

Týranie a zneužívanie duševne chorých starších pacientov – kazuistiky

MUDr. Elena Žigová

Gerontopsychiatrická klinika SZU, Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela v Pezinku

Autorka uvádza základné charakteristiky pojmov týranie a zneužívanie, vyčleňuje sociálnu skupinu starších osôb ako zraniteľnú z rôznych aspektov, zameriava sa na vlastné skúsenosti a poznatky o týraní a zneužívaní gerontopsychiatrických pacientov so stručnými kazuistikami. Cieľom práce je upriamiť pozornosť špecialistov na túto problematiku aj s možnými diferenciálne diagnostickými úvahami o etiopatogenéze niektorých psychických porúch pacientov v senu. Na druhej strane je právne pozadie tohto javu, autorka z vlastnej praxe v kazuistikách rozoberá úskalia objasňovania a právneho riešenia prípadov zisteného týrania či zanedbávania u pacientov.

Kľúčové slová: týranie, zneužívanie, zanedbávanie, gerontopsychiatrický pacient, zákonné normy.

Torture and abuse of mentally ill elderly patients – case reports

Author describes the essential characteristics of terms abuse and misuse. She excludes social group of older people as vulnerable in various aspects and with brief case reports she is focusing on her own experience and knowledge of the torture and abuse of geriatric psychiatric patients. The aim is to draw attention of specialists to this issue with possible differential diagnostic considerations on the etiopathogenesis of mental disorders in senium patients. On the other hand, the legal background of this phenomenon exists; therefore author is analyzing legal pitfalls of clarification and closures the cases of patient abuse or neglect in the case reports from her own practice.

Key words: torture, abuse, neglect, geriatric psychiatric patient, legal norms.

Psychiatr. prax; 2011; 12 (3): 111–114

Úvod

Násilie je samo o sebe hrubým porušovaním základných ľudských práv. Zahŕňa rôzne činy, aktivity, ktoré porušujú osobnú slobodu, právo na majetok, na ľudskú integritu jednotlivca.

Zlé zaobchádzanie so staršími ľuďmi bolo prvýkrát popísané vo Veľkej Británii v roku 1975. Po prvýkrát išlo o charakterizovanie daného javu ako sociálnej a politickej otázky (1).

V literatúre amerického pôvodu sa možno stretnúť s pojmom ukradnutá identita a spája sa so zneužívaním finančných prostriedkov, nevhodným zaobchádzaním s majetkom na základe prístupu k identifikačným dokladom staršieho alebo zdravotne postihnutého človeka bez toho, aby o tom dotýčny vedel. V Spojených štátoch bol prijatý zákon na ochranu starších ľudí pred násilím a uskutočnilo sa viacero výskumov v danej oblasti. V ostatných krajinách sa o tomto probléme viac alebo menej hovorí, ale evidencia prípadov je nedostatočná vo všeobecnosti vo všetkých krajinách (1).

V literatúre sa okrem pojmu násilie alebo týranie starých ľudí stretávame aj s pojmom **zanedbávanie** (10). Rozdiel medzi týmito pojmami vyjadruje odlišenie „tvrdoosti“ činu voči osobe, na ktorej je násilie páchané. Zanedbávanie sa popisuje ako zlyhanie opatrovateľa pri poskytovaní potrebnej starostlivosti s účelom vyhnúť sa fyzickým ťažkostiam alebo mentálnej úzkosti voči zraniteľnej osobe. Napríklad neposkytovanie

vhodnej potravy, oblečenia, lekárskej starostlivosti, liekov a hygieny. Za typické znaky zanedbávania starostlivosti možno považovať dehydratáciu, podvýživu, neupravenú posteľ, nedostatok liekov alebo lekárskej starostlivosti, nedostatočnú hygienu, neostrihané nechty, vlasy, znečistené šatstvo a posteľná bielizeň a pod. Rozlišuje sa zanedbávanie úmyselné a neúmyselné, niektorí používajú termíny aktívne a pasívne zanedbávanie. Zanedbávanie vyplynie aj pri detailnejších otázkach o dennom režime, podávaných liekoch, či o chorobách pacienta. Tu sa prejaví nedostatok informácií o seniorovi z dôvodu nezájmu (2).

Násilie môže byť spáchané ako akt jednorazový alebo opakovaný. Najčastejšími typmi násilia, s ktorými sa v literatúre stretávame, sú: fyzické, psychické, ekonomické a finančné, emocionálne a sexuálne násilie. Jednotlivé typy násilného správania majú typické charakteristiky, podľa ktorých je možné identifikovať dôsledky násilného správania na obeť (8).

Za psychické a emocionálne násilie sa označujú rôzne aktivity, napr. sociálna izolácia, správanie vyvolávajúce úzkostné stavy u obeť, posmievanie, spôsobovanie rôznych druhov psychického trápenia. Tento typ násilia nemusí byť priamo viditeľný (2).

Ekonomické a finančné násilie sa spája s aktivitami, keď páchatel berie obeť finančné prostriedky, kradne alebo predáva jej majetok, zneužíva finančné zdroje osoby, o ktorú sa má

starat', a následne ich využíva pre seba. Z vlastných skúseností môžeme konštatovať, že toto je najčastejšia forma zneužívania v skupine gerontopsychiatrických pacientov.

Sexuálne násilie je podľa našich pozorovaní skôr zriedkavé.

Z dát získaných v USA je možné povedať, že zo všetkých prípadov týrania starších ľudí je oznámených cca 12 %, nejde však iba o ťažšie formy týrania, ale i o „mäkšie“ formy akými je zanedbávanie či prehliadanie. Zaraďujú sa sem rôzne formy odopierania dennej starostlivosti, výživy či iných potrebných opatrení. Väčšina takýchto prípadov sa deje pri starostlivosti poskytovanej doma, menej v inštitúciách (asi 4 %). Páchatelmi môžu byť členovia rodiny, ale aj najatí opatrovatelia za mzdu (1).

Dokazovať výskyt násilného správania je veľmi ťažké. Preto sa hovorí, že násilie páchané na starých ľuďoch ostáva skryté (1). Odborníci odhadujú, že v skutočnosti existujú poznatky a záznamy len o veľmi malom počte prípadov násilia a týrania starých ľudí, príčinou je nízka miera ohlasovania prípadov. V zásade možno identifikovať tri bariéry neohlasovania prípadov násilia na starých ľuďoch: 1. aj keď okolie vie o takomto jave, nechce sa „starat' do rodinných záležitostí“ iných rodín, pretože je to ich súkromná vec a prípad neohlási; 2. samotné obeť násilia sa boja ohlásiť takýto prípad, pretože sa boja možného zhoršenia situácie, majú

strach z toho, že ich opatrovateľ opustí a ostanú úplne sami bez akejkoľvek pomoci, ale neohlasujú aj preto, že nevedia, kam sa obrátiť. Starí ľudia neradi hovoria o takýchto skúsenostiach, niekedy im to nedovolí strach, inokedy hanba, presvedčenie, že sa tým aj tak nič nezmení; 3. obeť násilia nevedia identifikovať jav, myslia si, že je to niečo normálne, čo sa deje aj v iných rodinách alebo inštitúciách. To platí aj naopak, o týrajúcich osobách (3, 5, 9).

Typickým rysom týrania je opakovanie a postupný nárast intenzity (10). Pre týranie je dôležité súkromie. K násiliu dochádza spravidla bez svedkov, v súkromí spoločného obydli. Týranie v inštitúciách sa deje taktiež za zatvorenými dverami (3, 10).

Odborné práce, ktoré sa zaoberajú otázkami násilia hovoria, že ak existuje čo i len podozrenie z páchania násilia, treba konať. Pri podozrení z násilného správania je potrebné sledovať akékoľvek signály, dôsledky na obetiach. Prvé indície z podozrenia môžu získať lekári prvého kontaktu a iní profesionáli použitím vhodných metód – vhodnými otázkami a cez ďalšie symptómy (9). Môžu zistiť, či sa u staršieho človeka objavujú depresívne stavy, úzkosť, vyhýbavé správanie, ale aj to, či má dostatočnú hygienu, dostatok jedla a ďalšej starostlivosti. Ak sa pri kontakte so starým človekom zistia neodôvodnené prejavy strachu, úzkosť pri otázkach alebo zmienkach o členoch rodiny, odmietanie odpovedí na niektoré otázky, alebo ak rodina nechce dovoliť vyšetrenie starého človeka bez prítomnosti jej člena, je vyššia pravdepodobnosť, že môže ísť o násilie. Emocionálne týranie sa môže u postihnutého prejaviť aj zmäteným chovaním, môžu sa objaviť poruchy spánku, nadmerná spavosť. Môžu sa novo objaviť poruchy príjmu potravy. Na týranie môže upozorniť rezignácia a nezáujem u seniora, ktorý sa bez vonkajšej príčiny sťahuje do seba, izoluje, zanedbáva sa. Mávajú ambivalentný postoj k pocitom lásky a nenávisť, zvlášť keď je páchatelom blízka osoba. Na druhej strane, senior môže situáciu riešiť nadmerným užívaním sedatív, aby nevnímal situáciu vo svojom živote. Dlhodobé týranie sa začínajú zaoberať suikidálnymi myšlienkami, prípadne dôjde i k pokusu o samovraždu (4).

Viac ako 9 z 10 prípadov kriminality voči starým ľuďom sú kriminálne činy spojené s majetkom, u viac ako 1 z 5 starých obetí je spojená s ublížením na zdraví. Blízke osoby – príbuzní, intímni partneri a ďalšie blízke osoby obeť spáchajú 1/5 násilných činov na ľuďoch starších ako 65 rokov (toto sú údaje z USA, kde je povinnosť reportovať poznatky o výskyte týrania alebo iného násilia páchaného na starších ľuďoch) (8).

V Spojených štátoch, kde existuje samostatný zákon na ochranu starých ľudí pred násilím, úrady odhadujú, že len 5 – 10 % násilných trestných činov voči seniorom je hlásených relevantným úradom a ostatné ostávajú skryté. Sú indície, že mnohí starí ľudia, hlavne tí so zdravotným postihnutím alebo iným druhom zdravotných problémov, sa ani nedokážu sťažovať na násilie, ktoré je na nich páchané. Mnohí si bez pomoci iných nedokážu pomôcť. Na základe aj toho mála poznatkov o násilí na starých ľuďoch sa ukazuje, že násilníkmi sú vo viac ako polovici prípadov deti obeť, viac ako 2/3 z násilníkov sú v strednom alebo vyššom veku, väčšina z nich žije s obeťou, väčšina zanedbaní je spôsobená ženskými členmi rodiny, väčšina fyzického násilia je spôsobená mužskými členmi rodiny. V Amerike cca vyše 12 % tvoria prípady finančného násilia voči starým ľuďom alebo materiálne vykorisťovanie, z nich až 62 % násilníkov tvorili rodinní príslušníci (1).

Na Slovensku nemáme špeciálny výskum o násilí páchanom na starých ľuďoch ani osobách so zdravotným postihnutím. Do budúcnosti je potrebné dosiahnuť stav, aby sa aktivity na odstraňovanie násilia i zanedbávania rozvinuli na všetkých úrovniach aj v našej spoločnosti (1).

Je potrebné, aby aj zdravotnícki pracovníci poznali príslušné **právne normy**, ktoré hája práva ich pacientov. V tejto súvislosti možno konštatovať, že daná problematika je už v súčasnosti dostatočne právne ošetrená aj u nás (novela Trestného zákona č. 421/2002 Z. z., Občianskeho zákonníka a Občianskeho súdneho poriadku z roku 2003). Napríklad § 208 Trestného zákona „Týranie blízkej osoby a zverenej osoby“ v bode 1 hovorí:

„Kto týra blízku osobu alebo osobu, ktorá je v jeho starostlivosti alebo výchove, spôsobujúc jej fyzické utrpenie alebo psychické utrpenie, a) bitím, kopaním, údermi, spôsobením rán a popálenín rôzneho druhu, ponižovaním, pohrdavým zaobchádzaním, neustálym sledovaním, vyhrážaním, vyvolávaním strachu alebo stresu, násilnou izoláciou, citovým vydieraním alebo iným správaním, ktoré ohrozuje jej fyzické alebo psychické zdravie alebo obmedzuje jej bezpečnosť, b) bezdôvodným odopieraním stravy, oddychu alebo spánku alebo odopieraním nevyhnutnej osobnej starostlivosti, ošatenia, hygieny, zdravotnej starostlivosti, bývania, výchovy alebo vzdelávania, c) nútením k žobrote alebo k opakovanému vykonávaniu činnosti vyžadujúcej jej neúmernú fyzickú záťaž alebo psychickú záťaž vzhľadom na jej vek alebo zdravotný stav alebo spôsobilé poškodiť jej zdravie, d) vystavovaním vplyvu látok spôsobilých poškodiť jej zdravie, alebo e) neodôvodneným obmedzovaním v prístu-

pe k majetku, ktorý má právo užívať, potrestá sa odňatím slobody na tri roky až osem rokov.“

Pre ochranu obeť domáceho násilia sa dopĺňa v § 89 odsek 23 o písm. c), ktoré zakazuje priblížiť sa k poškodenému na vzdialenosť menšiu ako päť metrov a zdržiavať sa v blízkosti obydli poškodeného. V prípade, že sa takéto opatrenie nerespektuje, je možné voči porušovateľovi vyvodit' sankcie.

Rovnako je trestné marit' výkon predbežného opatrenia uloženého v občianskom súdnom konaní na ochranu osôb ohrozených násilím. Novela Trestného poriadku č. 422/2002 Z. z. zúžila okruh trestných činov, na ktorých stíhanie je potrebný súhlas poškodeného, a legislatívne zabezpečila, aby trestné činy voči členovi rodiny boli stíhané zo zákona a nebol vyžadovaný súhlas obeť násilia. 19. júna 2002 bola schválená novela Občianskeho zákonníka – do § 146 sa doplnil ods. 2, ktorý umožňuje súdu na návrh jedného z manželov obmedziť užívacie právo druhého manžela k bytu alebo domu patriacemu do bezpodielového spoluvlastníctva, prípadne ho z jeho užívania úplne vylúčiť, ak sa z dôvodu fyzického alebo psychického násilia alebo hrozby takéhoto násilia vo vzťahu k manželovi alebo k blízkej osobe, ktorá býva v spoločnom dome alebo byte, stalo ďalšie spolužitie neznesiteľným. Rovnako tiež v § 705a sa uvádza možnosť súdu obmedziť užívacie právo osobe, ktorá sa dopúšťala fyzického alebo psychického násilia k manželovi, k rozvedenému manželovi alebo voči blízkej osobe.

Súd môže tiež nariadiť, aby násilník nevstúpil dočasne do domu alebo bytu, v ktorom býva osoba blízka alebo osoba, ktorá je v jeho starostlivosti alebo vo výchove, vo vzťahu ku ktorej je dôvodne podozrivý z násilia (6, 7).

Kazuistiky

Uvádzame tri ilustratívne kazuistiky týrania, zanedbávania a ekonomického zneužívania duševne chorých seniorov, našich pacientov.

A. K. 84-ročná žena, typický prípad týrania príbuznými – osobami závislými od návykovej látky

Päť pobytov na gerontopsychiatrickom (GP) oddelení v priebehu dvoch rokov. Vdova, pred dôchodkom pracovala roky ako vedúca predajne. Ako uvádzala v rámci anamnestického šetrenia, mala ťažký život: manželstvo mala nešťastné, manžel bol agresívny alkoholik. Mala 3 deti, starší syn ako 14-ročný zhorel v stohu slamy, dcéra rozvedená, druhý syn zostal slobodný. Obe žijúce deti sú alkoholici, opakovane neúspešne liečení protialkoholicky. Dcérin syn je narkoman. Všetci

traja s ňou žijú v jej byte. Prvú hospitalizáciu vraj zariadila dcéra, ktorá si vodí do bytu mužov, vadí jej, že sa to matke nepáči. Pacientka uvádzala úraz hlavy – napadnutá opitým synom, ktorý bol v tom čase pre ublíženie na zdraví matke vo výkone trestu. Jej dcéra si všimla, že od tej doby sa akoby začala osobnostne meniť, zostala agresívna, nepokojná, hašterivá. Pri prvom pobyte v nemocnici vo veku 82 rokov ešte nemala známky organickej deteriorácie v zmysle demencie, bola konštatovaná organická poúrazová porucha osobnosti. Pri prijatí sme našli na tele početné hematómy, ktoré vznikli vraj bitím dcérou, ktorá to poprela. Vzhľadom na nemožnosť objektivizovať túto skutočnosť bola dcéra upozornená na právne dôsledky a intervenovali sme na sociálnom odbore v mieste bydliska.

Pri druhom pobyte sme už konštatovali značný kognitívny úbytok, MMSE 17 bodov, trvali sťažnosti na chovanie sa rodinných príslušníkov voči nej. Situáciu však nechcela riešiť, pretože cítila povinnosť neopustiť svoje deti, ktorým vraj prala, varila, musela ich tiež kontrolovať, aby toľko nepili... Uvádzala, že ona by svoje deti nikdy neudala a oni sa jej takto oplácajú! Musí ísť domov, lebo jej prepíjú aj strechu nad hlavou. Tretí a štvrtý pobyt nasledoval po 2 rokoch. Bola privedená pracovníčkou sociálneho odboru, pretože sa túlala, jej dcéra sa o ňu vôbec nestarala. Zistili sme už známky demencie pokročilého stupňa, zmiešanej etiológie – cievej a na báze atrofie mozgu. Pacientka bola prepustená napokon v spolupráci so sociálnym odborom MsÚ do sociálneho lôžkového zariadenia, ktoré jej poskytlo potrebnú starostlivosť.

A. P. 77-ročná žena, kazuistika izolácie ekonomicky zneužívaného a pravdepodobne týraného duševne chorého starého človeka

Vdova, vychovala 5 detí, v čase prijatia bývala so synom Jozefom. Dve dcéry, ktoré ju navštevovali v nemocnici, uvádzali zlé vzťahy medzi súrodencami. Údajne roky trpela na bludovú poruchu, bola liečená od involučného obdobia opakovane v psychiatrickej nemocnici. Pôvodne ju deti dali po vzájomnej dohode do domova dôchodcov, kde bola spokojná, ale syn Jozef ju prehovoril, vzal ju odtiaľ a ubytoval u seba. Roky bola nastavená na depotné antipsychotikum, dlhodobo bol jej stav stabilizovaný. V lete 2010 prestala jesť, pretože jedlo je otrávené, chcela radšej zomrieť. Príbuzní (syn Jozef s manželkou) sa dostavili k psychiatrovi spontánne s údajmi, že asi mesiac je zhoršený stav, prestala užívať lieky, jesť, postupne pije už len vodu, hovorí, že chce zomrieť, často to opakuje, trhá fotografie, vyhadzuje veci syna a jeho rodiny. Subjektívne uvádzala, že je to tak, chce zomrieť,

vychovala 5 detí, čo z toho? Nevie, čo jej to dávajú, je to už dlho. Ambulantný psychiater ju poslal na interné vyšetrenie na vylúčenie organickej príčiny nechutenstva, ktoré nevytláčilo organickú príčinu gastralgii a veľkého hmotnostného úbytku. Pacientka bola objednaná na hospitalizáciu na internom oddelení za účelom vykonania ďalších pomocných vyšetrení. Avšak v ten deň ráno bola o 05,55 hodine privedená na chirurgické ošetrenie po suicidálnom pokuse – reznými ranami oboch stehien, abdominálnej oblasti, hrudníka, rúk. Išlo o povrchné rezné rany len do vrstvy podkožia, suturované. Subjektívne uvádza: rezala sa, hej, lebo ju Jozef (syn) neposlúcha, nestará sa o ňu, zle s ňou zaobchádza, preto chcela umrieť.

Heteroanamnesticky od dcér: Matku pôvodne pre duševnú chorobu a potrebu opateru umiestnili do penziónu, brat ju odtiaľ zobral, avšak ostatných súrodencov o tom neupovedomil, bral si jej dôchodok aj príspevok na operateru. Dcéry nevideli matku už skoro dva roky, lebo im v tom bráni brat Jozef a jeho žena. Boli by rady, keby sa brat aspoň o matku dobre staral, ale matka vraj zistila, že ju chcú znovu dať do domova seniorov, a preto sa trápila a spravila toto. Vedia, že má duševnú chorobu, ale tá nebola príčinou jej samovraždy. Majú obavy, aby sa to, čo teraz hovoria, nedozvedel brat, lebo už roky spolu nemajú dobré vzťahy. Dcéry opatrne naznačovali zlé zaobchádzanie s matkou zo strany syna a jeho rodiny.

Počas pobytu sa na oddelení adaptovala dobre, po antipsychotikách sa upravila nálada, ustúpila naliehavosť úkorných obsahov myslenia, ktoré zodpovedali diagnóze trvalej poruche s bludmi, avšak dekompenzácia nastala aj v spojitosti s reaktívnymi faktormi z domáceho prostredia. Počas pobytu opakovane verbalizovala túžbu zostať v nemocnici až do svojej smrti, lebo tu sa o ňu pekne starajú, neísť naspäť k synovi. Počas hospitalizácie sa o pacientku zaujímali iba dve dcéry, vybavili jej, s perspektívou neskoršieho umiestnenia, domov seniorov, čo prijala pozitívne. Domov odišla v sprievode dcér s tým, že prechodne do doby umiestnenia v domove seniorov bude žiť u jednej z nich, k synovi sa rezolútne bránila vrátiť.

X. Y., 80-ročný muž s demenciou, kazuistika pomerne rozšíreného ekonomického zneužívania spojeného so zanedbávaním

Pacient bol psychiatricky vyšetrený iba raz, pretože do doby liečenia nebolo jeho ochorenie odborné podchytené. Ženatý, VŠ vzdelaný, docent, dlho pracoval. Po odchode do dôchodku sa evidentne psychicky začal meniť, čo príbuzní pripisovali zlej adaptácii na túto životnú zmenu.

Manželka neskôr spozorovala, že sa začal správať odbrzdene, viac pil, i keď dovtedy bol relatívne striedmy, vodil si do bytu pochybné individua, prestal sa starať o zovňajšok, o telesnú hygienu, k stavu bol nekritický, nekorigovateľný. Napokon jeho manželka zvolila opustiť spoločný byt, na ktorý mu ale naďalej prispievala. Cez víkend sa chodieval najesť do rodín svojich detí, kde ho aj nasýtli, aj hygienicky očistili, okúpali. Zistili však, že musia naňho dávať pozor, pretože im bral z bytu cenné veci. Od istého času mu stále chýbali peniaze a neustále ich od príbuzných pýtal, ale zrejme to nestačilo. Z vlastného bytu rozpredal drahé obrazy, televízor, iné cenné veci patriace rodine, jeho byt našli príbuzní úplne vybrakovaný. Vzhľadom na tieto osobnostné zmeny a nastupujúce diskkrétne poruchy pamäti rodina požiadala ambulatnú psychiatricku o pomoc. Psychiatricka bola vyšetriť pacienta v jeho byte, pretože ho nebolo možné dostať na jej ambulanciu. Zistila, že dvere bytu boli otvorené, v byte sa nachádzali štyria dospelí Rómovia, z nich jedna žena tvrdila, že ona ho opatruje, za čo jej dáva 33 € mesačne. Pacient ležal nahý na posteli bez povlečenia. Prítomné osoby nazval svojimi priateľmi, ale nevedel uviesť, odkedy ich pozná, ani ich mená. Vzhľadom na tieto okolnosti psychiatricka zariadila urgentnú hospitalizáciu na gerontopsychiatrickom oddelení. Pri prijatí sme konštatovali pokročilý stupeň demencie a vyslovili sme podozrenie na zneužívanie pacienta. Na podklade klinického nálezu a pomocných vyšetrení sme stav diagnosticky uzatvorili po liečbe ako demenciu stredného stupňa, na podklade primárne degeneratívneho procesu. Popri riešení medicínskej problematiky sme spolupracovali s jeho rodinou na riešení sociálnej problematiky (pozbavenie spôsobilosti na právne úkony, podanie žiadosti do sociálneho zariadenia) a pacienta sme v stabilizovanom stave prepustili do domova dôchodcov.

Záver

Napriek tomu, že starší ľudia sú mimo trhu práce, majú právo na nediskrimináciu, nemôžu byť posudzovaní ako neužitoční pre rodinu, obec i spoločnosť, a to ani vtedy, ak potrebujú vysokú mieru starostlivosti rôzneho druhu. Majú právo na slušné zaobchádzanie v každej situácii a za akýchkoľvek podmienok a ochranu proti rôznym formám týrania a zneužívania. To sú skutočnosti, ktoré žiadna civilizovaná spoločnosť nemôže prehliadať a je povinná proti takýmto praktikám prijímať „opatrenia“. Zväzok ochrany ľudských práv, ku ktorému sa štáty zaviazali, ich robí zodpovednými za zaručenie týchto práv

bez výnimky pre všetkých. Konkrétne v prípade zdravotných služieb môžu vytvárať podmienky na multisektorálnu spoluprácu rôznych inštitúcií, agentúr, osôb, aby sa táto marginalizácia odstraňovala (1).

Zdravotníckych pracovníkov treba pripraviť na stretnutie s takýmito situáciami, poučiť ich o potrebe zisťovania a hlásenia týrania a zneužívania ich starých pacientov. Starých ľudí je potrebné vhodnou a zrozumiteľnou formou informovať o ich právach a dať im právne povedomie – kedy sú ich ľudské práva porušované. Tak isto treba informovať opatrojúce osoby, ktoré sa dopúšťajú rôznych foriem násillia na senioroch bez vedomia trestnosti svojho konania o trestno-právnych konzekvenciách a tak pôsobiť preventívne (2, 4).

Čo možno konkrétne pre ohrozeného starého človeka urobiť, aké máme možnosti? V akútnom ohrození zdravia či života je nutné okamžite oddeliť ohrozeného od násilníka, hoci aj formou hospitalizácie. Páchatela však kriminalizovať iba v najzávažnejších prípadoch, kedy ide o trestný

čin, skôr je treba problém riešiť prácou s týrajúcou, resp. zanedbávajúcou osobou, poučiť ju o právnych dôsledkoch jej konania a povinnostiach voči zverenému seniorovi. Situáciu je nutné posúdiť citlivo, ponúknuť pomoc, podporu na riešenie situácie v rodine, prípadne poskytnúť sociálne poradenstvo. Je nutná dispenzarizácia ohrozenej osoby i disfunkčnej rodiny (4). V literatúre sa odporúčajú rôzne prístupy a rôzne inštalácie, kam sa obrátiť o pomoc pri násillí v rodine – sú to rôzne dobrovoľnícke organizácie, občianske združenia, podporné skupiny laikov, linky dôvery, krízové centrá, polícia (4).

Prezentované kazuistiky poukázali na to, o čo zložitejšia môže byť situácia pre oddiferencovanie toho, či ide o násillie alebo zneužívanie alebo nie, v prípadoch, ak ide o seniorov s psychickými poruchami.

Literatúra

1. Bodnárová B. Sociálne práva a ochrana zraniteľných jedincov a skupín v dospelom veku. Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny, Výskumná úloha, 2005: 10–28.

2. Haškovcová H. Manuálek o násillí. 1. vyd. Brno: Národné centrum ošetrovateľských a nelékařských zdravotníckych odborov 2004. 79 s. ISBN 80-7013-397-X.

3. Holúbková M. Týranie seniorov – spoločenské tabu. Diplomová práca, Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta 2005. 47 s.

4. Kalvach Z. Zanedbávaní a týraní seniorů. Sestra 1998; 8(5): 10–11.

5. Máthé R. Staršie ženy, viktrím róznych foriem zneužívania. Prednesené na Kongrese Psychiatria pre prax, Senec 2007.

6. Novely Trestného zákona č. 421/2002 Z. z., Občianskeho zákonníka a Občianskeho súdneho poriadku. 2003.

7. Šikulajová V, Žigová E. Postoje slovenskej spoločnosti k domácejmu násilliu, 1–10. Prednesené na Medzinárodnej súdno-psychiatickej konferencii 2003.

8. Tošnerová T. Špatné zacházení se seniory a násillí v rodině. 2. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha 2002. 61 s. ISBN 80-238-9505-2.

9. Tošnerová T. Týraní a zneužívaní starého člověka. Sestra 1999; 9(8): 3–4.

10. Vavrečková M. Týraní a zanedbávaní seniorů. Diplomová práca. Brno 2008: 9–21.

MUDr. Elena Žigová

Gerontopsychiatrická klinika SZU,
Psychiatrická nemocnica Philippa
Pinela Pezinok
Malacká cesta 63, 902 18 Pezinok
zigova@pnpp.sk



- Slovenská neurologická spoločnosť
- Neurologická klinika SZU
- spoločnosť SOLEN
- časopis Neurologia pre prax

organizujú

Sympóziu praktickej neurologie Neurologia PRE PRAX

5.
ročník

21. – 22. október 2011

Hotel Partizán, Tále

www.solen.sk

Hlavný odborný garant: doc. MUDr. Vladimír Donáth, CSc.

ODBORNÝ PROGRAM

- **Vyžiadaná prednáška**
Chirurgická liečba epilepsie
– prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.
- **Neuromuskulárne ochorenia**
Garant: doc. MUDr. Peter Špalek, PhD.
- **Neparkinsonské extrapyramidové poruchy**
Garant: doc. MUDr. Ján Benetin, PhD.
- **Neurodegeneratívne ochorenia**
Garant: prof. MUDr. Peter Turčáni, PhD.
- **Epileptológia**
Garant: doc. MUDr. Vladimír Donáth, CSc.
- **Cerebrovaskulárne ochorenia**
Garant: doc. MUDr. Miroslav Brozman, CSc.
- **Pochybenia v praxi neurologov z pohľadu činnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou – vybrané kazuistiky**
MUDr. Beata Černáková, PhD., MPH
- **Právna problematika**
Garant: JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD.

ORGANIZAČNÉ ZABEZPEČENIE

Ing. Monika Liedlová
SOLEN, s. r. o.,
Lovinského 16, 811 04 Bratislava,
mobil: 0911 349 599,
tel. č.: 02/5413 1365,
fax: 02/5465 1384,
mail: liedlova@solen.sk,
www.solen.sk