý život žila, je pro ni příliš veliká, a proto poskytla podnájem mimopražskému studentovi. Po několika letech si do podnájem student přivedl i svou budoucí ženu a narodil se jim potomek. Vila se nachází ve velice lukrativní části Prahy a jde tedy o značný majetek. Před rokem Sára vilu podnájemníkovi odkázala, vymínila si pouze své doživotní užívání. Prakticky od té doby je pravidelně hospitalizována na psychiatrickém oddělení.

Sára byla znovu letos v zimě hospitalizovaná, propuštěna byla v únoru a od té doby se její stav stále zhoršuje. Je velice úzkostná, protivná, neustále vyžaduje pozornost a je nutné na ni dohlížet, zda správně bere léky. Manžela, který s ní již osm let nežije, odvolává z práce a to s vyhrůžkami, že pokud nepřijde domů, tak si zavolá sanitku.

Sára byla v jednom roce třikrát hospitalizovaná, naposledy po propuštění do domácího léčení se vrátila ve velice zhoršeném zdravotním stavu a ještě zcela zmatená, plačící a úzkostná. Dle lékařů je pacientka při vědomí, orientovaná osobou a místem, časem, ale dezorientována. Sára je sice pohyblivá, ale inkontinentní. Pokračuje v hospitalizaci na zdravotně sociálním lůžku.

Při třetí hospitalizaci se objevila na oddělení neteř, která se o paní Sáru nikdy nestarala a velice zřídka jí navštěvovala. Zjistila totiž, že Sára vilu před rokem přepsala na podnájemníka a jeho manželku, a proto její rozhodnutí právně napadla. Neteř se brání, že Sára dům přepsala v době, kdy už byla dementní. Pro sociální pracovníci i zdravotní personál se obě strany, tedy jak neteř, tak podnájemník s manželkou dožadují vystavení různých potvrzení a dobrozdání o zdravotním stavu Sáry a to v době převodu nemovitosti.

Situace došla tak daleko, že právníci obou stran začali na nemocniční oddělení telefonovat s tím, že Sára cosi podepsala a že jí v této věci budou zastupovat. Neteř a podnájemník občas Sáru navštěvují a evidentně na ní vyvíjejí psychický nátlak. Občas ji vezmou i domů, ta je ale po návratu na oddělení nešťastná, zmatená a ještě více traumatizovaná. Z tohoto důvodu podala sociální pracovnice návrh na zbavení způsobilosti paní Sáry ošetřujícímu lékaři a návrh podstoupil soudu. Využitím novely zákona č. 89/2012 Sb., kterou jsem popsala v teoretické části, běží zbavení způsobilosti už ode dne podání návrhu, takže Sára už nemusí podstupovat traumatizující návštěvy a nebude podrobena nátlakům na podepisování různých dokumentů. V okamžiku podání žádosti o zbavení svéprávnosti, přestaly obě strany o Sáru jevit jakýkoliv zájem a ani ji nenavštěvují. Komu vila připadne, je v rukou justice. Na tomto případě je patrné zneužívání, jak ze strany nájemníka, tak i znovu nalezené neteře.

5.3. Třetí kazuistika - ekonomické zneužívání

Pan Vladimír je 75letý muž. Je ženatý, má jednoho nevlastního syna, kterému je náhradním otcem od jeho tří let. Vladimír byl velmi žádaný řemeslník, spolehlivý, velmi šikovný a hodně pracovitý. Dost vydělával,

pro svou rodinu postavil krásný nový dům a zrekonstruoval chalupu v Krkonoších. Vydělané peníze investoval do rodiny. Veškerý čas věnoval práci a často nebyl doma. V manželství jsou po nějakém čase neshody, hádky a roztržky, které byly vyvolávány manželkou, jelikož měla stále větší potřebu peněz. Jedním z důvodů konfliktů byl i nevlastní syn, který stál na straně matky a bránil ji.

Konflikty narůstaly s věkem syna a ten se nakonec v dospělosti z domu odstěhoval. S otcem se přestal stýkat a komunikoval jen s matkou. Vladimírovi se asi před rokem a půl stala zvláštní příhoda, náhle přestal vidět na pravé oko a začala ho brnět pravá noha, lékaře ale nevyhledal. Měl velké problémy se spaním, s klouby a špatně chodil. Nikde se neléčil a odmítal svůj zhoršený zdravotní stav řešit. Na naléhání manželky a po úraze nohy byl hospitalizován v nemocnici, kde podstoupil odborná lékařská a později i psychiatrická vyšetření, kde mu byla diagnostikována Alzheimerova nemoc.

Byla mu nasazena medikace a byl propuštěn do domácího ošetření. Rodinná situace je stále vyhrocená a nemoc Vladimíra ještě prohlubuje již letité konflikty. V tomto období náhle umírá manželka a syn se i s rodinou stěhuje zpět do domu a to i přes nesouhlas svého nevlastního otce. Vladimír se synem a také s jeho manželkou nevychází, nastávají hádky, mladí potřebují stále více místa, a proto Vladimíra nastěhují jen do jedné místnosti. Dle nevlastního syna se zdravotní stav jeho otce stále zhoršuje, nekomunikuje, jen nesouvisle blábolí. Soužití je problematické, ožívají staré křivdy a neshody, které se prohlubují a vyústí konfliktem, ke kterému je volána Policie ČR.

Pan Vladimír je hospitalizován v psychiatrické léčebně, při přijetí je mu diagnostikována psychotická porucha a během pobytu je provedeno další

kompletní vyšetření se základní diagnózou Alzheimerova nemoc. Po třicetidenní léčbě, je Vladimír propuštěn domů. Podle syna je v domácím prostředí paranoidní, myslí si například, že mu někdo schválně schovává bačkory a jiné věci, má neadekvátní úsměvy, přestává jíst i pít a má stoupající agresi vůči okolí. Už dva měsíce odmítá osobní hygienu, nadále se chová „divně“, zavírá se v jedné místnosti, odmítá vycházet z domu, uzavírá se do sebe, nekomunikuje a každý talíř, ze kterého se nají, rozbije, a proto je synem volána rychlá záchranná služba.

Vladimír v psychiatrické léčebně odmítá odpovídat na otázky a spolupráce s ním je velice obtížná, nekomunikuje. Je vyšetřen a je mu diagnostikována Alzheimerova nemoc. Na oddělení se projevuje neadekvátnost v jeho chování, bezdůvodně se směje a má poruchy vnímání. Vladimír není schopen se o sebe postarat, je zcela závislý na péči okolí a pobyt doma bez zajištění pravidelné péče není možný. Syn si začal zajišťovat plnou moc k vyřizování sociálně právních záležitostí a po delší době podává návrh na úpravu způsobilosti k právním úkonům, díky kterému se stává svému nevlastnímu otci opatrovníkem.

Se sociální pracovníci syn komunikuje, všechny potřebné dokumenty podepisuje, ale o Vladimíra se nezajímá, nechce znát jeho současný zdravotní stav a ani ho nenavštěvuje.

5.4. Čtvrtá kazuistika - emocionální zneužívání

Paní Kláře je 75 let a má již tři roky diagnostikovanou Parkinsonovu chorobu. Z oddělení neurologie, byla rychlou záchrannou službou převezena do psychiatrické léčebny. Zde byla umístěna ve zhoršeném zdravotním stavu,

trpěla depresemi, měla přechodnou poruchu řeči a pokles koutku u rtu vlevo. Při výšce 160 cm má hmotnost 60 kg, BMI 23,4 a to je podle tabulky už nadváha. Celkově je paní Klára vigilní, což je porucha vědomí. Hybnost je omezená, je schopna ujít jen pár kroků, a proto je upoutaná na lůžko. Při přijetí bylo provedeno hodně pomocných vyšetření, jako je například EKG a EEG. Dále bylo provedeno CT mozku, kde bylo vyloučeno mozkové krvácení. Předchozí onemocnění je Parkinson, deprese, zvýšený krevní tlak a dlouhotrvající nespavost. Vyšetření bylo uzavřeno, jako celkové zhoršení stavu a rozvíjející se dehydratace. Paní Klára užívá léky na nespavost, na snížení krevního tlaku, antidepresiva a léky, které zlepšují příznaky Parkinsonovy choroby.

Osobní anamnéza je čerpána ze starší dokumentace, protože od pacientky se lékař nic nedozví, informace podává pouze dcera. Klára není soběstačná a musí se o ni pečovat. Má jedno dítě a to dceru, která se o ni stará. Ta uvádí, že maminka poslední dobou odmítá pít. Dcera paní Kláry je rozvedená a vysokoškolsky vzdělaná žena. Před pěti lety jí při dopravní nehodě tragicky zemřely dvě děti. Zůstává sama, stěhuje se k matce a s její pomocí překonává tuto tragédii. Mají spolu hezký a vroucný vztah, do kterého ale opět zasahuje osud a to v podobě Parkinsonovy choroby, která je matce diagnostikována.

Klára není soběstačná, ale je při vědomí, orientovaná osobou, ale ne místem a časem. U Kláry je Parkinson v posledním stadiu, těžce artikuluje a nedokáže se vyjádřit, je nutná odborná čtyřicetihodinová péče, a proto je doporučeno umístění na oddělení v psychiatrické léčebně. Na oddělení se doporučuje ošetrovatelská péče, nácvik soběstačnosti, polohování, ošetřování a prevence proleženin. Dále dohled na příjem tekutin a jídla.

Dcera denně za matkou dochází, pomáhá s péčí, neustále maminku krmí, v případě, že jídlo nedojí, pláče a říká: „Maminko, ty mi tady umřeš!!!“. Neustále matku přikrývá a klidně bez ohledu na ostatní pacienty reguluje teplotu v pokoji. Mamince koupila čínčilový pléd, neustále jí přikrývá a to i přes vysvětlení, že střídání pocitů horka a chladu je u této diagnózy normální. Stále má pocit, že matku něco bolí, a proto se jí často ptá: „Maminko, bolí tě něco a co?“, matka nereaguje, ale dcera ihned informuje ošetřující personál a tvrdí: „Sestřičko, bolí jí to! Běžte se podívat a dejte jí léky!“. Maminku si chce převzít do domácí péče, což nebylo jak sociální pracovníci, tak i zdravotníky doporučeno. Byla informována, že musí počkat, až se zdravotní stav maminky zlepší. Když někdy sestřičky informují paní Kláru o návštěvě dcery, řekne smutným hláskem: „Nepouštějte jí sem.“

Sociální pracovnice se pokusila s dcerou probrat její neúměrné ochranné postoje vůči matce, jako je přepečování a naznačila jí, že výsledek této neúměrné a nevyžádané pomoci matce vlastně škodí. Dcera se poté rozbředla, obvinila personál z netečnosti a nedostatku péče a řekla, že maminku velice miluje a že pro ni chce jen to nejlepší, protože matka je všechno, co na tomto světě má. Nyní se sociální pracovnice snaží dceru dovést a vysvětlit jí, že některé věci, které dělá, jako je například nakupování plédu z čínčil nebo se neustále ptát na to, jak jí je, je zbytečné. Dále se snaží dceru přesvědčit, aby lépe investovala svůj čas a i peníze. Příběh této ženy balancuje na rozmezí emocionálního týrání a přehnané péče.

5.5. Diskuze a závěr

Ne každý senior má to štěstí dožít se ve stáří dobrého zdravotního stavu a milující rodiny. Stáří osoby jakékoliv barvy, pleti a vyznání, může

být poznamenáno chronickým onemocněním a s ním spojené závislosti na rodině a také potřebou komplexní péče a sociální pomoci. V této fázi je nutná dobrá spolupráce rodiny seniora a sociálního pracovníka. Ten potřebuje získat ucelené a objektivní údaje, aby mohl sestavit vhodný plán sociální pomoci s ohledem na podporu sociálního fungování seniora. Mezi těmi, kteří seniorům podávají pomocnou ruku, jsou na prvním místě sociální pracovníci. Ti musí umět obhájit zájmy seniorů a zároveň přesvědčit i zdravotníky o důležitosti přijetí vhodných sociálních opatření ve prospěch těchto nemocných.

V první kazuistice se jednalo o fyzické týrání, kterému čelila Anežka a kde byl v tomto případě útočníkem manžel ženy. Dlouhá léta neřešené problémy manželského soužití se podstatně zhorší ve chvíli, kdy má žena závažné zdravotní problémy. Anežka neví, že je nemocná a ani se neumí a nemůže bránit. Chování manžela je lidsky naprosto neomluvitelné a dcera, která v tomto případě pouze přihlíží a nic neřeší, je z mého pohledu také viníkem. Tato forma týrání se velmi těžko prokazuje a dokazuje, sama žena nic nepoví a na nic si neztěžuje.

V tomto případě by nemělo být okolí lhostejné a mělo by si aspoň něčeho povšimnout. Bohužel tomu tak ve většině případů není, a proto můžeme být vděční sociálním pracovnícům, zdravotním sestrám, lékařům a všem, kteří se seniory komunikují, věnují se jim a tím zjistí určitý druh domácího násilí, které je na pacientech pácháno.

Psychické týrání je demonstrováno na příběhu staré dámy, kterou dlouhá léta nikdo nenavštěvoval a nejevil o ni ani ten nejmenší zájem. To vše se ale změnilo ve chvíli, kdy nabídla studentovi pronájem pokojíku ve své vile.

Během šesti let byla Sáře diagnostikována Alzheimerova demence, student se oženil, pořídil si rodinu, která s ním začala žít ve vile. Domnívám se, že podnájemník vycítil příležitost a během roku na něj paní Sára svou vilu přepsala s podmínkou doživotního užívání.

Když se Sára necítila dobře, zavolali jí sanitku. Po umístění do psychiatrické léčebny se záhy objevila neteř staré dámy, která o vilu evidentně také jeví zájem. Vše pokračovalo psychickým nátlakem a to z obou stran, kdy byla paní přesouvána do dvou domácností, kde byla nucena podepisovat různé dokumenty. Je patrné, jak jsou tyto lidé lehce zneužitelní, ona jim opravdu věřila, že jí pomáhají a mají ji rádi. Po podání návrhu psychiatrické léčebny na zbavení svéprávnosti, Sára už nikoho nezajímá a ani jedna strana ji nenavštěvuje. Jde o ukázkou lidského hyenismu, nevěřím ani jedné straně o jejich dobrém úmyslu, jedná se o evidentní využívání a to z obou stran. Je neuvěřitelné, kam až lidé pro majetek a peníze dokážou zajít.

Ve třetí kazuistice jsem se snažila popsat ekonomické zneužívání. Nevlastní syn, kterého vychovával otec v problémovém manželství je nyní otcovým opatrovníkem. Důvodem je pravděpodobně získání domu, ve kterém všichni společně žili. Pan Vladimír nadměrně pil alkohol a to evidentně poškodilo vztahy nejen se synem, ale i s jeho matkou. Prostředí, ve kterém syn vyrůstal, nebylo ideální a navíc syn se společně s matkou postavil proti otci. V okamžiku závažného onemocnění Vladimíra, se vztahy ještě více vyhročí a je otázkou, kdo se o něj bude starat? V té době umírá matka a synovi zůstává na krku otec, ke kterému nemá vytvořený žádný vztah. Vladimír je umístěn na psychiatrické oddělení a syn se sociální pracovníci spolupracuje, jen pokud je třeba něco vyřídit nebo podepsat. Vždy se včas dostaví, ale otce nenavštíví a ani se o něj nezajímá. My sice nevíme, jak se celé roky otec k synovi choval,

ale přece jenom, odpouštět je lidské a stále přece platí pravidlo, nechovějme se k ostatním tak, jak nechceme, aby se chovali oni k nám.

Čtvrtá kazuistika byla zaměřená na emocionální týrání a je dle mého názoru nejkontroverznější, protože skutečně dcera matku miluje, stará se a pečuje o ní, ale ve finále jí to vlastně škodí. Paní Kláře je diagnostikována Parkinsonova choroba, a jelikož dceři tragicky zahynula rodina, veškerou svou péčí a lásku upíná na matku. V okamžiku, kdy je matce diagnostikováno takto závažné onemocnění, se péče dcery v dobrém úmyslu vůči matce ještě násobí. V tomto případě jde o náročnou a dlouhodobou úlohu sociálního pracovníka, který pracuje s dcerou na jejích postojích vůči matce. Matka je evidentně submisivní, a proto se dceři podřizuje. Ta přehnaně a neodborně matku svou péčí tyranizuje. V tomto případě se jedná o dobře míněné, ale zároveň neúměrné a přehnané ochranné postoje dcery vůči matce.

Závěr

Stáří by mělo být obdobím klidu, bilancování, rozjímání a předávání osobních zkušeností, moudrosti a hlavně čerpání zaslouženého odpočinku. Je-li toto období ovlivněno vážným onemocněním seniora, je to velká zkouška a nápor pro rodinu nemocného. Zde je nepostradatelná role sociálního pracovníka, který edukuje rodinu, spolupracuje napříč odbornostmi a má multidisciplinární přístup. Demence je velice závažná nemoc, která komplikuje život mnoha seniorům v České republice. Toto onemocnění nelze vyléčit, je možné ho pouze zmírnit nebo zpomalit jeho průběh. Proto jsou tito senioři odkázaní a závislí na pomoci druhých. Nemoc ovlivňuje a mění celou jejich osobnost. Stávají se snadno ovlivnitelní a lehce manipulovatelní. Péče o takto nemocné seniory je velkou duševní zátěží. S takto nemocnými seniory jsem se setkala v psychiatrické léčebně, kde jsem měla možnost nahlédnout do kompetencí a pravomocí sociálního pracovníka a v rozsahu této práce jsem se jí pokusila přiblížit.

Výběrem kazuistik jsem nepokryla všechny typy násilí, ale domnívám se, že se mi podařilo na čtyřech vybraných příbězích přiblížit život seniora s demencí a ukázat, jak je úloha sociálního pracovníka důležitá. Sociální pracovník je ten, kdo zjišťuje, odhaluje, je rádcem i pomocníkem v jedné osobě a v některých případech je bohužel i svědkem lidského hyenismu.

Cílem této práce byla úloha sociálního pracovníka při řešení domácího násilí páchaného na seniorech. V teoretické části jsem popsala pojem domácí násilí a také násilí, které se odehrává v rodině. Pokračovala jsem popsáním druhů domácího násilí na seniorech. Druhou kapitolu jsem nazvala Senioři, v té jsem vysvětlila pojem stáří a také domácí násilí páchané na seniorech. Ve třetí

kapitole jsem se zabývala pojmem demence, kde jsem se pokusila vysvětlit, co znamenají pojmy jako je Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc anebo vaskulární demence, tyto typy demencí postihují pacienty, které uvádím v kazuistikách. Následně jsem pomocí literatury popsala stádia demence a v poslední kapitole teoretické části s názvem Možnosti pomoci seniorům, jsem uvedla organizace, které seniorům jako obětem domácího násilí pomáhají a dále služby, které jim mohou být poskytnuty. Potom jsem popsala úlohu sociálního pracovníka a zbavení svéprávnosti. Poté jsem pokračovala praktickou částí, kde jsem uvedla výše zmíněné kazuistiky, které popisují formy domácího násilí popsané v teoretické části. Závěrem jsem všechny příběhy shrnula a doplnila je vlastním názorem.

Kdokoli z nás může onemocnět a stát se závislým na pomoci ostatních. Proto by mělo být morální povinností a samozřejmostí dopřát takovému člověku klid, důstojné dožití, starat se o něj, převzít zodpovědnost a učinit tak bez očekávání.

„Když uvážím, že je Bůh spravedlivý, bojím se o svou zemi.“

(Thomas Jefferson)

Seznam literatury

ALAGGIA .., Ed. by Ramona. *Cruel but not unusual: violence in Canadian families*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier Univ. Press, 2006. ISBN 9780889204034.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 132 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.

Domácí násilí - násilí na mužích a seniorech. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 108 s. ISBN 80-7254-914-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha : Osmium, 1999
Kalvach, Z. et al. *Geriatricie*. Praha : Grada, 2003
Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 1997.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. 299 s. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HUČÍK, Ján a HUČÍKOVÁ, Alena. *Kazuistika v sociálnej práci*. Vyd. 2. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 203 s. ISBN 978-80-89271-66-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha : Grada Publishing, 2002
Matoušek, O. et al. Sociální práce v praxi. Praha : Portál, 2005

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006.
109 s. Psyché. ISBN 80-247-1491-4.

LOVAŠ, Ladislav. *Agresia a násilie: psychológia ľudskej agresie a jej podoby v domácom prostredí, v škole, v práci, vo väzniciach a v športe*. Bratislava: Ikar, 2010. 197 s. Pegas; zv. 22. ISBN 978-80-551-1752-2.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARTINEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vyd. Praha: Jabok, 2008 [i.e. 2010], 175 s. ISBN 978-80-904137-6-4.

MÁTĽ, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2014: existují v krajích České republiky významnější rozdíly?*. 1. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2014, 26 s. ISBN 978-80-86541-34-1.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1490-5.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.

Chraňte se před násilím. ROSA - centrum pro týrané ženy. Podolská 242/25, Praha 4, 2013.

SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 225 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHMEIDLER, Karel a kol. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Vyd. 1. Brno: Novpress, 2009. 180 s. ISBN 978-80-87342-05-3.

ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 186 s. ISBN 9788073676902.

VOŇKOVÁ, Jiřina a SPOUSTOVÁ, Ivana. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. 2., přeprac. vyd. Praha: proFem, 2008. 244 s. ISBN 978-80-903626-7-3.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. 226 s. Psyché. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje

Informace pro oběti incestu, sexuálního a emocionálního zneužívání, znásilnění a jejich blízké. *Podej ruku o.s.* [online]. 2011 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://podejruku.cz/emocionalni-zneuzivani/typy-a-role/>

Karaoketexty.cz. [online]. 2014 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://www.karaoketexty.cz/texty-pisni/hapka-a-horacek/stari-2832>

Předpis č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Zákony pro lidi.cz. *Předpis č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách* [online]. 2010 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>