

Beata Tobiasz-Adamczyk, Marzena Florek, Piotr Brzyski, Monika Brzyska,
Tomasz Ocetkiewicz

Zakład Socjologii Medycyny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Zaniedbywanie i samozaniedbywanie wśród osób starszych w opinii pracowników socjalnych i medycznych*

Neglect and self-neglect among older people in opinions of social workers and health-care professionals

Abstract

This study represents an attempt at analyzing the extent and causes of neglect and self-neglect of older people, in relation to other forms of violence. Collected were the opinions of 479 social and health-care professionals employed in centers offering different forms of support to older people resident in the Kraków area.

In the opinion of those surveyed, 58.1% of professionals cite neglect and 57% cite self-neglect as social problems in Polish society. In their daily experiences, 23.8% of those surveyed encounter cases of neglect and 34.2% encounter cases of self-neglect. Elder victims of neglect or self-neglect were characterized by psychiatric illness, disability, debilitating disease, dependence on others, and aged more than 75 years. Their immediate family was most often dysfunctional, dealing with financial difficulties, alcoholism was present in the family environment, and caregivers were unemployed. Also analyzed were characteristics reflective of the perpetrators of neglect or those not preventing self-neglect (e.g., sons, daughters-in-law, grandchildren, and other family members acting as caregivers). Spearman's correlation coefficient was used to examine the relationship between neglect and self-neglect (0.60); neglect vs. abandonment (0.41), physical abuse (0.35), financial abuse (0.35), and psychological abuse (0.38); as well as self-neglect vs. physical abuse (0.25), financial abuse (0.29), and psychological abuse (0.32).

Gerontol. Pol. 2008; 16, 3: 169–179

key words: neglect, self-neglect, older persons, social workers, health-care professionals

Wstęp

W typologii przemocy zawartej w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [1] spośród różnych jej form wymienia się zarówno te, które są skierowane przez jednostkę na siebie samą, jak i wynikające z działania innych osób, a także wskazuje się na postawy i zachowania na poziomie społeczności, będące działaniami krzywdzącymi pewne osoby lub całe grupy. Wśród wymienianych form przemocy — fizycznej, psychicznej,

seksualnej — wyróżnia się także zaniedbanie lub przejawy deprivacji, wskazując, że osoby w starszym wieku mogą być ofiarami każdej z nich [2].

Rozważania nad rolą zaniedbania i samozaniedbania w ocenie jakości życia osób starszych sięgają lat 60. XX wieku. Zwraca się uwagę, że zaniedbanie i samozaniedbanie są zjawiskami złożonymi, a ich ocena nie jest jednoznaczna i niejednokrotnie zaliczenie ich do przemocy wzbudza kontrowersje.

Według *National Center on Elder Abuse* [3] zaniedbywanie (*neglect*) oznacza odmowę lub niepowodzenie (porażkę) w wypełnieniu jakiegokolwiek obowiązku lub powinności wobec osoby starszej. Zwyczajnie zaniedbywanie jest utożsamiane z zaniechaniem lub odmową dostarczenia osobie starszej elemen-

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. Beata Tobiasz-Adamczyk
Zakład Socjologii Medycyny CM UJ
ul. Kopernika 7, 31–501 Kraków
tel.: (012) 422 31 82, 423 10 03, faks: (012) 422 87 95
e-mail: mytobias@cyf-kr.edu.pl

tów potrzebnych do życia, takich jak: pożywienie, woda, ubranie, środki higieny osobistej, leki, ale także bezpieczeństwa i innych niezbędnych rzeczy, za które odpowiada osoba opiekująca się seniorem. Z tym terminem wiąże się również pojęcie porzucenia (*abandonment*), oznaczające opuszczenie starszej osoby przez jej opiekuna lub przez osobę, która jest odpowiedzialna za opiekę nad nią. Porzucenie osoby starszej może przybierać różne formy: pozostawienie w szpitalu lub w innych instytucjach, w centrum handlowym lub innych miejscach; może być wyrazem subiektywnych odczuć, to znaczy — osoby w starszym wieku same przyznają, że czują się porzucone [4].

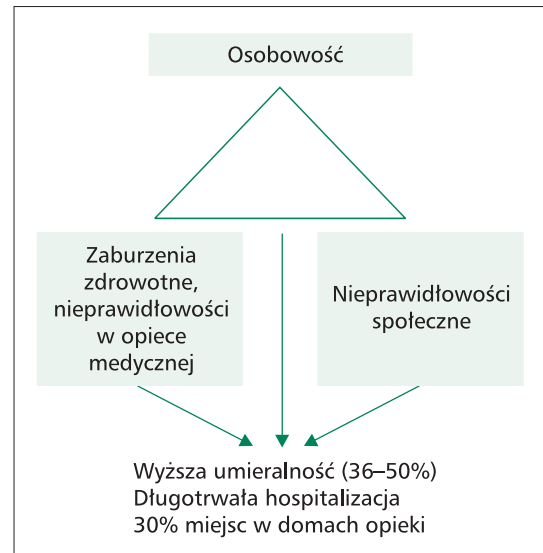
Natomiast przez samozaniedbanie (*self-neglect*) rozumie się zachowania osoby starszej, które zagrażają jej zdrowiu lub bezpieczeństwu. Wyrazem samozaniedbania są wszelkie zachowania, w których osoba w starszym wieku odmawia sobie lub nie zapewnia sobie odpowiedniego pożywienia, ubrania, higieny osobistej, leków (kiedy są one wskazane) lub bezpiecznej egzystencji.

Najczęściej wskazywanymi sprawcami zaniedbań wobec osoby starszej są: wynajęci opiekunowie, członkowie rodziny, pracownicy opieki długoterminowej. Zwraca się jednak uwagę, że często sprawcą zaniedbań jest opiekun nieposiadający odpowiednich umiejętności, niedysponujący czasem, energią lub mający własne problemy ze zdrowiem, na przykład chory psychicznie, nadużywający alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych albo przejawiający inne zaburzenia zdrowia psychicznego.

Ze względu na złożoność sytuacji charakteryzujących sprawców zaniedbywania osób starszych, spośród form zaniedbywania wyróżnia się zaniedbywanie aktywne, oznaczające zachowania intencjonalne opiekuna nastawione na niezapewnienie opieki lub niezaspokojenie potrzeb osoby starszej, oraz zaniedbywanie pasywne — obejmujące te wszystkie sytuacje, gdy opiekun nie jest w stanie lub nie potrafi wywiązać się z obowiązków związanych z opieką nad osobą w starszym wieku (choroba opiekuna, jego niepełnosprawność, brak umiejętności opieki lub źródeł materialnych umożliwiających jej zapewnienie) [5–7]. W odniesieniu do samozaniedbań wskazuje się na brak zewnętrznego sprawcy.

Według Pavlou i Lachs [8] wskaźnikami zaniedbania osoby starszej są:

- odwodnienie, niedożywienie, zaniedbanie w zakresie higieny osobistej, niedbanie o czystość łóżka;



Rycina 1. Samozaniedbanie
Figure 1. Self-neglect

- niezgłaszane lub nieleczone problemy zdrowotne;
- ryzykowne lub niebezpieczne warunki mieszkaniowe (np. brak ogrzewania, bieżącej wody, toalety);
- niesanitarnie warunki mieszkaniowe (brud, insekty, zabrudzone ubranie, pościel, smród — np. zapach moczu, kału);
- zgłoszenie faktu zaniedbywana przez samą osobę starszą.

Pavlou i Lachs [4, 8], definiując samozaniedbanie u osób starszych jako syndrom geriatryczny, równocześnie wskazali na wielowymiarowy charakter tego zjawiska i wieloczynnikową etiologię. Według Gibbonsa i wsp. [9] wśród przyczyn samozaniedbania wyróżnia się zachowania intencjonalne, związane ze stylem życia, świadomym wyborem, typem osobowości lub wynikające z obawy przed instytucjonalizacją oraz nieintencjonalne — będące konsekwencją zaburzeń świadomości (demencja), zaburzeń stanu funkcjonalnego, psychicznego (depresja), problemów z alkoholem, stresujących wydarzeń życiowych (ryc. 1)

Do wskaźników samozaniedbania zalicza się:

- wygląd mieszkania: brak warunków sanitarnych, zbieractwo (gazety, puste pojemniki po żywności), duża liczba zwierząt domowych, ślady po gryzoniach;
- wygląd zewnętrzny: brudna odzież, odór ciała, nieobcięte paznokcie i włosy, brudne ciało [10, 11].

Tabela 1. Czynniki warunkujące oraz czynniki ryzyka w samozaniedbaniu
Table 1. Factors determining and risk factors in self-neglect

Czynniki warunkujące samozaniedbanie	Czynniki ryzyka samozaniedbania
Syndrom Capgrasa (urojenie Capgrasa)	Zaawansowany wiek
Zaburzenia funkcji poznawczych (demencja)	Izolacja społeczna/brak wsparcia społecznego
Depresja	Przewlekłe choroby
Niepełnosprawność wyuczona	Korzystanie z usług pogotowia, doraźnych hospitalizacji
Lęk związany z instytucjonalizacją	Niedożywienie/odwodnienie
Zaburzenia w stanie funkcjonalnym	
Dysfunkcje i utrata określonych zdolności	
Styl życia	
Symulowanie	
Zaburzenia psychiczne	
Uzależnienie od alkoholu	
Sytuacje stresowe, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem	

Według Gibbonsa i wsp. [9] oraz Laudera i wsp. [12]

Wśród przyczyn samozaniedbania wskazuje się takie zachowania związane ze zdrowiem, jak: niestosowanie się do rekomendacji lekarzy, odmowę przyjmowania leków, niestranie się o sprzęt rehabilitacyjny, zachowania niebezpieczne dla zdrowia (palenie tytoniu), ignorowanie sygnałów i symptomów chorób (tab. 1).

W podejmowanych próbach wyjaśniania przyczyn samozaniedbania współlistnieją 2 sprzeczne modele będące wyrazem odmiennych perspektyw — medyczny i społeczno-kulturowy [13–16]. Sięganie do teorii samoopieki, społeczno-kulturowych norm wyznaczających zachowania i stopień tolerancji społecznej wobec przejawów samozaniedbania, odwołanie się do uwarunkowań rodzinnych mogą być przydatne w celu zrozumienia genezy samozaniedbań [17]. Brak reakcji ze strony otoczenia na pojawianie się objawów samozaniedbania (dewiacja pierwotna) może doprowadzić osobę w starszym wieku do sytuacji, w której zachowania świadczące o samozaniedbaniu będą oznaczać wejście tej osoby w dewiację wtórną (gdzie samozaniedbanie wiąże się ze stygmatyzacją, izolacją społeczną i wykluczeniem).

Cel badania

Celem przeprowadzonego badania sondażowego była próba scharakteryzowania zjawiska zaniedbania lub samozaniedbania z perspektywy doświadczeń zawodowych pracowników socjalnych i pracowników związanych z medyczną opieką nad osobami starszymi w tej kategorii wiekowej.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety, opracowanego w Zakładzie Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. W kwestionariuszu zawarto pytania o postrzeganie takich form przemocy, jak: fizyczna, psychiczna, seksualna, zaniedbanie oraz innych przejawów złego traktowania osób starszych jako problemu społecznego dotyczącego ogółu osób w podeszłym wieku w Polsce oraz problemu, z którym badani spotykają się w swojej codziennej pracy z osobami starszymi. Pytano także o zjawisko samozaniedbania zarówno w skali ogólnej, jak i w codziennych doświadczeniach wynikających z zawodowych kontaktów z osobami w starszym wieku. Oprócz oceny skali zjawiska dotyczącego różnych form przemocy badanych proszono o wskazanie głównych sprawców poszczególnych form przemocy wobec osób starszych, a także o charakterystykę osób w podeszłym wieku, które należą do grupy podwyższonego ryzyka w tym zakresie. Zapytano również o działania podjęte przez respondentów w przypadku zetknięcia się ze zjawiskiem przemocy.

W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się przede wszystkim na zjawiskach zaniedbania i samozaniedbania, które oceniali pracownicy socjalni zatrudnieni w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej (MOPS), lekarze geriatry, pielęgniarki środowiskowe i geriatryczne oraz pracownicy Domów Pomocy Społecznej (DPS) w Krakowie.

Tabela 2. Postrzeganie przez respondentów zaniedbania i samozaniedbania jako problemu społecznego wśród osób starszych w porównaniu z innymi formami przemocy**Table 2.** Neglect and self-neglect as a social problem in comparison to other forms of violence among older people in perception of social and health-care professionals

Rodzaj przemocy	W Polsce*	W pracy zawodowej*	r	Kappa
Zaniedbanie	58,1	23,8	0,42	0,18
Samozaniedbanie	57,0	34,2	0,60	0,39
Przemoc fizyczna	37,8	7,1	0,30	0,22
Przemoc emocjonalna	42,5	12,4	0,41	0,21
Porzucenie	34,4	11,7	0,48	0,26
Przemoc finansowa	58,4	22,7	0,46	0,20

*Odsetek pozytywnych odpowiedzi (%)

Ocenę nasilenia poszczególnych form przemocy w Polsce oraz w pracy zawodowej mierzono za pomocą skali porządkowej, a poszczególnym odpowiedziom przypisano następujące rangi:

- „problem nie istnieje”;
- „dotyczy małej liczby osób”;
- „dotyczy dużej grupy osób”;
- „dotyczy większości osób starszych”.

Siłę związku między powyższymi zmiennymi oszacowano za pomocą współczynnika korelacji r-Spearmana. W ocenie stopnia zgodności odpowiedzi udzielonych przez badanych na skalach porządkowych wykorzystano współczynnik zgodności kappa. W celu oszacowania różnic w ocenie poszczególnych form przemocy jako problemu w kraju i w pracy zawodowej przez tych samych badanych wykorzystano test Wilcoxon. Aby ocenić różnice w rozkładach zmiennych porządkowych w więcej niż dwóch grupach, zastosowano test Kruskala-Wallisa. W celu stwierdzenia zależności między rozkładami zmiennych jakościowych wykorzystano test χ^2 . Oceny istotności statystycznej stwierdzonych różnic dokonano na poziomie alfa równym 0,05.

Wyniki

Ogółem badaniami objęto 479 osób. Największą liczebnie grupę (38,8%) stanowiły osoby zatrudnione w domach pomocy społecznej, 28,4% było pracownikami MOPS, 7,3% badanych to lekarze geriatry, a 25,5% badanych — pielęgniarki środowiskowe lub pielęgniarki geriatryczne.

Zjawisko zaniedbania jako problem w Polsce postrzegało 58,1% badanych, natomiast w swojej pracy zawodowej — tylko 23,8% respondentów. Współczynnik korelacji (r) między postrzeganiem problemu zaniedbania osób starszych w skali kraju i w własnej pracy wynosił 0,42, a współczynnik zgodno-

ści kappa między tymi dwoma ocenami miał wartość 0,18. Zjawisko samozaniedbania było postrzegane w skali kraju przez podobny odsetek respondentów (57,0%), natomiast we własnej pracy zawodowej — przez 34,2% (korelacja między tymi dwiema ocenami była stosunkowo wysoka — $r = 0,60$, podobnie jak współczynnik zgodności kappa — 0,39). Tradycyjne formy przemocy (z wyjątkiem przemocy finansowej) były w niższym stopniu odnotowywane przez wszystkie badane grupy pracowników zarówno w skali kraju, jak i na podstawie własnych doświadczeń zawodowych (tab. 2).

Zaniedbywanie osób starszych, jak i przejawy samozaniedbania jako problem społeczny oraz we własnej codziennej pracy były odmiennie oceniane przez badanych, w zależności od ich charakteru pracy. Istotne statystycznie różnice zauważono między oceną badanych zjawisk w codziennej pracy przez lekarzy, pielęgniarki, pracowników MOPS i DPS (tab. 3).

Opinie na temat samozaniedbania wśród osób starszych zarówno jako problem dotyczący ogółu, jak i we własnej pracy istotnie różniły badane osoby. Najczęściej problem ten zgłaszali badani lekarze, nieco rzadziej — pielęgniarki, rzadziej — pracownicy MOPS, a najrzadziej — pracownicy DPS (tab. 4).

Zaniedbywanie i samozaniedbywanie w Polsce oraz we własnej praktyce oceniano jako poważniejszy problem niż przemoc fizyczna i psychiczna, niemniej na poziomie porównywalnym z przemocą finansową (test Wilcoxon: $p < 0,05$) (tab. 5).

Analizując przejawy zaniedbania spotykane w pracy zawodowej, takie wskaźniki jak: odwodnienie, odleżyny, braki w higienie najczęściej postrzegały pielęgniarki, a nieco rzadziej — pracownicy MOPS. Również zaniedbywanie w stanie zdrowia lub nieleczone problemy zdrowotne były średnio częściej postrzegane przez pracowników MOPS i pielęgniarki. Podobnie

Tabela 3. Postrzeganie zaniedbania osób starszych jako problemu społecznego przez respondentów
Table 3. Neglect among older people as a social problem in perception of different occupational groups of social and health-care professionals

Grupa zawodowa	Zaniedbanie osób starszych jest problemem społecznym			
	w Polsce*		w pracy zawodowej**	
	n	(%)	n	(%)
Pracownik MOPS	69	54,8	38	29,0
Lekarz	23	65,7	13	38,2
Pielęgniarka	65	58,6	41	35,0
Pracownik DPS	101	58,7	18	10,0

* $\chi^2 = 1,45$; $df = 3$; $p > 0,05$; ** $\chi^2 = 32,91$; $df = 3$; $p < 0,05$

Tabela 4. Postrzeganie samozaniedbania osób starszych jako problemu społecznego przez respondentów

Table 4. Self-neglect among older people as a social problem in perception of different occupational groups of social and health-care professionals

Grupa zawodowa	Samozaniedbanie osób starszych jest problemem społecznym			
	w Polsce*		w pracy zawodowej**	
	n	(%)	n	(%)
Pracownik MOPS	60	48,8	46	35,4
Lekarz	26	74,3	19	54,3
Pielęgniarka	65	57,5	47	40,2
Pracownik DPS	97	59,1	44	25,3

* $\chi^2 = 7,98$; $df = 3$; $p < 0,05$; ** $\chi^2 = 14,35$; $df = 3$; $p < 0,05$

Tabela 5. Postrzeganie przez respondentów nasilenia zaniedbania i samozaniedbania oraz innych form przemocy jako problemu społecznego w Polsce i w pracy zawodowej

Table 5. Neglect and self-neglect and other forms of violence among older people in perception of social and health-care professionals

	Średnia	Odchylenie standardowe	Test Wilcoxona
Zaniedbanie			
W Polsce	2,6	0,7	p < 0,05
W pracy zawodowej	1,9	0,9	
Samozaniedbanie			
W Polsce	2,7	0,8	p < 0,05
W pracy zawodowej	2,2	0,9	
Przemoc fizyczna			
W Polsce	2,3	0,7	p < 0,05
W pracy zawodowej	1,6	0,7	
Przemoc emocjonalna			
W Polsce	2,4	0,7	p < 0,05
W pracy zawodowej	1,8	0,7	
Porzucenie			
W Polsce	2,2	0,8	p < 0,05
W pracy zawodowej	1,6	0,8	
Przemoc finansowa			
W Polsce	2,7	0,7	p < 0,05
W pracy zawodowej	1,9	0,9	

Tabela 6. Postrzeganie przez respondentów zaniedbania jako problemu — częstość występowania przejawów w pracy zawodowej**Table 6.** Neglect as a problem among older people in perception of social and health-care professionals (frequency of indicators in occupational activity)

	Średni odsetek	Odchylenie standardowe	Test Kruskala-Wallis
Odwodnienie, niedożywienie, nielezione odleżyny i braki w podstawowej higienie			
Pracownik MOPS	7,8	13,2	p < 0,05
Lekarz	4,7	11,5	
Pielęgniarka	10,1	17,6	
Pracownik DPS	2,8	9,1	
Zaniedbane lub nielezione problemy zdrowotne			
Pracownik MOPS	10,2	15,1	p < 0,05
Lekarz	5,7	15,4	
Pielęgniarka	9,0	17,5	
Pracownik DPS	3,4	9,4	
Szkodliwe dla zdrowia lub niebezpieczne warunki mieszkaniowe (brak ogrzewania, bieżącej wody, elektryczności)			
Pracownik MOPS	9,3	17,6	p < 0,05
Lekarz	0,9	1,7	
Pielęgniarka	4,9	9,5	
Pracownik DPS	2,2	8,1	
Anty-sanitarne warunki mieszkaniowe (np. brud, kurz, wilgoć, grzyb, wszy, insekty, zabrudzona pościel, zapach moczu i kału, brak ubrania lub brudna odzież)			
Pracownik MOPS	11,1	17,5	p < 0,05
Lekarz	2,2	4,1	
Pielęgniarka	6,3	10,9	
Pracownik DPS	3,7	12,1	
Zmniejszenie dawki leku lub niepodawanie wymaganych środków			
Pracownik MOPS	55,5	15,7	p < 0,05
Lekarz	3,2	10,5	
Pielęgniarka	4,6	9,5	
Pracownik DPS	2,4	8,5	
Nieodwiedzenie osoby starszej w czasie dłuższej hospitalizacji lub pobytu w domu opieki społecznej			
Pracownik MOPS	9,1	12,5	p < 0,05
Lekarz	3,9	8,6	
Pielęgniarka	11,3	20,3	
Pracownik DPS	18,2	26,1	
Zgłaszanie faktu zaniedbywania przez samą osobę starszą			
Pracownik MOPS	6,5	10,4	p < 0,05
Lekarz	1,8	4,8	
Pielęgniarka	3,5	7,6	
Pracownik DPS	4,1	14,3	

szkodliwe dla zdrowia i niebezpieczne warunki mieszkaniowe, anty-sanitarne warunki oraz zmniejszanie dawek leków lub niestosowanie wymaganych środków było średnio częściej zgłaszane przez pracowników MOPS. Najczęściej pracownicy MOPS stwierdzali, że osoby starsze zgłaszają, iż są zaniedbywane. Nie-

odwiedzenie osoby starszej w czasie hospitalizacji lub w domu opieki było średnio częściej dostrzegane przez pracowników DPS, w nieco niższym stopniu przez pielęgniarki i pracowników MOPS, natomiast rzadko — przez lekarzy (test Kruskala-Wallis: p < 0,05) (tab. 6).

Oceniając konsekwencje samozaniedbania jako zjawiska społecznego obserwowanego wśród ogółu osób starszych, takie przejawy, jak: odwodnienie, odleżyny, nielezione problemy zdrowotne były średnio częściej postrzegane przez pracowników MOPS i przez pielęgniarki. Brak odpowiednich warunków mieszkaniowych lub szkodliwe dla zdrowia, antysanitarne i niebezpieczne warunki lokalowe jako konsekwencje samozaniedbania osób starszych były częściej zgłaszane przez pracowników MOPS. Również takie przejawy samozaniedbania, jak braki w odzieży lub brak potrzebnych protez (aparaty słuchowe, okulary, protezy zębowe) — mimo posiadania przez osoby starsze niezbędnych środków finansowych — częściej były dostrzegane przez pracowników MOPS i pielęgniarki. Niewykupywanie leków (mimo możliwości finansowych) było wprawdzie najczęściej stopniu wskazywane przez pielęgniarki jako forma samozaniedbania, ale także pozostałe badane grupy oceniały ją bardzo wysoko — jako problem społeczny dotyczący seniorów (test Kruskala-Wallisa: $p < 0,05$) (tab. 7).

Na podstawie przeprowadzonej analizy korelacji związków między różnymi formami przemocy postrzeganymi przez badanych profesjonalistów jako problem społeczny dotyczący osób starszych można zauważyć, że stosunkowo wysoką zależność odnotowano pomiędzy zaniedbywaniem osób w podeszłym wieku a przemocą emocjonalną, porzuceniem i nadużyciami finansowymi, natomiast w przypadku samozaniedbania związek ten odnosił się do porzucenia i przemocy finansowej (tab. 8).

Analizując relacje między różnymi formami przemocy wśród osób starszych obserwowanymi przez badanych w codziennej pracy z osobami starszymi, stosunkowo silna korelacja występowała między zaniedbywaniem i samozaniedbaniem oraz pomiędzy zaniedbywaniem a wykorzystywaniem finansowym osób w starszym wieku; nieco niższe korelacje odnotowano między zaniedbywaniem a przemocą fizyczną i psychiczną. W odniesieniu do samozaniedbania korelacje te osiągnęły nieco niższe wartości; najwyższą odnotowano w odniesieniu do przemocy finansowej (tab. 9).

Oceniając sprawców przemocy wobec podopiecznych w starszym wieku, stwierdzono istotne statystycznie różnice we wskazaniu roli poszczególnych osób; niemniej najczęściej badani wskazywali na syna jako sprawcę zaniedbań wobec osoby starszej (w najwyższym stopniu obserwowali to badani lekarze i pracownicy MOPS). Na synowe lub zięciów jako sprawców zaniedbań zwykle również wskazywali badani

lekarze. Stosunkowo wysoko typowano opiekunów z grona rodziny jako sprawców zaniedbań osób starszych (takie oceny podali wszyscy badani). Znacznie rzadziej badani pracownicy wskazywali na oficjalnych opiekunów spoza rodziny jako osoby odpowiedzialne za zaniedbywanie osób starszych, a także na personel zajmujący się profesjonalnie osobami starszymi (tab. 10, 11).

Wśród osób starszych wskazywanych przez badanych jako najczęściej narażonych na zaniedbanie zgłaszano przede wszystkim osoby powyżej 75. roku życia (najczęściej lekarze), z zaburzeniami psychicznymi (najczęściej lekarze), z rodzin, w których nadużywa się alkoholu (również najczęściej lekarze), z rodzin patologicznych (najczęściej lekarze). Należy podkreślić, że badani lekarze wskazywali także w wyższym stopniu niż pozostałe grupy badanych na ryzyko zaniedbania tych osób starszych, których dzieci mają problemy finansowe lub weszły w konflikt z prawem, jak również osób obłożnie chorych, niesamodzielnych i wymagających pomocy, odizolowanych od otoczenia oraz zdanych na opiekę obcych osób (różnice istotne statystycznie) (tab. 12).

W odniesieniu do osób starszych narażonych na samozaniedbanie również odnotowano odmienne oceny w badanych grupach pracowników. Lekarze najczęściej wskazywali na osoby powyżej 75. roku życia, a także na osoby niepełnosprawne fizycznie, o niskim poziomie wykształcenia i niskim statusie społecznym, z rodzin patologicznych, z rodzin nadużywających alkoholu, osoby obłożnie chore, niesamodzielne, wymagające pomocy, odizolowane od otoczenia i samotne, zdane na opiekę obcych osób (tab. 13).

Wnioski

W przedstawionej analizie wykazano, że zarówno zjawisko zaniedbywania osób starszych, jak i samozaniedbywanie będące ich udziałem są postrzegane przez różne grupy zajmujące się profesjonalną opieką nad osobami w podeszłym wieku zarówno jako patologia społeczna dotycząca tej kategorii wiekowej, a także jako istotny problem, z którym stykają się w swojej codziennej pracy. Niemniej odmienny charakter pracy, jak i płaszczyzna kontaktów z osobami starszymi powodują, że percepcja obu analizowanych zjawisk jest odmienna; pracownicy MOPS działają w środowiskach, gdzie zwykle występuje wyższe ryzyko zetknięcia się z tymi zjawiskami. Podobnie można oczekiwać, że pielęgniarki również działają w środowiskach bardziej narażonych na przejawy zaniedbania lub samozaniedbania. Z kolei lekarze mają do czynienia z kon-

Tabela 7. Postrzeganie przez respondentów samozaniechania jako problemu (częstość występowania przejawów w pracy zawodowej)**Table 7.** Self-neglect as a problem in perception of social and health-care professionals (frequency of indicators in occupational activity)

	Średni odsetek	Odchylenie standardowe	Test Kruskala-Wallisa
Odwodnienie, niedożywienie, nieleczone, niezgłoszone lekarzowi problemy zdrowotne, brak osobistej higieny			
Pracownik MOPS	16,5	21,9	p < 0,05
Lekarz	10,6	22,6	
Pielęgniarka	14,1	23,7	
Pracownik DPS	10,6	17,0	
Szkodliwe dla zdrowia i niebezpieczne warunki mieszkaniowe (grzyb, brak elektryczności, ogrzewania, bieżącej wody, brak ubrania, łazienki)			
Pracownik MOPS	11,4	18,6	p < 0,05
Lekarz	3,0	5,5	
Pielęgniarka	7,2	14,3	
Pracownik DPS	3,8	12,5	
Anty-sanitarne warunki mieszkaniowe (brud, insekty w mieszkaniu, nieczynna toaleta, fetor — moczu, odchody)			
Pracownik MOPS	11,8	18,5	p < 0,05
Lekarz	2,5	5,2	
Pielęgniarka	7,5	15,9	
Pracownik DPS	4,8	15,0	
Braki w odzieży lub potrzebnym sprzęcie medycznym (okulary, aparat słuchowy, protezy zębowe) przy dysponowaniu odpowiednimi środkami finansowymi			
Pracownik MOPS	9,4	15,0	p < 0,05
Lekarz	3,7	9,7	
Pielęgniarka	9,0	19,9	
Pracownik DPS	6,3	12,6	
Brak odpowiednich warunków mieszkaniowych			
Pracownik MOPS	14,1	19,6	p < 0,05
Lekarz	3,2	5,8	
Pielęgniarka	6,5	11,9	
Pracownik DPS	4,6	14,0	
Bezdomność z wyboru			
Pracownik MOPS	2,0	4,2	p < 0,05
Lekarz	1,2	4,6	
Pielęgniarka	2,6	5,9	
Pracownik DPS	3,1	10,6	
Niewykupywanie leków i ich niestosowanie (mimo możliwości finansowych)			
Pracownik MOPS	7,8	10,3	p < 0,05
Lekarz	6,7	11,8	
Pielęgniarka	9,4	17,8	
Pracownik DPS	7,2	14,4	

sekwencjami obu tych procesów, podobnie jak pracownicy DPS.

Wyniki ukazały również, że badani pracownicy socjalni i medyczni postrzegali zarówno zaniedbanie, jak

i samozaniechanie jako problem powiązany z innymi formami przemocy wobec osób starszych. Wskazana przez badanych charakterystyka osób w starszym wieku narażonych na wyższe ryzyko zaniedbania i samoza-

Tabela 8. Korelacja między postrzeganiem przez respondentów nasilenia różnych form przemocy jako problemu społecznego w Polsce (współczynnik r-Spearmana)

Table 8. Correlation between frequency of different forms of violence as a social problem among older people in perception of social and health-care professionals (Spearman r coefficient)

	1)	2)	3)	4)	5)	6)
1) Zaniedbanie	1,00					
2) Samozaniedbanie	0,29	1,00				
3) Przemoc fizyczna	0,30	0,16	1,00			
4) Przemoc emocjonalna	0,36	0,21	0,49	1,00		
5) Porzucenie	0,34	0,31	0,36	0,21	1,00	
6) Przemoc finansowa	0,34	0,31	0,29	0,35	0,30	1,00

Tabela 9. Korelacja między postrzeganiem przez respondentów nasilenia różnych form przemocy jako problemu w pracy zawodowej (współczynnik r-Spearmana)

Table 9. Correlation between frequency of different forms of violence among older people in perception of different occupational groups of social and health-care professionals (Spearman r coefficient)

	1)	2)	3)	4)	5)	6)
1) Zaniedbanie	1,00					
2) Samozaniedbanie	0,44	1,00				
3) Przemoc fizyczna	0,21	0,14	1,00			
4) Przemoc emocjonalna	0,30	0,25	0,36	1,00		
5) Porzucenie	0,31	0,22	0,15	0,15	1,00	
6) Przemoc finansowa	0,40	0,31	0,21	0,41	0,24	1,00

Tabela 10. Sprawcy (z grona rodziny) zaniedbania osób starszych w ocenie respondentów (%)

Table 10. Perpetrators (with family) of neglect among older people in perception of social and health-care professionals

Grupa zawodowa	Syn*	Synowa**	Zięć***
Pracownik MOPS	77,2	41,7	36,2
Lekarz	84,8	72,7	60,6
Pielęgniarka	68,9	47,2	42,5
Pracownik DPS	65,5	43,0	35,2
Ogółem	71,6	46,1	39,5

* $\chi^2 = 7,77$; $df = 3$; $p < 0,05$; ** $\chi^2 = 11,01$; $df = 3$; $p < 0,05$; *** $\chi^2 = 8,21$; $df = 3$; $p < 0,05$

Tabela 11. Sprawcy (spoza rodziny) zaniedbania osób starszych w ocenie respondentów (%)

Table 11. Perpetrators (without family) of neglect among older people in perception of social and health-care professionals

Grupa zawodowa	Pielęgniarka, pracownik socjalny*	Opiekun członek rodziny**	Opiekun spoza rodziny***
Pracownik MOPS	1,6	29,1	11,0
Lekarz	9,4	36,4	24,2
Pielęgniarka	5,7	44,3	12,3
Pracownik DPS	9,9	46,5	21,3
Ogółem	6,2	39,7	16,0

* $\chi^2 = 8,71$; $df = 3$; $p < 0,05$; ** $\chi^2 = 8,21$; $df = 3$; $p < 0,05$; *** $\chi^2 = 8,04$; $df = 3$; $p < 0,05$

Tabela 12. Osoby częściej narażone na zaniedbanie w ocenie respondentów (%)**Table 12.** Characteristics of victims of neglect among older people in perception of social and health-care professionals

	Pracownik MOPS	Lekarz	Pielęgniarka	Pracownik DPS	Ogółem
Mężczyźni ¹	12,1	20,0	4,4	14,6	11,5
Osoby powyżej 75. roku życia ²	53,8	86,7	56,6	49,4	55,2
Osoby cierpiące na dolegliwości bólowe ³	20,5	37,9	14,3	16,3	18,5
Osoby z zaburzeniami psychicznymi ⁴	53,0	80,0	50,4	63,0	57,8
Osoby o niskim poziomie wykształcenia ⁵	20,5	44,8	17,0	16,3	19,7
Osoby o niskim statusie społecznym ⁶	22,7	48,3	25,9	26,8	26,8
Osoby z rodzin, gdzie nadużywa się alkoholu ⁷	61,4	80,0	61,9	53,6	60,0
Osoby z rodzin patologicznych ⁸	52,3	76,7	61,1	56,9	57,9
Osoby, których dzieci mają problemy finansowe ⁹	36,4	60,0	36,6	43,1	40,5
Osoby z rodzin mających konflikt z prawem ¹⁰	28,8	63,3	29,2	37,9	34,6
Osoby obłożnie chore ¹¹	47,0	70,0	41,6	46,8	47,1
Osoby niesamodzielne, wymagające pomocy ¹²	53,8	70,0	46,0	48,4	50,9
Osoby odizolowane od otoczenia ¹³	35,6	50,0	26,5	36,6	34,6
Osoby zdane na opiekę obcych ¹⁴	38,6	53,3	25,0	47,7	39,3

¹ $\chi^2 = 9,13$; ² $\chi^2 = 14,35$; ³ $\chi^2 = 9,37$; ⁴ $\chi^2 = 11,50$; ⁵ $\chi^2 = 13,24$; ⁶ $\chi^2 = 7,99$; ⁷ $\chi^2 = 7,90$; ⁸ $\chi^2 = 6,58$; ⁹ $\chi^2 = 6,82$; ¹⁰ $\chi^2 = 15,12$; ¹¹ $\chi^2 = 7,70$; ¹² $\chi^2 = 6,29$; ¹³ $\chi^2 = 6,71$;
¹⁴ $\chi^2 = 16,63$; df = 3; p < 0,05

Tabela 13. Osoby bardziej narażone na samozaniedbanie w ocenie respondentów (%)**Table 13.** Characteristics of victims of self-neglect among older people in perception of social and health-care professionals

	Pracownik MOPS	Lekarz	Pielęgniarka	Pracownik DPS	Ogółem
Mężczyźni ¹	32,5	56,3	28,7	46,0	38,1
Osoby powyżej 75. roku życia ²	53,2	77,4	68,7	65,8	63,7
Osoby niepełnosprawne fizycznie ³	53,2	87,5	57,4	60,9	59,7
Osoby o niskim poziomie wykształcenia ⁴	29,4	65,6	24,3	31,1	31,4
Osoby z rodzin patologicznych ⁵	43,7	78,1	58,3	60,3	56,1
Osoby o niskim statusie społecznym ⁶	33,3	65,6	42,6	44,4	42,2
Osoby z rodzin nadużywających alkoholu ⁷	54,0	87,5	72,2	64,9	65,3
Osoby, których dzieci i wnuki mają problemy finansowe ⁸	20,8	46,9	27,8	32,0	28,7
Osoby z rodzin mających problemy z prawem ⁹	18,4	40,6	29,6	29,1	17,0
Osoby obłożnie chore ¹⁰	51,6	75,0	43,5	58,9	53,9
Osoby niesamodzielne, wymagające pomocy ¹¹	53,2	75,0	47,8	58,3	55,2
Osoby uzależnione od leków przeciwbólowych ¹²	6,4	21,9	13,0	15,9	12,8
Osoby odizolowane od otoczenia ¹³	38,4	65,6	35,7	51,7	44,4
Osoby samotne, zdane na opiekę obcych ¹⁴	40,5	68,8	35,7	46,4	43,4

¹ $\chi^2 = 14,41$; ² $\chi^2 = 10,09$; ³ $\chi^2 = 12,86$; ⁴ $\chi^2 = 20,32$; ⁵ $\chi^2 = 11,56$; ⁶ $\chi^2 = 16,52$; ⁷ $\chi^2 = 15,52$; ⁸ $\chi^2 = 14,35$; ⁹ $\chi^2 = 8,45$; ¹⁰ $\chi^2 = 12,57$; ¹¹ $\chi^2 = 8,39$; ¹² $\chi^2 = 8,27$; ¹³ $\chi^2 = 14,44$;
¹⁴ $\chi^2 = 12,16$; df = 3; p < 0,05

niedbania jednoznacznie dowodzi, że fakt ten dotyczy odmiennych grup osób starszych, z których jedna, ze względu na stan zdrowia, stwarza swoim opiekunom trudności w wywiązaniu się z prawidłowej opieki lub nie jest w stanie zapewnić sobie właściwej opieki i samodzielnie zadbać o swoje potrzeby. Nato-

miast druga grupa osób starszych, zagrożonych wyższym ryzykiem zaniedbania lub samozaniedbania, wywodzi się ze środowisk dotkniętych również innymi przejawami patologii społecznych.

*Grant przyznany przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Nr 2187/P01/2006/31).

Streszczenie

W niniejszej pracy przedstawiono analizę zjawiska zaniedbywania i samozaniedbywania osób starszych w porównaniu z innymi formami przemocy obserwowanymi w tej grupie. Oceny tego zjawiska dokonano na podstawie opinii 479 pracowników socjalnych i pracowników związanych z opieką medyczną, zatrudnionych w placówkach zajmujących się opieką nad osobami w starszym wieku w Krakowie.

W opinii 58,1% badanych zaniedbywanie osób starszych jest problemem społecznym w Polsce, a na samozaniedbanie wśród osób starszych jako na problem społeczny w Polsce wskazało 57% badanych pracowników.

W swojej codziennej pracy 23,8% badanych spotyka się z problemem zaniedbywania osób starszych, a 34,2% obserwuje przejawy samozaniedbania. Osoby będące ofiarami zaniedbania lub samozaniedbania charakteryzowały się niepełnosprawnością, zaburzeniami w zakresie zdrowia psychicznego, chorobami obłożnymi, zależnością od innych, wiekiem powyżej 75 lat. Ich rodziny często były patologiczne, mające problemy finansowe, w których nadużywa się alkoholu, lub narażonymi na bezrobocie. Sprawcami zaniedbywania osób starszych lub osobami niezapobiegającymi samozaniedbaniu byli najczęściej: syn, synowa, zięć, wnuki i inni członkowie rodziny, opiekujący się osobą starszą.

Analiza korelacji Spearmana wykazała relację między zaniedbywaniem a samozaniedbywaniem ($r = 0,60$), zaniedbywaniem a porzuceniem ($r = 0,41$), przemocą fizyczną ($r = 0,35$), wykorzystaniem finansowym ($r = 0,35$), przemocą psychiczną ($0,38$); natomiast w odniesieniu do samozaniedbania korelacja (r) z przemocą fizyczną wynosiła $0,25$, z wykorzystaniem finansowym — $0,29$, a z przemocą psychiczną — $0,32$.

Gerontol. Pol. 2008; 16, 3: 169–179

słowa kluczowe: zaniedbywanie, samozaniedbywanie, osoby starsze, pracownicy socjalni, pracownicy związani z opieką medyczną

PIŚMIENNICTWO

1. Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the world report on violence and health. World Health Organization, Genewa 2004.
2. Krueger P., Patterson C.: Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. Can. Med. Assoc. 1997; 8: 1095–1100.
3. National Centre of Elder Abuse. Major types of elder abuse. (http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx).
4. Lachs M.S., Pillemer K.: Abuse and neglect of elderly persons. N. Eng. J. Med. 1995; 7: 437–443.
5. Ayres M.M., Woodtli A.: Concept analysis: abuse of ageing caregivers by elderly care recipients. J. Adv. Nurs. 2001; 3: 326–334.
6. Kennedy R.D.: Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. Family Med. 2005; 7: 481–485.
7. Gunstone S.: Risk assessment and management of patients whom self-neglect: a 'grey area' for mental health workers. J. Psych. Ment. Health Nurs. 2003; 10: 287–296.
8. Pavlou M., Lachs M.S.: Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? J. Am. Geriatr. Soc. 2006; 5: 831–842.
9. Gibbons S., Lauder W., Ludwick R.: Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis. Int. J. Nurs. Term. Class. 2006; 1: 10–18.
10. Abrams R.C., Lachs M., McAvay G., Keohane D.J., Bruce M.L.: Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. Am. J. Psych. 2002; 159: 1724–1730.
11. Adams J., Johnson J.: Nurses' perceptions of gross self-neglect amongst older people living in the community. J. Clin. Nurs. 1998; 7: 547–552.
12. Lauder W., Ludwick R., Zeller R., Winchell J.: Factors influencing nurses' judgements about self-neglect cases. J. Psych. Men. Health Nurs. 2006; 13: 279–287.
13. Lauder W.: A survey of self-neglect in patients living in the community. J. Clin. Nurs. 1999; 8: 95–102.
14. Lauder W.: The medical model and other constructions of self-neglect. Int. J. Nurs. Pract. 1999; 5: 58–63.
15. Lauder W.: The utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect. J. Adv. Nurs. 2001; 4: 545–551.
16. Lauder W., Anderson I., Barclay A.: A framework for good practice in interagency interventions with cases of self-neglect. J. Psych. Men. Health Nurs. 2005; 12: 192–198.
17. Lauder W., Anderson I., Barclay A.: Sociological and psychological theories of self-neglect. J. Adv. Nurs. 2002; 3: 331–338.