

Sprawność dzienna osób starszych a formy stosowanej wobec nich przemocy

Ewa Anna Rudnicka-Drożak¹, Lech Panasiuk², Jolanta Szeliga-Król¹, Elżbieta Ganczarska³, Agnieszka Jankowska-Zduńczyk⁴, Barbara Rusinek¹, Teresa Dobrzańska-Pielichowska⁵

¹ Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

³ Praktyka Lekarza Rodzinnego FAMILMED Lublin

⁴ Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

⁵ TMJ NZOZ SEMPER

Rudnicka-Drożak Ewa, Panasiuk L, Szeliga-Król J, Ganczarska E, Jankowska-Zduńczyk A, Rusinek B, Dobrzańska-Pielichowska T. Sprawność dzienna osób starszych a formy stosowanej wobec nich przemocy. *Med Og Nauk Zdr.* 2018; 24(2): 138–141. doi: 10.26444/monz/92077

Streszczenie

Wprowadzenie. Fizyczne, psychiczne i społeczne okoliczności związane ze starością sprawiają, że osoby starsze są szczególnie podatne na taki aspekt patologii społecznej jak: przemoc, agresja, zaniechanie czy zaniedbanie, które znane jest także jako nadużycie i złe traktowanie.

Cel pracy. Celem pracy była ocena korelacji między sprawnością dzienną, mierzoną skróconą wersją skali ADL, osób powyżej 65. roku życia będących pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej a stosowaną wobec tych osób przemocą, ujawnioną przez lekarza rodzinnego i/lub odwiedzającą seniora pielęgniarkę.

Materiał i metoda. W badaniu zastosowano jeden z instrumentów – skalę ADL, powszechnie stosowaną w podstawowej opiece zdrowotnej, która może być użyta jako jeden z czynników ryzyka wystąpienia przemocy wobec seniorów. Przebadano 613 pacjentów.

Wyniki. Czynniki mającymi wpływ ryzyko stosowania wobec seniorów przemocy były: wiek, poziom wykształcenia oraz potrzeba opieki z powodu licznych chorób. Im niższa jest sprawność dzienna pacjenta (mierzona skalą ADL), tym większe ryzyko pojawienia się przemocy. Czynniki, które mogą przyczynić się do wykrywania i zapobiegania tej patologii, to zwrócenie uwagi na problem przemocy wobec osób starszych i regularne badanie geriatryczne z zastosowaniem dostępnych instrumentów.

Wnioski. Na podstawie analizy danych można stwierdzić, że zasadnicze czynniki ryzyka tej patologii obejmują przede wszystkim zaawansowany wiek i niski poziom wykształcenia, ale głównym czynnikiem ryzyka jest całkowita zależność pacjenta od opiekunów.

Słowa kluczowe

pacjent senior, przemoc, wykorzystywanie

WPROWADZENIE

Starzeje się pokolenie wyżu demograficznego, coraz więcej ludzi w podeszłym wieku wymaga opieki we własnym domu, coraz częściej słyszy się o niewłaściwym ich traktowaniu.

Liczbie doniesień o dręczeniu i zaniedbywaniu ludzi starszych nie dorównuje liczba rozpoznawanych i leczonych przypadków.

Fizyczne i psychospołeczne uwarunkowania starości czynią seniora szczególnie podatnym na takie przejawy patologii społecznej jak przemoc: agresja i opuszczenie – zaniedbanie, określane mianem nadużycia, znęcania się czy maltretowania (ang. *abuse + neglect = mistreatment*).

Agresję definiuje się jako „zachowanie ukierunkowane na zadanie cierpienia innemu człowiekowi, który jest motywowany do uniknięcia tego cierpienia” [1].

American Medical Association określa dręczenie i zaniedbywanie ludzi starszych jako „działanie lub zaniechanie, które powoduje szkodę lub zagrożenie dla zdrowia lub samopoczucia osoby w podeszłym wieku” [2]. Znane są rozliczne formy nadużyć wobec osób starych.

Zaniedbanie – zamierzone (aktywne) lub niezamierzone (bierne) – to zaniedbanie przez opiekuna fizycznych i psychicznych potrzeb osoby starszej, a więc niezapewnienie jej odpowiedniego ubrania, pożywienia, schronienia, opieki medycznej, odpowiedniego stanu higieny lub kontaktów społecznych [3]. Ten rodzaj przemocy odnotowuje się w 58,5% przypadków złego traktowania ludzi starych [4].

Przemoc fizyczna określana jest jako „nieprzypadkowe użycie siły fizycznej zakończone zranieniem”. Inna definicja mówi, że są to świadome czyny podejmowane z zamiarem spowodowania fizycznego bólu lub okaleczenia. Formy przemocy fizycznej to m.in.: klapsy, uderzenie, popychanie, bicie za pomocą przedmiotów, siniaczenie, karmienie na siłę, niewłaściwe układanie w łóżku lub wózku inwalidzkim. Ten rodzaj przemocy stanowi w świetle literatury 15,7% przypadków przemocy [3].

Przemoc psychiczna definiowana jest jako wywieranie nacisku przez groźbę bądź zachowania podobnego typu „lub świadome czyny podejmowane z zamiarem spowodowania psychicznego bólu, okaleczenia albo wywołania lęku”.

Konsekwencją stosowania tego typu przemocy są takie objawy jak: lęk, depresja, stres, myśli samobójcze, zachowania autodestrukcyjne, obniżenie poczucia własnej wartości [3].

Adres do korespondencji: Ewa Rudnicka-Drożak, Medical University of Lublin, ul. Langiewicza 6A, 20-032 Lublin, Polska
E-mail: edrozak@poczta.onet.pl

Nadesłano: 7 maja 2018; zaakceptowano do druku: 8 czerwca 2018

Przykładami przemocy psychicznej są m.in.: notoryczna agresja słowna, groźby, znieważanie, stwierdzenia upokarzające lub infantyilizujące, wyzwiska.

Ten rodzaj przemocy stanowi wg cytowanych tu autorów 13,5% przypadków, chociaż trudno oprzeć się wrażeniu, że na pewno współtowarzyszy innym formom przemocy, a więc liczba ta powinna być dużo większa.

Wykorzystywanie seksualne to „niepożądany kontakt seksualny”. Niemniej jednak wielu autorów podaje bardziej złożoną definicję uwzględniającą nie tylko kontakt fizyczny, ale także „sugestywne rozmowy”, dotykanie lub pieszczoty bez pozwolenia [3].

Przykładem takich zachowań może być m.in. współżycie seksualne przy użyciu przemocy z osobą zdolną lub niezdolną do współżycia.

Dane liczbowe dotyczące występowania przemocy seksualnej są często podawane łącznie z innymi formami wykorzystywania – najczęściej z przemocą psychiczną.

Autorzy, którzy w ten sposób podają te dane, uzasadniają to utrudnieniem wynikającym z ujawniania tych form przemocy – psychologicznej ze względu na jej niekonkretność, zaś seksualnej – ze względu na opory w przyznawaniu się do bycia jej ofiarą.

Podeszły wiek jest tu dodatkową przeszkodą.

Kolejną formą przemocy jest wykorzystywanie materialne, czyli „niewłaściwe dysponowanie zasobami osoby starszej w celu osiągnięcia osobistych zysków lub zarobków. Przejawem tego może być m.in. kradzież pieniędzy, przymusowe pozbawianie osoby starszej pieniędzy lub innej własności [3].

Aktów przemocy wobec osób w podeszłym wieku dokonują najczęściej członkowie ich rodziny: współmałżonkowie – 58% przypadków, dzieci – 24%; przy czym częściej synowie niż córki. Dzieci częściej stosują przemoc psychiczną i zaniedbanie, małżonkowie zaś częściej są winni przemoc fizycznej [5, 6]. Wymienia się następujące czynniki ryzyka wystąpienia przemocy:

- zależność sprawcy od ofiary i odwrotnie, np. mieszkaniową, finansową – współwystępującą z przemocą fizyczną i finansową,
- uzależnienia i chorobę psychiczną sprawcy – współwystępujące z przemocą fizyczną i finansową,
- zaburzenia percepcji i świadomości ofiary, otępienie i problemy behawioralne – współwystępujące z zaniedbaniem,
- izolację społeczną rodziny – współwystępującą z zaniedbaniem i przemocą finansową,
- stres w rodzinie – każda sytuacja stresowa lub kryzysowa w rodzinie może zwiększyć ogólne ryzyko wszystkich form przemocy,
- przemoc występującą wcześniej w rodzinie – zwiększającą prawdopodobieństwo wystąpienia tej patologii we wszelkich jej odmianach [3, 7].

Wśród wszelkich specjalności medycznych to właśnie lekarze rodzinni powinni odgrywać zasadniczą rolę w wykrywaniu tego niekorzystnego zjawiska i być przygotowani na reagowanie na nie.

Przemoc wobec osób starszych jest istotną częścią diagnostyki różnicowej wielu zespołów geriatrycznych, takich jak depresja, otępienie, upadki, odleżyny itd.

Niewłaściwe traktowanie osób w podeszłym wieku wiąże się z obniżeniem jakości ich życia i z jego skróceniem, prawdopodobnie na skutek niestosowania się do zaleceń lekarskich, niedożywienia, złej kondycji fizycznej lub stresu [9].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena korelacji między sprawnością dzienną, mierzoną skróconą wersją skali ADL (Activities Daily Living), osób powyżej 65. roku życia, pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej a stosowaną wobec tych osób przemocą, ujawnioną przez lekarza rodzinnego i/lub odwiedzającą seniorkę pielęgniarkę.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto 613 pacjentów.

Badania przeprowadzono od na terenie 11 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie lubelskim.

Doboru pacjentów do badań dokonano na podstawie następujących cech bądź spełnienia następujących warunków: wiek 65 lat i więcej, pozostawanie pod opieką pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej i lekarza rodzinnego, kompletna dokumentacja medyczna pacjenta włącznie z Kartą Środowiskowo-Rodziną (a więc bardzo dokładny wywiad dotyczący sytuacji społeczno-ekonomicznej i rodzinnej pacjenta oraz warunków materialnych i mieszkaniowych – dokument standardowy w całej Polsce), rozpoznana i udokumentowana w przeszłości jakakolwiek forma wykorzystywania.

Metodą badawczą były: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji (uwzględniający czynniki ryzyka zjawiska, opracowany na podstawie literatury), standardowa Karta Środowiskowo-Rodzinna, analiza dokumentacji medycznej podstawowej opieki zdrowotnej, Kart Historii Chorób Szpitalnych pacjenta, formularz skrócony ADL stosowany w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce.

Formularz ADL zawierał ocenę sprawności dziennej w zakresie: kąpieli, ubierania się, toalety osobistej, przemieszczania się, kontroli czynności zwieraczy i odżywiania się w 3 kategoriach „a” – pełna samodzielność, „b” – ograniczona samodzielność, „c” – całkowita zależność.

Ze względu na poszukiwanie czynników ryzyka zjawiska przemocy wobec osób starszych wszystkie elementy skali zostały przeanalizowane oddzielnie.

Dane zostały poddane statystycznej analizie z użyciem programu Data Mining.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej populacji – wiek badanych przedstawiał się następująco: 49,9% stanowiły osoby pomiędzy 65. a 75. rokiem życia, 37% osoby pomiędzy 76. a 85. rokiem życia, zaś powyżej 85. roku życia było 13%.

Największy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym – 66,6% oraz zawodowym – 16,6%, średnie wykształcenie posiadało 9,8% seniorów, wyższe – 1,5%, bez wykształcenia było 3,3% badanych.

Wśród badanych ofiar przemocy aż 76,2% wymagało opieki ze strony innych osób. Najczęstszą przyczyną była starość (R54 wg ICD) – 46,1%, choroby zwyrodnieniowe układu ruchu (M19) – 1,3%, porażenia i niedowłady połowicze (G81) – 1,7%. Pozostałe 51% stanowiły różne zespoły otępienie i choroba Alzheimera oraz stany terminalne będące efektem chorób nowotworowych.

Formy przemocy stwierdzone u badanych to: zaniedbanie aktywne – 42% badanych, zaniedbanie bierne – 48,6%,

przemoc fizyczna – 54,6%, przemoc finansowa – 74,5%, przemoc seksualna – 4,6%, przemoc psychiczna – 91,5%.

Na podstawie tych danych można stwierdzić, że przemoc psychiczna praktycznie występowała z każdym pozostałym wykorzystywaniem osób starszych.

Zaledwie 8,5% przypadków stanowiły formy zaniedbania biernego.

Najczęściej sprawcami przemocy byli członkowie rodziny – 67,9% przypadków, następnie opiekun – 15,6% oraz inna osoba.

Całkowicie samodzielnych pacjentów będących ofiarami przemocy w zakresie wszystkich czynności badanych testem ADL było 29,2%, zaś całkowicie zależnych – 14,8%.

Sprawność pacjentów przedstawiała się następująco:

W zakresie kąpieli pełną samodzielność miało 29,2% pacjentów, ograniczoną – 31,1%, zaś całkowicie zależnych było 35,1%.

W odniesieniu do czynności „ubieranie się” w pełni samodzielnych było 48,8% pacjentów, pacjentów w stopniu „b” – ograniczonym – było 30,3%, zaś całkowicie zależnych było 15,5% osób.

W zakresie czynności „toaleta osobista” samodzielnych było 46% pacjentów, ograniczoną samodzielność miało 30,9%, całkowicie zależnych było 17,6% osób.

Przemieszczenie się nie stanowiło problemu dla 46% badanych, zaś aż 17,6% osób było całkowicie zależnych pod tym względem.

Kontrola czynności zwieraczy jest istotną zmienną wymienianą przez autorów w kontekście czynników ryzyka wystąpienia przemocy wobec osób starych.

W pełni samodzielnych w tym zakresie było 51,1% pacjentów, ograniczoną samodzielność przejawiało 28,5% osób i całkowicie zależnych było 14,8%.

Samodzielne odżywianie się nie stanowiło problemu dla 47,6% pacjentów, ograniczoną samodzielność przejawiało 36,4%, zaś całkowicie zależnych było 10,4% osób.

Wśród licznych wyników na uwagę zasługują te, które wykazały istotne statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi.

Uzyskano dodatnią korelację pomiędzy przemocą psychiczną a jednym z elementów sprawności dziennej – kąpielą. Z tabeli nr 1 wynika, że im człowiek mniej samodzielny w zakresie tej czynności, tym bardziej narażony na wykorzystywanie emocjonalne ($p < 0,05$ $\chi^2 = 8,55$).

Tabela 1. Przemoc psychiczna wobec osób starszych a ocena ich sprawności dziennej

Skala ADL	Kategorie		
Kąpiel			
	Całkowita niezależność (ADL-1)	Ograniczona niezależność (ADL-2)	Całkowita zależność (ADL-3)
Tak	31,5%	30,9%	37,6%
Nie	21,6%	60,0%	37,6%
	$\chi^2 = 8,55$ $p < 0,05$		
Ubieranie się			
Tak	50,8%	32,8%	16,4%
Nie	60,0%	24,0%	16,0%

Źródło: opracowanie własne

Kolejna tabela nr 2 ilustruje zależności pomiędzy przemocą fizyczną a stopniem samodzielności w zakresie odżywia-

nia się ($p < 0,001$, $\chi^2 = 13,55$) i kontrolowania czynności zwieraczy ($p < 0,001$, $\chi^2 = 9,29$).

Tabela 2. Przemoc psychiczna wobec osób starszych a ocena ich sprawności dziennej cd.

Skala ADL	Kategorie		
Czynność zwieraczy			
	Całkowita niezależność (ADL-1)	Ograniczona niezależność (ADL-2)	Pełna zależność (ADL-3)
Tak	52,0%	28,1%	19,9%
Nie	47,3%	49,1%	30,8%
	$\chi^2 = 9,29$ $p < 0,01$		
Jedzenie			
Tak	49,1%	35,6%	15,3%
Nie	52,1%	42,1%	5,8%
	$\chi^2 = 13,55$ $p < 0,001$		

Źródło: opracowanie własne

Kolejne tabeli nr 3, 4 i 5 obrazują istotne statystycznie zależności pomiędzy elementami czynności dziennej a przemocą seksualną.

Uzyskano dodatnie korelacje pomiędzy tym rodzajem wykorzystywania a: czynnością „ubieranie się” (tabela 3, $p < 0,02$, $\chi^2 = 7,95$), toaletą osobistą (tabela 4, $p < 0,05$, $\chi^2 = 4,95$) i odżywianiem się (tabela 5, $p < 0,02$, $\chi^2 = 8,44$).

Tabela 3. Przemoc seksualna wobec osób starszych a ocena ich sprawności dziennej

Skala ADL	Kategorie		
Kąpiel			
	Całkowita niezależność (ADL-1)	Ograniczona niezależność (ADL-2)	Całkowita zależność (ADL-3)
Tak	25,9%	33,3%	40,7%
Nie	30,8%	32,6%	36,5%
Ubieranie się			
Tak	28,6%	39,3%	32,1%
Nie	52,7%	31,7%	15,6%
	$\chi^2 = 7,95$ $p < 0,02$		

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Przemoc seksualna wobec osób starszych a ocena ich sprawności dziennej cd.

Skala ADL	Kategorie		
Kąpiel			
	Całkowita niezależność (ADL-1)	Ograniczona niezależność (ADL-2)	Całkowita zależność (ADL-3)
Tak	28,6%	42,9%	28,6%
Nie	49,6%	32,2%	18,1%
	$\chi^2 = 4,91$ $p < 0,05$		
Ubieranie się			
Tak	28,6%	50,0%	21,4%
Nie	43,6%	37,8%	18,4%

Źródło: opracowanie własne

Tabela 5. Przemoc psychiczna wobec osób starszych a ocena ich sprawności dziennej cd.

Skala ADL	Kategorie		
Czynność zwieraczy			
	Całkowita niezależność (ADL-1)	Ograniczona niezależność (ADL-2)	Całkowita zależność (ADL-3)
Tak	39,3%	35,7%	25,0%
Nie	54,8%	29,9%	15,2%
Jedzenie			
Tak	28,6%	46,4%	25,0%
Nie	51,5%	38,1%	10,3%
	$\chi^2 = 8,44 \quad p < 0,02$		

Źródło: opracowanie własne

Wyżej wymienione wyniki jednoznacznie wskazują, że im człowiek jest starszy, mniej sprawny, tym bardziej narażony jest na „cięższe” formy przemocy.

Niemniej jednak rozpoznanie zjawiska przemocy pozostaje trudne i opóźnione, stąd pomoc także bywa spóźniona. Lekarz rodzinny jest jedną z osób, która może podejrzewać, że pacjent senior może być obiektem przemocy. Dokładny wywiad, badanie rozszerzone o wiele skal i narzędzi, jak: ADL, Geriatryczna Skala Depresji, skrócona skala funkcji kognitywnych – MMS (Fostein), powtarzany wywiad środowiskowy w domu pacjenta, są elementami niezbędnymi dla rozpoznawania tego zjawiska.

WNIOSKI

1. Czynniki ryzyka przemocy wobec osób po 65. roku życia to: podeszły wiek, niskie wykształcenie oraz potrzeba opieki ze strony osób innych z powodu starości lub schorzeń z nią związanych.
2. Im niższa sprawność pacjenta seniora w zakresie podstawowych czynności (mierzonej skalą ADL), tym większe ryzyko przemocy psychicznej, fizycznej, seksualnej.
3. Zwrócenie uwagi środowiska lekarskiego na problem przemocy wśród pacjentów w podeszłym wieku oraz rutynowe stosowanie dokładnego badania geriatrycznego z zastosowaniem odpowiednich skal i narzędzi mogą przyczynić się do wykrywania i zapobiegania tej patologii.

PIŚMIENICTWO

1. Morton T. Childhood aggression in the context of family interaction. In: Crowell DH, Evans IM, Donnel CO et al. Childhood aggression and violence: sources of influence, prevention and control. New York: Plenum; 1986.
2. Diagnostic and neglect. Chicago: American Medical Association; 1994: 4–21.
3. Kruger RM, Moon CH Oznaki złego traktowania osób starszych, Medycyna po dyplomie 2010; 9 (7): 67–74.
4. Bootomely MJ, Crime and violence, against the elderly. Section on Geriatrics American Physical Therapy Association; 1996.
5. Pillemer K, Finkellar D. The prevalence of elder abuse. A random ample survey. Gerontologist; 1988: 28.
6. Cichocka M. Zjawisko i formy przemocy wobec ludzi starych. W: Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne. Pol. Tow. Higieny Psychiczej, W-wa – Poznań; 2001: 213–218.
7. Wolf Pillemer RS. Helping elderly victims. The reality of elder abuse. New York: Columbia University Press; 1989.
8. Williams L, O’Brnie CS et al. The mortality of elder mistreatment. JAMA 1988; 280: 428–320.

Assessment of daily living and forms of violence against the elderly

Abstract

Objective. The physical, psychological and social circumstances surrounding old age make the elderly particularly susceptible to such aspects of social pathology as violence, aggression, abandonment and neglect – which is known as abuse, ill treatment or mistreatment.

Material and Methods. This study indicates that one of the instruments, the ADL scale, for the assessment of daily living, which is commonly used in the Polish primary health care service, can be applied in determining the risk factors of violence against older people. The research participants comprised 613 patients.

Results. The factors increasing the risk of violence against people over 65 years of age were old age, a low level of education and the need to be looked after by others due to age and age-related diseases. The lower the senior patient’s abilities in respect to the basic daily activities (measured by the ADL scale), the higher the risk of psychological, physical and sexual violence. The factors that may contribute to discovering and preventing the pathology are; directing the attention of the medical community to the problem of violence against the elderly, and regular use of a comprehensive geriatric examination with the instruments mentioned.

Conclusions. On the basis of the data analysis, it can be stated that the risk factors include age and a low level of education, but the primary risk factor is a complete dependency of the senior patient on other people.

Key words

senior patient, violence, abuse, mistreatment