

Nasilje nad starijim osobama

Slipčević, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:436363>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-08**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



zir.nsk.hr



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Ana Slipčević

NASILJE NAD STARIJIM OSOBAMA

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Ana Slipčević

NASILJE NAD STARIJIM OSOBAMA

Završni rad

Mentor:

Prof. dr. sc. Rosanda Mulić

Split, 2014.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Demografske promjene u Republici Hrvatskoj.....	3
1.2. Nasilje u obitelji.....	6
1.2.1. Nasilje nad starijim osobama.....	9
1.2.2. Vrste nasilja nad starijim osobama.....	11
1.2.2.1. Fizičko nasilje.....	11
1.2.2.2. Psihičko nasilje.....	11
1.2.2.3. Materijalno nasilje.....	11
1.2.2.4. Spolno nasilje.....	12
1.2.2.5. Socijalno nasilje.....	12
1.3. Zašto starije osobe poriču nasilje.....	13
1.4. Pad.....	13
1.5. Kako pomoći starijim osobama u rješavanju problema nasilja.....	15
2. CILJ RADA	16
3. METODE I POSTUPCI	17
4. REZULTATI	18
5. RASPRAVA	36
5.1. Teorije nastanka nasilja nad starima.....	39
5.1.1. Situacijski model.....	39
5.1.2. Teorija društvene razmjene.....	40
5.1.3. Simboličko interakcijska teorija.....	41
5.1.4. Ekološki model.....	41
5.2. Dosadašnje spoznaje o istraživanju nasilja nad starijim osobama.....	42
5.3. Uloga medicinske sestre u suzbijanju nasilja.....	44

5.3.1. Pristup zlostavljanoj osobi.....	44
5.3.2. Prepoznavanje nasilja u obitelji.....	45
5.3.3. Protokol u slučaju nasilja u obitelji.....	46
5.3.4. Prevencija nasilja u obitelji.....	47
5.3.5. Nasilje u obitelji i državne službe.....	48
5.4. Preporuke za starije osobe.....	49
6. ZAKLJUČAK.....	50
7. SAŽETAK.....	51
8. SUMMARY.....	52
9. LITERATURA.....	53
10. ŽIVOTOPIS	59

Osobitu zahvalnost iskazujem svojoj mentorici prof. dr. sc. Rosandi Mulić, dr. med., na stručnoj potpori, savjetima i pomoći.

Zahvaljujem se posebno i dr. sc. Iris Jerončić Tomić koja mi je na sve moguće načine pomogla, te svojim znanstvenim i stručnim uvjetima oblikovala ideju i pomogla mi u izradi ovog završnog rada.

1. UVOD

Dva pojma koja najčešće izgovaramo skupa, a da gotovo ne primjećujemo razliku u njihovom značenju su starost i starenje. Starost je posljednje razdoblje u životu čovjeka. To je ono razdoblje života u kojemu je očito propadanje struktura i funkcija organizma, svojstava i sposobnosti čovjeka (1).

Po klasifikaciji UN uzima se dobna granica od 65 godina kao granica starosti dok prema kriterijima SZO starost dijelimo na raniju (65-74), srednju (75-84), i duboku starost od 85 i više godina. Dob pojedinca, nije jedini čimbenik kojeg treba uvažavati prilikom planiranja skrbi o starijim osobama (2). Važnija je funkcionalna sposobnost, sposobnost pojedinca za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Starija osoba znatno oštećene funkcionalne sposobnosti potrebna je potpore drugih pojedinaca i sustava. Starost ne znači uvijek bolest i nesposobnost. Brojne starije osobe imaju još uvijek velike kreativne i socijalne potencijale, što treba uvažiti prilikom planiranja oblika skrbi.

Starenje populacije jedan je od najvećih izazova s kojim se svijet suočava, položaj starih ljudi u društvu, njihova kvaliteta života i trendovi u politici skrbi predmet su interesa razvijenih zemalja (3,4). Podatci UN-a govore o povećanju starijeg stanovništva za 2% godišnje (5). Procjena je da će 2050. godine na svijetu živjeti 2 milijarde starih ljudi. Najbrže rastuća dobna skupina je ona od 80 godina i više sa stopom rasta od 4,2% godišnje te će ova skupina 2050. činiti petinu starijeg stanovništva (6,7,8).

Hrvatsko društvo je „vrlo staro“, spada u četvrtu grupu država svijeta po klasifikaciji UN-a zbog udjela 65 godišnjaka od 17,17% (9,10). U određivanju ostarjelosti stanovništva prema veličini udjela stanovnika u dobi od 65 i više godina u ukupnom stanovništvu koristi se klasifikacija Ujedinjenih naroda. Prema njoj, ukoliko na nekom području živi više od 10% stanovnika te dobi, smatra se područjem s vrlo starim stanovništvom. Svaki šesti stanovnik je stariji od 65 godina. Projekcijom u

razdoblju do 2031. godine, prosječna dob Hrvata povećat će se na čak 47,5 godina (11,12).

Već tri desetljeća Hrvatsku možemo ubrojiti u zemlje niskog nataliteta, čija je stopa rađanja oko 9 na 1000 stanovnika u zadnjih desetak godina. Od 1991. godine u Hrvatskoj bilježimo više umrlih nego rođenih, odnosno “prirodni pad” stanovništva (14). Na ukupno kretanje broja stanovnika utjecalo je dugogodišnje smanjivanje broja rođenih, porast smrtnosti mlađih dobnih skupina tijekom rata i negativni migracijski trendovi u prošlom desetljeću. Od 1991. godine Hrvatska ulazi u depopulacijsku fazu prirodnog kretanja. U 2011. godini je rođeno 41.197 djece, umrlo je 51.019 osoba te je bilo 9.822 umrlih više nego rođenih. Natalitetna stopa je iznosila 9,4/1.000, mortalitetna 11,6 /1.000, stopa općeg fertiliteta 40,4, a negativna stopa prirodnog kretanja -2,2.

Prema podacima “Health For All” baze zdravstvenih pokazatelja Svjetske zdravstvene organizacije u Hrvatskoj je u 2009. godini očekivano trajanje života pri rođenju (za oba spola zajedno) iznosilo 76,4 godine, odnosno za žene 79,8 godina, a za muškarce 73,0 godine (14). Očekivano trajanje života pri rođenju je, prema podacima Državnog zavoda za statistiku u 2011. godini, u Hrvatskoj bilo za oba spola 77,0 godina, samo za žene 80,0 godina, a za muškarce 73,9 godina. U 2010. godini pozitivno prirodno kretanje je u pet županija: Splitsko-dalmatinskoj, Dubrovačko-neretvanskoj, Međimurskoj, Zadarskoj županiji i Gradu Zagrebu. Sve ostale županije bilježe prirodni pad, a prema državnom prosjeku, na 100 umrlih je 82 živorođenih (u 2009. godini 85). Već iduće godine statistički podaci govore da je pozitivno prirodno kretanje samo u jednoj županiji - Gradu Zagrebu. Sve ostale županije bilježe prirodni pad, a prema državnom prosjeku, na 100 umrlih je 80,7 živorođenih (u 2010. godini 82,3). Prosjek očekivanog trajanja života pri rođenju za zemlje EU-a je za oba spola zajedno 79,6 godina, samo za muškarce 76,5 godina, a za žene 82,6 godina (14).

Nasilje je sve češća pojava u današnjem društvu. U javnosti se mnogo govori i piše o nasilju nad ženama i djecom. Mnoge preventivne i humanitarne akcije usmjerene su njegovom sprječavanju. Osobe starije životne dobi također su osjetljiva društvena skupina i moguće žrtve nasilja, ali o njima se vrlo malo govori i piše. Jesmo li se ikada zapitali što se događa sa starim ljudima? Kakvo je zdravstveno stanje neke starije osobe za koju ukućani kod liječnika dolaze po godinama istu terapiju lijekovima? Je li se

novčana naknada za pomoć i njegu starije osobe iz sustava socijalne skrbi zaista i troši za potrebe starije osobe? Sve su to pitanja na koja ne možemo dati odgovore. Obiteljsko nasilje nad osobama starije životne dobi obavijeno je šutnjom i tamnim brojkama, što ne znači da i nije prisutno u našem društvu.

1.1. Demografske promjene u Republici Hrvatskoj

S gustoćom naseljenosti od 76 st./km² Hrvatska je jedna od rjeđe naseljenih europskih zemalja, poput Norveške, Finske, Švedske, Estonije, Latvije, Litve, Irske i Bugarske.

U posljednjih 150 godina na razvoj stanovništva djelovalo je više čimbenika, od kojih su najvažniji kontinuirano, katkad i intenzivno iseljavanje stanovništva u europske i prekomorske zemlje te svjetski ratovi i Domovinski rat.

Iako se u razdoblju od 150 godina stanovništvo Hrvatske udvostručilo, to je malen porast u usporedbi s drugim zemljama (npr. u istom se razdoblju stanovništvo Nizozemske povećalo 3,5 puta). Stanovništvo je uglavnom raslo, osobito visokom stopom potkraj 19. st., kad je ušlo u prvu etapu demografske tranzicije, obilježene visokim stopama prirodne promjene. Početkom 20. st. povećava se iseljivanje, pa se stopa porasta stanovništva smanjuje, a izbijanjem Prvoga svjetskog rata i epidemije španjolske gripe prvi je put došlo do smanjenja broja stanovnika. Nakon blagog oporavka 1920-ih, ponovno su slijedila ratna zbivanja i drugo smanjenje stanovništva. Brži porast stanovništva od 1960-ih do 1980-ih usporavalo je smanjenje prirodne promjene, izravno povezano sa smanjenom stopom nataliteta, te izraženo iseljivanje na „privremeni rad“. U takvim je okolnostima stanovništvo Hrvatske ubrzano prošlo kroz demografsku tranziciju. Već je kraj 1980-ih obilježen niskom stopom prirodne promjene, što ni u kom slučaju nije bilo u skladu sa stupnjem gospodarskog razvoja. S tako oslabljenom bazom stanovništva (osobito onoga reproduktivnoga) Hrvatska je 1990-ih prošla kroz još jedan rat i za život nesigurno poraće, a posljedica treće smanjenje broja stanovnika u 20. stoljeću (2).

Nakon Drugoga svjetskog rata strukturu naseljenosti Hrvatske obilježavala je visoka disperzivna naseljenost s početka stoljeća, odnosno vrlo velika brojnost malih naselja. Ovakva struktura naselja bila je posve neprimjerena tadašnjim izmijenjenim društveno-

gospodarskim uvjetima i ubrzanom industrijalizaciji, odnosno razvoju sekundarnih i tercijarnih djelatnosti. Proces ubrzanog napuštanja agrara i razvoj industrije imao je za posljedicu iseljavanje ruralnih područja i određenu, urbanu, koncentraciju stanovništva.

Veća naselja, odnosno gradovi, postavši nositelji tadašnjega gospodarskog razvitka, sve više su akumulirali radno i fertilno stanovništvo, a samim time jačali i populacijski. U procjeni ovog učinka valja imati na umu da se gradovi općenito ne razvijaju i ne mijenjaju kao entiteti nezavisno od svog okruženja. Znano je da ni jedan grad ne raste isključivo na temelju svog populacijskog prirasta, već tomu pridonose selektivni imigracijski tokovi, koji prije svega dolaze iz seoskih područja.

Nepovoljna migracijska kretanja u drugoj polovini 20. i u prvim godinama 21. stoljeća odrazila su se i na dobni i spolni sastav stanovništva. Ubrzano starenje i vrlo visoka zastupljenost ostarjelih u ukupnoj populaciji stanovništva Republike Hrvatske odlika je koja ne jamči brzi vitalni oporavak. Godine 2001. udjel mladih u dobi 0 – 19 godina bio je 23,8%, a starih, u dobi od 65 godina i više, 15,8%. Ostarjelo stanovništvo i daljnje starenje stanovništva obilježava sve hrvatske županije, a najnepovoljniju dobnu strukturu ima Ličko-senjska županija, s udjelom od 22,7% starijih u ukupnom broju stanovnika. Prema popisu 2001. godine, zastupljenost starijeg stanovništva od 20% i više zabilježena je u 166 od 546 gradova i općina (2).

Dugotrajna depopulacija donijela je mnoge negativne posljedice, poput smanjenja jezgre stanovništva koja stvara nove naraštaje, smanjenja radno aktivnog stanovništva, povećane potrebe za skrbi ostarjelog stanovništva, odnosno povećanog ekonomskog i socijalnog opterećenja državnoga proračuna u području mirovinskoga, socijalnog i zdravstvenog zbrinjavanja starijih osoba i sl.

Osim po smanjenju broja stanovnika, suvremena demografska slika Hrvatske u mnogočemu je slična onoj ostalih članica Europske unije. Obilježavaju je još tri procesa: starenje, prirodna depopulacija te prostorna polarizacija stanovništva.

Produljenjem očekivane životne dobi na 80 godina za žene i 73 za muškarce stanovništvo sve brže stari. Prosječna se starost s 30,7 godina prije šezdesetak godina povisila na 41,7 godina. U dobi od 60 i više godina danas je gotovo četvrtina stanovnika Hrvatske (24%), a prije pedesetak godina taj je udio iznosio 12%. Stanovništvo u osnovnoškolskoj dobi danas čini tek 15% ukupne populacije, a početkom 1960-ih taj je udio bio 27%. S procesom starenja stanovništva usko je povezana prirodna

depopulacija, odnosno smanjenje stanovništva zbog više umrlih nego rođenih, te pad prosječnog broja djece po ženi u fertilnoj dobi, čime se Hrvatska također svrstava uz bok ostalih europskih država (iznimka je Island sa stopom od 2,15) (2).

Prirodna promjena od $-2,0\%$, poput ostalih demografskih procesa u Hrvatskoj, ima višedesetljetnu povijest. Natalitet neprekidno pada od 1950-ih, mortalitet se od 1970-ih povisuje, a od 1990-ih, kad je smrtnost povećana ratnim gubitcima, negativne su i vrijednosti prirodne promjene.

Broj starih 75 i više bit će 2031. veći za 121.900 (51,2%) nego 2001., udio će porasti s 5,4 na 9,8% (15). Starim dobnim skupinama, koje uvelike čine bolesni i često nepokretni ljudi, potrebni su sveobuhvatna skrb, posebna njega i odgovarajući smještaj. To će snažno opteretiti fondove socijalne skrbi i zdravstvene zaštite. Udio troškova državnog proračuna za mirovine i zdravstvenu skrb o starom stanovništvu do 2050. gotovo će se udvostručiti (13).

S povećanjem broja starih ljudi javlja se sve veća potreba za pružanjem raznih oblika neformalne skrbi tom kontingentu stanovništva. Zbog sve manjeg broja djece u obitelji smanjuje se krug glavnih pružatelja skrbi starijima. "Budućim starim ljudima bit će sve teže naći nekoga tko će im pružiti neposrednu skrb, posebice kada je posrijedi svakodnevna emocionalna potpora, praktična pomoć u kućanstvu i pružanje različitih oblika njege" (15). Prosječni hrvatski umirovljenik, koji nema člana obitelji ili prijatelja koji mu može pružiti neki oblik skrbi, od tekućih prihoda ne može platiti razne vrste usluga koje mu mogu zatrebati: primjerice pomoć u održavanju stana, osobnoj higijeni, nabavljanju hrane, prijevozu do liječnika i dr.

Izvjescno je da će sve veći broj starih živjeti osamljeno, s rijetkim obiteljskim kontaktima ili bez njih, čime će biti izloženi društvenoj izolaciji. Sve to zahtijeva prilagodbu oblika i vrste skrbi o starijima. Naime ako se znatno smanjuje broj potencijalnih pružatelja neformalne skrbi, u ispražnjeni će prostor morati u većoj mjeri ući institucionalna zaštita, odnosno organizirana zdravstvena njega i razni oblici socijalne skrbi.

Nepovoljne posljedice starenja stanovništva dolaze do punog izražaja na lokalnoj, razini. Mnoga su ruralna naselja bila zahvaćena demografskim pražnjenjem i starenjem već polovinom 20. stoljeća (1). Stalna erozija generacija, dugotrajno smanjenje fertiliteta i starenje otvaraju niz teško rješivih egzistencijalnih i drugih problema (1).

Opća je tendencija u Hrvatskoj da selo u sve većoj mjeri postaje zajednicom staračkih domaćinstava, bez mladih i nasljednika. U mnogim su selima sadašnji ostarjeli seljaci uglavnom i njihovi posljednji stanovnici. Njihovim izumiranjem mnoga će naselja ostati samo geografski pojmovi. U ostarjeloj populaciji dolazi do smanjenja ekonomske aktivnosti, a gasi se društveni i kulturni život. Proučavajući seosko stanovništvo, S. Livada piše i sljedeće „Kritični prag (kada nastupaju određene silazne putanje životnih funkcija) se dostiže u prosjeku poslije 60-e godine starosti za žene, odnosno 65-e za muškarce. Razdoblje nakon prekoračenja kritičnog praga starosti obilježeno je brojnim proizvodnim i drugim karakteristikama, kao što su slabije opće održavanje domaćinstva, manja ulaganja u gospodarstvo, slabija obrada zemlje, smanjenje stočnog fonda, slabije održavanje gospodarskih i stambenih objekata... Nastupaju i određeni psihosocijalni sindromi u ponašanju ostarjelih poljoprivrednika, žena i muškaraca...” (15). Starost postaje ne samo teška i osamljena nego i umnogome tragična. Posebice je depresivno stanje u malim, prometno slabije dostupnim i slabo naseljenim selima (1).

1.2. Nasilje u obitelji

Definiciju zlostavljanja starijih osoba razvila je britanska organizacija Akcija protiv zlostavljanja starijih osoba, koju je preuzela i Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), a prema kojoj je „zlostavljanje starijih osoba pojedinačna ili ponovljena radnja“, ili pak nedostatak odgovarajuće akcije koja je izostala u odnosima u kojima je očekivano povjerenje zbog čega je nastala šteta ili nepravilnost za osobu starije životne dobi (16). Odnosi koje karakterizira povjerenje značajni su, bilo da se radi o partnerima, primarnim njegovateljima, djeci, unucima, zdravstvenim i socijalnim radnicima, bližoj i daljoj rodbini ili pomagačima u kući. Povjerenje starije osobe je ključno za pitanje zlostavljanja bez obzira da li se radi o rodbinskim, formalnim, neformalnim, bližnjim ili profesionalnim odnosima.

S vremenom nasilje u obitelji, ukoliko nema pravovremenu intervenciju, ima tendenciju pogoršanja kada je pitanju učestalost i ozbiljnost. Američka psihologinja Lenor Walker identificirala je tri faze ciklusa nasilja koje su najviše primjenjive kada je

u pitanju nasilje u partnerskim odnosima i nasilje nad starijim osobama koje su funkcionalno i kognitivno sposobne (17).

Kada je u pitanju nasilje nad djecom i starijim osobama u teškom psihofizičkom stanju, dinamika nasilja ide u pravcu kontinuiranog demonstriranja moći nasilnika.

Ciklus nasilja je termin koji se koristi da bi se objasnio obrazac nasilja u kojem sa povećanom tenzijom dolazi do nasilnih epizoda, koje se zatim stišavaju sve dok incident zlostavljanja ne izbljedi i ne prijeđe u fazu mirnog perioda, a zatim se čitav ciklus ponavlja.

Zadnja etapa „ciklusa nasilja“ ima za cilj zadržati osobu u vezi, jer će se ona uvjeriti da je užas završio, iako on, ustvari, tek počinje.

U fazi nasilnog ponašanja moć je na strani zlostavljača, dok se u fazi pomirenja zlostavljač prepušta na milost i nemilost žrtve, te ona prividno ima svu moć. Upravo ta izmjena dobrog i lošeg ponašanja daje žrtvi nasilja u partnerskim odnosima lažnu nadu da će nasilnik promijeniti svoje ponašanje, što je ujedno i snažan motiv da se osoba vrati u zlostavljačku vezu, čak i u situacijama kad je već napustila zlostavljača. Kod žrtve se učvršćuje iluzija o apsolutnoj međusobnoj zavisnosti (17).

Iz perspektive žrtve objašnjenje pojedinih dijelova ciklusa nasilja je sljedeće:

– **Faza povećanja napetosti u odnosima**

Faza podrazumijeva incidente vezane za fizičko zlostavljanje kao: prijetnje udarcima, gurkanje, verbalno/psihološko zlostavljanje... S povećanjem napetosti povećava se strah žrtve i nesigurnost (strah od fizičkog zlostavljanja i posljedica). Obično u ovoj fazi, ukoliko se žrtva opredijeli za traženje pomoći, nema izlaza ili stvarne podrške i žrtva često dobije odgovor da "ništa ne može biti pokrenuto dok se ne pojave evidentni znakovi zlostavljanja".

U ovoj fazi žrtva može:

- pokušavati smanjiti vlastiti osjećaj ljutnje i izbjegavati najmanju „eksplozivnu“ situaciju,
- pokušavati kontrolirati situaciju i mijenjati okruženje u cilju prevencije nasilja,
- minimalizirati i negirati nasilje,
- skrivati nasilje,
- opravdavati nasilno ponašanje,
- pokušati se emocionalno izolirati.

Nemogućnost žrtve da se suoči sa realnošću i ozbiljnošću situacije omogućava nasilnicima ponavljanje nasilja, a ova faza može trajati duži vremenski period (tjedan, tjedni, mjesec, mjeseci).

1. Faza nasilne epizode

Tokom ove faze, epizode nasilja se pojavljuju sa velikim intenzitetom što rezultira teškim fizičkim povredama, a ponekad i povredama sa smrtnim ishodom. Ovo je obično najkraća faza ciklusa nasilja i traje od nekoliko sati do 24 sata.

U ovoj fazi žrtva može:

- osjećati potpuni gubitak kontrole nad situacijom, svojim okruženjem i svojim životom,
- osjećati se uhvaćenom u psihološku zamku,
- razmišljati o traženju medicinske pomoći,
- imati iskustvo traumatskog događaja,
- imati nepovjerenje u policiju i pravnu zaštitu i uvjerenje kako će traženje takve vrste podrške pogoršati situaciju (u nekim slučajevima žrtva štiti nasilnika od policijske intervencije).

2. Nenasilna faza – faza mirovanja (pomirenja)

Okruženje u kojem se nalazi žrtva je mirnije, nekada je čak i ugodno. Ovo je najduža faza u početku odnosa u kojima se razvija nasilje, ali s vremenom se unutar takvih odnosa ova faza progresivno skraćuje i u vrlo kratkom vremenskom periodu prelazi u fazu povećanja napetosti.

U ovoj fazi žrtva može:

- iskusiti iluziju dobrobiti,
- vjerovati da je ona ključ podrške za emocionalnu stabilnost nasilnika,
- vjerovati mnogim obećanjima nasilnika,
- osjećati se odgovornom za dobrobit nasilnika.

1.2.1. Nasilje nad starijim osobama

Starije osobe predstavljaju specifičnu i ranjivu grupu i kao takve predstavljaju moguće žrtve nasilja, o čemu se malo zna, govori i piše. Ako se o tome i piše, taj fenomen u medijima dobiva senzacionalistički karakter. Malo je znanstvenih istraživanja koja se bave ovom tematikom, bilo da se radi o nasilju u obitelji ili o nasilju u institucijama. Nasilje nad starijima u našem društvu obavijeno je nizom tajni iz različitih razloga, a nedostatak preciznih podataka ne dokazuje da ga nema. Starije osobe žrtve nasilja često osjećaju stid i strah da priznaju kako njihovi najbliži loše postupaju prema njima. Neki krive sebe za to što im se događa, dok drugi žive u izolaciji, a često misle da se i drugima događa isto. Neki se pak boje posljedica onoga što ih čeka ako otkriju svoju situaciju. S druge strane, treba imati u vidu da postoje široko rasprostranjene predrasude i stereotipi o starijim ljudima. Vrlo često se na njih gleda kao pasivni i nemoćni članovi društva koji ne mogu doprinijeti razvoju zajednice i koji, kao takvi, predstavljaju teret za društvo. Istina je sasvim drugačija, jer upravo isključivanje starijih iz svakodnevnog života ukida zajednici ogromni potencijal u kulturnom, socijalnom, edukativnom, ekonomskom i profesionalnom pogledu.

Pristup žrtvi nasilja:

1. Postavljanje pitanja odnosno intervjua najbolje je uključiti kao dodatni dio uzimanja anamneze ili funkcionalne procjene, ako se radi o starijem pacijentu mogućoj žrtvi nasilja, ili pregleda.
2. Od posebnog značaja je uspostaviti odnos povjerenja i omogućiti okruženje privatnosti za sve žrtve nasilja.
3. Kada su u pitanju starije osobe, procjenu je potrebno započeti s općenitim i jednostavnim pitanjima o sigurnosti u vlastitom domu, kao: „Osjećate li se sigurno u svom domu?“ ili „Tko Vam priprema obroke?“, ili „Tko vodi brigu o plaćanju Vaših računa, podizanju mirovine?“ i sl. Razgovor zatim treba usmjeriti na specifična pitanja koja bi mogla pomoći u prepoznavanju elemenata mogućeg zanemarivanja / zlostavljanja, kao npr. „Slažete li se sa sinom ili kćerkom?“, ili „Imate li nesuglasica s članovima svoje obitelji koji Vas njeguju? Ukoliko su odgovori pozitivni, potrebno je nastaviti s pitanjima, kao: „Ako

imate nesuglasice, što se događa?“ ili „Je li netko vikao na Vas u posljednje vrijeme?“ ili „Čekate li dugo da Vam donesu čistu odjeću i posteljinu ili pripreme hranu?“ ili „Je li Vas netko prisiljavao da stalno boravite u svojoj sobi?“ ili „Je li Vas netko gurnuo, udario, šutnuo ?“.

4. U procjeni mogućeg nasilja nad starijom osobom tijekom uzimanja intervjua (anamneze) i fizikalnog pregleda potrebno je obratiti pažnju na sljedeće:
 - intervju sa starijom osobom obaviti nasamo,
 - posebno posvetiti pažnju na ukupni dojam i ponašanje starije osobe (uplašenost i povlačenje),
 - posebno obratiti pažnju na ponašanje njegovatelja prema starijem pacijentu,
 - pažljivo pregledati kožu i sluznice, pažnju obratiti na turgor kože i ostale znakove moguće dehidracije,
 - razmotriti lezije na koži i njihov oblik ukoliko ih ima, posebno ukoliko ste uočili da se radi o promjenama u različitim fazama zacjeljivanja, obvezno procijeniti i pruženi tretman i njegu za sve uočene promjene uključujući i ulcerozne dekubituse,
 - pregledati glavu i vrat, a naročito obratiti pažnju na eventualnu prisutnost traumatske ćelavosti i podlijeva na glavi,
 - kada je u pitanju mokraćno spolni sustav, obratiti pažnju na rektalno i vaginalno krvarenje i eventualnu prisutnost ozljeda u tom predjelu,
 - pregledati udove, posebno promjene na ručnim i nožnim zglobovima koje mogu biti posljedica vezanja u cilju ograničenja kretanja teško bolesne starije osobe,
 - obratiti pažnju na uočene simptome depresije i anksioznosti, zatim postojanje određenih psihijatrijskih poremećaja kao što su delirij i halucinacije,
 - procijeniti potrebu i primijeniti formalno testiranje mentalnog stanja,
 - opredijeliti se za dijagnostičke procedure ovisno o medicinskoj evaluaciji, npr. nužne laboratorijske, radiološke i UV pretrage,
 - postaviti pitanja vezana uz financijsko stanje starije osobe, te pitanja vezana uz ostale osobe koje čine socijalnu mrežu starije osobe (pitanja su značajna za iniciranje aktivnosti ostalih službi koje mogu pomoći starijoj osobi u slučajevima zlostavljanja ili zanemarivanja) (16).

1.2.2. Vrste nasilja nad starijim osobama

1.2.2.1. Fizičko nasilje

Odnosi se na svaki oblik fizičkog zlostavljanja, bez obzira na to kojeg je pojavnog oblika i intenziteta te uključuje: guranje, šamaranje, premlaćivanje, čupanje kose, udaranje rukama, nogama ili predmetima, nanošenje povreda različitim vrstama oružja, opekotine, prisiljavanje starije osobe da ostane u krevetu ili stolici prisiljavanje da ostane u sobi i zaključavanje, uskraćivanje lijekova ili davanje prevelike doze lijekova, nedovoljna količina hrane i vode. Iako je lako prepoznatljiv oblik nasilja u obitelji, vrlo često žrtve skrivaju tragove, uz razna opravdanja za sumnjive ozljede. Tjelesno nasilje, odnosno primjena fizičke sile, po članku 4. Kaznenog zakona o zaštiti od nasilja u obitelji, se smatra nasiljem bez obzira je li nastupila tjelesna ozljeda ili nije (16).

1.2.2.2. Psihičko nasilje

Psihičko – emocionalno - mentalno nasilje podrazumijeva pokušaje dehumanizacije i podcjenjivanja starijih osoba, kao i postupanje u cilju smanjenja samopoštovanja starije osobe i nepoštovanja njenog emocionalnog i psihološkog integriteta. Ovaj oblik zlostavljanja uključuje: ismjehtavanje, ruganje, ponižavanje, nazivanje pogrdnim imenima, verbalno napadanje, prijeteće ponašanje, prijetnje da će biti napuštene i ostavljene same, zastrašivanje (da neće dobiti hranu...) socijalnu izolaciju i zabranu posjeta, negiranje prava starijih (pravo na izbor, mišljenje i privatnost), ignoriranje, pretjerano kritiziranje i naređivanje, konstantno nametanje pitanja smrti i namjerni razgovori na tu temu, postupanje sa starijim osobama kao da su djeca (16).

1.2.2.3. Materijalno nasilje

Ekonomsko - materijalno zlostavljanje odnosi se na korištenje novca ili vlasništva starije osobe na nepošten način, a u korist zlostavljača. Svako postupanje bez znanja i dopuštenja starije osobe, na način da se neprikladno i protiv zakonito koristi njihova imovina ili novac, predstavlja ekonomsko zlostavljanje. Obuhvaća novčane

manipulacije ili iskorištavanje a uključuje prevare, krađu, zloupotrebe, ucjene. Također može uključivati: krađu novca, vrijednosti ili penzije, prodaju imovine bez pristanka, prisiljavanje starijih da prenesu vlasništvo ili novac na treću osobu, zloupotrebu punomoći, laganje o stvarnoj cijeni prilikom kupovine robe za starije – „naplaćuje” im se više, potpisivanje dokumenata umjesto njih, mijenjanje testamenta, a da starija osoba nije upoznata s tim, nedozvoljavanje starijoj osobi da se iseli, na primjer, u dom, kako bi zlostavljači i dalje mogli zloupotrebjavati primanja starije osobe (16).

1.2.2.4. Spolno nasilje

Spolno nasilje podrazumijeva seksualno iskorištavanje i uznemiravanje starije osobe bez njene volje i pristanka. Uključuje neprikladno diranje, milovanje, ljubljenje, prisiljavanje na oralni ili genitalni kontakt, primoravanje na gledanje pornografskih filmova... Žrtve seksualnog nasilja najčešće su žene životne dobi preko 70 godina, potpuno zavisne ili na niskom nivou nezavisnosti. Nasilnici su najčešće pružatelji njege. Ne treba zaboraviti da starije osobe imaju veće genitalne traume od mlađih žrtava i najčešće se stide prijaviti ovakvu vrstu nasilja (16).

1.2.2.5. Socijalno nasilje

Socijalno nasilje se događa kada se netko isključuje iz grupnih aktivnosti, ogovara, kada se pričaju laži o nekoj osobi ili nagovaraju druge da se s tom osobom ne druže. Obuhvaća kontrolu kretanja, aktivnosti, ograničavanje socijalnih komunikacija (16).

1.3. Zašto starije osobe poriču nasilje?

Starije osobe se brinu što će „drugi reći“, „što će drugi misliti“ – obitelj, prijatelji i drugi. Tradicionalna kultura: osjećanje sramote i stida, strah da će, ako prijave nasilje, biti smještene u instituciju, strah da će se nasilje nastaviti i da će biti još agresivnije ukoliko prijave nasilnika, strah da im se neće vjerovati, strah da nitko drugi neće više brinuti o njima, osjećaj krivnje da će nasilnik biti kažnjen zatvorskom kaznom.

Prijavljivanje nasilja posebno je otežano kod starijih osoba koje su zavisne i nepokretne ili kod onih starijih osoba koje imaju kognitivne probleme. Radi se o osobama koje fizički i kognitivno nisu u stanju prijaviti zlostavljanje.

1.4. Pad kao vanjski uzrok smrtnosti

Pad je iznenadna, nenamjerna promjena položaja koja dovodi osobu na niži nivo, predmet, pod ili zemlju, a nije posljedica nagle paralize, epileptičnih napada ili vanjske sile. Svake godine jedna trećina 65-godišnjaka i starijih pati od zdravstvenih problema koji su posljedica pada. Podaci pokazuju da u Sjedinjenim Američkim Državama, od 35 milijuna starijih osoba, 10 milijuna pretrpi pad. Padovi su vodeći uzrok smrtnosti i ozljeđivanja kod starijih osoba, koje za posljedicu imaju invalidnost i nepokretnost, što često zahtijeva trajnu medicinsku skrb i visoke troškove liječenja. Samo je u 2000. u SAD-u bilo 1,8 milijuna posjeta bolnicama zbog pacijenta koji su pali, s 340.000 prijeloma kuka i 16,4 milijarde dolara izravnih medicinskih troškova.

Promatrajući ukupno sve dobne skupine nasilnih smrti zbog ozljeda, to jest vanjskih uzroka pobola i smrtnosti, ozljede nisu posebnost starije životne dobi. Ozljede su učestalije u mlađim životnim dobima, jer su povezane s većom aktivnošću i pokretljivošću mlađih naraštaja. Međutim, kada se izdvojeno promatraju skupine nasilnih smrti u srednje razvijenim zemljama i zemljama u razvoju tada su uzroci smrti zbog padova najučestaliji i to najviše u najstarijoj životnoj dobi (18).

Padovi se događaju svakodnevno. U najvećem broju slučajeva padovi u starijih osoba uzrokuju lake ozljede koje ne zahtijevaju zdravstvenu skrb. Međutim, u jednom

manjem dijelu zbog pada nastaju teške ozljede koje zahtijevaju bolničko liječenje, a posljedice pada su nerijetko i smrtni ishodi. Teške posljedice pada na ukupno zdravstveno stanje i funkcionalnu sposobnost posebno su izražene u osoba starije dobi (19).

Istraživanja u nekim razvijenim zemljama (SAD, Kanada) pokazala su da trećina stanovnika sa 65 i više godina i polovina stanovnika od 80 i više godina ima jedan ili više padova u godini dana. Oko 6-10% padova rezultira prijelomom, a najčešća mjesta su bedrena kost i zapešće. Prijelomi kostiju, osobito u starijoj životnoj dobi, ostavljaju značajne posljedice. Velikom broju pacijenata neophodno je dugotrajno stacionarno ili ambulantno liječenje. Ne može se zanemariti niti smrtni ishod kod oko 10 -20% starijih bolesnika s prijelomom kuka-bedrene kosti (20,21).

Od svih nasilnih smrti (padovi, prometne nesreće, namjerna samoozljeđivanja, napadi, utapanja, otrovanja...), padovi su najčešći uzroci nasilne smrti koje društvena zajednica ne shvaća ozbiljno i ne radi dostatno na njihovom sprječavanju sustavnim, stalnim i cjelovitim uklanjanjem rizičnih čimbenika. Zbog toga, a još više zbog sve većeg broja starih osoba u ukupnoj populaciji, padovi su u stalnom porastu manje u razvijenim, a više u srednje razvijenim zemljama i zemljama s niskim prihodima.

Prema podacima iz baze podataka Europskog ureda Svjetske zdravstvene organizacije između 32 promatrane zemlje Hrvatska je 2012. godine pri samom vrhu po stopama smrtnosti zbog padova za oba spola svih dobi i dob 65 i više godina odmah iza Slovenije (22).

Unatoč poznatom da su smrtni ishodi zbog padova posebnost starije životne dobi i da se sa sve većim udjelom starijih osoba u populaciji može očekivati daljnji porast smrtnosti ipak ovako visoke stope smrtnosti i trend porasta zahtijevaju razjašnjenje i utvrđivanja uzroka kako bi se mogle planirati i provesti neophodne mjere. Trajanje bolesti, posljedični značajni stupanj invaliditeta i smrtni ishodi zbog svih vrsta ozljeda pa tako i zbog padova, spadaju u skupinu bolesti koje se mogu spriječiti, to jest te su bolesti i smrti koje su izbježive.

Od izuzetnog značenja za nastradalu osobu, njezinu obitelj i zajednicu je spoznaja da ta osoba iznenada u jednom trenu iz jedne redovite, samostalne, uobičajene životne aktivnosti i potpune skrbi za sebe ili za još nekog od članova obitelji postaje osoba kojoj je potrebna pomoći druge osobe kroz dulje razdoblje, a često i do kraja svog

života. Epidemiološka istraživanja padova potrebna su zbog utvrđivanja uzroka nastanka padova kako bi se nastanak padova i njihovih posljedica sveo na što manji broj. Pored zdravstvene struke koja skrbi o liječenju i rehabilitaciji nastradalih, potrebno je uključivanje svih dijelova zajednice koji na bilo koji način moglo doprinijeti sprječavanju padova kao i bržem te potpunijem oporavku ozlijeđenih (23).

1.5. Kako pomoći starijim osobama u rješavanju problema nasilja?

Problemu nasilja nad starijima treba pristupiti interdisciplinarno, s naglaskom na novim „opsežnijim istraživanjima“, edukaciji profesionalaca, članova obitelji i drugih koji vode računa o starijim ljudima.

Preventivno djelovanje, senzibilizacija stručnjaka, volontera, samih starijih osoba, medija i šire javnosti jedan je od nužnih koraka koji treba napraviti. Potrebno je također istražiti i fenomen nasilja nad starijima u institucijama socijalne i zdravstvene zaštite jer trenutno u tim sektorima nemamo opsežno istraživanje ovog problema. Ovakvo istraživanje, naravno, trebalo bi biti anonimno (24).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati demografske promjene u odnosu na dobnu strukturu Hrvatske populacije sa sve većim udjelom starog stanovništva i njegovim specifičnim potrebama. Uz postojeću dobru skrb za stare unutar obitelji u našem društvu cilj nam je ukazati na postojeće propuste, promjenu odnosa u zajednici i povećanog broja zlostavljanih starih osoba, te možebitnu povezanost istih s tranzicijskim promjenama same obitelji.

3. METODE I POSTUPCI

Prilikom izrade ovog rada korišteni su statistički Eurostata, podatci iz dokumentacije Državnog zavoda za statistiku, 2012. godine, podatci objavljeni u Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2013. godinu, te podatci Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Službe za javno zdravstvo.

4. REZULTATI

Hrvatska je država s više od 10% stanovništva starijeg od 65 godina i pripada skupini država vrlo starog stanovništva. Starenje stanovništva Hrvatske započelo je još 1971. godine sve manjim brojem rođene djece i produljenjem životne dobi postojećeg stanovništva.

U posljednjem desetljeću (2000-te) u Hrvatskoj se očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za žene povećalo za oko 1,4 godina, a očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za muškarce povećalo za oko 1,3 godine (1).

U posljednjih 50 godina (od 1960. do 2010.) u Hrvatskoj se očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za muškarce povećalo za oko 2,6 godina, odnosno oko 0,5 godina po desetljeću, a očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za žene povećalo za oko 4,5 godine, odnosno oko 0,9 godina po desetljeću. Usporedbom Hrvatske, Švicarske, Belgije i Češke nalazimo da su prije 50 godina sve četiri zemlje pošle od približno sličnih polaznih vrijednosti i razlika (Hrvatske koja je imala najkraće i Švicarske koja je imala najdulje očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina) za muškarce nije prelazila jednu godinu, dok za žene godinu i pol. Nakon pola stoljeća, ta se razlika nekoliko puta povećala te danas muškarac u Hrvatskoj u dobi od 65 godina može očekivati za oko četiri i pol godina kraći životni vijek od muškaraca u Švicarskoj. Kada tu razliku izrazimo u godinama, riječ je o zaostatku od više od 30 godina za Švicarskom i za žene i za muškarce. Pri tome pretpostavljamo da će produljenje očekivanog trajanja života u Hrvatskoj biti kao u posljednjem desetljeću (1).

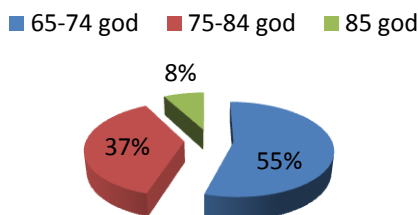
Tablica 1. Udio žena i muškaraca prema dobnim skupinama u osoba 65 i više godina u Hrvatskoj u 2011. godine

	65-74 god		75-84 god		Dobna skupina 85 i više god.		65 i više god.	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Muškarci	178.276	43,02	102.455	36,12	15.477	25,54	296.208	39,04
Žene	236.127	56,98	181.175	63,88	45.123	74,46	462.425	60,96
Ukupno	414.403	100,00	283.630	100,00	60.600	100,00	758.633	100,00

Izvor podataka: Statistički Ljetopis za 2012. godinu, Državni zavod za statistiku

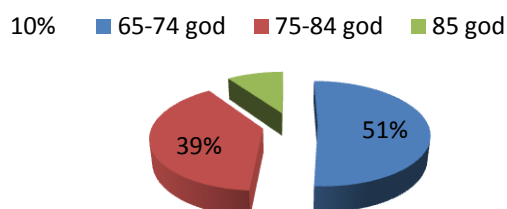
U tablici 1. prikazan je ukupan broj i udio žena i muškaraca prema dobnim skupinama u osoba 65 i više godina u Hrvatskoj u 2011. godine.

Udio starijih osoba prema dobnim skupinama



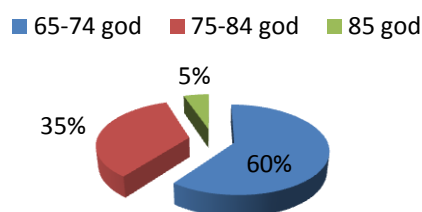
Slika 1. Udio starijih osoba prema dobnim skupinama od 65 i više godina u Hrvatskoj u 2011. godini

Udio starijih žena prema dobnim skupinama



Slika 2. Udio starijih žena prema dobnim skupinama od 65 i više godina u Hrvatskoj u 2011. godini

Udio starijih muškaraca prema dobnim skupinama



Slika 3. Udio starijih osoba prema dobnim skupinama od 65 i više godina u Hrvatskoj u 2011. godini

Tablica 2. Očekivano trajanje života pri rođenju i dobi od 65 godina za muškarce i žene u Hrvatskoj 2010.

REGIJA	OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA	MUŠKARCI	ŽENE
Hrvatska	Pri rođenju	73,5	79,9
	Pridobi od 65 godina	14,6	18,2
Sjeverozapadna Hrvatska	Pri rođenju	73,3	80,0
	Pridobi od 65 godina	14,6	18,3
Središnja i Istočna (Panonska) Hrvatska	Pri rođenju	71,8	78,6
	Pri dobi od 65 godina	13,4	16,9
Jadranska Hrvatska	Pri rođenju	75,3	81,2
	Pridobi od 65 godina	15,7	19,3

Izvor: Eurostat

U tablici 2. prikazano je očekivano trajanje života pri rođenju i dobi od 65 godina za muškarce i žene u Hrvatskoj 2010. Razlike u očekivanom trajanju života pri rođenju i pri dobi od 65 godina postoje i unutar regija Hrvatske. U Hrvatskoj su te razlike naglašene između Jadranske Hrvatske, gdje je očekivano trajanje života najdulje, i Panonske Hrvatske u kojoj je očekivano trajanje najkraće. Gledano demografsko-statistički, zaostajanje Panonske Hrvatske za Jadranskom iznosi oko 15 godina. To zaostajanje Panonske za Jadranskom Hrvatskom u najvećoj mjeri bi mogli prepisati čimbenicima ponašanja (1).

Tablica 3. Hospitalizacije osoba u dobi 65 i više godina u bolnicama Hrvatske 2012. godine po dobnim skupinama i spolu

	Dobna skupina			
	65-74	75-84	85+	65+
BROJ HOSPITALIZACIJA				
Ukupno	97.436	86.945	19.734	204.115
Muškarci	50.625	38.306	6.154	95.085
Žene	46.811	48.639	13.580	109.030
BROJ DANA BOLNIČKOG LIJEČENJA				
Ukupno	1.666 99	1.671	239.652	2.272.989
Muškarci	45.718	412.077	67.841	1.025.636
Žene	495.948	579.594	171.811	1.247.353
PROSJEČNA DUŽINA LIJEČENJA				
Ukupno	10,69	11,41	12,14	11,14
Muškarci	10,78	10,76	11,02	10,79
Žene	10,59	11,92	12,65	11,44

Izvor podataka: Bolesničko-statistički obrazac

Stanovništvo: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2011. godine

U tablici 3. prikazan je broj hospitalizacija osoba u dobi 65 i više godina u bolnicama Hrvatske 2012. godine po dobnim skupinama i spolu. Prikazani podatci ukazuju na potrebu prilagodbe svih oblika skrbi za starije osobe, pa tako i zdravstvene skrbi s potrebom preventivnih programa aktivnog starenja kako bi se broj hospitalizacija, a time i opterećenja zdravstvenog sustava smanjio.

Tablica 4. Rang ljestvica te udio 10 vodećih uzroka smrti osoba starije životne dobi u Hrvatskoj 2012. godine

MKB-X ŠIFRA D I J A G N O Z A	BROJ	%
I20-I25 Ishemijske bolesti srca	10.108	24,33
I60-I69 Cerebrovaskularne bolesti	6.650	16,01
C33-C34 Zloćudna novotvorina dušnika, dušnica i pluća	1.756	4,23
C18-C21 Zloćudne novotvorine debelog crijeva, rektuma i anusa	1.552	3,74
J40-J47 Kronične bolesti donjeg dišnog sustava	1.503	3,60
I50 Insuficijencija srca	1.453	3,50
I10-I13 Hipertenzivne bolesti	1.402	3,37
E10-E14 Dijabetes melitus	1.151	2,77
I70 Ateroskleroza	1.003	2,41
C50 Zloćudna novotvorina dojke	732	1,76
PRVIH 10 UZROKA SMRTI	27.310	65,73
UKUPNO	41.547	

Izvor podataka: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu

Tablica 5. Rang ljestvica te udio deset vodećih uzroka smrti u umrlih muškaraca starije životne dobi u Hrvatskoj 2012. godine

MKB-X ŠIFRA D I J A G N O Z A	BROJ	%
I20-I25 Ishemijske bolesti srca	4.188	22,49
I60-I69 Cerebrovaskularne bolesti	2.652	14,24
C33-C34 Zloćudna novotvorina dušnika, dušnica i pluća	1.313	7,05
J40-J47 Kronične bolesti donjeg dišnog sustava	898	4,82
C18-C21 Zloćudne novotvorine debelog crijeva, rektuma i anusa	856	4,60
C61 Zloćudna novotvorina kestenjače (prostate)	669	3,59
I50 Insuficijencija srca	485	2,60
E10-E14 Dijabetes melitus	449	2,41
I10-I13 Hipertenzivne bolesti	428	2,30
K70-K76 Bolesti jetre	370	1,99
PRVIH 10 UZROKA SMRTI	12.308	66,10
UKUPNO	18.619	

Izvor podataka: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu

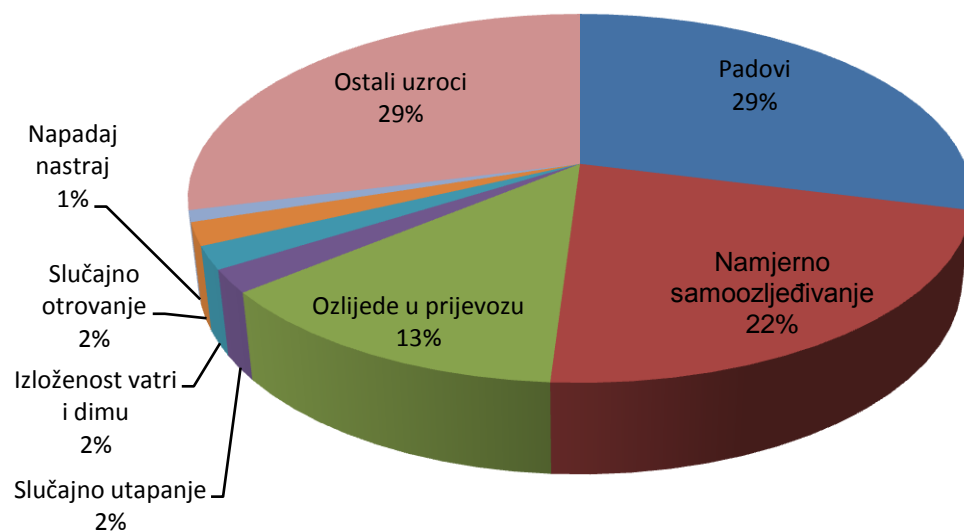
Tablica 6. Rang ljestvica te udio deset vodećih uzroka smrti u umrlih žena starije životne dobi u Hrvatskoj 2012. godine

MKB-X ŠIFRA D I J A G N O Z A	BROJ	%
I20-I25 Ishemijske bolesti srca	5.920	25,82
I60-I69 Cerebrovaskularne bolesti	3.998	17,44
I10-I13 Hipertenzivne bolesti	974	4,25
I50 Insuficijencija srca	968	4,22
C50 Zloćudna novotvorina dojke	720	3,14
E10-E14 Dijabetes melitus	702	3,06
C18-C21 Zloćudne novotvorine debelog crijeva, rektuma i anusa	696	3,04
I70 Ateroskleroza	677	2,95
J40-J47 Kronične bolesti donjeg dišnog sustava	605	2,64
C33-C34 Zloćudna novotvorina dušnika, dušnica i pluća	443	1,93
PRVIH 10 UZROKA SMRTI	15.703	68,49
UKUPNO	22.928	

Izvor podataka: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu

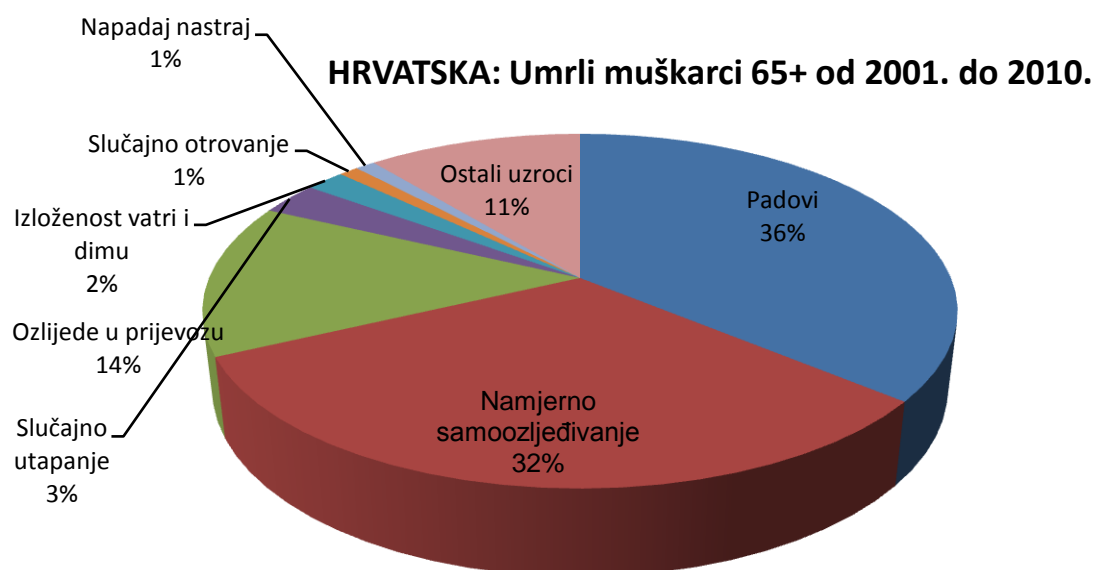
U tablicama 4., 5. i 6. prikazan je ukupan broj i udio, te rang ljestvica deset vodećih uzroka smrti u svih umrlih, umrlih muškaraca, te umrlih žena starije životne dobi u Hrvatskoj 2012. godine. Iz priloženih podataka razvidno je kako vodeću ulogu u pobolu i smrtnosti u starijih osoba treće životne dobi još uvijek imaju kronične nezarazne bolesti kod kojih se promjenom stila života i određenim preventivnim zdravstvenim mjerama može utjecati na promjenu redoslijeda u tablici.

EUROPA: Umrli muškarci 65+ od 2001. do 2010.



Slika 4. Europa: Umrli od vanjskih uzroka smrtnosti muškog spola 65 i više godina od 2001. do 2010. godine

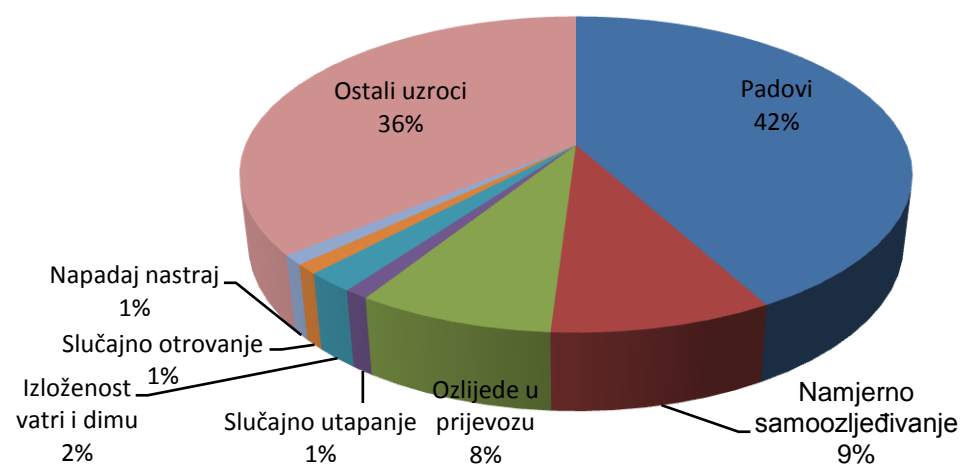
Na slici 4. prikazan je udio umrlih muškaraca u Europi od 65 godina i više od 2001. do 2010. prema vanjskom uzroku smrtnosti. Uočljiv je isti postotak umrlih zbog padova i svih ostalih uzroka smrtnosti. Od vanjskih uzroka smrtnosti razmjerno je visok udio smrti zbog namjernog samoozljeđivanja.



Slika 5. Hrvatska: Umrli od vanjskih uzroka smrtnosti muškog spola 65 i više godina od 2001. do 2010. godine

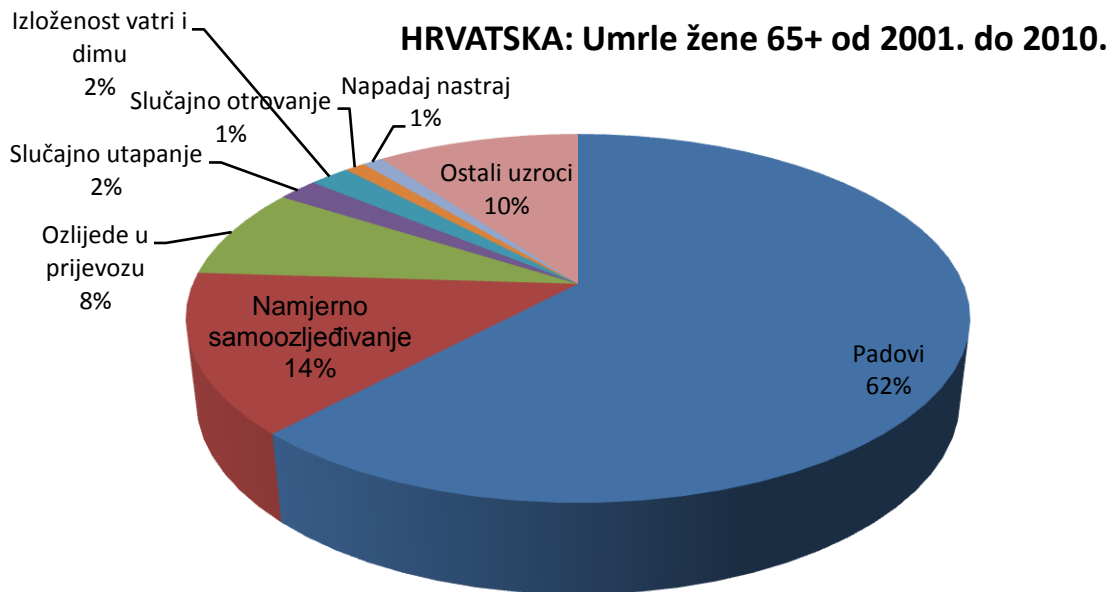
Na slici 5. prikazan je udio umrlih muškaraca u Hrvatskoj od 65 godina i više od 2001. do 2010. prema vanjskom uzroku smrtnosti. Uočljiv je znatno veći postotak umrlih zbog padova u odnosu na ostale uzroke smrtnosti i veći postotak namjernog samoozljeđivanja u odnosu na istu populaciju u Europi.

EUROPA: Umrle žene 65+ od 2001. do 2010.



Slika 6. Europa: Umrli od vanjskih uzroka smrtnosti ženskog spola 65 i više godina od 2001. do 2010. godine

Na slici 6. prikazan je udio umrlih žena u Europi od 65 godina i više od 2001. do 2010. prema vanjskom uzroku smrtnosti. Uočljiv je znatno veći postotak umrlih žena zbog padova i ostalih uzroka smrtnosti u odnosu na mušku populaciju Europe.



Slika 7. Hrvatska: Umrli od vanjskih uzroka smrtnosti ženskog spola 65 i više godina od 2001. do 2010. godine

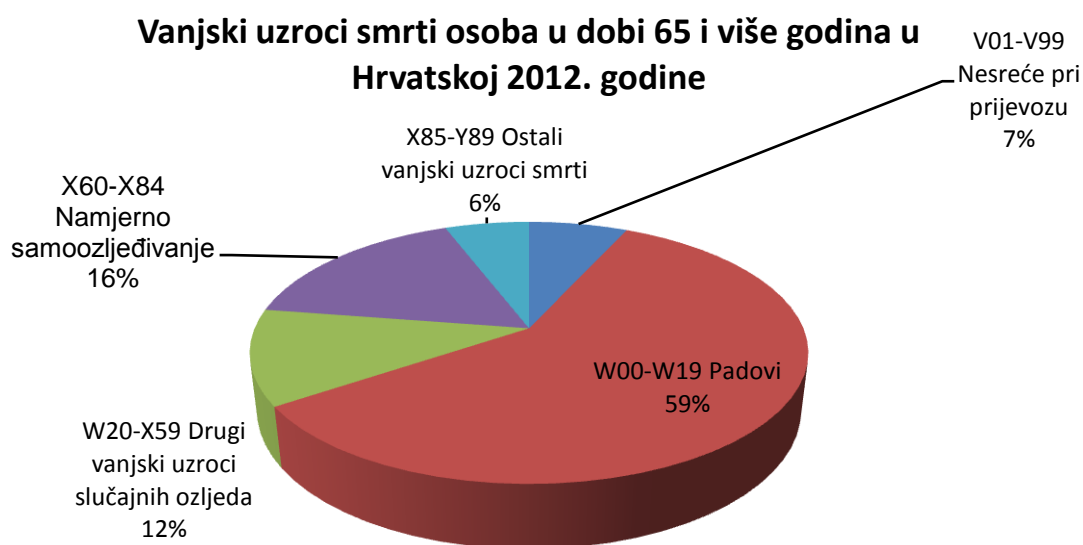
Na slici 7. prikazan je udio umrlih žena u Hrvatskoj od 65 godina i više od 2001. do 2010. prema vanjskom uzroku smrtnosti. Uočljiv je dvostruko veći postotak umrlih zbog padova u odnosu na žensku populaciju Europe iste dobi i najmanji udio smrtnosti od ostalih uzroka u odnosu na sve promatrane skupine.

Tablica 7. Vanjski uzroci smrti osoba u dobi 65 i više godina u Hrvatskoj 2012. godine

Vanjski uzrok mortaliteta	Dobna grupa							
	65-74 g.		75-84 g.		85 više godina		65 i više godina	
	Broj	Stopa na 1.000 stan.	Broj	Stopa na 1.000 stan.	Broj	Stopa na 1.000 stan.	Broj	Stopa na 1.000stan.
V01-V99 Nesreće pri prijevozu								
Muški	37	0,21	41	0,40	3	0,19	81	0,27
Žene	10	0,04	16	0,09	1	0,02	27	0,06
Ukupno	47	0,11	57	0,20	4	0,07	108	0,14
W00-W19 Padovi								
Muški	74	0,42	169	1,65	101	6,53	344	1,16
Žene	34	0,14	225	1,24	323	7,14	582	1,26
Ukupno	108	0,26	394	1,39	424	7,00	926	1,22
W20-X59 Drugi vanjski uzroci slučajnih ozljeda								
Muški	44	0,25	40	0,39	15	0,97	99	0,33
Žene	22	0,09	36	0,20	29	0,64	87	0,19
Ukupno	66	0,16	76	0,27	44	0,73	186	0,25
X60-X84 Namjerno samoozljeđivanje								
Muški	86	0,48	78	0,76	21	1,36	185	0,62
Žene	34	0,14	35	0,19	10	0,22	79	0,17
Ukupno	120	0,29	113	0,40	31	0,51	264	0,35
X85-Y89 Ostali vanjski uzroci smrti								
Muški	6	0,03	7	0,07	10	0,65	23	0,08
Žene	4	0,02	27	0,15	38	0,84	69	0,15
Ukupno	10	0,02	34	0,12	48	0,76	92	0,12
V01-Y98 UKUPNO								
Muški	258	1,45	345	3,37	151	9,76	754	2,55
Žene	110	0,47	343	1,89	407	9,02	860	1,86
Ukupno	368	0,89	688	2,43	558	9,21	1614	2,13

Izvor podataka: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu

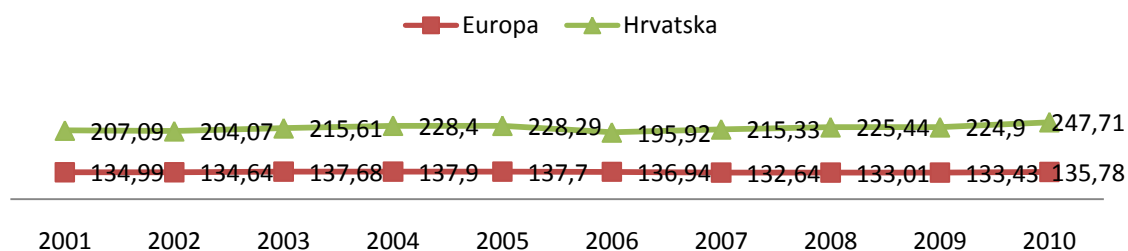
U tablici 7. prikazani su brojevi umrlih osoba podaci za pojedine vanjske uzroke smrti osoba u dobi 65 i više godina u Hrvatskoj 2012. godine, te stope na 1.000 stanovnika za iste dobne skupine prema uzroku smrti.



Slika 8. Vanjski uzroci smrti osoba u dobi 65 i više godina u Hrvatskoj 2012. godine

Na slici 8. prikazani je udio vanjskih uzroka smrti osoba u dobi 65 i više godina u Hrvatskoj 2012. godine. Vidljiv je izrazito velik udio smrti nastalih zbog pada i proporcionalno visok udio smrti nastalih u svezi vanjskog uzroka kod osoba u dobi 65 i više godina.

Ozljede, trovanja, nasilja i drugi vanjski uzroci smrti (V01-Y98, MKB-10) 65+ muškarci

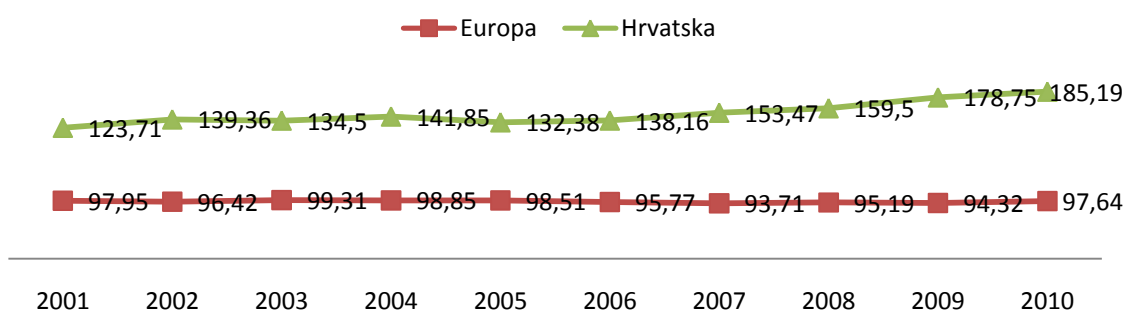


Slika 9. Ozljede, trovanja, nasilja i drugi vanjski uzroci smrti (V01-Y98, MKB-10) 65+ muškarci

Na slici 9. prikazani su brojčani podaci smrti zbog ozljede, trovanja, nasilja i drugih vanjskih uzroka i linearan odnos istih u Hrvatskoj i Europi kod muškaraca 65 godina i starijih.

Vidljiv je znatno veći broj smrti zbog ovih uzroka u Hrvatskoj, te povećanje tog broja u odnosu na promatrano desetogodišnje razdoblje.

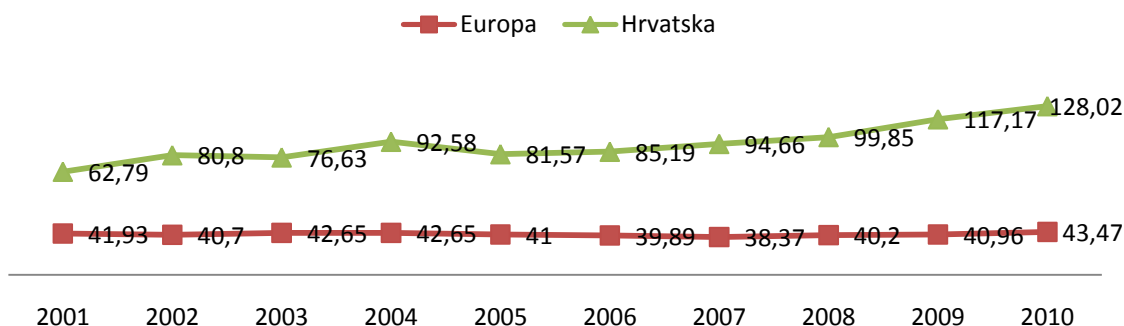
Ozljede, trovanja, nasilja i drugi vanjski uzroci smrti (V01-Y98, MKB-10) 65+ žene



Slika 10. Ozljede, trovanja, nasilja i drugi vanjski uzroci smrti (V01-Y98, MKB-10) 65+ žene

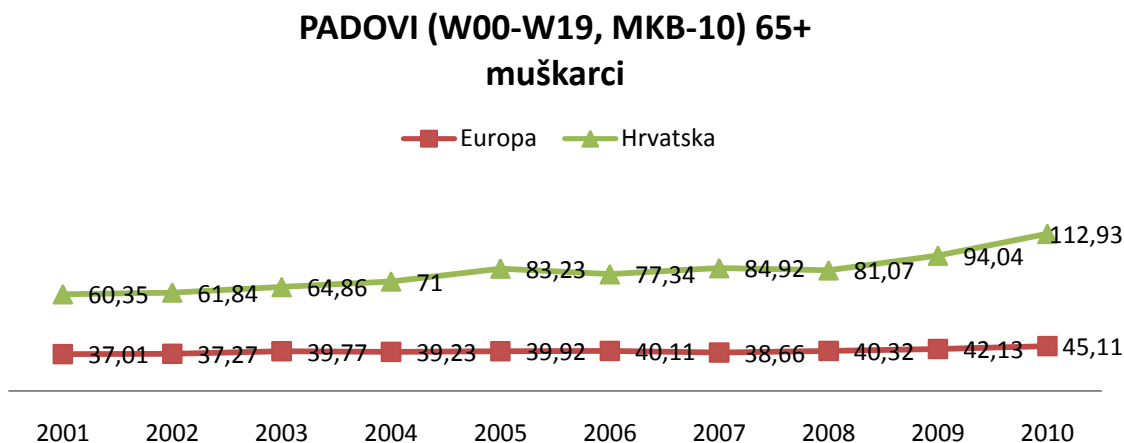
Na slici 10. prikazani su brožčani podaci smrti zbog ozljede, trovanja, nasilja i drugih vanjskih uzroka i linearan odnos istih u Hrvatskoj i Europi kod žena 65 godina i starijih. Vidljiv je znatno veći broj smrti zbog ovih uzroka u Hrvatskoj, te veće povećanje tog broja u odnosu na promatrano desetogodišnje razdoblje u muškoj populaciji iste dobi.

PADOVI (W00-W19, MKB-10) 65+ žene



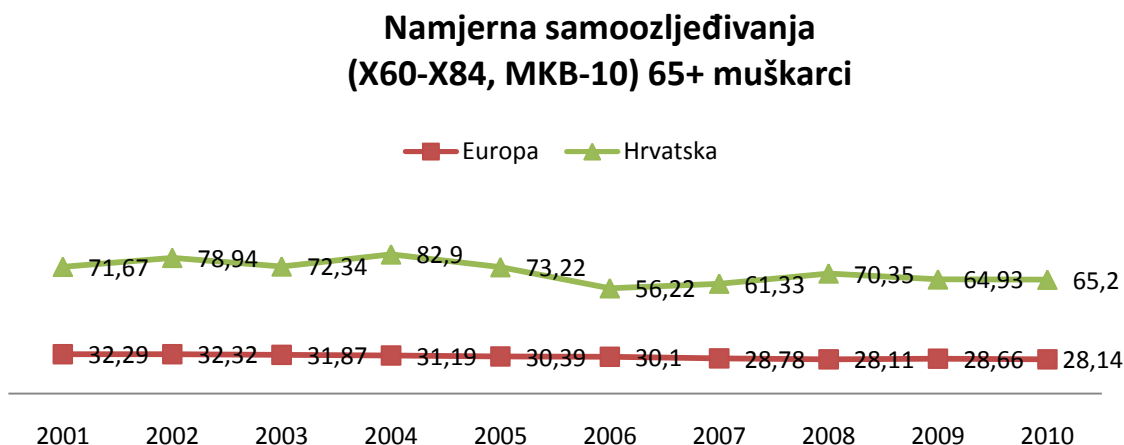
Slika 11. Padovi (W00-W19, MKB-10) 65+ žene

Na slici 11. prikazani su brojeđani podaci smrti uslijed pada i linearan odnos istih u Hrvatskoj i Europi kod žena 65 godina i starijih. Uođljiv je velik broj žena koje u Hrvatskoj umru zbog ovog uzroka u odnosu na istu dobnu skupinu u Europi i u odnosu na pođetnu godinu promatranog desetljeća.



Slika 12. Padovi (W00-W19, MKB-10) 65+ muškarci

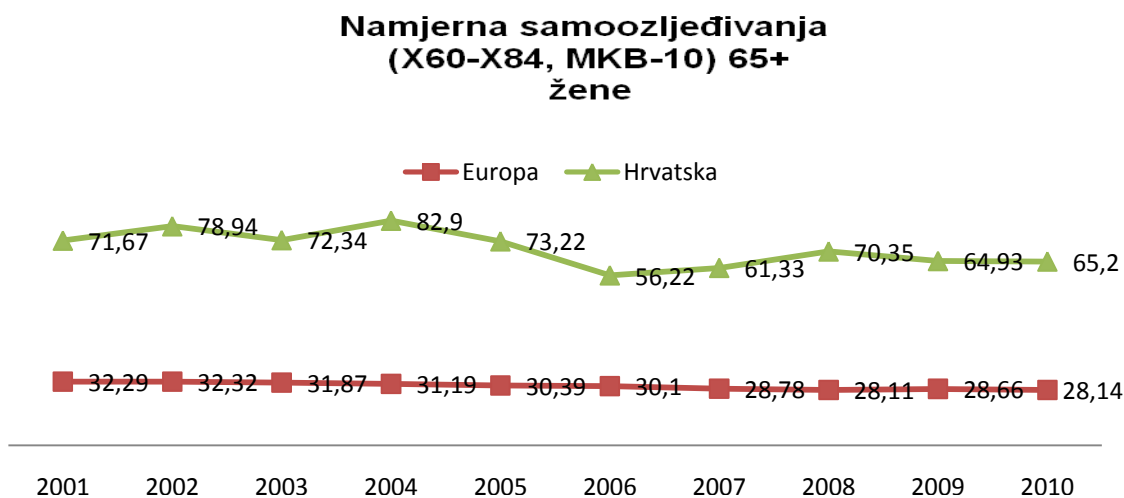
Na slici 12. prikazani su brojeđani podaci smrti uslijed pada i linearan odnos istih u Hrvatskoj i Europi kod žena 65 godina i starijih. Uođljiv je velik broj žena koje u Hrvatskoj umru zbog ovog uzroka u odnosu na istu dobnu skupinu u Europi i u odnosu na pođetnu godinu promatranog desetljeća.



Slika 13. Namjerna samoozljeđivanja (X60-X84, MKB-10) 65+ muškarci

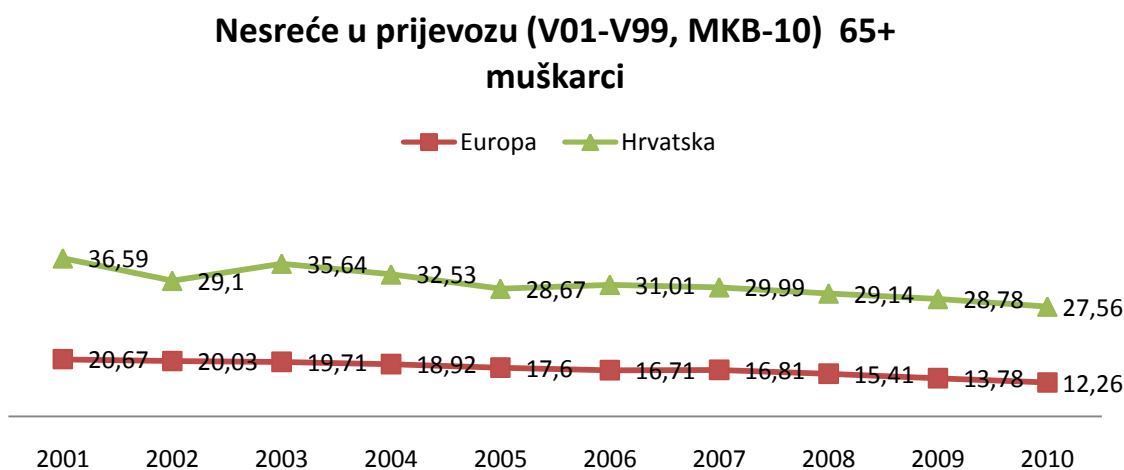
Na slici 13. prikazani su brojeđani podaci smrti uslijed namjernog samoozljeđivanja i linearan odnos istih u Hrvatskoj i Europi kod muškaraca 65 godina i

starijih. Uočljiv je dvostruk broj smrti ovog uzroka kod starijih osoba u Hrvatskoj u odnosu na Europu i lagani pad broja smrti ovog uzroka.



Slika 14. Namjerna samoozljeđivanja (X60-X84, MKB-10) 65+ žene

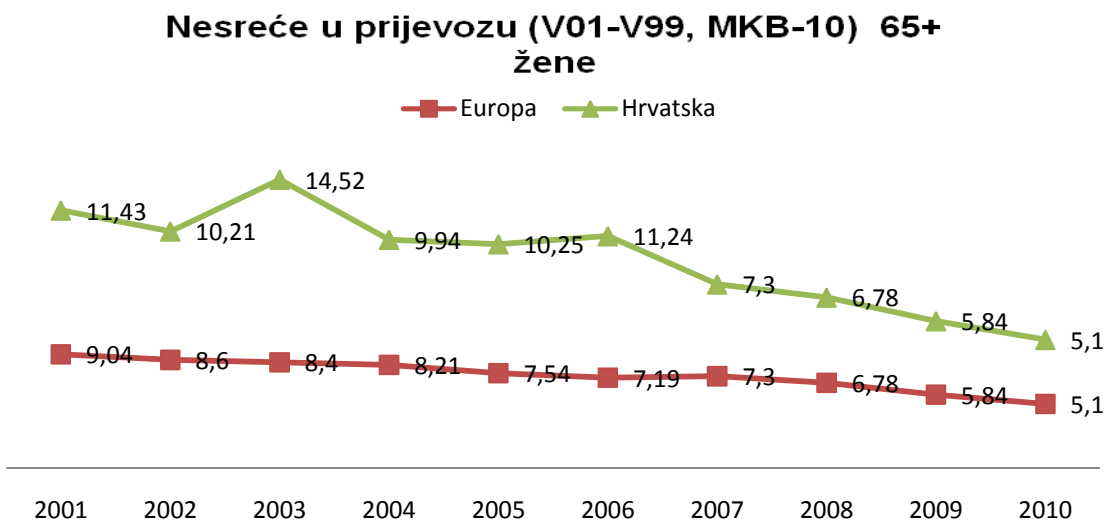
Na slici 14. prikazani su brojčani podaci smrti uslijed namjernog samoozljeđivanja i linearan odnos istih u Hrvatskoj i Europi kod žena 65 godina i starijih. Uočljiv je dvostruk broj smrti ovog uzroka kod starijih žena u Hrvatskoj u odnosu na Europu i lagani pad broja smrti ovog uzroka u promatranom desetljeću.



Slika 15. Nesreće u prijevozu (V01-V99, MKB-10) 65+ muškarci

Na slici 15. prikazani su brojčani podaci smrti uslijed nesreća u prijevozu i linearan odnos istih u Hrvatskoj i Europi kod muškaraca 65 godina i starijih. Više nego

dvostruko veći broj muškaraca umre u nesrećama u prijevozu u Hrvatskoj nego u Europi ove dobne skupine iako je ukupan broj smrti ovog uzroka u padu u odnosu na početak desetljeća.



Slika 16. Nesreće u prijevozu (V01-V99, MKB-10) 65+ žene

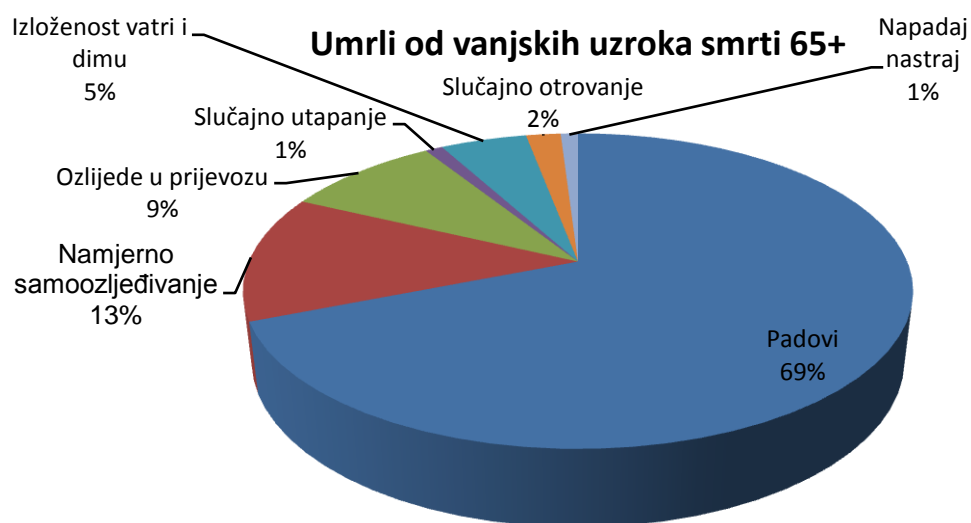
Na slici 16. prikazani su brojevi podaci smrti uslijed nesreća u prijevozu i linearan odnos istih u Hrvatskoj i Europi kod žena 65 godina i starijih. Uočljivo je smanjenje broja žena koje su umrle zbog nesreća u prijevozu u zadanom desetljeću u Hrvatskoj i jednaki broj smrti u odnosu na Europsku populaciju žena iste dobi.



Slika 17. Uzroci smrti u Splitsko-dalmatinskoj županiji

Izvor: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za javno zdravstvo. Prikaz zdravstvenog stanja stanovništva i rada djelatnosti zdravstva u SDŽ, publikacije 2004.-2013. godina

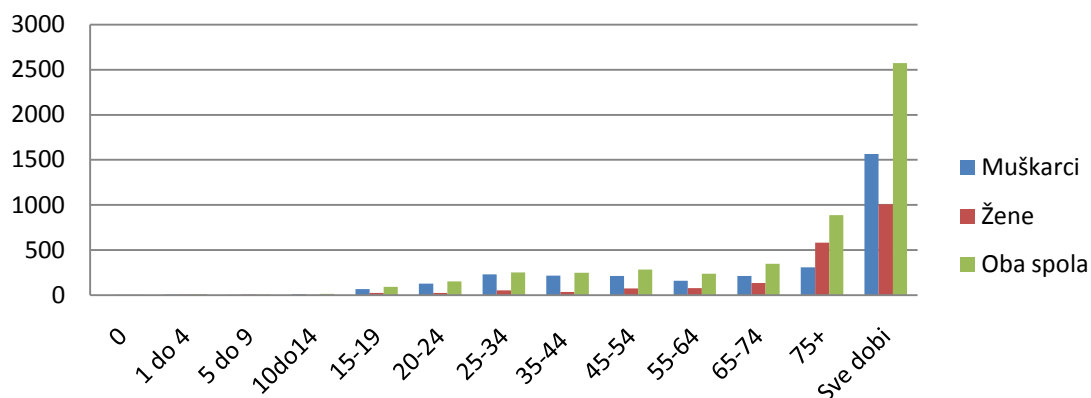
Na slici 17. prikazan je udio vanjskih uzroka smrti u odnosu na ostale uzroke smrti u Splitsko-dalmatinskoj županiji.



Slika 18. Udjeli umrlih osoba od vanjskih uzroka smrti 65 i više godina oba spola u Splitsko-dalmatinskoj županiji 2003.-2012.

Na slici 18. prikazani su udjeli umrlih od vanjskih uzroka smrti 65 i više godina oba spola u Splitsko-dalmatinskoj županiji 2003.-2012. Uočljiv je izuzetno velik udio smrti uzrokovanih padovima u odnosu na podatke iz drugih zemalja Europe, a i drugih županija unutar Hrvatske.

Broj umrlih zbog vanjskih uzroka smrti po dobnim skupinama od 2001. do 2010. SDŽ

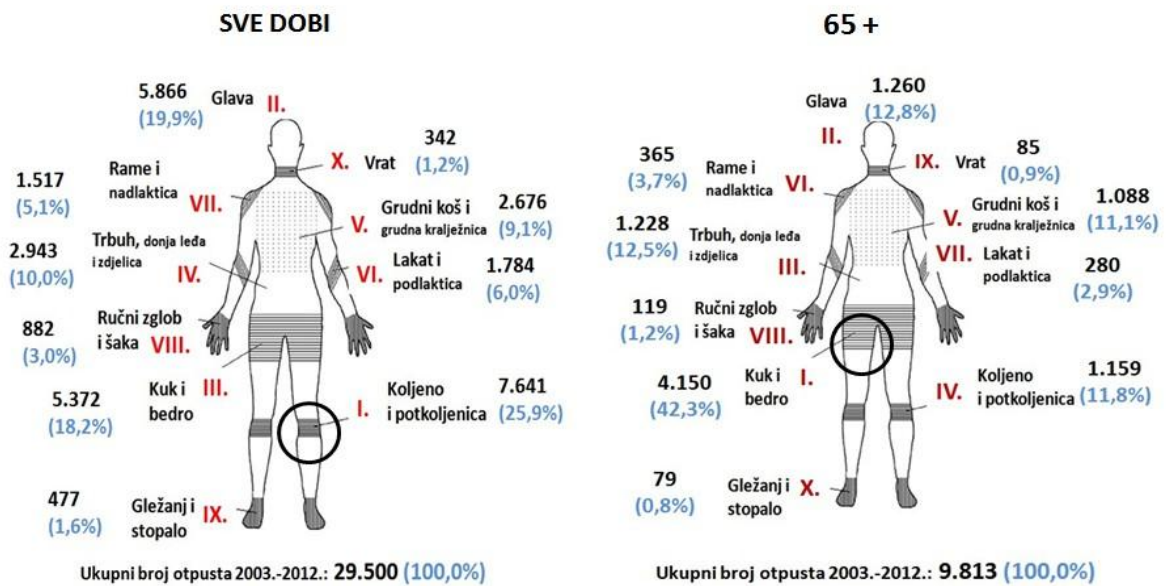


Slika 19. Broj umrlih zbog vanjskih uzroka smrti po dobnim skupinama od 2001. do 2010. Splitsko-dalmatinske županije

Izvor: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za javno zdravstvo. Prikaz zdravstvenog stanja stanovništva i rada djelatnosti zdravstva u SDŽ, publikacije 2004.-2013. godina

Na slici 19. prikazan je broj umrlih zbog vanjskih uzroka smrti po dobnim skupinama od 2001. do 2010. Splitsko-dalmatinske županije, te je uočljiv porast broja umrlih od vanjskih uzroka smrtnosti s povećanjem broja godina.

**Bolnički otpusti zbog OZLJEDA (S00-S99, MKB-10) oba spola
u Splitsko-dalmatinskoj županiji, 2003.-2012.**

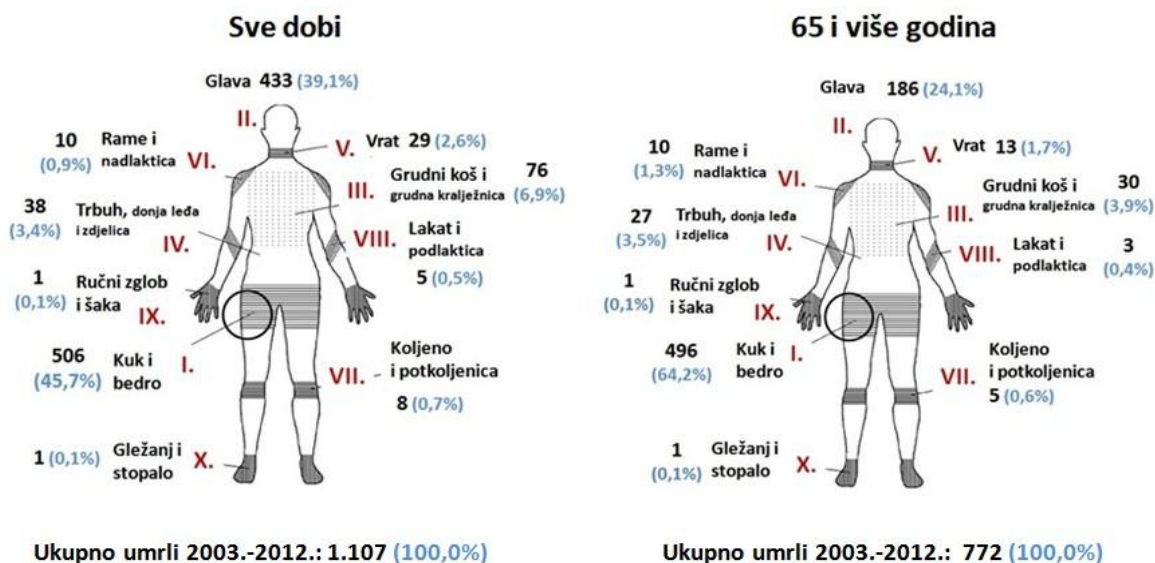


Slika 20. Bolnički otpusti zbog ozljeda (S00-S99, MKB-10) oba spola u Splitsko-dalmatinskoj županiji, 2003.-2012.

Izvor: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za javno zdravstvo. Prikaz zdravstvenog stanja stanovništva i rada djelatnosti zdravstva u SDŽ, publikacije 2004.-2013. godina

Na slici 20. prikazani su ukupni brojevi i udjeli bolničkih otpusta zbog ozljeda oba spola u Splitsko-dalmatinskoj županiji, 2003.-2012. u svim dobnim skupinama i u trećoj životnoj dobi. Vidljiv je najveći udio bolničkog liječenja uzrokovan ozljedama donjih ekstremiteta, u mlađim dobnim skupinama su to koljeno i potkoljenica, a u starijoj dobnj skupini su to ozljede kuka i bedra.

**Umrli zbog Ozljeda (S00-S99, MKB-10) u Splitsko-dalmatinskoj županiji,
oba spola, 2003. – 2012.**



Slika 21. Raspodjela ozljeda zbog padova za oba spola po dijelovima tijela koje su prouzročile smrtni ishod, 2003.-2012.

Izvor: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za javno zdravstvo. Prikaz zdravstvenog stanja stanovništva i rada djelatnosti zdravstva u SDŽ, publikacije 2004.-2013. godina

Na slici 21. prikazani su ukupni brojevi i udjeli umrlih zbog ozljeda oba spola u Splitsko-dalmatinskoj županiji, 2003.-2012. u svim dobnim skupinama i u trećoj životnoj dobi. Vidljivo je najveći udio smrti uzrokovan ozljedama kuka i bedra u obje dobne skupine.

5. RASPRAVA

Osobe starije dobi predstavljaju specifičnu, osjetljivu i ranjivu skupinu, a njihov se udio u društvu progresivno povećava. Zahvaljujući porastu općeg životnog standarda, unaprjeđenju zdravstvene zaštite te smanjenom prirodnom priraštaju, došlo je do produženja životnog vijeka i sve većeg udjela starijih od 65 godina u cjelokupnoj populaciji. Postoje razlike u definiranju početka starosti. U zapadnim zemljama „starija dob“ je najčešće povezana s 60 ili 65 godina, što je vezano s društveno konstruiranim konceptom temeljenom na zakonskoj dobi umirovljenja.

Procjene pokazuju da će se, do 2025. godine, ukupna svjetska populacija starijih od 60 godina udvostručiti s 542 milijuna u 1995. godini na otprilike 1,2 milijarde. Stoga je opravdano očekivati da će se udio starih ljudi u općoj populaciji s vremenom još i povećati, naročito u razvijenim zemljama Europe.

Starost nije sama po sebi ono što izjednačava starije ljude, određuje im kvalitetu života i stvara od njih homogenu grupu (25,26). Danas su stariji snažniji, produktivniji i kreativniji. Novije generacije starih ljudi su dugovječnije, zdravije, obrazovanije, time zahtjevnije u odnosu na prošle generacije. Oni žive duže, duže uživaju mirovinu, ali imaju više briga zbog tog dužeg života u mirovini i starosti (27,28).

U ranijoj starosti do 84 godine, a poglavito u dubokoj starosti od 85 godina i više, svaka treća odnosno svaka druga osoba ovisna je o stalnoj zdravstvenoj skrbi i tuđoj pomoći (29). Osim velikog broja ljudi starijih od 65 godina, velik je udio domaćinstava s dva ili manje članova, sve manje je velikih obiteljskih zajednica. Manji je broj rođaka koji bi se brinuo o starijima. Sve veći broj ljudi pred mirovinom ili umirovljeni skrbi o vrlo starim i bolesnim roditeljima koji su najpotrebitija starosna skupina s većim udjelom starih žena zbog dulje prosječne dobi žena, 78 godina (27,28).

U zemljama u kojima je došlo do raspada političkih i socijalnih sistema, uključujući i Hrvatsku, starije osobe našle su se u iznimno teškim životnim situacijama s upitnom materijalnom i medicinskom sigurnosti. Jedan od životnih problema s kojima se starije osobe susreću je i problem nasilja.

Vijeće Europe je 1991. godine pokrenulo sustavno istraživanje nasilja nad građanima treće životne dobi u 21 zemlji Europe. Nasilje nad starijima je prisutno u obitelji, te je mnogo raširenije nego što se pretpostavljalo. Rezultati istraživanja pokazali su da je 8% starijih osoba izvrgnuto nasilju u obitelji (32). S obzirom na jasno uočljiv trend starenja populacije u Europi, nalazi ovog istraživanja potaknuli su razmišljanja o sustavnom preventivnom djelovanju čiji je cilj zaštita građana starije životne dobi i osiguravanje dostojne starosti (32).

Starenje predstavlja složeni proces koji obuhvaća biološke, psihičke i socijalne aspekte, stoga i ne postoji jedna jedinstvena, sveobuhvatna teorija koja bi objedinila proces starenja u svojoj složenosti. Ipak, postoje pokušaji da se teorijski objedine i obrazlože empirijski nalazi u okviru pojedinih disciplina koje se bave starenjem kao predmetom proučavanja.

Najčešće se spominju biološke, socijalne i psihološke teorije starenja koje pokušavaju objasniti ulogu bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika u procesu starenja (30). Zadovoljstvo životom, pozitivno psihičko i funkcionalno stanje te podrška okoline, kao temeljni preduvjeti uspješnog starenja, podrazumijevaju složene i promjenjive odnose bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika, u kojima je rijetka ravnoteža temeljnih čimbenika (30).

Nasilje u obitelji je teško dokazati. Kod nas je javnost posljednjih desetljeća senzibilizirana na nasilje prema ženama i djeci u obitelji, promijenio se i zakonodavni okvir, ali o nasilju nad starijim osobama se još uvijek malo govori. Fizičko nasilje je lako uočiti, ali druge oblike zanemarivanja i nasilja nije. Često i same izjave starijih ljudi okolina pridruži osobinama starenja bilo okupiranošću samim sobom do paranoidnih ideja. Iz priloženih rezultata u ovom istraživanju vidljivo je da izrazito velik udio smrti nastaje zbog pada i proporcionalno je visok udio smrti nastalih u svezi vanjskog uzroka kod osoba u dobi 65 i više godina. U našoj županiji vanjski uzroci smrti su zastupljeni s 5% ukupne smrtnosti. Isto tako vidljivo je da vanjski uzroci smrtnosti su znatno zastupljeniji kod ženske populacije iznad 65 godina i da su svi uzroci vanjske smrtnosti više zastupljeni u oba spola u Hrvatskoj nego u drugim zemljama Europe. Svi navedeni vanjski uzroci smrtnosti mogu biti posljedica zanemarivanja i zlostavljanja starijih ljudi od strane onih koji skrbe o njima i broj takvih

smrti se povećava s brojem godina. Uočljiv je dvostruk broj smrti zbog namjernog samoozljeđivanja kod starijih osoba oba spola u Hrvatskoj u odnosu na Europu, ali je pozitivna činjenica da se taj broj ipak smanjuje. U priloženim podacima posebno su uočljive razlike u odnosu na podatke o padovima u Hrvatskoj u odnosu na druge zemlje Europe, posebno za žensku populaciju.

Posljednjih desetljeća 20. stoljeća padovi postaju sve veći javnozdravstveni problem pogotovo u razvijenim zemljama i zemljama sa srednje velikim prihodima. Za razliku od globalnog pogleda na čitav svijet gdje su padovi drugi od uzroka nasilne smrti iza ozljeda u prijevozu, u visokorazvijenim europskim zemljama prema podacima Europskog ureda SZO padovi su također drugi uzrok nasilnih smrti za sve dobi ali iza namjernih samoozljeđivanja dok su ozljede u prijevozu na trećem mjestu (33). Razvijene zemlje uspjele u znatnoj mjeri spriječiti smrtnost zbog ozljeda u prijevozu i zbog padova u tolikoj mjeri da su na vodeće mjesto došle smrti zbog namjernih samoozljeđivanja. U manje razvijenim europskim zemljama novim članicama EU padovi su na trećem mjestu uzroka nasilne smrti za sve dobi. I kod njih su na prvom mjestu smrti zbog namjernih samoozljeđivanja, dok su na drugom mjestu smrti zbog ozljeda u prijevozu, a na trećem mjestu smrti zbog padova. U dobi 65 i više godina smrti zbog padova dolaze na prvo mjesto uzroka nasilnih smrti u svim europskim zemljama pa tako i u Hrvatskoj i Splitsko-dalmatinskoj županiji gdje su ove smrti vodeći uzrok nasilnih smrti i za sve dobi.

Stope smrtnosti zbog padova u Hrvatskoj, uz Sloveniju, najveće su za sve dobi i za dob starijih od 65 godine vodeće u Europi, odnosno trostruko veće od prosjeka europskih zemalja, još više zabrinjava stanje stalnog rasta smrtnosti dok razvijene zemlje ne bilježe porast smrtnosti, a neke bilježe i pad, unatoč činjenici da stanovništvo u svim zemljama Europe jednako postaje sve starije.

Promatrajući pojedinačno svaku osobu koja je doživjela ozljedu zbog pada, a koja je zbog težine ozljede zahtijevala bolničko liječenje, pad je kobni, iznenadni događaj koji je u potpunosti izmijenio dotadašnji život ozlijeđene osobe. Do tada samostalne osobe koje su često skrebile o sebi i drugima odjednom postaju potrebiti skrbi drugih osoba kroz dulje razdoblje, a mnogi do kraja života. Takva nagla promjena kvalitete življenja, u našim okolnostima kada više nema klasičnih obitelji iz skore

prošlosti i obiteljske podrške, rješavaju se smještanjem u institucije za njegu kojih nema dovoljno, a mnogima su zbog visokih troškova nedostupne.

Broj hospitalizacija zbog ozljeda zbog padova u stalnom je porastu. Izdvojeno promatranje skupine nasilnih smrti u srednje razvijenim zemljama i zemljama u razvoju ukazuje da su uzroci smrti zbog padova najučestaliji i to najviše u najstarijoj životnoj dobi. Žene imaju značajno veće stope hospitalizacija i stope smrtnosti od muškaraca što je suprotno od stanja u visokorazvijenim zemljama (Švedska, SAD) gdje su stope padova kod muškaraca značajno veće kod muškaraca nego kod žena (34).

Često propuste u skrbi za starije ljude opravdavamo neznanjem, iako nas neznanje ne oslobađa odgovornosti, a zakonodavac nalaže da se za svoje starije članove obitelji skrbimo na onaj način kako su se oni brinuli o nama kada smo bili djeca. Neznanje u odnosu na visoku smrtnost kao posljedicu pada, koja se mogla spriječiti, uglavnom se odnosi na neprilagođeni životni prostor potrebama starije osobe. Takve prilagodbe mogu biti od iznošenja tepiha iz stana, obilježavanja ruba stepenica uz postavljanje rukohvata, gumenih nastavaka na stolicama ili pak sniženja kreveta i stolica kako se ne bi mijenjala osovina tijela prilikom ustajanja. Kako bi se izbjegli ovi i slični uzroci zanemarivanja potrebno je dati upute članovima obitelji, a i samim starijim ljudima o posebnostima životnog razdoblja kroz koji prolaze i specifičnim potrebama osoba treće životne dobi.

S obzirom da postoji vrlo malo istraživačkih studija o uzrocima zanemarivanja i zlostavljanja starijih osoba, te raširenosti ovog problema, ne iznenađuje da je i teorijska konceptualizacija zanemarena. U literaturi se navodi nekoliko teorija značajnih za razumijevanje zlostavljanja, odnosno nasilja nad starijima.

5.1. Teorije nastanka nasilja nad starima

5.1.1. Situacijski model

Stresne situacije poznati su uzrok zlostavljanja starijih osoba od strane osobe koja skrbi za nju ili njega. Starija osoba ovdje se promatra kao izvor tog stresa i to zbog tjelesnog ili mentalnog oštećenja. U tom smislu, loše postupanje je zapravo iracionalan odgovor na stresnu situaciju. Situacijske varijable koje ovu teoriju povezuje sa

zlostavljanjem uključuju faktore povezane sa skrbnikom, sa starijom osobom te s ekonomskim stanjem obje strane (35).

Neki od nedostataka ovog objašnjenja su da neki skrbnici koji imaju jednako stresne situacije kao i počinitelji, ne postaju skrbnici zlostavljači. Drugi nedostatak se odnosi na identifikaciju starije osobe kao uzroka stresne situacije. Istraživanje McDonald i Collins je pokazalo je da 7 od 10 medicinskih sestara, percipira pacijenta kao uzrok mogućeg zlostavljanja (35). Upravo se tu javlja etičko pitanje između zaštite starije osobe-pacijenta i prava na samoodređenje. Nedvojbeno je da se medicinske sestre, socijalni radnici i druge pomažuće profesije, svakodnevno suočavaju s nizom etičkih pitanja i nedoumica. Medicinske sestre imaju odgovornost prijaviti svaku sumnju, no istraživanje Davies i Kitchena je pokazalo da to nerado čine, a razlozi su profesionalna odanost, nedostatak znanja i vještina o postupanju, strah i nedovoljno informacija o tome kako se sumnjivi slučajevi istražuju (36).

5.1.2. Teorija društvene razmjene

Teorija društvene razmjene temelji se na pretpostavkama da socijalna interakcija uključuje razmjene nagrada i kazni između najmanje dvoje ljudi, te da svi ljudi nastoje maksimalizirati nagrade, korist i minimalizirati cijenu postizanja određenog rezultata. Prema ovoj teoriji, postupci i odnosi među ljudima, pa i članova obitelji procjenjuju se na cost-benefit osnovi, odnosno na osnovi odnosa cijene i koristi.

Još je Epikur razradio „hedonistički račun“ kojim se moglo izračunati koliko će neki postupak donijeti boli, a koliko užitka, po čemu će se onda moći odrediti „isplati li se ili ne“ nešto poduzimati (35).

U perspektivi društvene razmjene, kako ljudi stare, postaju sve ranjivija i nemoćnija grupa, ovisna o skrbniku što može biti razlog lošeg postupanja. Može se reći da starije osobe ostaju u zlostavljanom odnosu sve dok zadovoljavanje njihovih potreba nadmašuje cijenu maltretiranja. Postoji nekoliko kritika na ovu teoriju: ljudi kako stare ne postaju automatski ovisni i nemoćni te ovisnost nije isključivo vezana za stariju dob. Neka istraživanja pokazuju da su i zlostavljači ovisni o starijoj osobi te da osjećaj nemoći kod zlostavljača zapravo vodi prema lošem postupanju (36).

5.1.3. Simboličko interakcijska teorija

U ovoj teoriji naglasak je na interaktivnom procesu između starije osobe i skrbnika. Točka interesa nije samo na ponašanju starije osobe i skrbnika, već i na njihovim simboličkim interpretacijama takvog ponašanja. Neki nalazi pokazuju da je subjektivna interpretacija stresa od strane skrbnika bolji pokazatelj opterećenja nego stvarna, aktualna razina opterećenja.

Ono što većina istraživača nije u mogućnosti istražiti je povezanost između stupnja kognitivnog oštećenja zlostavljane osobe i razine zlostavljanja koje može biti samo stvar gledanja i interpretacije skrbnika.

Socijalno učenje je dio ovog gledanja: zlostavljači su naučili takvo ponašanje jer su svjedočili tome ili bili i sami žrtve, te su u takvom relativno trajnom odnosu, kao žrtve naučili to prihvaćati. Kritičari navode da ovakvo promatranje ne uzima u obzir socioekonomske faktore koji mogu utjecati na proces zlostavljanja, te ne uzima u obzir da nisu svi skrbnici, a koji su bili zlostavljani u djetinjstvu, postali zlostavljači starijih. Neki autori navode da je generacijski prijenos obiteljskog nasilja više primjenjiv u kontekstu zlostavljanja djece (36).

5.1.4. Ekološki model

S obzirom na kompleksno pitanje nasilja nad starijim osobama i nizom faktora koji su povezani s njim, istraživači se sve više okreću ekološkom modelu koji pažnju fokusira na interaktivno djelovanje većeg broja činitelja koji se mogu grupirati na tri razine:

- individualnoj (uključuje osobine ličnosti, razvojni put pojedinca, vrijednosti, uvjerenja..., odnosi se na obilježja nasilnika i na obilježja članova obitelji koji trpe nasilje),
- obiteljskoj (uključuje dinamiku, uloge i obrasce ponašanja),
- sociokulturnoj (uključuje gospodarske odnose, obilježja i norme lokalne zajednice, zakone i praksu pravosudnog sustava, tolerantan stav prema nasilju...).

Na svakoj razini okoline osoba stupa u odnose i ako se želi razumjeti razvoj pojedinca, moraju se razumjeti interakcije između pojedinca i njegove sadašnje i prošle okoline (30). Ekološka perspektiva proučava starenje u kontekstu okoline u kojoj osoba živi, u međusobnoj povezanosti s osobnim povijesnim okolnostima i sposobnostima prilagodbe pojedinca (36).

5.2. Dosadašnje spoznaje o istraživanju nasilja nad starijim osobama

Pillemer i Finkelhor 1998. opisuju kako se nasilje nad starijim osobama događa neovisno o socioekonomskom statusu i u svim društvima (37). Studije pokazuju da između 2% i 10% starijih osoba doživi neki oblik zlostavljanja i zanemarivanja (37). Istraživanje u Sjedinjenim Državama je pokazalo da je 3,2% osoba starijih od 65 godina iskusilo neki vid zlostavljanja. Oko 2% ispitanika je doživjelo psihičko zlostavljanje, 1,1% kronično verbalno zlostavljanje, i 0,4% zanemarivanje.

National Center on Elder Abuse (SAD) objavio je podatke o trendu kretanja prijavljenih slučajeva (38). Tako je 1986. godine bilo 117 000 slučajeva, a 2001. godine 470 000, što pokazuje porast od čak 301%. Istraživanje provedeno u Kanadi pokazalo je da je 4% starijih osoba doživjelo neki oblik zlostavljanja. Oko 2,5% ispitanika je doživjelo financijsko iskorištavanje, 1,4% kroničnu verbalnu agresiju, i 0,5% psihičko zlostavljanje dok je oko 0,4% ispitanika prijavilo zanemarivanje navode da se razlike u rezultatima mogu objasniti činjenicom da je istraživanje u SAD-u obuhvaćalo fizičko i psihičko zlostavljanje te zanemarivanje, dok je kanadsko istraživanje uz navedene oblike još uključivalo financijsko zlostavljanje (30).

Istraživanja u Danskoj, Švedskoj i Finskoj pokazuju da je između 1% i 8 % starijih doživjelo zlostavljanje, najčešće od strane bliskog rođaka (39).

U Nizozemskoj je svake godine više od sto tisuća starijih osoba izloženo zlostavljanju. U 77% svih slučajeva žrtve su bile žene što se podudara s podacima dobivenim istraživanjem u Njemačkoj (40). Britansko nacionalno istraživanje na uzorku od 2 130 starijih osoba pokazalo je:

- 5% verbalno zlostavljanih ispitanika od strane članova obitelji,
- 2% je fizički zlostavljano,

- 2% financijski iskorištavano (40).

U drugom istraživanju prikazani su nalazi 6 867 poziva za pomoć upućenih AEA telefonu. Analizom je utvrđeno da je, od zlostavljanih starijih osoba, 41% imalo iskustva s muškom osobom kao zlostavljačem, dok su 25% počinitelja bile žene. Čak 33% počinitelja je bilo plaćeno osoblje (njegovatelji, medicinska sestra), a većina zlostavljača (46%) je povezana sa žrtvom (40). U Škotskoj 2002. godine zabilježeno je 442 slučaja nasilja nad ženama starijim od 61 godine. U ovom istraživanju radilo se o starijim ženama koje su dugoročno traumatizirane i koje nisu imale potencijal same zastupati svoje interese. Slične zaključke iznijeli su u istraživanju i Comijs i suradnici koji naglašavaju malen broj starijih – žrtvi zlostavljanja koje aktivno rješavaju svoj problem. Starije žene rijetko traže pomoć najčešće zbog srama kojeg osjećaju, stavova o „zasluženom“ nasilnom ponašanju, stavova koji onemogućavaju prepoznavanje sebe kao žrtve, ali i zbog društvene situacije koja u ovom trenutku u žarište interesa postavlja djecu i žene. Starija osoba se često boji odmazde, napuštanja ili smještaja u neku od institucija za treću dob (41).

Značajno istraživanje provedeno je u Sjedinjenim Državama u trajanju od devet godina, na uzorku od 2 812 starijih osoba, od kojih su prepoznati oni koji su doživjeli zlostavljanje ili zanemarivanje. Dobiveni rezultati pokazali su da je u skupini ispitanika bez doživljenog nasilja živo bilo 40%, dok je u drugoj skupini s iskustvom zlostavljanja nakon devet godina živo bilo tek 9%. Iz rečenog proizlazi da zanemarivanje i zlostavljanje uzrokuje značajan „interpersonalan stres“ koji se može smatrati dodatnim rizikom za smrt (42,43).

Rezultati nekoliko istraživanja pokazuju da postoje različiti faktori koji doprinose nasilju nad starijima kao što su:

- kognitivno oštećenje,
- stres njegovatelja,
- funkcionalna nesposobnost,
- ovisnosti,
- psihopatologija zlostavljača,
- siromaštvo,
- slaba socijalna mreža (44).

U 90% slučajeva nasilja nad starijima počinitelj bio član obitelji, dvije trećine počinitelja bili su odrasla djeca ili supružnik navode da su počinitelji nasilja prema ostarjelima u više od polovice slučajeva žene (kćeri ili nevjeste) koje dnevno skrbe o žrtvama (45). Po Sengstocku su najčešći počinitelji fizičkog zlostavljanja muške osobe, a počinitelji psihičkog zlostavljanja najčešće osobe ženskog spola (46).

Kod seksualnog zlostavljanja u većini slučajeva počinitelj je muška osoba, a žrtve su žene. Penning navodi da je kod starijih osoba iznad 75 godina češće prisutno zlostavljanje u odnosu na starije osobe u dobi od 64 do 74 godina. Nalazi su pokazali da su najčešći počinitelji nasilja u dobnoj skupini do 44 godine (47). Rezultati su pokazali da nasilnici (uglavnom starije dijete) imaju veću količinu problema nego drugi njegovatelji. Oni često pate od mentalnih bolesti ili emocionalnih poremećaja, alkoholizma, narkomanije i novčanih problema. Zbog ovih problema, nerijetko su materijalno ovisni o svojim roditeljima i zlostavljanje je reakcija potaknuta osjećajem neuspjeha i vlastite nesposobnosti.

5.3. Uloga medicinske sestre u suzbijanju nasilja

Uloga medicinske sestre u slučaju nasilja u obitelji je vrlo značajna, kao i njena komunikacija s ostalim zdravstvenim djelatnicima. Najvažnije je uspostaviti odnos povjerenja sa žrtvom kako bi prikupljanje anamnestičkih podataka bilo što učinkovitije. Razgovoru sa žrtvom treba pristupiti oprezno, svaki postupak medicinske sestre treba biti u cilju osnaživanja žrtve zlostavljanja, jasno prenijeti poruke kako bismo vidjeli što joj se događa, razumjeti kako se osjeća te pomoći u donošenju odluku koja joj najbolje odgovara.

5.3.1. Pristup zlostavljanoj osobi

U razgovoru sa zlostavljanom osobom ne trebaju se koristiti pojmovi koji imaju različita značenja, a većina osoba ih doživljava kao „prljave“ ili „nemoralne“.

Preporuča se koristiti smjernice za razgovor:

1. Osigurati povjerenje, razgovarati u potpunoj privatnosti te imati dovoljno vremena.
2. Izbjegavati apstraktne pojmove, ne koristiti riječi koje nije žrtva izgovorila.
3. Razgovor usmjeriti na događaje i ponašanja.
4. Poštivati žrtvino viđenje problema, ukoliko ona ne „prizna“ nasilničko iskustvo, treba joj savjetom prenijeti kako ima mnogo ljudi sa sličnim iskustvom, kako se mnogi boje o tom govoriti, a sjećanja na događaj mogu biti vrlo bolna, te da je strah od budućeg zlostavljanja opravdan strah.
5. Umjesto agresivnog ispitivanja pitati oprezno.
6. Ako žrtva odbije pomoć, dati joj mogućnosti da zatraži pomoć kada i koliko želi.
7. Ako žrtva želi, krenuti dalje u postupku.

Postoje različiti načini na koje možemo ohrabriti žrtvu da kaže više ili proširi rečeno:

- Neverbalnim znakovima: različiti izrazi lica, pokreti glavom, položaj tijela kojim pokazujemo našu pažnju.
- Verbalnim znakovima: to je zapravo ono što izgovaramo uz naše neverbalne znakove, kao npr.: i tada, i... samo nastavite.
- Ponavljanje ključnih riječi, nekih riječi koje je ona izgovorila, a da ih se može iskoristiti za potaknuti žrtvu na prošireni iskaz (32).

5.3.2. Prepoznavanje nasilja u obitelji

Tijekom prijavljivanja određenih zdravstvenih tegoba, žrtve zlostavljanja koje ga ne žele prijaviti često imaju određenu vrstu ponašanja u komunikaciji sa zdravstvenim djelatnikom, kao:

- oklijevanje ili izbjegavanje razgovora o detaljima prilikom opisivanja načina ozljeđivanja,
- prekomjerna uplašenost u odnosu na ozlijedi (npr. ekstremna uplašenost i uzbuđenost za manju posjekotinu na ruci),
- objašnjenje načina ozljeđivanja koji ne odgovara ozlijedi (npr. "ozlijedila su me vrata jer nisam zatvorila prozore, a zapuhao je jak vjetar"),

- neadekvatno oblačenje (dugi rukavi kada je izrazito vruće), nošenje šala, rukavica, sunčanih naočala kada nema sunca...

Kod svih žrtvi nasilja modrice su često prvi vidljivi znak zlostavljanja. Potrebno je obratiti pažnju na sljedeće karakteristike modrica:

- lokaciju modrice: modrice na licu, ušima, vratu, nadlakticama, na leđima, genitalnom i analnom području,
- oblik modrice: ponekad se može prepoznati čime je nanesena povreda (šake, prsti, remen...),
- starost modrice: procjenjuje se prema boji modrice (crvena je 2 dana, žuta je 5-7 dana, smeđa je 10-14 dana stara).

5.3.3. Protokol u slučaju nasilja u obitelji

Cilj protokola djelovanja zdravstvenih ustanova je pružiti žrtvi sveukupnu zdravstvenu skrb s ciljem očuvanja tjelesnog i psihičkog zdravlja žrtve kao i zbrinjavanja nastalih ozljeda i psihičkih oštećenja.

U slučaju sumnje da je ozljeda ili zdravstveno stanje pojedinca posljedica nasilja u obitelji, zdravstveni je djelatnik dužan posebno obzirno razgovarati s osobom te je navesti da mu se kao zdravstvenom djelatniku povjeri o postojanju nasilja u obitelji i saznati što više okolnosti u svezi s povredom ili zdravstvenim stanjem. U slučaju saznanja o počinjenom nasilju u obitelji, zdravstveni djelatnici dužni su postupati prema slijedećem redoslijedu radnji.

1. Sukladno Zakonu o zaštiti od nasilja u obitelji prijaviti policiji.
2. Utvrditi uzroke i način nastanka ozljeda te obaviti cjeloviti zdravstveni pregled.
3. Razgovarati sa žrtvom o mogućnostima rješavanja problema, savjetovati je, uputiti žrtvu u ostale mogućnosti skrbi koje pružaju nevladine organizacije, u njena prava sukladno Zakonu i na daljnju obradu ovisno o potrebama te biti u stalnom kontaktu sa socijalnom službom i policijom.
4. U slučaju tjelesne ozljede nanesene od člana obitelji, liječnik u Hitnoj medicinskoj pomoći ili izabrani liječnik dužan je ispuniti Prijave ozljede ili bolesti br: 030911 ili br: 03055, prema Zakonu o zaštiti od nasilja u obitelji te

Prijavu označiti brojem koji sadrži datum, mjesec i godinu nastanka ozljede. Prijavu treba voditi u posebnom protokolu i bolesničkom kartonu.

5. Navedena prijava podnosi se policiji i područnom uredu Hrvatskog Zavoda za Zdravstveno Osiguranje prema prebivalištu osigurane osobe. Broj se nalazi u lijevom uglu iskaznice osigurane osobe.
6. Na traženje državnog odvjetništva ili policije, zdravstvene su ustanove dužne odmah dostaviti svu dokumentaciju koja je od značaja za razjašnjavanje i dokazivanje kažnjive stvari.
7. Ukoliko je žrtva nasilja u obitelji osoba s duševnim smetnjama ili osoba liječena od alkoholizma i drugih ovisnosti, po potrebi je uputiti na liječenje odnosno prisilno hospitalizirati i o tome obavijestiti centar za socijalnu skrb i policiju.
8. Ukoliko je počinitelj nasilja u obitelji osoba s duševnim smetnjama ili osoba liječena od alkoholizma i drugih ovisnosti, po potrebi ga uputiti na liječenje odnosno prisilno hospitalizirati i o tome obavijestiti centar za socijalnu skrb i policiju, a prije njenog puštanja zdravstveni djelatnici o tome moraju obavijestiti žrtvu (48).

5.3.4. Prevencija nasilja u obitelji

Kako netko postaje nasilnik? Teorija ima mnogo, no prevencija nasilja u obitelji se treba započeti s djecom. Djeca odrastajući uz roditelje kopiraju njihove obrasce ponašanja, te odrastanje u obitelji u kojoj postoji nasilje može imati jako loše posljedice po djetetu, na njegov psihosocijalni razvoj i mentalno zdravlje.

– Primarna prevencija

Primarnu prevenciju čine programi namijenjeni širokom krugu korisnika i javnosti radi povećanja osjetljivosti za obiteljsko nasilje, njegovo prepoznavanje i zagovaranje suzbijanja obiteljskog nasilja. U njima je naglasak na primarnoj prevenciji i zagovaranju, a ostvaruju se javnim tribinama, predavanjima i radionicama za građane, školsku djecu, te javnim kampanjama (49).

– Sekundarna prevencija

Sekundarna prevencija obuhvaća programe osposobljavanja usmjerene na unapređenje obnašanja specifične uloge i izvršavanje zadataka djelatnika koji rade u

pojedinom sustavu, unaprjeđenje njihovih znanja i postupaka (policijski službenici, socijalni radnici, školski psiholozi, obiteljski liječnici, državni odvjetnici i suci, stručnjaci u obiteljskim centrima i organizacijama civilnog društva) (49).

– Tercijarna prevencija

Pod tercijarnu prevenciju spadaju programi osposobljavanja za provedbu psihosocijalnog tretmana počinitelja nasilja u obitelji, rad sa žrtvama te tretman maloljetnih počinitelja vršnjačkog i obiteljskog nasilja, dakle, sve aktivnosti nakon što se obiteljsko nasilje dogodilo. U cilju tercijarne prevencije je istodobno dati specifična znanja i vještine potrebne za pojedinu djelatnost, uključujući i intervencije, ali i unaprijediti djelotvornu suradnju među svim službama u lokalnoj zajednici koje dolaze u doticaj s obiteljskim nasiljem. Ovim aktivnostima se podiže učinkovitost društvenog reagiranja za obiteljsko nasilje, dugoročno snižavaju troškovi vezani uz nasilje u obitelji i povećava se osjećaj uspješnosti uključenih djelatnika (49).

5.3.5. Nasilje u obitelji i državne službe

Svatko od nas ima moralnu dužnost prijaviti zlostavljanje, dok je to za zdravstvenog djelatnika, djelatnika socijalne skrbi, psihologa, socijalnog radnika, socijalnog pedagoga i djelatnika odgojno–obrazovne ustanove zakonska obaveza.

Novčanom kaznom u iznosu od najmanje 3.000,00 kuna kaznit će se osobe koje su: zdravstveni radnici, stručni radnici u djelatnosti socijalne skrbi, obiteljske prevencije i zaštite, odgoja i obrazovanja te stručni radnici zaposleni u vjerskim ustanovama, humanitarnim organizacijama te udrugama civilnog društva u djelokrugu djece i obitelji, ako ne prijave policiji ili državnom odvjetništvu počinjenje nasilja u obitelji za koje su saznale obavljajući svoju djelatnost (50). Ako izaberemo okrenuti glavu u drugom smjeru, pomažemo zlostavljaču.

5.4. Preporuke za starije osobe

- Prvo i najosnovnije, brinite o sebi, svom zdravlju i svojoj imovini!
- Zdravo se hranite, bavite se nekom vrstom aktivnosti, idite redovno na sistematske preglede.
- Ne dozvolite da ste zdravstveno zapušteni.
- Planirajte svoju budućnost dok ste zdravi i osjećate se dobro.
- Nemojte prepisivati svoju imovinu na nekog samo uz obećanje da će se brinuti o vama i da Vas neće smjestiti u dom. Za to Vam treba ugovor kojeg treba pregledati profesionalac.
- Kada potpisujete neki dokument, budite oprezni. Zamolite nekog kome vjerujete neka pročita dokument ako Vi niste sigurni u njegovo značenje.
- Napravite testament koji možete mijenjati ako je to neophodno.
- Nemojte se odricati kontrole nad imovinom dokle god ste sposobni voditi računa o njoj. Kada to više niste u mogućnosti, konzultirajte se s odvjetnikom kako biste dobili informacije i zaštitili se.
- Pobrinite se da Vaša mirovina dolazi na vaše ime, svoj PIN ne govorite nikome, nemojte davati potpisane bankovne čekove.
- Uključite se u socijalni život zajednice putem klubova, umirovljeničkih i volonterskih organizacija.
- Njeguajte prijateljstva kako s vršnjacima tako i s osobama različite životne dobi.

6. ZAKLJUČAK

1. Problemu nasilja nad starijim osobama treba pristupiti interdisciplinarno s naglaskom na novim „opsežnijim istraživanjima“, edukaciji profesionalaca, članova obitelji i drugih koji vode računa o starijim ljudima.

2. Preventivno djelovanje, senzibilizacija stručnih volontera, samih starijih osoba, medija i šire javnosti jedan je od nužnih koraka koji treba napraviti.

3. Zadovoljstvo životom, pozitivno psihičko i funkcionalno stanje te podrška okoline, kao temeljni preduvjet uspješnog starenja, podrazumijevaju složene i promjenjive odnose bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika, u kojima je rijetka ravnoteža temeljnih čimbenika.

4. Najvažnije je uspostaviti odnos povjerenja sa žrtvom kako bi prikupljanje anamnestičkih podataka bilo što učinkovitije.

5. U slučaju sumnje da je ozljeda ili zdravstveno stanje pojedinca posljedica nasilja u obitelji, zdravstveni je djelatnik dužan posebno obzirno razgovarati s osobom te je navesti da mu se kao zdravstvenom djelatniku povjeri o postojanju nasilja u obitelji i saznati što više okolnosti u svezi s povredom ili zdravstvenim stanjem.

6. Strategija borbe protiv nasilja treba uključivati zastupanje i podizanje svijesti, obrazovanje za kulturu nenasilja, osposobljavanje stručnjaka, unaprjeđenje zakona i njihova primjena, praćenje intervencija i analizu podataka, pružanje neposredne usluge žrtvi i počinitelju, ranu identifikaciju. Strategija borbe mora biti jasno osmišljena uzimajući u obzir kulturne i regionalne specifičnosti, ulogu lokalne zajednice, civilnog društva, države i međunarodnih organizacija, no i odgovornost svakog pojedinca.

7. SAŽETAK

UVOD: Cilj ovog rada je širenje spoznaja o nasilju nad osobama starije životne dobi. Zlostavljanje starijih odnosi se na svako ponašanje u sklopu ljudskih povjerenja, koje na neki način šteti starijoj osobi.

U uvodnom dijelu opisano je zlostavljanje starijih koje podrazumijeva psihičko zlostavljanje, tjelesno zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, financijsko (ekonomsko) zlostavljanje i zanemarivanje te demografske promjene u Republici Hrvatskoj i padove u starijoj životnoj dobi. Nakon opisa cilja rada, u rezultatima su izneseni brožčani podatci za Republiku Hrvatsku Splitsko-dalmatinsku županiju o očekivanom trajanju života pri rođenju i dobi od 65 godina za muški i ženski spol. Isto tako tablicama su prikazane hospitalizacije osoba u dobi od 65 i više godina u bolnicama Hrvatske 2012.godine po dobnim skupinama i spolu, kao i najčešći uzroci smrti.

RASPRAVA: U raspravi su analizirani podatci dobiveni u rezultatima. O fenomenu nasilja u trećoj životnoj dobi nema mnogo podataka kako u svijetu tako ni u Hrvatskoj. U radu se sažeto prikazuju teorijska objašnjenja, uzroci i oblici zanemarivanja i zlostavljanja starijih osoba, čimbenici koji tome doprinose te prevencija istog. Također su prikazani neki rezultati istraživanja s područja zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba.

ZAKLJUČAK: Na kraju su opisane i uloge medicinske sestre u slučaju nasilja u obitelji, koje su vrlo bitne kao i njezina komunikacija s ostalim zdravstvenim djelatnicima. S obzirom na demografske trendove i sve veći broj osoba starijih od 65 godina u ukupnoj populaciji, realno je očekivati da će fenomen zlostavljanja starijih osoba tek zaokupiti pažnju i interes kako stručnjaka tako i šire javnosti.

8. SUMMARY

AIM: The aim of this work is to spread awareness of violence against the elderly. Elder abuse refers to any behavior within a trust that harms an older person.

The introductory chapter describes elder abuse which includes psychological abuse, physical abuse, sexual abuse, financial (economic) abuse and neglect, and demographic changes in Croatia and falls in the elderly. After a description of the paper, the results present numerical data for Croatia Split-Dalmatia County on life expectancy at birth and age 65 for male and female. Also tables show the hospitalization of persons aged 65 years and over in Croatian hospitals in 2012, by age group and sex, as well as the most common causes of death.

DISCUSSION: The discussion summarizes data obtained in the results. On the phenomenon of violence in the third age there is not much information out in the world and even in Croatia. The paper concisely presents explanations, causes and forms of neglect and abuse of older people, the factors that contribute and the prevention of the same. It also presents some results of research in the field of child abuse and neglect of older persons.

CONCLUSION: At the end are described the roles of nurses in the case of domestic violence, which are very important as well as their communication with other health professionals. Given the demographic trends and a growing number of people older than 65 years in the total population, it is reasonable to expect that the phenomenon of elder abuse is yet to attract attention and interest to professionals and the general public.

9. LITERATURA

1. Nejašmić I, Toskić A. Starenje stanovništva u Hrvatskoj – Sadašnje stanje i perspektive. Hrvatski geografski glasnik 75/1, 89 –110(2013.)
Dostupno na: Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive
hrcak.srce.hr/file/155905 Pristupljeno: 10.09.2014.
2. Projekcije stanovništva Republike Hrvatske 2010. - 2061. Dostupno na:
http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/Projections/projekcije_stanovnistva_2010-2061.pdf
Pristupljeno: 10.09.2014.
3. Smrtnost od pojedinačnih uzroka smrti na područjima ... - NZJZ SDŽ Dostupno na:
[www.nzjz-split.hr/.../DIPL_RAD_STANISIC\(1\).pdf](http://www.nzjz-split.hr/.../DIPL_RAD_STANISIC(1).pdf) Pristupljeno: 10.09.2014.
4. Lovreković M, Leutar Z: Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. Soc. ekol. Zagreb. 2010;10:55-79.
5. Unitet Nations: Populatio Aging and Development 2009: New York, 2009.
Dostupno na: www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf
Pristupljeno: 10.09.2014.
6. Walker, A., Naegele, G: The politics of old age in Europe. Buckingham: Open University Press. 1999;21:357-368.
7. Kaleta D, Polańska K, Dziańkowska-Zaborszczyk E, Henke W, Drygas W: Factors influencing self-perception of health status. Central European Journal of Public Health. 2009;17:122-127.
8. United Nations. World Population Ageing 1950-2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York. United Natons Publication.2001.
Dostupno na: www.un.org/.../population/publications/worldageing19502050/
Pristupljeno: 10.09.2014.

9. Ljubičić M, Baklaić Ž, Tomek-Roksandić S: Hrvatski demografski disbalans i potencijalni međugeneracijski sukob. *Medicus 2*, Vol 14; Zagreb, 2005:356-357.
10. Tamara Poljičanin, Tomislav Benjak: Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis za 2014.godinu. Zagreb,2014:9-16.
11. Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Tomić B, Škes M, Kurtović Lj, Vračan S, Bach T. Gerontološko zdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2002./2003. Godina. Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba; 2004.
12. Pečjak V: Psihologija treće životne dobi. Prosvjeta; Zagreb:2001:57-59.
13. Despot Lučanin, J. (1998.) Socijalna skrb o starijima u Hrvatskoj: prošlost, sadašnjost, budućnost, u: Bežovan, G., Coury, J. M., Despot Lučanin, J. Nefitni sektor i pružanje usluga starijima. Zagreb: Centar za razvoj nefitnih organizacija. Dostupno na: www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/view/242/964 Pristupljeno: 10.09.2014.
14. Rodin U: Prirodno kretanje u Hrvatskoj u 2010. godini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: www.hzjz.hr/publikacije/stanovnistvo2010. Pristupljeno: 10.09.2014.
15. Consequences of future demographic changes in Croatia. Dostupno na: hrcak.srce.hr/file/126073 Pristupljeno: 10.09.2014.
16. Razvojne strategije za prevenciju povreda i nasilja - libdoc.who.int. Dostupno na: whqlibdoc.who.int/.../9241593504_Montenegrin.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.
17. Priručnik nasilje nad ženama u partnerskim odnosima 2008. / 2009. Dostupno na: www.kcus.ba/updf/7_01_%202008.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.
18. WHO. Falls. October 2012. Fact sheet N°344. Dostupno na adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> Pristupljeno: 10.09.2014.

19. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age in WHO Library Cataloguing-in-Publication Dana. 2007. Dostupno na adresi: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1
Pristupljeno: 10.09.2014.
20. Fortuna V, Galić R, Ninić A, Vrbić Lj. Vodič za starije građane grada Zagreba: Pomagala i ergonomska prilagodba pribora za provedbu aktivnosti svakodnevnog života. 4. Izdanje. Zagreb. Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom, 2013. godina.
21. Brkić B I, Padovi u starijih osoba: Polagano je brže. Narodni zdravstveni list. 2005; 41:23-24.
22. Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar , Osnove o starosti i starenju - vodič uputa za aktivno i zdravo starenje. Novosti o starosti i starenju. 2012.godine. Dostupno na web adresi: <http://www.stampar.hr/OsnoveOStarosti> Pristupljeno: 10.09.2014.
23. WHO Regional Office for Europe. Databases, European detailed mortality database (DMDB) online version. Dostupno na adresi: <http://data.euro.who.int/dmdb/>
Pristupljeno: 10.09.2014.
24. Prirucnik Za Edukaciju Trening Zdravstvenih Radnika. Dostupno na: bs.scribd.com/.../Prirucnik-Za-Edukaciju-Trening-Zdravstvenih-Radnika
Pristupljeno: 10.09.2014.
25. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. i Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry,1961;4:561-571.
26. Lučanin D, Despot Lučanin J, Havelka M. Samoprocjena zdravlja i „objektivni“ indikatori zdravlja kao prediktori dužine života. U: Tomek-Roksandić S, Budak A, ur. Smjernice za zaštitu zdravlja starih ljudi 1999: Knjiga izlaganja s Druge međunarodne konferencije „Zaštita zdravlja starih ljudi 1998“;1998 ožujak 26-27.; Lovran, Hrvatska. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske; 1999.str.53-58.
27. Kvaliteta života osoba s invaliditetom u domu umirovljenika. Starenje i cerebralna paraliza. Zagreb, Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize, 2001. Dostupno na: www.rijeka.kbf.hr/.../Polozaj_i_vrednovanje_osoba_s_posebnim_potrebama.pdf

Pristupljeno: 10.09.2014.

28. Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:607-618.

29. Perleth M, Jakubowski E, Busse R. What is „best practice“ in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*. 2001;56:235-50.

30. Despot Lučanin J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko, Naklada Slap, 2003.

31. Australian Institute of Family Studies. The nature and impact of caring for family members with a disability in Australia. Research report, no. 16, 2008. Dostupno na: www.aifs.gov.au/institute/pubs/resreport16/report16pdf/rr16.pdf

Pristupljeno: 10.09.2014.

32. Ajduković M, Pavleković G. Nasilje nad ženom u obitelji. Društvo za psihološku pomoć, Zagreb. 2000. Dostupno na: www.erf.unizg.hr/.../NasiljeUObitelji.doc

Pristupljeno: 10.09.2014.

33. WHO. Falls. October 2012. Fact sheet N°344.

Dostupno na adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>

Pristupljeno: 10.09.2014.

34. Erceg M, Poljičanin T. Ozljede u Republici Hrvatskoj. Zagreb, 2014. godine Dostupno na: hzjz.hr/wp-content/.../Ozljede-u-RH.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.

35. Cruel But Not Unusual: Violence in Canadian Families - Rezultati Google Books books.google.hr/books?isbn=0889204039 Pristupljeno: 10.09.2014.

36. Abuse and Neglect of Older Adults - Publications du gouvernement ... Dostupno na: publications.gc.ca/...3.../abuse_e.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.

37. Elder Abuse Prevention: Emerging Trends and Promising Strategies – Rezultati. Dostupno na: books.google.hr/books?isbn=0826103383 Pristupljeno: 10.09.2014.

38. National Center on Elder Abuse (SAD)

Dostupno na: <http://www.ncea.aoa.gov/Library/Data/> Pristupljeno: 10.09.2014.

39. Lachs MS, Pillemer K: Elder abuse. *Lancet*. 2004;2-8:1263-72.

40. Family violence: What health workers can do. Dostupno na: hrcak.srce.hr/file/89369
Pristupljeno: 10.09.2014.

41. Bierman EJM, Comijs HC, Rijmen F, Jonker C, et al. Anxiety symptoms and cognitive performance in later life: results from the longitudinal aging study Amsterdam. *Aging and Mental Health* 12:517-23.

42. Financial Abuse of the Elderly - American Bar Association. Dostupno na:
apps.americanbar.org/.../summer02.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.

43. Views of Older Persons on Elder Abuse - libdoc.who.int - World ... Dostupno na:
whqlibdoc.who.int/.../2002/who_nmh_vip_02.1.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.

44. The National Elder Abuse Incidence Study. Dostupno na:
http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuse_Report_Full.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.

45. Ajdukovic M. Psihosocijalne intervencije s počiniteljima nasilja u obitelji. Dostupno na:

https://www.google.hr/search?q=1992.%2C+prema+Ajdukovi%C4%87%2C+2003.%29+&hl=hr&gbv=2&oq=&gs_l= Pristupljeno: 10.09.2014.

46. Hwalek-Sengstock elder abuse screening test (h-s ... Dostupno na:
www.medicine.uiowa.edu/.../hwalek.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.

47. Uloga životnih vrijednosti u objašnjenju stavova prema razvodu ... Dostupno na:
hrcak.srce.hr/file/132094 Pristupljeno: 10.09.2014.

48. Protokol o postupanju u slučaju nasilja u obitelji, Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, Zagreb.

Dostupno na: www.zagreb.hr/.../protokolopostupanjuuslucajunasiljauobitelji.pdf

Pristupljeno: 10.09.2014.

49. Nacionalna strategija zaštite od nasilja u obitelji za razdoblje od 2011. do 2016. godine. Vlada Republike Hrvatske, Zagreb, 2011. Dostupno na: www.mspm.hr/.../nacionalna-strategija-2011-2016.pdf Pristupljeno: 10.09.2014.

50. Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji. Narodne novine 01-081-03-2623/2, Zagreb. Dostupno na: www.zenska-mreza.hr/ozastitinasilja.htm Pristupljeno: 10.09.2014.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime: Ana
Prezime: Slipčević
Datum rođenja: 03.05.1991
Mjesto rođenja: Zadar, Hrvatska
Adresa: 23 000 Zadar
Telefon: 023/634-144
Mobitel: 095 523 8956
E-mail: anadobre785@gmail.com

OBRAZOVANJE

2006-2010- Medicinska škola Ante Kuzmanić u Zadru

2011-2014- Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split

RADNO ISKUSTVO

Stručna praksa u bolnici tijekom školovanja u OB ZADAR, te pripravnički staž u trajanju od godinu dana. Stručna praksa za medicinsku sestru u KBC Split.

2014.- Specijalna bolnica za ortopediju, Biograd na Moru.

VJEŠTINE

Strani jezici: Engleski jezik – aktivno u govoru i pisanju

ČLANSTVA

Hrvatska komora medicinskih sestara i Hrvatska udruga medicinskih sestara

