

**ALMA MATER EUROPAEA  
EVROPSKI CENTER, MARIBOR  
DOKTORSKI STUDIJSKI PROGRAM TREĆEG  
BOLONJSKOG STUPNJA  
SOCIJALNA GERONTOLOGIJA**

**DOKTORSKA DIZERTACIJA**

**Marijana Neuberg**

**MARIBOR, 2017**

ALMA MATER EUROPAEA  
Europski centar, Maribor

Doktorska dizertacija  
studijskog programa trećeg bolonjskog  
stupnja

SOCIJALNA GERONTOLOGIJA

**ANALIZA POJAVNOSTI ZANEMARIVANJA I  
ZLOSTAVLJANJA OSOBA STARIJE DOBI U  
INSTITUCIJSKOJ SKRBI**

Mentor: prof. dr.(Republika Finska), Danica Železnik  
Sumentor: izv.prof.dr.sc. Jurij Toplak

Kandidat: Marijana Neuberg

Maribor, srpanj 2017

## Zahvala

„Čovjek ne bi u potpunosti uživao u ljepoti i bogatstvu svoga znanja kad u njegovu stjecanju ne bi trebalo prevladati neke poteškoće. Osvajanje vrhunaca ne bi bilo ni upola lijepo kad na tom putu ne bi trebalo prijeći mračne doline“.

Hellen Keller

„Ne mogu ništa drugo reć' do hvala, i hvala i navijek hvala“. Iako su to riječi velikog Williama Shakespearea, jednostavne i kratke na kraju ovog putovanja jedine su koje imam potrebu napisati. Zahvaliti dragim ljudima dirljiv je i poseban trenutak jer bez njih mog uspjeha ne bi bilo.

Dragoj mentorici prof.dr.sc.Danici Železnik zahvaljujem na brojnim savjetima, podršci i smirenosti u trenucima kad je bilo najteže.

Poštovanom sumentoru izv.prof.dr.sc. Juriju Toplaku upućujem posebne zahvale posebice za pomoć u izradi dispozicije, kritičkom osvrtu te brojnim sugestijama.

Cijenjenim profesorima doktorskog studija Socijalna gerontologija hvala na svom prenesenom znanju, trudu i toleranciji kod usmenih odgovaranja na hrvatskom jeziku.

Vrata u znanost i na Sveučilište Sjever otvorio je prije šest godina izv.prof.dr.sc. Goran Kozina, sada Pročelnik Odjela za biomedicinske znanosti. Hvala mu na životnoj mudrosti i na pruženoj prilici.

Dragim prijateljicama Sunčici Podoreški, lektorici i profesorici hrvatskog jezika, Ivi Kliček, profesorici engleskog jezika, te mojoj Nikoleti neizmjereno hvala što su osjetile kada su potrebne i pomagale bez postavljanja puno pitanja.

Jurici i Nini, Tomici i Ani, nećacima i cijeloj obitelji hvala što su bili uz mene.

Mom Ediju, najdražoj Dorotei i Dorianu, mami Barbari ne mogu dovoljno zahvaliti što me vole u turbulentnim i teškim danima i zajedno sa mnom uvijek gledaju u istom smjeru, prema naprijed.

## **SAŽETAK**

**U zaštiti temeljnih prava starijih osoba jedan od prioriteta hrvatskog društva je njihova zaštita od zlostavljanja i zanemarivanja. Zanemarivanje i zlostavljanje je odbijanje ili neispunjenje njegovateljeve obveze kako bi se zadovoljile potrebe osobe starije dobi, a kako bi se iste kaznile ili povrijedile. Svrha doktorske disertacije je prikazati stanje zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi, koje borave u institucijama, te predstaviti prevenciju zanemarivanja i zlostavljanja. Korištena je kvantitativna metoda istraživanja, za dobivanje podataka korištena su dva strukturirana anketna upitnika, jedan za pružatelje skrbi, a drugi za osobe starije dobi koje borave u institucijama. U istraživanje bilo je uključenih 171 pružitelja skrbi i 245 osobe starije dobi. U analizi podataka se koristila programska podrška Statistica verzija 12.0. Rezultati istraživanja pokazali su najčešće oblike zanemarivanja koji su u 37,1% ignoriranje poziva osobe starije dobi, u 24,8%, ne uređivanje svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice i u jednakom postotku 24,8% hranjenje na silu odnosno kad osoba koja ne želi otvoriti usta gura joj se hrana u usta. Najčešći oblici zlostavljanja u 46,9% su vikanje na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji, vrijeđanje ili psovanje u 31,8%, te odbijanje okretanja osobe kako bi spriječili bolne pritiske u 30,6% ispitanika. Provedeno istraživanje i istražena teorija o zanemarivanju i zlostavljanju starijih osoba dati će određen doprinos znanosti kroz utvrđivanje postojećeg stanja u institucijama i to iz perspektive osoba starije dobi i pružatelja skrbi. U današnjem društvu zlostavljanje osoba starije dobi dobiva malo nacionalne pozornosti i zabrinutosti, a većina oblika nasilja u instituciji mogla bi se prevenirati. Uloga socialnog gerontologa upravo u tome je izuzetno važna.**

**Ključne riječi: osobe starije dobi, pružatelji skrbi, zanemarivanje, zlostavljanje, nasilje, socijalni gerontolog.**

## **ABSTRACT**

**One of the priorities of Croatian society when it comes to protecting the fundamental rights of elderly is protection from abuse and neglect. Negligence is refusing or failing to exercise carers responsibilities of meeting the needs of elderly, in order to punish or hurt the latter. The purpose of this doctoral thesis is to show the state of neglect and abuse of elderly who reside in institutions, and to present the prevention of neglect and abuse. A quantitative research method was used to obtain data, along with two structural questionnaires, one for caregivers, and the other for elderly who reside in institutions. The study included 171 caregivers and 245 elderlies. The data were analysed by using software Statistica, version 12.0. The results showed the most common forms of neglect, where 37,1% refers to ignoring elderly's calls, 24,8% not cleaning up after each urine and stool incontinence, and also 24,8% referring to forced feeding, when a person is forced food without willingly opening their mouth. The most common forms of abuse in 46,9% of cases are shouting with rage and anger at an elderly, insulting or swearing in 31,8% of cases, and in 30,6% of cases refusing to turn the person in order to prevent painful pressure. The research that was carried out and the explored theory of neglect and abuse of elderly will contribute to science through the identification of the current state in the institutions, and all this from the perspective of elderly and caregivers. In today's society abuse of elderly is given little national attention and concern, and most forms of violence in these institution could be prevented. The role of social gerontologists is extremely important.**

**Keywords: elderly, caregivers, negligence, abuse, violence, social gerontologist.**

## **POVZETEK**

Pri varstvu osnovnih pravic starejših oseb je ena od prioritet hrvaške družbe tudi njihova zaščita pred zlorabo in zanemarjanjem. Zanemarjanje in zloraba je tudi zavračanje ali neizpolnjevanje obveznosti oskrbovalca, da bi zadovoljil potrebe starejše osebe z namenom kaznovati ali prizadeti starejšo osebo. Namen doktorske disertacije je prikazati stanje zanemarjanja in zlorab starejših oseb, ki bivajo v institucijah ter predstaviti preventivo zanemarjanja in zlorabe. Uporabljena je bila kvantitativna raziskovalna metoda, za pridobivanje podatkov pa sta bila uporabljena dva strukturirana anketna vprašalnika: eden za izvajalce oskrbe, drugi pa za ostarele osebe, ki bivajo v institucijah. V raziskovanje je bilo vključenih 171 oskrbovalcev in 245 starejših oseb. Pri analizi podatkov je bila uporabljena programska podpora Statistica, verzija 12.0. Rezultati raziskovanja so pokazali, da so najbolj pogoste oblike zanemarjanja ignoriranje klica starejše osebe (37,1 %), neurejevanje vsakokrat po inkontinenci urina ali blata (24,8 %) ter v enakem odstotku (24,8 %) hranjenje na silo oziroma ko oseba ne želi odpreti ust porivanje hrane v usta. Najbolj pogoste oblike zlorabe so kričanje na starejšo osebo v besu oziroma srdu 46,9 %, zmerjanje ali preklinjanje v 31,8 %, zavračanje obračanja osebe da bi se preprečili boleči pritiski pri 30,6 % anketiranih oseb. Opravljeno raziskovanje in raziskana teorija o zanemarjanju in zlorabi starejših oseb bo podala določen prispevek skozi ugotavljanje obstoječega stanja v institucijah, in sicer iz perspektive starejših oseb in oskrbovalcev. V sodobni družbi zloraba starejših oseb dobiva malo nacionalne pozornosti in zaskrbljenosti, večina oblik nasilja v instituciji pa bi se lahko preprečila. Vloga socialnega gerontologa je prav pri tem izjemno pomembna.

**Ključne besede:** starejše osebe, oskrbovalci, zanemarjanje, zloraba, nasilje, socialni gerontolog.

### **1 UVOD**

V Republiki Hrvaški (v nadaljevanju besedila RH) je po popisu prebivalstva iz leta 2011 758.633 ali 17,7 % skupnega števila prebivalcev starejšega od 65 let.<sup>1</sup> »Po oceni števila prebivalcev Državnega zavoda za statistiko iz leta 2010, v Republiki Hrvaški obstajajo namestitvene kapacitete za 2,75 % državljanov glede na skupno število oseb, ki so starejše od 65 let (Urad za človekove pravice in pravice narodnostnih manjšin Vlade Republike Hrvaške, 2013, 87). Starejši državljani v Republiki Hrvaški so siromašni in socialno ranljivi (Tomek-Roksandić in sod., 2006), kar poveča tveganje izpostavljenosti nasilju in zlorabi v družini kot tudi v ostalih sistemih oskrbe. Danes se v domovih za starejše občane še vedno usmerjajo v fizične težave uporabnikov, uporabljajo medicinske intervencije, zanemarjata pa se osamljenost in nebogljenost uporabnikov. Institucije za oskrbo starejših oseb (Thomas, 2003) morajo postati mesta, kjer se oseba počuti kot doma, družinski člani uživajo v obiskih, osebje se spoštuje, upošteva in ceni, skrb za uporabnike pa je kakovostna. V Republiki Hrvaški do sedaj niso bili objavljeni

---

<sup>1</sup> Navedeni demografski kazalniki kažejo, da je Republika Hrvaška zakoračila v „demografsko starost“ (Ministrstvo socialne politike in mladih Republike Hrvaške, 2014).

rezultati raziskovanja o nasilju nad starejšimi osebami v institucionalnem varstvu. V zadnjih letih se omenja nekaj raziskovanj o nasilju nad starejšimi osebami v družinah predvsem na ravni povečanja občutljivosti profesionalne javnosti.

Nasilje se definira kot način, s katerim nasilnež poskuša pridobiti moč in kontrolo nad žrtvijo ter ustvariti svoje interese, ki izhajajo iz neravnotežja moči med tema dvema osebama (Berg in sod., 2001). Upošteva pa se tudi, da hladen pristop, brez verbalnega in neverbalnega izražanja oskrbovalca, tudi spada med zanemarjanje (Viitasara, 2001). Zloraba starejših oseb je posamično dejanje, ki se ponavlja, ali primanjkljaj ustreznega delovanja, ki se dogaja v kateremkoli razmerju pričakovanja in zaupanja, ki pa povzroča škodo, bolečino in/ali težave in/ali neustrezen položaj starejši osebi (World report on violence and health, 2002).

Obstaja neskladje med razširjenostjo nasilja in pripravljenostjo, da se o tem govori, kot takšno pa se v institucijah in javnosti predstavlja kot nepopularna ali „tabu“ tema. Definiranje zanemarjanja in zlorabe je izjemno težko, ker je odvisno od kulturoloških, socioloških in pravnih vidikov države in tudi stališč avtorja definicije.

## **2 INSTITUCIONALIZACIJA IN AVTONOMIJA STAREJŠIH OSEB**

Podatki kažejo, da skupno število oseb, starejših od 65 let, ki prejemajo dolgotrajno oskrbo v institucijah/ustanovah, niha od države do države, ter da skupno število starejših oseb, ki so nameščene v institucijah, povprečno znaša 5,1 % (European Commission, 2003). Današnji podatki (WHO, 2008, Rechel in sod., 2013) pa kažejo, da je 5 % populacije Evropejcev nameščenih v institucijah. Omenjajo se indikatorji kakovosti institucionalne skrbi (Arling in sod., 2005), ki ocenjujejo splošni zdravstveni status, funkcionalni status, mentalno zdravje, udobje namestitve, emocionalni status, zasebnost in avtonomijo. Isti avtorji predlagajo, da se kakovost zdravstvene klinične zaščite ocenjuje s pogostostjo dekubitov, inkontinence, pravilne hidratacije, pogostostjo infekcije, integriteto kože in polifarmacijo oziroma preventivo pojava „4N“ (negibljivost, nesamostojnost, inkontinenca in nestabilnost) (Stanisavljenić-Rukavina in sod., 2012, 5).

Vsako raziskovanje avtonomije v starejši dobi zahteva konceptualno definicijo, ki je širše uporabna, odvisna pa je od empiričnih potrditev (Abdelhadi in Drach-Zahavy, 2011), v uporabnika usmerjena skrb pa je ključ do preventive zanemarjanja in zlorabe. Po Davies in sodelavcih (1997) se natančna definicija avtonomije starejših oseb redko pojavi v literaturi in na ta način ostane pogosto rabljen, ampak slabo definiran izraz. O pojmu avtonomije je pisal tudi Weber (1976, prva izd. 1904, 5), ki meni, da normiranje in evidentiranje vsega v instituciji ustvarja „jekleno kletko“, kjer se ne spoštuje individuum ter se dopušča zanemarjanje. V kontekstu zanemarjanja in zlorabe je pomembno omeniti tudi sam prihod v institucijo, ki je pogosto dehumaniziran, Goffman (2000) pa omenja „kontaminacijo osebnosti“ in opozarja, da institucionalizacija ogroža avtonomijo starejših oseb.

## **3 ZANEMARJANJE IN ZLORABA STAREJŠIH OSEB V INSTITUCIJI**

Zanemarjanje je (The National Consumer Voice for Quality Long-Term Care, 2011) neuspeh skrbeti za osebo na način, da bi se izognili škodi in bolečinam ali

pa neuspešno reagiranje v situaciji, ki je lahko škodljiva. Zanemarjanje je lahko namerno in ni nujno namerno. »Nenamerno zanemarjanje je opustitev oskrbovalca pri izpolnjevanju dolžnosti, oskrbi, ampak brez namere, da prizadene starejšo osebo; namerno zanemarjanje se dogaja, ko oskrbovalec zavestno in namenoma zapostavlja potrebe starejše osebe, kar pa privede do psiholoških, fizičnih ali mentalnih poškodb starejše osebe« (McDonald, 2007, 5).

Definicije zlorabe starejših oseb se razlikujejo od države do države ter odražajo in vključujejo kulturne, etnične in verske norme ter tradicije (Lowenstein in sod., 2009). Definicija Ameriškega društva za medicino je zagotovo ena od najbolj pogosto citiranih definicij o zlorabi starejših oseb na svetu in se nanaša na »akt ali opustitev, ki ima za rezultat škodo ali ogroža zdravje ali blaginjo starejše odrasle osebe« (American Medical Association, 1990, v Castle in sod., 2015, 409). Pomembno je omeniti, da razen različnih oblik zlorabe obstajajo tudi faktorji tveganja s strani starejše osebe, institucije ter izvajalca oskrbe, ki vplivajo na povečano tveganje za zlorabo (Bužgová in Ivanová, 2009). »Zloraba starejših oseb je lahko psihična, fizična, seksualna, materialna in duhovna« (Rusac in Čizmin, 2011, 52).

Po Svetovni zdravstveni organizaciji se razlogi za nasilno obnašanje in odnos zdravstvenega osebja povezujejo z njihovo obremenitvijo, konflikti in nezadostno komunikacijo med njimi (World Health Organization, 2005). »Pomemben problem v skrbi za stare in nebogljene osebe se nanaša na nezadostno število osebja, zaposlenega za dolgotrajno nego in oskrbo na oddelkih za intenzivno nego zaradi česar bo v prihodnjem času potrebno število zaposlenih v institucijah socialne oskrbe povečati na raven, ki omogoča pravočasno dostopnost in kakovost storitev« (Urad za človekove pravice in pravice narodnostnih manjšin, Vlada Republike Hrvaške, 2013 – Nacionalni plan za boj proti diskriminaciji 2008 – 2013).

Profesionalno izgorevanje osebja je eden od glavnih vzrokov pojava nasilja nad starejšimi osebami v institucijah, najbolj pogosto pa je povzročeno zaradi primanjkljaja zaposlenih (Camerino in sod., 2006). Profesionalno izgorevanje se opisuje kot vrsta telesnih in mentalnih simptomov izčrpanosti oziroma je odložen odgovor na kronične emocionalne in interpersonalne stresne dogodke (Hudek-Knežević in sod., 2005). »Christina Maslach, ki je ena od najbolj znanih raziskovalk sindroma izgorevanja, pod tem izrazom razume tri dimenzije: emocionalno izčrpanost, depersonalizacijo in zmanjšane osebne dosežke« (Peiró in sod. 2001, 516). Po Maslach in sodelavcih (2001) je tveganje za sindrom izgorevanja na delovnem mestu možno pri osebah z določenimi lastnostmi osebnosti, in sicer: nižji socialni status, emocionalnost, nevrotičnost in nezadovoljstvo z lastnim življenjem.

»Največ so zanemarjanju in zlorabi izpostavljene starejše osebe, ki so izrazito nebogljene, bolne ter se ne morajo fizično braniti, depresivni in dementni bolniki ter starejše osebe z drugimi kroničnimi boleznimi« (Drennan in sod., 2012, 23). »Faktorji tveganja s strani starejših oseb so: psihične bolezni, invalidnost, ekonomska odvisnost, kognitivne pomanjkljivosti, izostanek družine. Starejše osebe v institucijah niso informirane, krivdo pripisujejo sebi, svojo situacijo obravnavajo kot sramotno, mislijo, da jih ne bodo razumeli in so v strahu pred



možnimi posledicami, kot sta še hujša zloraba in izolacija» (Rusac in Čizmin, 2011, 53). »Nasilje v ustanovah je vezano na pomanjkanje socialne varnosti, podpore družine in finančnih sredstev. Najbolj pogoste žrtve zlorabe so odvisne od oskrbe, ker imajo redke obiske in so nezadovoljni uporabniki« (Ajduković, 2008, 270).

#### 4 REZULTATI IN RAZPRAVA

V izvedeno raziskovanje so bile zajete starejše osebe, njihove sociodemografske in zdravstvene lastnosti, njihovo doživetje zlorabe in povezanost vseh spremenljivk. Pri medicinskih sestrah so bile raziskane sociodemografske lastnosti in njihova povezanost z zlorabo, raven stresa in pojavnost sindroma izgorevanja. Vse navedeno se je povezovalo s pojavom zlorabe. Istočasno se je z vprašalnikom o kakovosti oskrbe želela pridobiti povezanost znanja medicinskih sester o zdravstveni negi starejših oseb in povezanost teh znanj z zlorabo.

##### 4.1 Starejše osebe

Opisna statistika preizkušenih sociodemografskih spremenljivk pri starejših osebah, vključenih v raziskovanje (N=245), nam pove, da je večina uporabnikov ženskega spola: 173 (70,6 %), najmanj je mlajših od 75 let oziroma 51 (20,8 %), največ anketirancev pa je starih od 75 do 84 let, in sicer 109 (44,5 %). V raziskovanju nismo našli razlike v skupni percepciji zlorabe glede na sociodemografske spremenljivke pri uporabnikih, izmerjene s  $X^2$  testom. Od skupnega števila anketirancev je zlorabo opazil 101 (72,1 %) anketiranec ženskega spola in 39 (27,9 %) anketirancev moškega spola. Starejše osebe, ki so končale samo osnovno šolo, so bolj pogosto izpostavljene ponižanju in zmerjanju, skoraj nikoli ne prijavljajo nasilja, ker niso informirane, da obstaja možnost za to (Malmedal, 2013), vendar v izvedeni raziskavi in s potrjevanjem razlike v skupni percepciji zlorabe glede na sociodemografske spremenljivke pri uporabnikih s  $X^2$  testom ni bilo najdene povezanosti. Glede na starost je največje zanemarjanje in zlorabo opazila skupina anketirancev od 75 do 84 let, in sicer 61 (43,6 %), kar je blizu raziskovanju Laumanna in sod. (2008). Lahko pa se pojasni, da prav ta skupina najbolj pogosto prihaja v institucijo. Bolj izobražene starejše osebe (končana srednja šola ali visokošolska izobrazba) so v raziskovanju bolj pogosto opazile, da se starejšim osebam jemlje nakit, denar, oblačila ali nekaj drugega iz njegove/njene sobe. Od skupnega števila, ki je opazilo nasilje, ima največje število starejših oseb, in sicer 94 (67,1 %), končano osnovno šolo, 38 (27,1 %) ima končano srednjo šolo, samo 8 (5,7 %) pa ima končano višjo šolo ali fakulteto. Ti podatki niso presenetljivi, ker ima največje število uporabnikov socialno varstvenih storitev in sicer 94 (67,1 %) osnovno izobrazbo in so istočasno opazili največ nasilja. V populaciji Republike Hrvaške je 11,9 % državljanov starejših od 65 let in ima končano fakulteto oziroma visoko ali višjo šolo (Strategija socialne skrbi za starejše osebe v Republiki Hrvaški za obdobje 2014–2016, 2014).

Potrjene so hipoteze, da obstaja povezanost med zdravstvenimi lastnostmi starejših oseb in zanemarjanja ter zlorabami starejših oseb v instituciji. Korelacijski koeficienti spadajo s skupino slabih koeficientov, ampak klinično pomembnih: tako je npr. večje število diagnosticiranih bolezni pomembno pozitivno povezano z bolj pogostim nepotrebnim omejevanjem starejših oseb, kričanjem na starejše osebe v

besu in srdu, jemanjem nakita, denarja ali oblačil, dotikanjem starejših oseb na neprimeren način ter navajanjem na neprimeren pogovor in misli. Negativne korelacije so se nanašale na gibljivost: zmanjšana gibljivost je pomembno povezana z bolj pogostim ignoriranjem in zavračanjem pomoči glede hranjenja. Pogostost doživljane zlorabe in/ali zanemarjanja pri starejših osebah v preteklih 12 mesecih glede na zdravstveno stanje je izmerjena z  $X^2$  testom ter je pokazala, da so starejši anketiranci, ki imajo bolezen mišično-kostnega sistema, veliko bolj pogosto zlorabljeni oziroma zanemarjeni ( $P=0,037$ ). Starejše osebe, ki imajo kožne bolezni, tudi veliko bolj poredko opažajo zanemarjanje ( $P=0,020$ ). Ta podatek se ne nahaja nikjer v literaturi, lahko pa se pojasni, da so bile starejše osebe, ki so zbolele za kožnimi boleznimi skozi daljše življenjsko obdobje, izpostavljene stigmati, imele so občutek zavrženosti in zavračanja zaradi videza svojega telesa ter so tako s časom postale neobčutljive.

Glede na gibljivost so nasilje najbolj pogosto opazile starejše osebe, ki so zmerno gibljive, in sicer 65 (46,4 %), najbolj poredko pa slabo gibljive osebe, in sicer 16 (11,4 %) anketirancev. Glede na obolenja je 129 (92,1 %) uporabnikov, ki ima diagnosticirano določeno bolezen, opazilo nasilje, samo 11 (7,9 %) uporabnikov z boleznijo ni opazilo nasilja.

Dobljen je neposreden odgovor in potrdilo postavljenih hipotez, da v institucionalni oskrbi starejših oseb obstaja zanemarjanje in zloraba s strani izvajalcev oskrbe pri najmanj 10 % starejših oseb ter da starejše osebe v instituciji opažajo zanemarjanje in zlorabo. Najbolj pogoste oblike zanemarjanja, ki so jih opazile starejše osebe, so: starejšo osebo se ne uredi vsakokrat po inkontinenci urina ali blata – 61 (24,8 %), ignorira poziv starejše osebe – 91 (37,1 %), starejšo osebo se hrani na silo: ko ona ne želi odprti ust, se ji hrana poriva v usta – 61 (24,8 %). Najbolj redko opažene oblike: pogosto in nepotrebno se uvaja kateter za urin – pri 2 (0,8 %) anketirancih ter se starejši osebi namesti sonda za hranjenje nepotrebno in na silo – 2 (0,8 %). Najbolj pogoste oblike zlorabe: kriči se na starejšo osebo v besu, srdu – 115 (46,9 %), zmerja ali preklinja starejšo osebo – 78 (31,8 %) ter se ne želi obračati ali premakniti osebe, da bi se preprečili boleči pritiski – 75 (30,6 %). Najmanj se pojavljajo: meče se nekaj na starejšo osebo – 3 (1,2 %), klofuta ali udari se starejšo osebo – 2 (0,8 %), udari se starejšo osebo z nogo ali z dlanjo – 1 (0,4 %) anketiranih.

Starejše osebe, ki imajo obiske družine enkrat tedensko, so najbolj pogosto opazile zanemarjanje in zlorabo, in sicer 49 (35,0 %), pri čemer so to najbolj poredko opazile osebe, ki nimajo družine, in sicer 3 (2,1 %). Glede na vrsto namestitve: pomembno je, da je bilo bolj pogosto zanemarjanje in zloraba na Oddelkih za podaljšano zdravljenje (21,4 %) v primerjavi z 11,4 % v domovih za oskrbo ( $P=0,001$ ). V zasebnem domu je 17 (12,1 %) uporabnikov opazilo zanemarjanje in zlorabo. Ti podatki se lahko pojasnijo z bolj odprtim pristopom v domovih za starejše osebe, z večjo občutljivostjo osebja ter z bolj pogostimi in bolj prostimi obiski družine in prijateljev.

#### 4.2 Izvajalci oskrbe

Večina izvajalcev oskrbe v raziskovanju ženskega spola, in sicer 148 (86,5 %), moškega spola je 23 (13,5 %) anketirancev. Od skupnega števila izvajalcev

oskrbe je zlorabo/zanemarjanje opazilo 52 (91,2 %) anketirancev ženskega spola, 5 (8,8%) moškega spola. Glede na starost je zlorabo/zanemarjanje najbolj opazila skupina mlajših od 31 let, in sicer 17 (29,8 %), najmanj pa 13 (22,8%) je opazila skupina anketirancev od 40 in 50 let in skupina starejša od 51 let. »Povezanost starosti in nasilja ni do konca raziskana, vendar je za mlade osebe, ki izvajajo oskrbo, večja verjetnost, da bodo storile in opazile zlorabo in zanemarjanje starejših oseb od starejših izvajalcev oskrbe.« (Rahman iGaafary, 2012, 536) Glede na delovno dobo je zlorabo/zanemarjanje opazilo 21 (36,8 %) anketirancev, ki imajo delovno dobo krajšo od 10 let, najmanj pomembno zlorabo/zanemarjanje pa so opazili anketiranci z več kot 31 let delovne dobe, bilo jih je 9 (15,8 %). Razlike v skupni percepciji zlorabe glede na sociodemografske spremenljivke pri izvajalcih oskrbe, ki so merjene s  $X^2$  testom, so pomembne pri spremenljivki načina dela oziroma se pomembno bolj pogosto opaža zanemarjanje in zloraba medicinskih sester, ki delajo zjutraj, in sicer 21 (36,8 %), pri čemer je 19 (16,7 %) tistih, ki delajo zjutraj in ne opazijo ( $P= 0,011$ ). V literaturi nismo našli podatkov o izmenskem delu medicinske sestre in pojavnosti nasilja. Ta podatek ostane zanimiv za razpravo in tudi nadgradnjo v prihodnjih raziskovanjih. Medicinske sestre, ki delajo zjutraj, se srečajo z večjim številom kolegic, opazujejo njihovo delo in opažajo nasilje. V popoldanskih, posebej pa v nočnih izmenah, je zelo pogosto samo ena medicinska sestra in tedaj pravzaprav nima priložnosti opaziti zlorabe.

Po stopnji izobrazbe je v raziskovanju sodelovalo 129 (75,4 %) anketirancev s srednjo strokovno izobrazbo, 39 (22,8 %) diplomiranih medicinskih sester ter samo 3 (1,8 %) z visoko izobrazbo (univerzitetna diplomirana medicinska sestra/magister medicinska sestra). V povezavi z izobrazbo je 39 (68,4 %) anketirancev s srednjo strokovno izobrazbo opazilo nasilje, 17 (29,8 %) diplomiranih in 1 (1,8 %) univerzitetno diplomirana medicinska sestra/magistra medicinska sestra je opazila nasilje. V izvedenem raziskovanju je malo število visoko izobraženih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester, kar je ekvivalentno stanju v Republiki Hrvaški. Os skupnega števila medicinskih sester je namreč okrog 37.000 (82%) medicinskih sester s srednjo strokovno izobrazbo, 18 % diplomiranih in z magisterijem (Hrvaški zavod za javno zdravstvo, 2014). Nezadostno izobraženi zdravstveni delavci so bolj pogosto nasilni. Na Irskem so registrirane medicinske sestre bolj pogosto prepoznale zanemarjanje in zlorabo kot pa zdravstveni pomočniki (Drennan in sod., 2012). Obstaja tudi določena povezanost izobrazbe izvajalcev oskrbe z opažanjem pojavnosti nasilja. Delavec z višjo stopnjo izobrazbe bolj pogosto opaža nasilje.

V raziskovanju je bil poudarek na kakovost izvedene oskrbe in njeni povezanosti z drugimi spremenljivkami, posebej s pojavom zanemarjanja in zlorabe. Rezultati, ki so dobljeni s temi trditvami, kažejo, da medicinske sestre menijo, da dobro skrbijo za uporabnike, vendar določenih oblik zanemarjanja in zlorabe sploh ne prepoznajo. Rezultati izvedene raziskave so pokazali, da ima visoko raven emocionalne izčrpanosti 75 (43,9 %) anketirancev, kar je največja dobljena vrednost, ki je res zaskrbljujoča. Zmerno raven ima 44 (25,7 %), nizko raven emocionalne izčrpanosti pa ima 52 (30,4 %) anketirancev. Visoko raven depersonalizacije ima 38 (22,2 %) anketirancev, zmerno raven 27 (15,8 %), nizko raven depersonalizacije pa ima 106 (62,0 %) anketirancev. Visoko raven nizkega

osebnega dosežka ima 68 (39,8 %) anketirancev, zmerno raven 44 (25,7 %), nizko raven osebnega dosežka pa ima 59 (34,5 %) preizkušancev.

Po določanju ravni emocionalne izčrpanosti, depersonalizacije in osebnega dosežka je s pomočjo MBI vprašalnika izdelana analiza in povezanost posameznih domen izgorevanja s stresom pri delu, delovnimi izkušnjami, stopnjo izobrazbe in kakovostjo skrbi uporabnika ter je izračunan Spearmanov korelacijski koeficient. Navedeni so in pojasnjeni rezultati, ki so pomembni za prepoznavanje in preventivo nasilja v institucijah. Rezultati kažejo, da imajo medicinske sestre, ki so emocionalno izčrpane, visoko raven stresa pri delu, težje skrbijo za starejše osebe po standardih zdravstvene nege, anketiranke, ki pa imajo višjo raven osebnega dosežka, bolje skrbijo po standardih zdravstvene nege.

Opazovale so se najbolj pogoste oblike zlorabe in zanemarjanja, ki so se zgodile vsaj enkrat v zadnjih 12 mesecih, ter so navedene samo tiste oblike, ki so bile zabeležene pri več kot 10 % anketirancev. Kričanje na starejšo osebo v besu, srdu je najbolj pogosta oblika zlorabe in opazilo jo je 55 % anketirancev. Zmerjanje ali preklinjanje starejše osebe je opazilo 43 % anketiranih. Kako poriva, ščiplje, zgrabi starejšo osebo, je opazilo 12 % anketirancev, pomanjkanje hrane pri starejši osebi ali določene privilegije kot obliko kaznovanja je videlo 11 %, v enakem odstotku pa so medicinske opazile, da se osebi nepotrebno in na silo starejši osebi namešča sonda za hranjenje.

V izvedenem raziskovanju se pri obeh skupinah anketiranih vidi nedoslednost pri odgovorih ter nelogičnost, sram, posebej pri medicinskih sestrah. Pri anketiranju in pogovoru z medicinskimi sestrami se je dobil vtis, da je prijava izpostavljanje sramoti, prepuščeno pa je volji posameznika ter vsekakor ni sprejeto v timu, ker se s tem »ne ščiti kolega«. Kultura sramu in nepriznavanje obstoja katerekoli vrste nasilja je prisotna tudi v institucijah, kar potrjuje raziskovanje v 26 domovih za nego v ZDA. (Huges i Lapane, 2006)

#### 4.3 Socialni gerontolog je del multidisciplinarnega tima v preventivnih aktivnostih

Za socialnega gerontologa, ki ima izjemno široko izobrazbo iz biomedicine kot tudi iz sociologije, obstaja prostor v preventivnih ukrepih, ker bi prav ta profil moral biti prisoten kot izobraževalec ostalih poklicev v institucijah. Preventivni ukrepi vključujejo izobrazbo in nadzor izvajalcev oskrbe, in sicer posebej tistih, ki skrbijo za starejše osebe s težavami v obnašanju, ki so odvisne od tuje pomoči, ter negibljive starejše osebe.

Program izobrazbe in usposabljanja mora imeti kot cilj povečanje veščin izvajalcev oskrbe pri zmanjšanju agresije. Poučevanje mora zahtevati od izvajalcev oskrbe aktivno sodelovanje, ne samo poslušanje. Veščine se morajo učiti z demonstracijo, v parih, z delom v malih skupinah, v simuliranih pogojih, kot se poučujejo veščine iz zdravstvene nege. Strategija preventive na ravni institucije si mora kot cilj zadati nalogo zmanjšanja faktorjev tveganja s strani izvajalcev oskrbe, potrebno je izdelati smernice glede prostorskih pogojev, opreme in bolj jasno definirati izobraževalno strukturo in število izvajalcev oskrbe.

Na Norveškem in Danskem so razvili sistem za poročanje o škodljivih dogodkih v specializirani ustanovi, pacient in sorodniki pa imajo pravico prijaviti neželene

dogodke. (Helseogomsorgs departementet, 2012) Če medicinske sestre ocenijo, da bodo aktivnosti njihovih kolegov prispevale k hudemu nasilju, ga bodo prijavile (Hamel-Lauzon in Lauzon, 2012). Avtorja navajata, da so medicinske sestre izgubile zaupanje v pravni sistem, bojijo se maščevanja; čutijo, da so same in nebogljene, soočene z zlorabo. Pri medicinskih sestrah, ki se odločijo za molk po opaženem nasilju (Hamel-Lauzon in Lauzon, 2012), se pojavlja depresija, občutek krivde, izgorevanje, občutek nebogljenosti, resignacije, ti občutki pa lahko negativno vplivajo na kakovost skrbi.

#### 4.4 Pomanjkljivosti izvedene raziskave in smernice za prihodnost

Raziskovanje pojava zanemarjanja in zlorabe starejših oseb v instituciji je zahtevno za raziskovalca, pa tudi za anketirance. Maloštevilno ciljno izvedenih raziskav in literature namreč oteži sistematičen pristop problemu, starejše osebe pa so specifične in zahtevajo znanje in izkušnje raziskovalca v pristopu. Potrebno je veliko časa za anketiranje, izjemne komunikacijske veščine in poznavanje specifičnosti starejših oseb in zdravstvenih težav. Sram in strah, ki sta prisotna pri obeh skupinah, sta povezana tudi s temo raziskave in občutek negotovosti pri prijavi pojava nasilja.

V prihodnosti bi bilo potrebno v raziskovanje vključiti tudi druge izvajalce oskrbe, posebej oskrbovalce/ke, ki so najbolj številni delavci v domovih za starejše osebe, socialne delavce ter pomožno osebje. Dobljeni podatki kažejo na to, da so zanemarjanje in zloraba v večjem odstotku opazile osebe, ki nimajo navedenih težav in ki delno lahko skrbijo za sebe. V raziskavi niso sodelovale osebe, ki so zbolele za demenco, osebe z intelektualnimi motnjami, slepe in slabovidne ter osebe s slušnimi težavami. Vprašanje je, ali obstaja nasilje pri teh skupinah starejših oseb.

## 5 ZAKLJUČEK

V izvedeni raziskavi so pri starejših osebah in medicinskih sestrah pridobljeni rezultati, s katerimi je potrjen obstoj zanemarjanja in zlorabe v institucijah za oskrbo starejših oseb. Hipoteze so potrjene ter so istočasno odprle številna nova raziskovalna vprašanja. Zanemarjanje je zavračanja ali neizpolnjevanje obveznosti izvajalca oskrbe, da bi se zadovoljile potrebe starejše osebe, z namenom da bi se one kaznovale ali prizadele. One vključujejo obnašanja, kot so namerno zapuščanje ali pomanjkanja hrane, zdravil in zdravstvenih storitev, ki je lahko namerno in nenamerno. Zloraba starejše osebe je akt ali opustitev, ki ogroža zdravje ali blaginjo starejše osebe oziroma to je škodljivo obnašanje formalnega izvajalca oskrbe, ki mu starejša oseba verjame.

V delu je potrjena povezanost faktorjev tveganja s strani starejše osebe, institucije ter izvajalca oskrbe in vse bolj pogostega zanemarjanja in zlorabe. Podpora družine in njihovo obiskovanje je močan zaščitni faktor v preventivi zanemarjanja in zlorabe.

Večina oblik nasilja v instituciji bi se lahko preprečila na način, da medicinske sestre starejše osebe opazijo in upoštevajo kot sodelavce, partnerje pri oskrbi. Za

takšen pristop k oskrbi in empatijo je potrebne tudi dodatna in specifična edukacija medicinskih sester o preventivi nasilja nad starejšimi osebami. Dobra povezanost znanstvenikov in delavcev v praksi, ki izvajajo skrb v institucijah, publiciranje strokovnih člankov in izobrazba izvajalcev oskrbe o pojavu nasilja privaja do boljšega prepoznavanja in preventive zanemarjanja in zlorabe v instituciji. Potrebna so dodatna raziskovanja o kakovosti oskrbe starejših oseb, ki so najbolj občutljive: osebah z intelektualnimi težavami, osebami z demenco in osebami z motnjami zavesti.

V prihodnosti je potreben interdisciplinarni pristop, v katerem bo socialni gerontolog svoje znanje in kompetence s področja socialnih odnosov, prava, avtonomije in varnosti starejše osebe prenašal medicinskim sestram, pa tudi drugim izvajalcem oskrbe. Zraven tega je tudi skupnost, medije in družbo v celoti potrebno narediti bolj občutljive na problem nasilja nad starejšimi osebami v institucijah, pa tudi doma.

# SADRŽAJ

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
1.1 Predstavljanje istraživačkog problema .....	3
1.2 Svrha i ciljevi doktorske disertacije.....	4
1.3 Istraživačka pitanja i hipoteze .....	5
1.4 Metode istraživanja .....	5
1.4.1 Instrument .....	5
1.4.2 Uzorak.....	7
1.4.3 Postupak skupljanja i obrade podataka .....	8
1.4.4 Etički vidik .....	9
1.5 Ograničenja u istraživanju .....	10
1.6 Opis doprinosa disertacije znanosti.....	11
<b>2 STAROST</b> .....	<b>12</b>
2.1 Teorije starenja .....	13
2.2 Zanemarivanje i zlostavljanje u starijoj dobi .....	15
2.3 Institucionalizacija osoba starije dobi .....	16
2.4 Demografski pokazatelji starenja .....	19
2.5 Model skrbi „korisnik u središtu skrbi“ kao prevencija nasilja .....	19
2.6 Autonomija osoba starije dobi .....	20
<b>3 POJAVNOST I DEFINIRANJE ZANEMARIVANJA I ZLOSTAVLJANJA OSOBA STARIJE DOBI U INSTITUCIJAMA</b> .....	<b>23</b>
3.1 Teorijska objašnjenja nasilja nad osobama starije dobi .....	25
<b>4 ZANEMARIVANJE OSOBA STARIJE DOBI U INSTITUCIJI</b> .....	<b>27</b>
<b>5 ZLOSTAVLJANJE OSOBA STARIJE DOBI U INSTITUCIJI</b> .....	<b>29</b>
5.1 Oblici zlostavljanja osoba starije dobi.....	30
5.1.1 Psihičko ili emocionalno zlostavljanje osoba starije dobi .....	30
5.1.2 Tjelesno zlostavljanje osoba starije dobi .....	31
5.1.3 Financijsko zlostavljanje osoba starije dobi.....	31
5.1.4 Seksualno zlostavljanje osoba starije dobi.....	32
5.1.5 Duhovno zlostavljanje osoba starije dobi .....	32
5.2 Zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi iz perspektive medicinskih sestara .....	33
5.2.1 Rizični čimbenici od strane pružatelja skrbi.....	34

5.3 Zanemarivanje i zlostavljanje iz perspektive osoba starije dobi .....	37
5.3.1 Rizični čimbenici za zanemarivanje i zlostavljanje kod osoba starije dobi .....	37
5.4 Zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi iz perspektive institucije....	38
<b>6 REZULTATI .....</b>	<b>41</b>
6.1 Provjera hipoteza .....	95
<b>7 RASPRAVA .....</b>	<b>97</b>
7.1 Analiza doprinosa sociodemografskih i zdravstvenih karakteristika osoba starije dobi na percepciju zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama .....	98
7.1.1 Spol.....	98
7.1.2 Dob i obrazovanje osoba starije dobi.....	98
7.1.3 Zdravstveno stanje osoba starije dobi.....	99
7.2 Prepoznavanje i primjećivanje zanemarivanja i zlostavljanja od strane osoba starije dobi.....	100
7.3 Analiza doprinosa demografskih i profesionalnih karakteristika pružatelja skrbi, kvalitete pružene skrbi te sindroma sagorijevanja na prepoznavanje, prevenciju i prijavljivanje zanemarivanja i zlostavljanja .....	102
7.3.1 Dob, spol i radno iskustvo pružatelja skrbi.....	103
7.3.2 Obrazovna struktura pružatelja skrbi .....	104
7.3.3 Kvaliteta pružene skrbi u institucijama i povezanost s zanemarivanjem i zlostavljanjem osoba starije dobi .....	105
7.3.4 Sindrom sagorijevanja medicinskih sestara .....	109
7.3.5 Prepoznavanje i primjećivanje zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja skrbi.....	114
7.4 Utjecaj institucije i obitelji na prevenciju zanemarivanja i zlostavljanja .....	116
7.5 Implikacije za kliničku praksu .....	119
7.5.1 Supervizija pružatelja skrbi i prevencija nasilja .....	120
7.5.2 Socijalni gerontolog dio multidisciplinarnog tima u preventivnim aktivnostima .....	121
7.5.3 Mjere prevencije zanemarivanja i zlostavljanja u instituciji.....	121
7.5.4 Prijavljivanje zanemarivanja i zlostavljanja nad osobama starije dobi u institucijama .....	124
7.6 Nedostatci provedenog istraživanja i smjernice za budućnost .....	125
<b>8 ZAKLJUČAK .....</b>	<b>126</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>127</b>
<b>PRILOZI.....</b>	



Prilog 1 - Upitnik o zanemarivanju i zlostavljanju za pružatelje skrbi.....

Prilog 2 - Upitnik o zanemarivanju i zlostavljanju za osobe starije dobi.....

## POPIS TABLICA

Tablica 1: Demografski opis ispitivanog uzorka.....	8
Tablica 2: Socio-demografske varijable kod starijih osoba uključenih u istraživanje (N=245).....	41
Tablica 3: Opći i specifični morbiditet kod starijih osoba uključenih u istraživanje (N=245).....	42
Tablica 4: Socio-demografske varijable u ispitanom uzorku medicinskih sestara – pružatelja usluga (N=171).....	44
Tablica 5: Socio-demografske varijable u ispitanom uzorku medicinskih sestara – pružatelja usluga (N=171).....	45
Tablica 6: Validacijski podaci upitnika o primjećivanju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane starijih osoba (Cronbach $\alpha = 0,823$ ).....	46
Tablica 7: Validacijski podaci upitnika o primjećivanju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach $\alpha = 0,887$ ).....	47
Tablica 8: Validacijski podaci upitnika o kvaliteti skrbi osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach $\alpha = 0,70$ ).....	48
Tablica 9: Validacijski podaci Skale percipiranog stresa dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach $\alpha = 0,788$ ).....	49
Tablica 10: Validacijski podaci Emocionalne iscrpljenosti dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach $\alpha = 0,918$ ).....	51
Tablica 11: Validacijski podaci Depersonalizacije dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach $\alpha = 0,802$ ).....	52
Tablica 12: Validacijski podaci Osobnog postignuća dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach $\alpha = 0,827$ ).....	52
Tablica 13a: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane korisnika (osoba starije dobi), u zadnjih 12 mjeseci (N=245).....	54
Tablica 13b: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane korisnika (osoba starije dobi), u zadnjih 12 mjeseci (N=245) (nastavak).....	55
Tablica 14a: Povezanost između socio-demografskih i zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihovog zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi: Spearmanov Korelacijski koeficijent.....	58
Tablica 14b: Povezanost između socio-demografskih i zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihovog zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi: Spearmanov Korelacijski koeficijent (nastavak).....	60
Tablica 15: Prikaz pojedinih domena sindroma sagorijevanja prema kategoriziranim vrijednostima.....	62
Tablica 16a: Udio pojedinih odgovora vezanih za kvalitetu skrbi.....	63
Tablica 16b: Udio pojedinih odgovora vezanih za kvalitetu skrbi (nastavak).....	64
Tablica 16c: Udio pojedinih odgovora vezanih za kvalitetu skrbi (nastavak).....	65

Tablica 17a: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane zdravstvenih radnika, u zadnjih 12 mjeseci (N=171) .....	68
Tablica 17b: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane zdravstvenih radnika, u zadnjih 12 mjeseci (N=171) (nastavak) .....	69
Tablica 18a: Razlike u percepciji zanemarivanja i zlostavljanja između korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga (zdravstvenih radnika): $X^2$ test.....	72
Tablica 18b: Razlike u percepciji zanemarivanja i zlostavljanja između korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga (zdravstvenih radnika)(nastavak): $X^2$ test.....	73
Tablica 19a: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s kvalitetom skrbi korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent.....	75
Tablica 19b: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s kvalitetom skrbi korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent (nastavak) .....	76
Tablica 20a: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s zanemarivanjem i zlostavljanjem korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent.....	78
Tablica 20b: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s zanemarivanjem i zlostavljanjem korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent (nastavak).....	79
Tablica 21: Binarni logistički model predikcije visoke razine emocionalne iscrpljenosti.....	83
Tablica 22: Binarni logistički model predikcije visoke razine depersonalizacije	
Tablica 23: Binarni logistički model predikcije niske razine osobnih postignuća... 85	85
Tablica 24: Opisna statistika sumarne skale Upitnika o zlostavljanju i zanemarivanju kod prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi i korisnika... 86	86
Tablica 25a: Razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja obzirom na socio-demografske varijable kod korisnika: $X^2$ test.....	87
Tablica 25b: Razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja obzirom na socio-demografske varijable kod pružatelja skrbi: $X^2$ test .....	89
Tablica 26a: Vrsta pojedine ustanove i doživljeni oblici zlostavljanja u zadnjih 12 mjeseci: $X^2$ test.....	91
Tablica 26b: Veličina pojedine ustanove i doživljeni oblici zlostavljanja u zadnjih 12 mjeseci: $X^2$ test.....	92
Tablica 27: Post-hoc usporedba pojedinih kategorija iz Tablice 26. ....	94
Tablica 28: Učestalost doživljenog zlostavljanja i/ili zanemarivanja u starijoj dobi tijekom zadnjih 12 mjeseci obzirom na njihovo zdravstveno stanje: $X^2$ test .....	95

## **POPIS SLIKA**

Slika 1. Udio pojedinih bolesti prema skupinama .....	43
Slika 2. Grafički prikaz percepcije zanemarivanja i zlostavljanja od strane korisnika .....	57
Slika 3. Grafički prikaz percepcije zanemarivanja i zlostavljanja od strane zdravstvenih radnika .....	70

## 1 UVOD

U Republici Hrvatskoj (dalje u tekstu RH) prema popisu stanovništva iz 2011. godine, 758.633 ili 17,7 % ukupnog stanovništva starije je od 65 godina, što je međunarodno prihvaćena dobna granica za ulazak u starost.<sup>2</sup> U Europi je također zamjetan trend starenja stanovništva te se nameće potreba o sustavnom preventivnom i tretmanskome djelovanju kako bi se zaštitili građani starije životne dobi (Tomek-Roksandić i sur., 2006.). »Prema procjeni broja stanovnika Državnog zavoda za statistiku iz 2010. godine, u Republici Hrvatskoj postoje smještajni kapaciteti za 2,75 % stanovnika u odnosu na ukupni broj osoba starijih od 65 godina. U odnosu na podatke od prije deset godina kada je manje od 2 % osoba starijih od 65 godina u Republici Hrvatskoj bilo u mogućnosti dobiti svoje mjesto u domu, vidljivo je da je došlo do povećanja ukupnih raspoloživih kapaciteta.« (Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske, 2013., 87) Prema statističkim podacima Ministarstva socijalne politike i mladih, stanje od 31. 12. 2012. g., 15.686 osoba starih 65 i više godina smješteno je u domove i druge pravne osobe za starije i nemoćne osobe, dok žene u institucijama za starije sudjeluju sa 75,55 %, a tako niskom broju doprinosi visoka cijena smještaja, kao i manjak kapaciteta. (Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske, 2014.) »U Kanadi je 2000. godine gotovo 40 % svih žena starijih od 85 godina i 24 % muškaraca iste dobi bilo smješteno u domove za starije osobe, u Sjedinjenim Američkim Državama u domove je bilo smješteno 5 % osoba starijih od 65 godina, a 12 % u zdravstvene ustanove za nemoćne, gdje se pruža potpuna briga i njega.« (Bonnie i Wallace, 2003., 225)

U pretraživanju literature nema mnogo znanstvenih članaka prije 80-tih godina 20. stoljeća. »Istraživanja o zlostavljanju osoba starije dobi počinju dobivati zamah tek u 1987. godini, dok se tek 324 citata spominju od 1980. godine do 2005. godine u kojoj su ključne riječi zlostavljanje, maltretiranje, zlostavljanje, zlostavljanje, nasilje, i/ili nemar u institucijama za skrb i njegu.« (Lindbloom i sur., 2007., 610)<sup>3</sup> »Istraživanja ukazuju na veliku „tamnu brojku“ nasilja nad starima, odnosno tek se 1 od 13 slučajeva zlostavljanja prijavi.« (Collins, 2006., 1291)

Stariji građani u Republici Hrvatskoj siromašni su i socijalno ranjivi, (Tomek-Roksandić i sur., 2006.) što upućuje na povećani rizik za izloženost nasilju i zlostavljanje kako u obitelji tako i u ostalim sustavima zbrinjavanja.<sup>4</sup> »U zaštiti temeljnih prava starijih osoba jedan je od prioriteta hrvatskog društva zaštita starijih od zlostavljanja, grubog zanemarivanja, nasilja te svih oblika diskriminacije stvaranjem uvjeta za preventivno djelovanje, ali i unapređenjem načina i metoda stručnog rada u tretmanu zlostavljanih starijih osoba.« (Ured za ljudska prava i

---

<sup>2</sup> Prema Strategiji socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj iz 2014. godine, u kontingentu starijeg stanovništva 462.425 je žena i 296.208 muškaraca. Navedeni demografski pokazatelji govore da je Republika Hrvatska zakoračila u „demografsku starost“. (Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske, 2014.)

<sup>3</sup> »Citiranje istih pojmova od 2000. – 2007. raste 20 % na godinu.« (Castle, Ferguson-Rome, Teresi, 2015., 13).

<sup>4</sup> Zlostavljanje starijih osoba ulazi u sklop zlostavljanja u obitelji, premda su dosadašnja znanja i pažnja više usmjereni na područje nasilja nad djecom i ženama (Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji, 2009., čl. 3 i 4).

prava nacionalnih manjina Vlada Republike Hrvatske - Nacionalni plan za borbu protiv diskriminacije 2008 – 2013. ,2013., 19)

Zlostavljanje i zanemarivanje osoba starije dobi mora se gledati i mnogo šire od samog nasilja u obitelji i institucijama; ono uključuje i medije, društvo, no to je sigurno predmet budućih istraživanja. Filmovi i televizija imaju utjecaj na doživljaj starijih ljudi u zajednici (Butler, 2010.), a uznemirujući je podatak da su 70 % muškaraca i 80 % žena starije životne dobi (iznad 65) u filmovima prikazani kao „zločesti“, te ih se ponižava. (Perišin i Kufrin, 2009.)<sup>5</sup> U televizijskim prijenosima zastupljeno je samo 1,5 % starih osoba, i to u nevažnim ulogama u kojima se ismijavaju iskorištavajući stereotipe o njihovoj fizičkoj, psihičkoj i seksualnoj neefikasnosti (Zebrowitz i Montepare, 2000.) te se često stavlja naglasak na njihovu nesposobnost i nesamostalnost (Perišin i Kufrin, 2009.)<sup>6</sup>

»Slijedom navedenog potrebna su istraživanja o zlostavljanju s obzirom na fenomen rastućeg „ageisma“, odnosno diskriminacije pojedinaca s obzirom na dob koja je široko rasprostranjena, općeprihvaćena i u velikoj mjeri ignorirana.« (Angus i Reeve, 2006., 138)<sup>7</sup>

Razlozi nasilja često proizlaze iz rizičnih čimbenika osoba starije dobi te od strane zaposlenika: nedostatak znanja i vještina, nestrpljivost, sindrom sagorijevanja, nespremnost za taj posao, te negativnih stavovi o korisnicima (Malmedal, 2013). Neka od dosadašnjih istraživanja proučavala su sve vrste zlostavljanja, (Post i sur., 2010.), dok su drugi usredotočeni na jednu vrstu zlostavljanja, npr. fizičkog; (Schiamberg i sur., 2012.), druga su usmjerena na uzroke zlostavljanja, npr. radni stresori i izgaranje. (Cohen i Shinan-Altman, 2011.) Povezanost agresivnog ponašanja kao rizičnog čimbenika korisnika i neadekvatne skrbi od strane medicinskih sestara opisuju: Gibbs i Mosqueda, 2004., Sandvide i sur., 2004., Morgan i sur., 2005., Pulsford i sur., 2011.

Potrebno je kao problem u istraživanju definirati zanemarivanje i oblike zlostavljanja, utvrditi obilježja prema kojima će se prevenirati i prepoznati isto. Pregled teorijskih ishodišta ukazuje na nekoliko podjela zanemarivanja i zlostavljanja, no ne postoje jasne smjernice za pružatelje skrbi koje bi se primijenile u institucijama. Uvid u ovaj problem svakako mora biti iz perspektive svih aktera skrbi: osoba starije dobi kao primatelja, zdravstvenog osoblja kao pružatelja skrbi te institucije kao javne ili privatne ustanove u kojoj se provodi skrb.

Na početku rada ukratko će biti predstavljeno istraživačko područje, potom će se prikazati ciljevi, hipoteze, opisati uzorak i metodologija. U narednom poglavlju prikazat će de definirajuća obilježja osobe starije dobi, načini institucionalizacije i

---

<sup>5</sup> Mediji vrlo rijetko govore o starijim osobama, a o zlostavljanju i zanemarivanju u institucijama gotovo da nema nekih stručnih i znanstvenih članaka. Senzacionalizam je, nažalost, česti pokretač za pisanje članaka kada se otkrije loša skrb, neadekvatni uvjeti, zanemarivanje.

<sup>6</sup> U javnim se medijima ne govori, a stručni i znanstveni časopisi vrlo rijetko daju statističke podatke o zanemarivanju, zlostavljanju, metodama prevencije i samopomoći. Zdravstvenim djelatnicima potrebna je podrška znanosti i struke kako bi kroz edukacijske programe stekli potrebne kompetencije.

<sup>7</sup> Pojam ageisma uveo je 1969. godine Robert Butler, izvršni direktor Nacionalnog instituta za starenje USA, a odnosi se na pojavu sustavnog stereotipnog doživljavanja i diskriminiranja starijih ljudi zato što su stari.

gubitak autonomije kod osoba starije dobi dolaskom u instituciju što se također može smatrati nasiljem. Također, u svrhu prevencije prikazat će se korisniku usmjeren model te pojavnost zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama za skrb. Vrlo detaljno objašnjeni su svi oblici zlostavljanja od strane pružatelja skrbi i zanemarivanja. Nakon rezultata, koji potvrđuju ili pak opovrguju postavljene hipoteze, iznesena je rasprava. U raspravi je osvrst na percepciju nasilja obje skupine ispitanika, prepoznavanje ovog fenomena, a prezentirane su i ideje prevencije.

### 1.1 Predstavljanje istraživačkog problema

»Dom je mjesto za izgradnju identiteta i očuvanje identiteta, mjesto gdje možete biti svoji.« (Thorsen, 2008., u Malmedal, 2013., 36) Značenje institucije u ulozi je pripovjedača; do samog kraja života korisnika »dom« govori jedinstvenu povijest o osobi koja živi ondje i koja pomaže osobi da prepozna samog sebe te pomaže drugim osobama u instituciji da upoznaju osobu iza »pacijenta«. (Thomas, 1996.) Danas se u domovima još uvijek usmjerava na fizičke probleme korisnika, koriste se medicinske intervencije, a zanemaruje se usamljenost, bespomoćnost ili dosada korisnika. Institucije za skrb o osobama starije dobi (Thomas, 2003.) moraju postati mjesta gdje se osoba osjeća kao kod kuće, članovi obitelji uživaju u posjetu, osoblje se poštuje, sluša i cijeni, a skrb je za korisnike kvalitetna, život je vrijedan življenja i nema potrebe za pravnim akcijama.

U Republici Hrvatskoj do sada nisu objavljivani rezultati istraživanja o nasilju nad osobama starije dobi u institucijama za skrb. Spominje se posljednjih godina nekoliko istraživanja o nasilju nad osobama starije dobi u obiteljima, no prvenstveno na razini senzibilizacije profesionalne javnosti: Ajduković, 1994.; Ajduković, 2003.; Poredoš, Tošić i Grgić, 2005.; Rusac, 2006.; Rusac i Čizmin 2011. Prema sustavnim pregledima literature stječe se dojam da je zlostavljanje osoba starije dobi u institucijama minimalno prisutno (Daly i sur., 2011.) i da je prevalenciju istog u staračkim domovima teško procijeniti. (McDonald i sur., 2012.)

Nasilje se definira kao način kojim si zlostavljač pokuša pridobiti moć i kontrolu nad žrtvom te ostvariti svoje interese koji proizlaze iz neravnoteže moći između dviju osoba. (Berg i sur., 2001.) Osoba koja zlostavlja s psihološkim, seksualnim, fizičkim, ekonomskim i drugim oblicima nasilja utječe na osobni integritet žrtava i ograničava njen ljudski potencijal, s ciljem da bi drugu osobu/skupinu ili podredio, ili pak nad njom pridobio, povećao ili zadržao moć (Samec, 2010.), no smatra se da i hladan pristup, bez verbalne i neverbalne ekspresije davatelja skrbi, također spada u domenu zanemarivanja. (Viitasara, 2001.)<sup>8</sup>

Istraživanje zlostavljanja i zanemarivanja bilo koje populacijske skupine: žena, djece, osoba starije dobi, manjina; izaziva nelagodu i strah od rezultata. Zlostavljanje starijih pojedinačan je ili ponavljajući čin ili nedostatak odgovarajućeg postupanja, koje se događa u bilo kojem odnosu očekivanja i povjerenja, a koje uzrokuje štetu, bol, nepriliku i/ili nevolju starijoj osobi. (World report on violence and health, 2002.) Za promatranje ovog fenomena bitno je da zdravstveni

---

<sup>8</sup> Zlostavljanje i nasilje je i svako štetno djelovanje koje osobi starije dobi čini osoba kojoj ona vjeruje.

djelatnici poznaju okolnosti u kojima dolazi do zlostavljanja (Garner i Evans, 2005.), a one variraju od kratkih i suptilnih interakcija do postupaka koji izravno ugrožavaju ljudska i građanska prava. Rijetko se pojavljuje kao pojedinačan događaj, a razni oblici zlostavljanja starijih osoba u instituciji mogu biti počinjeni istovremeno ili tijekom duljeg vremenskog razdoblja.

Nameće se zaključak da postoji nesklad između percepcije raširenosti nasilja i spremnosti da se o njoj govori, definira ju se u institucijama i u javnosti nepopularnom ili „tabu“ temom. Definiranje zanemarivanja i zlostavljanja iznimo je teško jer ovisi o kulturološkom, sociološkom i pravnom aspektu države, kao i o stavovima autora definicije. Tako se zanemarivanje u staračkim domovima može preklapati s konceptom psihičkog zlostavljanja / socijalne izolacije (Lindbloom i sur., 2007.), a posebice je teško napraviti razliku između zanemarivanja i loše kvalitete skrbi. (Malmedal, 2013.)

## 1.2 Svrha i ciljevi doktorske disertacije

Svrha doktorske disertacije jest prikazati stanje zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi koje borave u institucijama te predstaviti prevenciju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijama. Postavljeni su sljedeći istraživački ciljevi:

- Istražiti postoji li zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi koje borave u institucijama Međimurske i Varaždinske županije u RH.
- Predstaviti zanemarivanje i oblike zlostavljanja osoba starije dobi.
- Prikazati kako osobe starije dobi, koje borave u institucijama doživljavaju zanemarivanje i zlostavljanje od strane pružatelje skrbi.
- Utvrditi znanje i iskustvo pružatelja skrbi o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi koje borave u institucijama.
- Definirati rizične čimbenike koji su prisutni kod pružatelja skrbi u institucijama i kod osoba starije dobi koje borave u institucijama, a utječu na povećanje pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja.
- Proučiti utjecaj lokalne sredine (grad/selo) na zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi koje borave u institucijama.
- Proučiti utjecaj veličine same institucije (broj korisnika) na zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi koje borave u institucijama.
- Utvrditi povezanost između podrške obitelji i pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u instituciji.
- Utvrditi postoji li potreba za dodatnim obrazovanjem pružatelja skrbi o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi na temelju njihova mišljenja.
- Predstaviti sadržaj obrazovanja o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi za pružatelje skrbi.



### 1.3 Istraživačka pitanja i hipoteze

U istraživanju se pokušalo odgovoriti na sljedeća istraživačka pitanja:

Postoji li zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi koje borave u institucijama Međimurske i Varaždinske županije RH od strane pružatelji skrbi, medicinskih sestara?

Na koji način pružatelji skrbi u RH prepoznaju zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi koje borave u institucijama?

U istraživanju su testirane sljedeće hipoteze:

H1: U institucijskoj skrbi osoba starije životne dobi postoji zanemarivanje i zlostavljanje od strane pružatelja skrbi kod najmanje 10 % osoba starije dobi.

H2: Osobe starije životne dobi u instituciji primjećuju zanemarivanje i zlostavljanje.

H3: Postoji povezanost između zdravstvenih karakteristika osoba starije dobi i zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u instituciji.

H4: Postoji povezanost između podrške obitelji osobi starije životne dobi u instituciji s pojavnošću njihova zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi.

H5: Postoji povezanost između demografskih i profesionalnih karakteristika anketiranih s prepoznavanjem zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi u instituciji.

H6: Postoji povezanost između stresa na radnom mjestu, sindroma sagorijevanja i uvjeta rada anketiranih s prepoznavanjem zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi u instituciji.

H7: Više od polovice anketiranih pružatelja skrbi ne prepoznaje zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi u institucijama.

### 1.4 Metode istraživanja

U doktorskoj disertaciji korištena je induktivna metoda, metoda deskripcije i kvantitativna istraživačka metoda. Cilj istraživanja jest deskriptivni i analitični kvantitativni pristup. Kao tehnika prikupljanja podataka korištena je anketa, podatci su prikupljeni s pomoću dva standardizirana i za ovo istraživanje uređena anketna upitnika.

#### 1.4.1 Instrument

U kvantitativnom istraživanju za dobivanje podataka korištena su dva strukturirana anketna upitnika, jedan za ispitivanje pružatelja skrbi, medicinskih sestara, drugi za ispitivanje osoba starije životne dobi koje borave u instituciji.

Prvi upitnik namijenjen za pružatelje skrbi, medicinske sestre (Prilog 1.) sastoji se od četiriju dijelova. Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografske i profesionalne podatke o medicinskim sestrama: spol, dob, godine radnog iskustva u skrbi za osobe starije dobi, stupanj obrazovanja, bračni status, broj djece, smjenski rad te preopterećenost brojem korisnika. Sljedeće tvrdnje odnose se na oblik vlasništva institucije (javno ili privatno), smještaj institucije u ruralnom ili gradskom području, broj korisnika u instituciji te mogućnosti odabira rada s osobama starije dobi kod zapošljavanja.

U drugom dijelu upitnika navedene su tvrdnje koje se odnose na mišljenje, iskustvo i znanje pružatelja skrbi o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi. Tvrdnje su izrađene na temelju pregleda literature, najčešćih propusta u radu pružatelja skrbi i osobnog iskustva ispitivača. Navedeno je 25 tvrdnji na koje anketirani odgovaraju s pomoću Likertove skale gdje je 1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - izrazito se slažem.

Treći dio upitnika čine tvrdnje o primjećivanju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi. Kroz 24 tvrdnje ispitivana je osjetljivost i poznavanje zanemarivanja i oblika zlostavljanja osoba starije dobi. Upitnik je preuzet i dobivena je suglasnost za njegovo korištenje od grupe autora: Drennan i sur., (2012.). Tvrdnje u upitniku korištene su za medicinske sestre i za osobe starije dobi. Tvrdnje 4., 7., 9., 10. i 24. dodao je sam autor te se njima željelo ispitati specifično mišljenje pružatelja skrbi o vrsti zlostavljanja s obzirom na to da se Irska i Republika Hrvatska razlikuju u obrazovanju i skrbi za osobe starije dobi.

U četvrtom dijelu upitnika ispitivan je stres pružatelja skrbi na radnom mjestu. Povećana razina stresa, burnost i neodgovarajući uvjeti rada navode se često kao rizični čimbenici koji povećavaju mogućnost za zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi. Za ovo istraživanje korišten je upitnik: „Skala percipiranog stresa“. (Cohen, Kamarck i Mermelstein, inicijalno 1983., revidirana 1993. god.) od 10 tvrdnji, čiju je upotrebu dozvolio American Sociological Association putem web stranice. Sindrom sagorijevanja kao rizični čimbenik ispitan je standardiziranim upitnikom izgaranja na poslu Christine Maslach za pomagačke profesije (MBI) koji se danas smatra najpoznatijom mjerom izgaranja na poslu. Upitnik za stručnjake pomagačkih zanimanja (MBI-HSS) preuzet je od Naklade Slap, a procjenjuje tri aspekta izgaranja na poslu kroz 22 tvrdnje te se sastoji od tri podljestvice:

- a) Emocionalna iscrpljenost (EI) – mjeri osjećaje emocionalne prenapregnutosti i iscrpljenosti izazvane poslom.
- b) Depersonalizacija (Dp) – mjeri nepostojanje osjećaja i neosobne reakcije prema primatelju usluga, skrbi, tretmana ili poučavanja.
- c) Manjak osobnog postignuća (OP) – mjeri doživljaj kompetentnosti i postignuća u radu s ljudima.

Podljestvica emocionalne iscrpljenosti mjeri razinu do koje se ispitanik osjeća premorenim (osjećam se „pregoren“ zbog svojeg posla), podljestvica depersonalizacije mjeri razinu do koje ispitanik pokazuje nehuman stav prema korisnicima/osobama starije dobi (počeo sam biti više beščutan prema ljudima

otkada radim ovaj posao). Podljestvica percepcije smanjenog osobnog postignuća mjeri ispitanikove osjećaje kompetencije i uspjeh u poslu (ostvario sam mnoge vrijedne stvari na svojem poslu). Procjena tvrdnji jest na Likertovoj skali od 0 do 6, gdje 0 znači nikada, 1 - nekoliko puta godišnje, 2 - jednom u mjesec dana, 3 - nekoliko puta u mjesec dana, 4 - jednom tjedno, 5 - nekoliko puta u tjednu, 6 - svaki dan. Na podljestvici „Osobno postignuće“ inverzno se boduju tvrdnje. Podljestvica „Emocionalna iscrpljenost poslom“ sadrži devet pitanja, podljestvica koja se odnosi na depersonalizaciju sadrži pet pitanja, a podljestvica smanjenog osobnog postignuća sadrži osam pitanja. Postoje tri razine sagorijevanja: niska, umjerena i visoka razina. Ukupna je vrijednost podljestvice „Emocionalna iscrpljenost“ od 0 do 54, visoka emocionalna iscrpljenost 27 i više, umjerena od 17 do 26 te niska od 0 do 16. Podljestvica depersonalizacije ima raspon od 0 do 30, visoka je 13 i više, umjerena od 7 do 12 i niska od 0 do 6. Ukupna je vrijednost podljestvice „Osobno postignuće“ od 0 do 48, visoka 39 i više, umjerena od 32 do 38 i niska od 0 do 31.

Drugi upitnik za osobe starije dobi koje borave u institucijama (Prilog 2.) sastoji se od dva dijela. Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografske podatke osobe starije dobi: spol, dob, stupanj obrazovanja, obiteljsku podršku koja se navodi kao preventivna mjera za zlostavljanje. Osobe starije dobi odabrale su od 13 tvrdnji koje opisuju najčešća oboljenja tjelesnih sustava one bolesti za koje misle da od njih boluju. Također, izjašnjavali su se imaju li to isto potvrđeno od strane liječnika. Kronične bolesti važan su rizični čimbenik i utječu na mogućnost pojave zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijama. U upitniku su osobe starije dobi procijenile svoju pokretljivost kroz četiri tvrdnje, a upravo je pokretljivost isto tako rizičan čimbenik za povećanu učestalosti zanemarivanja i zlostavljanja.

Drugi dio upitnika ima svrhu da se kroz 24 tvrdnje utvrdi poznaju li i primjećuju osobe starije dobi zanemarivanje i zlostavljanje. Kod osoba starije dobi korišten je upitnik preuzet od grupe autora: Drennan i sur., (2012.) s istim tvrdnjama kao i za medicinske sestre. U tvrdnjama za osobe starije dobi stručna medicinska terminologija promijenjena je u rječnik prilagođen osobama starije dobi koje uvidom u statističke podatke RH nisu visokoobrazovane. Tvrdnje 4., 7., 9., 10. i 24. dodao je sam autor te se njima željelo dobiti precizniji odgovor pružatelja skrbi o vrsti zlostavljanja s obzirom da se Irska i Republika Hrvatska razlikuju u obrazovanju i skrbi za osobe starije dobi. Kod osoba starije dobi koje nisu bile u mogućnosti zbog fizičkih razloga (hemipareza, Parkinsonova bolest) odgovoriti na pitanja, umjesto njih je odgovore upisivao ispitivač ili kvalificirano zdravstveno osoblje koje je unaprijed bilo educirano za ovaj zadatak. U istraživanju nisu sudjelovale osobe starije dobi koje su oboljele od demencije ili imaju narušene kognitivne i intelektualne sposobnosti. Sudjelovanje osoba starije dobi u istraživanju dobrovoljno je i anonimno primjenom Upitnika o zanemarivanju i zlostavljanju za osobe starije dobi. (Prilog 2.)

#### 1.4.2 Uzorak

U istraživanje se predviđalo uključiti oko 300 osoba starije dobi koje borave u institucijama u Varaždinskoj i Međimurskoj županiji te OB Varaždin – odjelima za produljeno liječenje u Novom Marofu i Klenovniku. Važno je da su osobe

psihofizički i kognitivno sposobne odgovarati na pitanja iz upitnika. Vraćeno je 245 (81,6 %) pravilno i potpuno ispunjenih upitnika.

Predviđen broj ispitanika pružatelja skrbi bio je oko 200 te je toliko anketa podijeljeno u kuvertama u ustanove. To su medicinske sestre i tehničari srednje stručne spreme, prvostupnici sestrinstva, diplomirane medicinske sestre i magistre sestrinstva koji rade s osobama starije životne dobi. U kuverti je vraćena 171 (85,5 %) pravilno i potpuno ispunjena anketa. Istraživanje se u institucijama provodilo među objema skupinama ispitanika od 25. 10. 2016. do 25. 12. 2016.godine.

**Tablica 1: Demografski opis ispitivanog uzorka**

<b>Starije osobe (N=245)</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Spol	Muški	72	29,40%
	Ženski	173	70,60%
Dob (skupine)	≤75 godina	51	20,80%
	75-84 godine	109	44,50%
	≥85 godina	85	34,70%
Obrazovanje	OŠ	158	64,50%
	SSS	73	29,80%
	VŠS ili VSS	14	5,70%
<b>Zdravstveni djelatnici (N=171)</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Spol	Muški	23	13,50%
	Ženski	148	86,50%
Dob (skupine)	≤30 godina	46	26,90%
	31-40 godina	35	20,47%
	41-50 godina	44	25,73%
	≥51 godina	46	26,90%
Stupanj obrazovanja	Medicinska sestra srednje stručne spreme	129	75,40%
	Prvostupnik/ca sestrinstva	39	22,80%
	Diplomirana medicinska sestra / magistra sestrinstva	3	1,80%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

#### 1.4.3 Postupak skupljanja i obrade podataka

Primarni podatci prikupljeni su s pomoću ankete. Obuhvaćena su dva državna i dva privatna doma te dva odjela za produljeno liječenje OB Varaždin u Klenovniku i Novom Marofu u te dvije županije. Sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno je i anonimno, a ispitanici pružatelji skrbi pismenim su i usmenim putem (glavna medicinska sestra odjela/glavna medicinska sestra ustanove) unaprijed bili obaviješteni o istraživanju. Istraživanje se provodilo primjenom upitnika o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi za pružatelje skrbi (Upitnik 1. - Prilog 1.). Anketne upitnike ispitivač je u ustanovama Varaždinske i Međimurske županije osobno podijelio, a na odjel za produljeno liječenje Klenovnik dostavljeni su u kuverti pa ih je glavna medicinska sestra ustanove podijelila zdravstvenom osoblju na bolesničkom odjelu.

Istraživanje za osobe starije dobi provodilo se primjenom upitnika o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi (Upitnik 2. – Prilog 2.). Upitnik za osobe starije dobi podijelio je ispitivač onim osobama koje mogu samostalno ispuniti upitnik, a kod onih koje to ne mogu zbog fizičkih ograničenja, ispitivač je zapisivao odgovore umjesto ispitanika. Osobe koje psihofizički i kognitivno nisu u mogućnosti razumjeti pitanja i dati odgovore te osobe oboljele od demencije, nisu sudjelovale u istraživanju. Ispitivač je upitnike osobno pokupio u ustanovama nakon njihova ispunjenja.

Sekundarni podatci o prevenciji zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijama prikupljeni su deskriptivnom metodom i metodom kompilacije s pregledom domaće i strane relevantne literature te bibliografskih baza podataka: COBISS, EbscoHost, CINAHL, Wiley Online Library, Web of Science, PubMed s traženim ključnim riječima: zanemarivanje, zlostavljanje, osobe starije dobi, pružatelji skrbi, medicinske sestre, sindrom sagorijevanja, institucije, neglecting, abuse, elderly, care givers, nurses, burnout syndrome, institutions.

Podatci su prikazani tablično i grafički. Napravljena je analiza normalnosti raspodjele podataka (Smirnov-Kolmogorovljev test) te su shodno dobivenim rezultatima primijenjene odgovarajuće parametrijske i/ili neparametrijske statističke analize i načini prikaza podataka. Kvantitativni podatci prikazani su kroz raspone, aritmetičke sredine i standardne devijacije, odnosno medijane i interkvartilne raspone u slučajevima neparametrijske raspodjele. Kategorijski podaci prikazani su kroz apsolutne frekvencije i pripadajuće udjele. Razlike u kvantitativnim vrijednostima između pojedinih skupina procijenjene su nezavisnim t-testom, odnosno Mann-Whitney U testom. Razlike u kategorijskim varijablama analizirane su  $X^2$  testom. Izračunati su odgovarajući koeficijenti korelacije između pojedinih skorova dobivenim upitnicima o stresu i zanemarivanju. Načinjeni su odgovarajući regresijski modeli predikcije dobivenog skora iz upitnika o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi (kao zavisne varijable). Kao nezavisne prediktorske varijable uzete su sve one varijable koje bivarijatno imaju značajan doprinos ili korelaciju, odnosno razlike u skorovima dobivenim upitnikom. Procijenjena je značajnost regresijskih modela, kao i stupanj objašnjene varijance zavisne varijable. U analizi se koristila programska podrška STATISTICA verzija 12.0 ([www.statsoft.com](http://www.statsoft.com)). Sve P vrijednosti manje od 0,05 smatraju se značajnima. Sva pitanja koja smo koristili u preliminarnom istraživanju analizirana su metodama diskriminativne valjanosti te su pitanja koja ne povećavaju, odnosno značajno snižavaju ukupni Crombach alfa koeficijent, izbačena iz daljnje analize. Metodom eksplorativne faktorske analize procijenjen je odgovarajući broj faktora, odnosno pojedinih domena. Za svaku domenu, izračunat je Crombach alfa faktor, te se u daljnjoj interpretaciji koriste one domene čiji je Crombach alfa veći od 0,7.

#### 1.4.4 Etički vidik

Za provođenje istraživanja prethodno je dobivena pismena suglasnost Etičkog povjerenstva ustanova koje su uključene u istraživanje Varaždinske i Međimurske županije Republike Hrvatske. U istraživanju je sudjelovao Dom socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe Varaždin, Dom za starije i nemoćne osobe Varaždin, Dom za starije i nemoćne osobe Čakovec, Opća bolnica Varaždin, s napomenom da su uključene Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof i Služba za plućne bolesti i TBC Klenovnik koje u dugotrajnoj skrbi zbrinjavaju osobe starije

dobi. U Caritasovu domu za starije i nemoćne osobe »Sv. Ivan Krstitelj« Ivanec u istraživanju su sudjelovali korisnici doma, dok su medicinske sestre odbile sudjelovati. Također, odbijena je zamolba za provođenje istraživanja u Domu za starije i nemoćne osobe Novinščak u Međimurskoj županiji.

### 1.5 Ograničenja u istraživanju

Ograničenja u istraživanju iskazuju se kod definiranja samog nasilja, odabira uzorka i institucija te u samoj interpretaciji rezultata. Institucije kod kojih ne postoji standardizacija omjera broja zdravstvenih djelatnika/broj starijih osoba te ne osiguravaju odgovarajuća sredstva za pružanje skrbi, ne provode edukaciju zdravstvenog osoblja o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi, ne preveniraju sindrom sagorijevanja na radnom mjestu, ograničavat će ili sprečavati provedbu ovakvih istraživanja.

Otpor kod zdravstvenih djelatnika vidljiv je kod onih ispitanika kod kojih su pitanja u upitniku izazivala ljutnju i nezadovoljstvo jer ih se prikazuje „lošim i nekompetentnim“. Primijećeni su rezultati koji su nespojivi s dugim radnim stažem i iskustvom medicinskih sestara. Naime, velik broj ispitanika s jedne strane nikada nije ništa primijetio od zanemarivanja i zlostavljanja, a s druge strane ima visok skor na ljestivci sindroma sagorijevanja te ne poznaje standarde zbrinjavanja.

Ispitanici starije životne dobi zbog srama, straha i nelagode nisu davali potpuno iskrene odgovore, što kao problem spominju i drugi autori, iako u sobi za vrijeme ispunjavanja upitnika nije bio nitko od zdravstvenih djelatnika. »Poteškoće u prikupljanju podataka o ovoj pojavi mogu se grupirati u one koje proizlaze iz male spremnosti samih starijih osoba da govore o svojim iskustvima i ograničenja u pristupu posebno ugroženim starim osobama, te u one koji se odnose na konceptualizaciju istraživanja koja uključuje definiranje pojave, evidentiranje čestine i intenziteta nasilja, obilježja uzorka, te medijatore i moderatore nasilja.« (Ajduković i sur., 2008., 5) Psihofizička i kognitivna ograničenja osoba starije dobi mogu utjecati na razumijevanje i rješavanje upitnika (Zebrowitz i Montepare, 2000.), stoga su u ispitivanju sudjelovale osobe koje su psihički i kognitivno urednog statusa, a kod onih koje imaju fizičkih ograničenja ispitivač je upisivao podatke u upitnik.

Republika Hrvatska također stvara ograničenja zakonima i pravnim aktima kojima se institucije štite i zatvaraju pa je vrlo teško ući u javne, a posebno u privatne institucije. Također, već deset godina postoji zabrana zapošljavanja zdravstvenog osoblja na neodređeno vrijeme te se nedostatak osoblja pokriva manje kvalitetnim i nemotiviranim djelatnicima. Uvedena je kategorizacija pacijenata kojom se trebao osigurati dovoljan broj medicinskih sestara za skrb o pacijentima određene kategorije (HKMS, 2009.) Pacijenti i osobe starije dobi svrstavaju se u kategoriju od 1 do 4 i prema tome zahtijevaju određenu skrb i kompetentne pružatelje. Pružatelji skrbi svakodnevno provode kategorizaciju, no nakon što se utvrdi da na odjelu postoji npr. 20 iznimno zahtjevnih korisnika, ne osigurava se zapošljavanje novih djelatnika niti se smanjuje prijem novih korisnika.

»Neoprezno je uspoređivati nalaze istraživanja nasilja nad starijima bez da nisu poznati barem neki temeljni pokazatelji kao što je npr. operacionalizirana definicija nasilja od koje se polazi u istraživanju, podaci o obilježjima uzorka, načinu

prikupljanja podataka, kriterijima za definiranje nasilja i drugo. Naime, pokazalo se da, ne samo da nasilje nije jednoznačno definirano u istraživanjima, već, kao socijalno konstruirani pojam, ni pojam „stari“ nije jednoznačno definiran. Ipak, u većini zemalja se danas smatra da dob od 65 godina predstavlja granicu ka starijoj životnoj dobi.« (Ajduković i sur., 2008., 5).

Potrebno je kritički se osvrnuti na provedeno istraživanje i njegova ograničenja. Prednost je istraživanja što je obuhvaćena istim upitnikom skupina pružatelja i primatelja skrbi. Dosadašnji pregled literature pokazuje da su »istraživanja o ovoj temi provođena na pružateljima skrbi i na rodbini korisnika, te je svega desetak radova ispitalo korisnike o njihovoj percepciji nasilja u ustanovi.« (Castle, i sur., 2015., 15) Iz prednosti proizlazi i ograničenje; naime, istraživanje na zdravstvenim djelatnicima i osobama starije dobi temelji se na introspektivnim iskazima ispitanika koji mogu biti selektivni te je moguća pristranost pri dosjećanju, posebice kod osoba starije dobi.

Uzorak odnosi se na zdrave osobe starije dobi smještene u institucijama, a kad govorimo o nasilju, literatura i iskustvo iz prakse pokazuje nam da su upravo najbolesniji i najnemoćniji izloženi nasilju, stoga je teško odrediti pravi uzorak. Upitnik koji je konstruiran da pokrije zanemarivanje i zlostavljanje od ukupnog broja pitanja najviše pitanja usmjereno je na zanemarivanje, fizičko i psihičko zlostavljanje. Odabrani aspekti nasilja: verbalno, tjelesno i zanemarivanje upravo su i najčešći, dok se malo posvećuje tvrdnji prema duhovnom, ekonomskom i seksualnom nasilju. Upitnik za pružatelje skrbi ima velik broj tvrdnji iz više standardiziranih upitnika, dok je zajednički dio za obje skupine izrađen prema irskom upitniku. Zbog specifičnog kulturološkog konteksta Republike Hrvatske i socijalnog stanja osoba starije dobi uneseno je još 5 tvrdnji: 4., 7., 9., 10. i 24.

Valja istaknuti da dosadašnja istraživanja u Republici Hrvatskoj nisu ovako sveobuhvatno analizirala fenomen nasilja u institucijama, posebice aspekt svih sudionika u nasilju. Naime, stručnjaci su zanemarivanje i zlostavljanje u dosadašnjim radovima promatrali iz aspekta samo jedne strane: ili pružatelja skrbi ili institucije ili osobe starije dobi. Popunjavanje te praznine jedna od glavnih zadaća ovog rada.

## 1.6 Opis doprinosa disertacije znanosti

Zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi u institucijama RH nije istraživana tema, ne postoji sveobuhvatan ni validiran upitnik kojim bi se ta pojava ispitala kao ni standardi kojima bi se definiralo što je zanemarivanje i koja su obilježja koje vrste zlostavljanja. Stoga će provedeno istraživanje i istražena teorija o zanemarivanju i zlostavljanju starijih osoba dati određen doprinos znanosti kroz utvrđivanje postojećeg stanja u institucijama, i to iz perspektive osoba starije dobi i pružatelja skrbi. Naime, do sada nije istraživano kako obje skupine doživljavaju iste postupke, npr. hranjenje na silu te će mišljenje obiju skupina ispitanika dati brojne odgovore.

Nadalje, nakon provedenog ispitivanja metodom eksplorativne faktorske analize i procjene pojedinih domena izradit će se validiran upitnik za procjenu zanemarivanja i zlostavljanja koji će koristiti pružatelji skrbi i institucije kako bi

procijenili svoje djelatnike. Također, istraživanjem će se utvrditi rizični čimbenici kod pružatelja skrbi i kod osoba starije dobi. Važno je odrediti definirajuća obilježja za svaku vrstu zlostavljanja te zanemarivanje kako bi u budućnosti pružatelji skrbi znali što u njihovu radu graniči ili je zaista zanemarivanje/zlostavljanje. Doprinos je i djelovanje socijalnog gerontologa u edukaciji svih pružatelja skrbi, a posebice medicinskih sestara u podizanju nivoa svijesti o postupcima koji spadaju u domenu zanemarivanja i zlostavljanja. Rezultati istraživanja imat će utjecaj na same institucije kroz osvještavanje selektivnog zapošljavanja zdravstvenog osoblja u ustanovama, potrebe kontinuirane supervizije medicinskih sestara, izrade postupnika kod pojave zlostavljanja starijih osoba uz nadzor socijalnog gerontologa.

Očekuje se da će rezultati istraživanja ukazati kako postoji određeni postotak zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama te da će se vidjeti razlike između institucija u gradskoj/ruralnoj sredini, odnosno privatnih i državnih. Obitelj je važna u prevenciji zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama te se podrazumijeva da će osobe kojima dolaze posjete u instituciju biti manje izložene ovoj pojavi. Također, medicinske sestre i osobe starije dobi smještene u institucijama različito doživljavaju samo zanemarivanje i zlostavljanje. S obzirom na to da u nastavnim planovima za medicinske sestre nema nastavnih jedinica iz ovog područja, pretpostavlja se da medicinske sestre ne poznaju dovoljno oblike zanemarivanja i zlostavljanja i da neće percipirati zanemarivanje i zlostavljanje kao problem. Sindrom sagorijevanja ima važnu ulogu, stoga se očekuje da će pružatelji skrbi s nižim obrazovanjem i dužim radnim stažem biti skloniji zanemarivanju i zlostavljanju u institucijama, a osobe starije dobi sa većim brojem kroničnih bolesti i bez podrške obitelji češće izložene zanemarivanju i zlostavljanju u institucijama. Prisutno je određeno neznanje kod pružatelja skrbi i to treba promijeniti tako da se poveća i produlji sustavna i specifična edukacija u njihovim institucijama s izrađenim protokolima i testovima za provjeru znanja. (An Introduction to Elder Abuse for Nursing Students, 2015.) Pružatelji skrbi predrasude o starim osobama smatraju normalnim, a moguće nasilno ponašanje ne drže neprihvatljivim. (Castle i sur., 2015.)

## **2 STAROST**

Često se u stručnoj literaturi, ali i u svakodnevnoj komunikaciji navodi kako je starija dob „zlatno doba“ te da su osobe starije dobi mudre. Mudrost koju dostižu neke osobe starije dobi vezana je uz njihovu dob i životno iskustvo (Schaie i Willis, 2001.), naročito iskustvo u suočavanju i svladavanju teškoća. (Baltes i sur., 1999.) Starije osobe prošle su niz gubitaka i teških situacija u životu i ako su ih koristile za osobni rast i razvoj, onda su ostvarile jednu od pretpostavki za dostizanje mudrosti. (Berk, 2008.) Postoji ideja da mudrost dolazi sa zrelošću i zbog toga se ona češće pripisuje starijim osobama. (Galić i Tomasović Mrčela, 2013.) Međutim, nameće se kao i „slamka spasa“ osobama starije dobi. U današnjem društvu u kojem biti star predstavlja rizik gubitka kontrole nad životnim resursima, gubitka moći, ugleda i statusa (Meacham, 1990.) razumna je želja osoba starije dobi vjerovati da postoji određena posebna kvaliteta koja se stječe tijekom života i da im mlađi ljudi to ne mogu oduzeti. Socijalne odnose u starijih osoba neki istraživači uspoređuju sa socijalnim konvojem (Antonucci i sur., 2013.), neki ljudi odlaze iz njihovih života, a neki dolaze, u starijoj dobi se socijalne mreže i socijalne



interakcije smanjuju te se mijenjaju odnosi u obitelji. Kvalitetna podrška jedan je od mehanizama kojom mreže utječu na mentalno zdravlje osobe starije dobi. (Fiori i sur., 2006.) Proces starenja povezan je s osobnim, povijesnim okolnostima i sposobnostima prilagodbe pojedinca. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije »starost se prema kronološkoj dobi dijeli u tri skupine: pa bi osobe dobi 60 – 75 bile starije, stare su osobe dobi 76 – 90 godina, a vrlo stare su one dobi iznad 90 godina.« (Duraković i sur., 2007., 2)

## 2.1 Teorije starenja

U prilog tomu koliko je starenje specifičan proces govori brojnost teorija koje se isprepliću i nadopunjavaju, a medicinske sestre trebale bi, kao i ostali pružatelji skrbi, poznavati iste kako bi znale pojasniti u svom radu s osobama starije dobi određena ponašanja i funkcioniranje.

Teorije starenja mogu se podijeliti (Duraković i sur., 2007., 3): »u skupinu genetskih teorija, skupinu fizioloških teorija i skupinu promjena funkcija organa« ili prema Jin (2010.) na moderne biološke teorije starenja koje se pak dijele u dvije glavne kategorije: teoriju programiranog starenja i teoriju oštećenja ili pogreške. Teorija programiranog starenja podrazumijeva da starenje slijedi biološki raspored i dijeli se na tri kategorije: na programiranu dugovječnost, endokrinu i imunološku teoriju. Upravo ove endokrine i imunološke teorije Johnson (1985., u Schaie i Willis, 2001., 403) svrstava u fiziološke teorije te vidi »uzrok starenja u lošem funkcioniranju endokrinog (timus, jajnici) ili imunološkog sustav.«

Teoriju oštećenja ili pogreške uključuje teorija iznošenosti koja je vjerojatno i najstarija teorija starenja (Schaie i Willis, 200), a »ukazuje kako se tijelo „istroši“ te kako vanjski i unutarnji stresori utječu na stanice.« (Touhy i Jett, 2014., 57) Starenje je rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, unutarnji ili vanjski faktori (npr. bolesti, ozljede, štetne tvari). (Galić i Tomasović Mrčela, 2013.)

U skupini genetskih teorija su one koje naglašavaju da je starenje ugrađeno u genetski sustav, odnosno da postoji genetski određen „plan“ starenja (promjena u opadanju različitih funkcija organizma) koji se aktivira nakon reproduktivne zrelosti, ali varijable iz okoline ga mogu modificirati. (Galić i Tomasović Mrčela, 2013.)

»Usprkos važnosti genetske komponente, ne postoji niti jedan gen odgovoran za starenje. Postoje, međutim, veliki niz gena koji imaju više od jedne funkcije, te uz njihovu poznatu funkciju, mogu djelovati kao modulatori procesa starenja, radi preživljavanja vrste.« (Davidović i sur., 2014., 144)

Sociološke teorije objašnjavaju promjene u odnosu pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja (promjene u socijalnim aktivnostima, promjene socijalnih interakcija i socijalnih uloga u funkciji starenja) kao i utjecaj društva i kulture na starenje pojedinca i utjecaje starenja pojedinaca na društvo. (Galić i Tomasović Mrčela, 2013.) »Najvažnije je da osoba starije dobi sačuva neovisnost, slobodu kretanja i sposobnost punog sudjelovanja u društvu.« (Giddens, 2007., 165), a sociološke teorije i proučavaju upravo te odnose.

»Psihološke teorije starenja se smatraju jedinstvene, široko prihvaćene, integrativne teorije koje odgovaraju na pitanja o organizaciji i dezorganizaciji ponašanja tijekom ljudskog vijeka.« (Galić i Tomasović Mrčela, 2013., 9) Većina se istraživača ograđuje od pretjeranih uopćavanja ističući da su ljudi međusobno različitiji u starosti nego u bilo kojem drugom životnom razdoblju. Međutim, baš kao i u pojedinca „psiha“ tako se i ovdje „psiho“ ne može izolirano analizirati te ne treba raditi pretpostavke o pojedincima bez da se uzme u obzir neposredni i širi društveni, kulturni i povijesni kontekst. (Wernher i Lipsky, 2015.)

Tridesetih godina prošlog stoljeća počele su se javljati prve znanstveno utemeljene psihološke teorije starenja. Tako Charlotte Bühler (prema Despot Lučanin, 2011.) u svojoj teoriji tijeka ljudskog života uspoređuje psihički razvoj s biološkim tijekom života, koji podrazumijeva općenito opadanje u starosti. Ona uvodi model psihičkog razvoja kroz ljudski vijek, uspoređan biološkom tijeku života, koji se odvija kroz pet osnovnih razdoblja. (Entwicklungspsychologie, 2012.)

»Sa starenjem se mogu zbivati promjene koje predstavljaju dobitak, a ne gubitak - ovu tvrdnju naglašavao je već Carl Gustav Jung koji je razdoblje nakon 40. godine smatrao periodom života u kojem se osoba počinje okretati sama sebi, postaje svjesnija sebe i traži cilj, smisao i cjelovitost vlastitog života.« (Galić i Tomasović Mrčela, 2013., 9)

Robert Havighurst pedesetih godina 20. stoljeća u modelu razvojnih zadataka opisuje razvojne zadatke starosti kao prihvaćanje gubitaka te uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života u tim okolnostima. U dobi od 60 i više godina od osobe se zahtijeva: prilagodba na smanjenu tjelesnu snagu, prilagodba na umirovljenje i smanjeni prihod, prilagodba na smrt supružnika, uspostavljanje jasne pripadnosti vlastitoj dobnoj skupini, ispunjavanje socijalnih i građanskih obveza, uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života. Erik Erikson (prema Berk, 2012.) koji je ponudio teoriju cjeloživotnog razvoja, ljudski razvoj vidi kroz osam stadija od kojih je svaki obilježen izazovom ili krizom. Osmi stadij proučava stariju dob, od 65 godina nadalje kada se čovjek suočava s pitanjem: Jesam li proživio ispunjen život? U ovom razdoblju suočavanja s nadolazećim krajem života čovjek doživljava prihvaćanje uspjeha i promašaja, starenja i gubitka. (Berzoff, 2011.)

»Razrješenje krize iz ranijih stadija utječe na to kako će se osoba nositi sa svakom sljedećom fazom (ako se ranija kriza nije razriješila na odgovarajući način, poremećeno je rješavanje idućih). Prema Eriksonu, u starosti se razmišlja o ostvarenim ciljevima, a integritet proizlazi iz osjećaja da je vrijedilo proživjeti život kakav je bio. Osoba s doživljajem integriteta manje će se bojati starosti i smrti. S druge strane ljudi su nezadovoljni svojim životom i neostvarenim ciljevima što ih vodi očaju, neprihvatanju vlastite starosti i smrtnosti.« (Galić i Tomasović Mrčela, 2013., 9) Ove bi činjenice trebali poznavati i na njima temeljiti edukaciju oni stručnjaci koji će raditi s pružateljima skrbi i pobuditi osjetljivost prema starosti i osobama starije dobi.

Postoje tri blisko povezana aspekta starenja (biološki, psihološki i socijalni), no ne i nužno podudarna. Vrijeme početka starenja nije moguće precizno odrediti; osim toga, biološko, psihološko i socijalno starenje ne moraju početi u istoj vremenskoj

točki. Nema odgovora na pitanje zbog čega starimo pa su i definicije ovoga pojma razmjerno rijetke i nema jedne opće prihvaćene. Vratimo li se u same začetke definiranja starenja, Handler 1960. godine (Rao, 2015., 2) navodi da je »starenje propadanje zrelog organizma kao posljedica promjena, vremenski ovisnih i uglavnom nepovratnih«, a koje su prirodene svim članovima neke vrste, tako da s prolaskom vremena, oni mogu postajati sve nesposobniji, suočiti se s okolinskim stresom i tako povećavaju vjerojatnost smrti. (Schaie i Willis, 2001.) Ova je definicija prihvatljiva ako se na starenje gleda iz biološke perspektive, no ona ne zahvaća psihološke promjene koje se zbivaju tijekom starenja. Naime, ovakvo određenje starenja usmjereno je na gubitke koje doživljavamo tijekom dobi, a zanemaruje psihološke dobitke kojih, na sreću, ima i u starosti (npr. mudrost) i individualne razlike u početku i tijeku starenja. Birren nešto kasnije (1988., prema Schaie i Willis, 2001.) navodi da se starenje odnosi na pravilne ili redovite promjene reprezentativnih organizama u reprezentativnoj okolini koje se zbivaju s protokom vremena. Yates pak (prema Despot Lučanin, 2011.) navodi da je starenje svaka vremenski ovisna promjena nekog objekta ili sustava. Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku koje se može definirati prema kronološkoj dobi, socijalnim ulogama ili prema funkcionalnom statusu.

## 2.2 Zanemarivanje i zlostavljanje u starijoj dobi

U znanstvenoj literaturi koja prati skrb o starima, starije stanovništvo dijeli se u slijedeće tri dobne skupine: mlađa dobna skupina od 65. do 74. godine, srednja dobna skupina od 75. do 84. godine i stara dobna skupina, 85 i više godina. (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016., 2014.) Ovo je praktična podjela koja olakšava planiranje skrbi o starijim osobama, koje u nekom trenutku postaju ovisne o različitim oblicima pomoći druge osobe.

Često se spominje kako zdravlje pojedinca, broj kroničnih bolesti te pokretljivost osobe utječe i na pojavnost zanemarivanja i zlostavljanja. Neke pokazatelje o zdravstvenom stanju hrvatskih građana iznad 50 godina pokazuje istraživanje Ekonomika starenja u Hrvatskoj provedeno 2013. godine, kada je ukupno intervjuirano 1190 osoba i njihovih partnera u 855 kućanstava. »Rezultati pokazuju da je svakoj drugoj osobi iznad 50 godina liječnik dijagnosticirao bar dvije kronične bolesti. Udio žena s dvije ili više kroničnih bolesti znatno je veći u dobi od 65+. Gotovo jedan od šest muškaraca i jedna od pet žena u dobi od 50+ ograničeni su u obavljanju svakodnevnih aktivnosti zbog zdravstvenih problema.« (Ekonomika starenja u Hrvatskoj, 2013.) U starijoj dobi (75+) svaki drugi muškarac i tri četvrtine žena imaju ograničenja u obavljanju uobičajenih aktivnosti zbog zdravstvenih teškoća, a to potvrđuje i istraživanje Strawbridge i suradnici (1992.; prema Despot Lučanin, 2003.) koji su pratili skupinu od 508 osoba starijih od 65 godina u razdoblju od šest godina i utvrdili da žene u najstarijoj dobnoj skupini (preko 80 godina) pokazuju značajni pad funkcionalne sposobnosti. »Otprilike svakoj drugoj osobi od 50+ liječnik je dijagnosticirao visoki krvni tlak ili hipertenziju, a svakoj petoj visoki kolesterol. Žene u dobi od 50+ imaju 50 % veće izgleda oboljeti od malignih bolesti nego muškarci.« (Ekonomika starenja u Hrvatskoj, 2013.)

Suprotno navedenom, neki autori osamdesetih godina prošlog stoljeća navode da narušeno zdravlje i loša funkcionalna sposobnost nije značajno povezana s

doživljavanjem nasilja u starijoj dobi (Reis i Nahmiash, 1998.), a za autore Pillemer i Finkelhor (1985.) ovisnost starije osobe o njegovatelju ne predstavlja primarni i isključivi uzrok tjelesnog nasilnog ponašanja.

Brojniji autori posebice u novije vrijeme navode kako upravo fizička ozljeda ili bolest starije osobe može biti predisponirajući činitelj za nasilje jer smanjuje njezinu mogućnost da izbjegne ili se obrani od počinitelja. (Kovač i sur., 2001.) Fulmer i suradnici (2004.) smatraju da ovisnost i ranjivost starije osobe povećavaju rizik od zlostavljanja. On i suradnici (2006.) navode da osobe s lošijom funkcionalnom sposobnosti značajno češće doživljavaju nasilje.

Petrak i suradnici proveli su 2006. godine istraživanje u kojem su ispitane 1262 starije osobe, prosječne dobi 74 godine. Njihova funkcionalna sposobnost pokazuje da stariji ljudi većinu aktivnosti obavljaju samostalno, iako uz određene teškoće. Autori povezuju zadovoljstvo životom sa zdravljem te zaključuju da što je samoprocjena zdravlja lošija, funkcionalna sposobnost je niža i socijalna podrška manja. Slično istraživanje proveli su Despot Lučanin i suradnici 2011. godine o zdravlju osoba starije dobi na uzorku od 2911 ispitanika s područja cijele Hrvatske, gdje rezultati pokazuju da ispitane osobe svoje zdravlje procjenjuju prosječno dobrim, unatoč velikom udjelu kronično bolesnih osoba.

Već spomenuta kategorizacija pacijenata/osoba starije dobi prema potrebama i sposobnostima (HKMS, 2006.) i utvrđivanje kriterija procjene funkcionalne sposobnosti starijih ljudi u odnosu na njihovo utvrđeno zdravstveno stanje najvažniji je indikator za primjenu gerijatrijske zdravstvene i socijalne institucijske i izvaninstitucijske skrbi. »Može se pretpostaviti da funkcionalna nesposobnost starije osobe dovodi stariju osobu u ovisan položaj zbog potrebne pomoći u svakodnevnim aktivnostima. Vidi se povezanost između oslabljene funkcionalne sposobnosti u aktivnostima svakodnevnog življenja i doživljavanja nasilja.« (Rusac, 2011., 93)

Kriteriji procjene funkcionalne sposobnosti iznimno su bitni u domovima za starije i nemoćne osobe kod prijema korisnika na smještaj. Danas se postupa po dosta neujednačenim i nejasnim kriterijima pa vrlo često vidimo pokretnu osobu starije dobi i nepokretnu, inkontinentu osobu starije dobi u zajedničkoj sobi što ne donosi dobrobiti nijednom korisniku, već samo osjećaj gubitka samopoštovanja. Potrebno je izraditi standarde s jasnim i mjerljivim kriterijima o smještavanju osoba starije dobi i skrbi istih.

### 2.3 Institucionalizacija osoba starije dobi

»Dok je u razvijenim zemljama Europske unije u zadnjim desetljećima skrb o starijoj populaciji bila više usmjerena podršci prema što dužem boravku u vlastitom domu, uz razvijanje usluga socijalne skrbi i zdravstvene zaštite, u tranzicijskim zemljama je češće rješenje institucijski smještaj. Između ta dva rješenja, Hrvatska nastoji podići sve veću svijest i potrebu razvijanja oba pristupa, osobito gerontoloških centara, a u određenim slučajevima smještaj starijih osoba u udomiteljske obitelji kao zamjene za vlastiti dom.« (Stavljenić-Rukavina i sur., 2012., 5)

Podaci pokazuju da ukupan broj starijih od 65 godina koji primaju dugotrajnu skrb u institucijama/ustanovama (isključujući zdravstvene ustanove) varira od zemlje do zemlje te da u prosjeku ukupan broj starih smještenih u institucije iznosi 5,1 % (European Commission, 2003.), današnji podaci (WHO, 2008., Rechel i sur., 2013.) pokazuju da je 5 % populacije Europljana smješteno u institucije. U SAD se očekuje da će se do 2040. godine populacija u institucijama za dugoročnu skrb utrostručiti. (FALK, 2013.)

Socijalna skrb u Republici Hrvatskoj regulirana je Zakonom o socijalnoj skrbi (»Narodne novine« broj 33/12), Obiteljskim zakonom (»Narodne novine« broj 116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11 i 61/11), Zakonom o udomiteljstvu (»Narodne novine« broj 90/11, 78/12) te nizom podzakonskih akata. Uz navedena prava koja su propisana Zakonom, starijim i nemoćnim osobama osigurava se i pružanje usluga iz Programa „Pomoć u kući starijim osobama“ i „Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama“. (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016., 2014.)

»Usluga smještaja je usluga skrbi izvan vlastite obitelji, koja se ostvaruje kao institucijska skrb u domovima ili drugim pravnim osobama ili kao izvaninstitucijska skrb u udomiteljskoj obitelji, obiteljskom domu, organiziranom stanovanju ili u zajednici stambenih jedinica. Pravo na uslugu smještaja priznaje se odrasloj i starijoj osobi kojoj je zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju i nemoći prijeko potrebna stalna pomoć i njega druge osobe.« (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014 – 2016., 2014.)

Za razliku od Irske (Drennan i sur., 2012.) gdje su domovi za skrb o osobama starije dobi gotovo u 90 % slučajeva u vlasništvu države, u RH ta je distribucija značajno drugačija. Od 226 pružatelja skrbi to su: tri državna doma za stare i nemoćne, 45 županijskih (decentraliziranih) domova za starije i nemoćne, domovi drugih osnivača (91) i druge pravne osobe koje pružaju usluge smještaja bez osnivanja doma (87) – osnivači su udruge, vjerske zajednice ili druge pravne ili fizičke osobe (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014 – 2016., 2014.)

U društvu Republike Hrvatske postoji jedna naglašena nelogičnost. S jedne strane prisutno je iznimno siromaštvo osoba starije dobi kojemu je izložena svaka treća žena i svaki peti muškarac u dobi iznad šezdeset i pet godina. (Ekonomika starenja u Hrvatskoj, 2013.) Takve osobe ne mogu plaćati skrb u instituciji iako im je nužna, stoga se danas predlažu različite mjere za ublažavanje siromaštva populacije starijih od 65 godina. (UNDP, 2006.) »S druge strane mladi članovi obitelji rade, migriraju, a osobama starije dobi sve teže je naći nekoga tko će im pružiti neposrednu skrb, posebice kada je posrijedi svakodnevna emocionalna potpora, praktična pomoć u kućanstvu i pružanje različitih oblika njege.« (Podgorelec i Klempić, 2007., 129) Rješenje zaposlenih i preko dana okupiranih obitelji je institucionalna skrb u domovima za starije i nemoćne osobe, no problem smještanja povlači za sobom značajan rast troškova obitelji za skrb koju su nekoć obavljale same obitelji. (Henderson, 2007.) Posljednjih četrdeset godina gotovo u cijelom svijetu došlo je do opadanja udjela starijih osoba koje žive zajedno s djecom, posebice u sjevernim zemljama (Sundstrom, 1994., prema Schaie i Willis,

2001.), a tek u nekim zemljama poput Japana zbog specifičnog društvenog i kulturnog konteksta to nije zamijećeno. (Laklija i sur., 2008.)

Međunarodni akti kao što su Madridska deklaracija i Madridski međunarodni plan djelovanja (United Nations, 2006.) u području starenja potaknuli su osvještavanje problema starijih osoba i dali načelni smjer njihova rješavanja. Navedene smjernice za države članice Ujedinjenih naroda nemaju pravni nego moralno obvezujući karakter. Osnovna vizija je europsko društvo za sve dobi u kojem osobe uživaju jednaka prava s obzirom na uvjete življenja, ekonomsku situaciju, participaciju kao građana te njihov pristup fundamentalnim dobrima i službama. (Laklija i sur., 2008.)

»Starijim osobama, koje žive u ustanovama moraju se jamčiti sljedeća prava: pravo na odgovarajuću pomoć i usluge, pravo na privatnost, pravo na dostojanstvo, pravo na sudjelovanje u odlučivanju o uvjetima života u tim ustanovama, pravo vlasništva, pravo održavanja kontakata s bliskim osobama i pravo na pritužbu na skrb i tretman u ustanovi. Starijim osobama, također, na raspolaganju mora biti dovoljan broj ustanova za skrb o starijim osobama, a usluge u tim ustanovama moraju biti dostupne. Ustanove, koje pružaju usluge smještaja i skrbi za starije osobe, moraju biti licencirane i podložne inspekcijskom nadzoru, kako bi se osigurala kvaliteta pruženih usluga.« (Rešetar Čulo, 2014., 127)

»Institucijska skrb starijih osoba cjelovita je i u kontekstu kvalitete zdravstvene zaštite. Kvaliteta skrbi podrazumijeva mnogo širi raspon aktivnosti nego tradicionalna zdravstvena zaštita, poput bolničke zdravstvene zaštite, jer korisnici u tom prostoru i žive. U institucijskoj skrbi se područje kvalitete života isprepliće s kvalitetom socijalne skrbi i kvalitetom zdravstvene zaštite« (Stanisavljenić-Rukavina i sur., 2012., 5)

Danas se sve više spominju indikatori kvalitete institucijske skrbi (Arling i sur., 2005.) koji procjenjuju opći zdravstveni status, funkcionalni status, mentalno zdravlje, udobnost smještaja, emocionalni status, privatnost i autonomiju. Isti autori predlažu da se kvaliteta zdravstvene kliničke zaštite procjenjuje učestalošću dekubitusa, inkontinencije, pravilnom hidratacijom, učestalošću infekcije, integritetom kože i polifarmacijom, odnosno prevencijom pojavnosti „4N“ (nepokretnost, nesamostalnost, inkontinencija i nestabilnost). (Stanisavljenić-Rukavina i sur., 2012., 5)

»Australija je država s najdužom tradicijom provjere kvalitete skrbi u institucijskom smještaju starijih osoba.« (Wiener, i sur., 2007., 11) Podatci istraživanja objavljenog 2012. godine (Sequist i sur., 2012.) ukazuju na to da je korisnicima u instituciji najvažnije: pravo izbora svog liječnika, odgovarajuća prehrana, mobilnost i zubozdravstvena zaštita.

»Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života u domovima za starije osobe kao percepciju pojedinaca o njihovom položaju u životu kroz kontekst kulturoloških i vrijednosnih sistema u kojem žive te u odnosu na njihove ciljeve, standarde i potrebe.

Definicija uključuje osam domena:

- fizičko zdravlje
- psihološki status
- razina neovisnosti
- primjena pravilne prehrane
- socijalni kontakti
- faktori okoliša
- pozitivno/negativno zdravstveno ponašanje
- duhovne potrebe.« (Strategija zdravog starenja i akcijski plan primjenjiv za Europu u razdoblju od 2012. – 2016., 2012)

## 2.4 Demografski pokazatelji starenja

Okončanje predrasuda i osiguranje ljudskih prava starijih osoba etički je imperativ koji treba primijeniti u praksi. Globalnu populaciju starijih osoba čini nešto više od 900 milijuna u 2015., a očekuje se njezin rast na 1,4 milijardi do 2030. i 2,1 milijardi do 2050. godine, kada će se poklopiti otprilike isti broj starijih osoba i djece mlađe od 15 godina. (Ban Ki-moon, 2016.) Visoki porast udjela staračkog stanovništva, posebice starijeg dijela toga kontingenta, pokazuje da se Hrvatska približila stanju u razvijenim europskim zemljama, u kojima (barem u većini njih) u ukupnome starom stanovništvu znatno brže raste udio osoba u starijoj dobnoj skupini staračkoga kontingenta. (Eurostat Yearbook, 2011.) »Demografsko starenje (povećanje udjela stanovništva staroga 65 i više godina u ukupnom stanovništvu) uz depopulaciju temeljni je demografski proces koji karakterizira stanovništvo Hrvatske u posljednjih nekoliko desetljeća. Uspoređujući s drugim europskim zemljama, Hrvatska ulazi u skupinu s najlošijom demografskom slikom.« (Grizelj i Akrap, 2011., 16)

U popisu stanovništva 2011. godine broj stanovnika starih 65 i više godina prvi je put premašio broj mladih od 0 do 14 godina. Udio osoba starih 65 i više godina iznosio je 17,7 %, a udio mladih od 0 do 14 godina 15,2 %. (Popis stanovništva, kućanstava i stanova, 2011.) »Prema recentnim podacima za 2011. godinu Hrvatska se nalazi u skupini od deset europskih zemalja s najvećim udjelom starih (65 i više godina) u ukupnom stanovništvu.« (Nejašmić i Toskić, 2013., 93) Može se vidjeti da je Republika Hrvatska na vrlo visokom desetom mjestu, a u postotcima (%) poredak je sljedeći: Njemačka 20,6; Italija 20,3; Grčka 19,2; Portugal 19,1; Švedska 18,5; Bugarska 18,5; Latvija 18,4; Litva 17,9; Austrija 17,8; Hrvatska 17,7; Finska 17,5. (Eurostat, 2011.) »Oko 2030. godine u Hrvatskoj će broj starijih iznad 65 dosegnuti milijun (povećanje od oko 250.000 ljudi u odnosu na danas). U milijun starijih iz populacije u dobi od 65+ „najstarijih starih“ (80+), bit će više od 250.000 stanovnika.« (Ekonomika starenja u Hrvatskoj, 2013.)

## 2.5 Model skrbi „korisnik u središtu skrbi“ kao prevencija nasilja

Većina oblika nasilja u instituciji mogla bi se prevenirati na način da pružatelji skrbi/medicinske sestre korisnike/osobe starije dobi promatraju i uvažavaju kao suradnike, partnere u skrbi, a upravo model „pacijent/korisnik u središtu skrbi“ o tome govori. »O modelu „pacijent/korisnik u središtu skrbi“ počelo se razmišljati 1988. kad je autor Kitwood tražio alternative pristupe u skrbi za dementne bolesnike uz naglašavanje empatične komunikacije.« (Malmedal, 2013., 42) Koncept pacijenta/korisnika u središtu skrbi može se shvatiti kao: individualizirana

skrb, baza vrijednosti, skup tehnika u radu s osobama s demencijom, perspektiva fenomena, ili sredstvo komunikacije. (Brooker, 2004.) Kitwood (1997., 8) definira pacijenta/korisnika u središtu skrbi kao: »... položaj ili status jednog ljudskog bića dodijeljen drugom, u kontekstu odnosa i društvenog postojanja. To podrazumijeva priznavanje, poštovanje i povjerenje.« U gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi korisnik se skrbi prema standardima zdravstvene njege te zdravstveno osoblje prevenira rizike za komplikacije kao što je pad, infekcije, dekubitus. (Četiri stupa gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe, 2012.)

Načela i principi zdravstvenih i socijalnih usluga moraju biti holistički usmjereni, odnosno sveobuhvatni s naglaskom na korisnika koji je u središtu skrbi. Drugim riječima, institucija o uslugama treba razmišljati i planirati ih sveobuhvatno uključujući i razumijevajući korisničku perspektivu, a eventualne nedostatke resursa pružatelj treba rješavati partnerstvima s drugim pružateljima i/ili dionicima u zajednici. (Pravilnik o standardima kvalitete socijalnih usluga, 2014.)

Pacijentovo agresivno ili neprikladno ponašanje često kod medicinskih sestara izaziva agresivan pristup. Model pacijenta/korisnika u središtu skrbi može olakšati komunikaciju s pacijentima oboljelim od demencije i na taj način spriječiti ili smanjiti agresivno ponašanje. Švedske nacionalne smjernice za skrb osoba a demencijom (Socialstyrelsen, 2010., 21) toplo preporučuju model pacijenta/korisnika u središtu skrbi čime se »povećava integritet, neovisnost i sposobnost da se preuzme inicijativa, te smanji uznemirenost i upotreba antipsihotika.«

Danas se uz osobe starije dobi sve više veže pojam suprotan modelu korisnika u središtu skrbi, a to je socijalna isključenost koju smatramo »razmjerno trajnom, strukturalno uvjetovanom prikraćenošću starijih osoba za materijalna, financijska, kulturna, socijalna, zdravstvena i druga društvena dobra.« (Lulić i Rešetar Čulo, 2013., 87) Kad govorimo o zaštiti prava starijih osoba na razini Vijeća Europe, najvažnije su odredbe dvaju pravno obvezujućih dokumenata: Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda iz 1950. godine (Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, 2010.) i Europske socijalne povelje iz 1961. godine (Zakon o prihvaćanju Europske socijalne povelje, 2003). Svrha Konvencije sastoji se u promicanju, zaštiti i osiguranju potpunog i jednakog uživanja svih ljudskih prava i temeljnih sloboda za sve starije osobe te promociji poštivanja njihova urođenog dostojanstva. Osim odredbi o zabrani diskriminacije, »za starije su osobe iznimno važne odredbe o pravu na život (članak 2. Konvencije), o zabrani mučenja i nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja (članak 3. Konvencije), kao i one o pravu na poštovanje privatnog i obiteljskog života (članak 8. Konvencije).« (Rešetar Čulo, 2014., 125)

## 2.6 Autonomija osoba starije dobi

Riječ „autonomija“ izvedena iz grčke riječi „autos“ doslovno je prevedena kao samoupravljanje (Johnston, 2004.), a primijenjen u praksi pojam autonomije odnosi se na individualni izbor, slobodu volje i odgovornost za vlastito ponašanje i sebe. Agich (2004., 6) određuje autonomiju kao: »Ekvivalent slobode, samouprave, samoodređenja, slobodu volje, dostojanstvo, integritet, individualnost, neovisnost, odgovornost, te samosvijest, samozalaganje, kritičko



razmišljanje, slobodu od obveza, nepostojanje vanjskog uzroka, te poznavanje vlastitih interesa.« Raspon definicije autonomije vrlo je širok, stoga značenje treba biti povezano s konceptom pa tako Clark (2010.) navodi da je autonomija koncept sadržan u humanističkim i demokratskim idealima kroz koje se ističu prava osobe da oblikuje svoj život i sudbinu, utječe na odluke vezane uz svoju dnevnu rutinu i ima aktivnu ulogu u svojoj okolini, što je iznimno važno kad govorimo o osobama starije dobi. Ova definicija Clarka zapravo naglašava što u instituciji treba poštivati i uvažavati kako ne bi došlo do nasilja nad osobama starije dobi. Ako pružatelji skrbi uvažavaju dnevnu rutinu osobe starije dobi, uključuju korisnika u svakodnevni život doma, dozvole oblikovanje aktivnosti, slobodnog vremena kako korisnik to želi i može, prostor za nasilje i agresivnost iznimno je sužen.

Važnost uspješnog i zdravog starenja naglašavaju i Rodgers i Nevill (2007.) koji navode da se uspješno starenje temelji na autonomiji odnosno, starija populacija mora biti u stanju donositi vlastite odluke o svom životu.

Sastavni su dio autonomije: sloboda od kontrole i utjecaja drugih, sloboda od ograničenja koja sprečavaju izbor, sloboda od neodgovarajućeg razumijevanja i biti u stanju slobodno djelovati u skladu s planom odabranim za sebe.<sup>9</sup> Iznimno je važan pravilan pristup (Clark, 2010.) jer pružatelji skrbi moraju se posavjetovati s primateljima skrbi i odvagnuti prednosti i nedostatke raznih načina djelovanja i pronaći rješenje koje zadovoljava zdravstvene potrebe uz zadržavanje dostojanstva koliko je to moguće. U svakodnevnom radu upravo pružatelji skrbi zaboravljaju važnost autonomije, ali i važnost omogućavanja osobi starije dobi da koristi svoje preostale resurse i sudjeluje u brizi za sebe.

Svako istraživanje autonomije u starijoj dobi zahtijeva konceptualnu definiciju koja je široko primjenjiva, podložna empirijskim potvrđivanjem (Abdelhadi i Drach-Zahavy, 2011.), a na korisnika usmjerena skrb, gdje se on nalazi u centru zbivanja, ključ je prevencije zanemarivanja i zlostavljanja.

Prema Davies i suradnicima (1997.) precizna definicija autonomije osoba starije dobi rijetko se susreće unutar literature i tako ona ostaje široko korišten, ali loše definiran pojam. O pojmu autonomije pisao je i Weber (1976., prvo izd.1904.,5) koji smatra da normiranje i evidentiranje svega u instituciji stvara „čelični kavez” gdje se ne poštuje individua i daje se prostora zanemarivanju. Skledar (1998.) navodi „etiku poziva”, opća mjesta etike odnosno ispravnog moralnog i humanog tretiranja života i zdravlja, posebno sa starijim osobama.

U kontekstu zanemarivanja i zlostavljanja važno je spomenuti i sam dolazak u instituciju koji je često dehumaniziran. Goffman (2000.) spominje „kontaminaciju osobnosti” i opisuje je kao otuđenje osobnih stvari dolaskom u instituciju, pregled cijelog tijela koji je neugodan i ponekad ponižavajući kao i ulazak zdravstvenog osoblja u svako vrijeme i doba dana u sobu korisnika. Suibhne (2011.,198) navodi da «mnogi suvremenici osporavaju važnost Goffmanove knjige „Asylums” navodeći kako totalitarnog pristupa više nema, no institucionalizacija osoba starije

---

<sup>9</sup> „autos“ – doslovno je prevedeno kao samoupravljanje, odnosi se na individualni izbor, slobodu volje i odgovornost za vlastito ponašanje i sebe.

dobi danas je najvećim dijelom prisilna, obitelj donosi odluku o dolasku u dom, a ne osoba starije dobi.«

Nekoliko je razloga zašto se osoba starije dobi ne osjeća ugodno dolaskom u instituciju. Naime, preseljenje u novu sredinu koja je najvjerojatnije zadnje utočište samo je po sebi izvor stresa. Ponekad urednost i red institucije može biti na vrlo visokoj razini, ali često se zanemaruju postupci za poboljšanje psihičkog stanja korisnika. Često se ne radi na poticanju samostalnosti korisnika pa je stoga brže nahraniti korisnika s tremorom ruku, nego čekati da pojedje sam što dovodi do još većih frustracija korisnika. Međutim, u prevenciji nasilja nad osobama starije dobi potrebno je danas promatrati starije osobe kao »odgovorne starije osobe koje žele znati razloge za svoje simptome i mogućnosti za svoje liječenje.« (Železnik, 2007.)

Brojni znanstvenici skandinavskih zemalja unatrag tridesetak godina upozoravaju da institucionalizacija narušava autonomiju osoba starije dobi. Iako su sobe opremljene s dijelom njihova vlastitog namještaja, obiteljskim portretima i ukrasima, krevet i noćni stolić su bolnički. (Hauge i Heggen, 2008.) Pokazatelji neprivatnosti jesu: česti ulasci osoblja u sobu kad korisnik i nije prisutan, vrata između sobe i hodnika često su otvorena što daje svakome tko prolazi uvid u privatnost sobe. Granica između javnog prostora i privatnih soba te gubitak kontrole ono je što razlikuje starački dom od „pravog“ doma. (Malmedal, 2013.) O navedenom medicinske setre ne uče u Republici Hrvatskoj.

Autorice Wikström i Emilsson provele su istraživanje o autonomiji i kontroli u svakodnevnom životu starijih osoba promatrajući dva doma u Švedskoj. Prečesto ulaženje osoblja u sobe korisnika smatra se „overprotection“ ili prezaštitničkim odnosom (Wikström i Emilsson, 2014.) koji nakon nekog vremena postane rutina i u „dobrom interesu za bolesnika“ te opravdava narušavanje intime i poštovanja korisnikova prostora. Individualan pristup, privatnost i autonomija osobe starije dobi kod dolaska u instituciju iznimno su važni (Cohen-Mansfield i sur., 1995.) jer mnogi korisnici godinama prije nego dođu u dom sami žive te se institucionalizacijom nalaze među osobljem i sustanarima koji su stranci, narušava se njihovo zadovoljstvo i psihička stabilnost.

»Važno je da organizacija ima sustav vrijednosti koji poštuje prava svakog korisnika usluga i etički kodeks koji usmjerava osoblje da se ponaša na odgovarajući način. Osoblje se educira o tome kako postupati s korisnicima na način kako bi oni kod toga osjećali poštivanje svoje autonomije, slobode odlučivanja i neovisnosti, te da su kao osobe važni dio ustanove. Istraživanja su pokazala kako korisnici počinju osjećati pripadnost ustanovi već nakon četiri tjedna boravka.« (Stanisavljenić-Rukavina i sur., 2012., 17) Pravilna kategorizacija korisnika u institucijama zasigurno bi doprinijela smanjenju zanemarivanja. Naime, dobra praksa kategorizacije institucija (Niebuur, 2014.) ima za posljedicu smještavanje korisnika sa sličnim psihofizičkim mogućnostim i slabostima te je skrb i život u domu tih korisnika kvalitetniji, norme i pravila individualniji za korisnika, a otpor je manji pa i time rizik za zanemarivanje i zlostavljanje.

### 3 POJAVNOST I DEFINIRANJE ZANEMARIVANJA I ZLOSTAVLJANJA OSOBA STARIJE DOBI U INSTITUCIJAMA

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije oko 2,7 %, odnosno oko 4 milijuna starijih osoba u Europi je doživjelo tjelesno nasilje u godini koja je prethodila istraživanju. (Sethi i sur., 2011.) Seksualno nasilje doživjelo je 0,7 % (oko 1 milijun) starijih Europljana, 19,4 % (29 milijuna) doživjelo je psihičko (mentalno) nasilje, a 3,8 % (6 milijuna) starijih osoba bilo je izloženo financijskom nasilju. (World Health Organization, 2008.) Ovo su podatci za osobe starije dobi koje žive u zajednici, no vrijedan je podatak za ovaj rad posebice u projekciji vrsta nasilja i rizičnih čimbenika.

Prema nekim procjenama tek se svaki šesti primjer zlostavljanja starijih osoba prijavi nadležnim institucijama (Filipčić, 2002.), a istraživanje Eurobarometra pokazuje da gotovo polovica (47 %) europskih građana smatra da je i u njihovoj zemlji vrlo često negativan stav prema starijim osobama. (SURS 2009.)

U Sloveniji je u 2004. godini između pripadnika 187 udruga umirovljenika provedeno istraživanje o nasilju nad starijim osobama prema kojem je 42 % ispitanika primijetilo da se nad članovima njihova društava provodi/događa nasilje. Primijećen je porast nasilja, diskriminacije, zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba u Sloveniji posljednjih nekoliko godina. (Kožuh-Novak, 2005.) U institucijama upravo pružatelji skrbi najčešće zanemaruju i zlostavljaju osobe starije dobi, stoga naglasak mora biti na njihovoj edukaciji, a već tridesetak godina govori se o važnosti prepoznavanja znakova (Davies i sur., 1997.) ili posljedica nasilja. Autori smatraju da je medicinsko osoblje danas opterećeno više no ikad, a gerijatrijska skrb zahtijeva stručno osoblje sa širokim spektrom znanja.<sup>10</sup>

Uzroke i razloge zanemarivanja i zlostavljanja raznih ranjivih skupina, a među njima i osoba starije dobi daju nam teorije iz literature. »Postoji nekoliko mogućih razloga zbog kojih je područje zlostavljanja starijih lišeno uključivanja u razne teorije. Pridonosi tome činjenica da zlostavljanje osoba starije dobi dobiva malo nacionalne pozornosti i zabrinutosti, postoje određena ograničenja prepoznavanja istog na nacionalnoj razini i prisutan je nedostatak sredstava za podršku razvoja teorija.« (Jackson i Hafemeister, 2013., 7) Spominju se najčešće intrapersonalna, interpersonalna, multisistemska i sociokulturološka teorija nasilja nad osobama starije dobi (Burnight i Mosqueda, 2011.,7) te je nužno da pružatelji skrbi razumiju njihovu širinu i težišta.

Definicije zlostavljanja osoba starije dobi razlikuju se od zemlje do zemlje te odražavaju i uključuju kulturne, etničke i vjerske norme i tradicije. (Lowenstein i sur., 2009.) Pojam „zlostavljanje starijih osoba“ prvi put su opisali Baker i Burston u British Scientific Journal 1975. godine kao „granny battering“ ili „zlostavljanje bakica“, no istraživači su pokazali interes tek krajem osamdesetih, odnosno početkom 90-ih godina. (Neno i Neno, u Rusac i Čizmin, 2005.) Od samog početka praćenja fenomena u literaturi teško je definirati nazivlje (Rusac, 2006.)

---

<sup>10</sup> Liječenje starijih osoba zahtijeva holistički pristup zdravstvene zaštite, koji se može postići kroz obrazovanje, posredovanje, sudjelovanje cijelog tima u procesu ocjenjivanja, informiranja, učinkovitu komunikaciju te primjereno uređenu i opremljenu radnu sredinu.

pa se spominju pojmovi: maltretiranje starijih, zlostavljanje u starijoj dobi, zanemarivanje i sl. Pojam „zlostavljanje starijih“ najčešće je korišten izraz u publikacijama i istraživanjima o toj temi. (Malmedal, 2013.) U SAD i Velikoj Britaniji najčešće se koriste pojmovi „abuse“, „mistreatment“, „neglect“, „abandonment“, „misuse“, „maltreatment“. Zanimljivo je da kad se govori o riječi „nasilje“, zapravo se misli na obiteljsko nasilje. U Njemačkoj i Austriji najčešće se koriste termini „Gewalt“, „Missbrauch“ and „Misshandlung“. ( Lahe, 2015., 26)

Većina definicija uključuje elemente kao što su zlorporaba moći, povjerenja i nejednakosti. (Bužgová i Ivanová, 2009.) Neki od oblika su: nebriga za štićenike koji ne mogu samostalno obavljati nuždu, propuštanje stavljanja štićenika u odgovarajući tjelesni položaj i okretanje, što može voditi k pojavi dekubitusa, gašenje i zanemarivanje svjetla koje signalizira da pacijentu treba pomoć, nepružanje pomoći za vrijeme obroka te neosiguravanje dovoljno jela i pića. (Atlanta Long Term Care Ombudsman Program, 2008.)

Autori Castlea i sur. (2015.) u svom su istraživanju pretražili MEDLINE bazu i bazu podataka srodnih zdravstvenih literatura (CINAHL) od 2003. do 2012. godine te predstavili postojeće definicije o zlostavljanju osoba starije dobi u svijetu.

Definicija Američkog društva za medicinu zasigurno je jedna od najcitiranijih definicija o zlostavljanju osoba starije dobi u svijetu i odnosi se na »akt ili propust koji rezultira štetom ili ugrožava zdravlje ili dobrobit starije odrasle osobe.« (American Medical Association, 1990., u Castle i sur., 2015., 409) Širinu cijelog fenomena zlostavljanja pokriva definicija Kodeksa saveznih propisa SAD-a u kojem se navodi da korisnik institucije ima pravo biti zaštićen od verbalnog, seksualnog, fizičkog i psihičkog zlostavljanja, tjelesnog kažnjavanja i prisilne osame. (U.S. Code, 2012., u Castle i sur., 2015., 409) Prikaz različitih pogleda na fenomen zlostavljanja zorno prikazuju autori Castle, Ferguson-Rome i Teresi, (2015., 410, 411, 412 i 414) u datom tabličnom prikazu kroz 43 definicije zlostavljanja.

Neke od definicija koje su povezane s medicinskim sestrama i skrbi o osobama starije dobi navedene su u nastavku. »Zlostavljanje starijih osoba od strane formalnog njegovatelja/profesionalaca može biti namjerno ili nenamjerno i kao takvo može izravno uzrokovati štetu starijoj osobi kroz fizičko i psihičko ozljeđivanje, neosiguravanje osnovnih životnih potreba, zaštite starijih osoba od povrede.« (Castle i sur., 2015., 4) Slična definicija prethodnoj, no uz naglašavanja odnosa povjerenja, jest sljedeća: »zlostavljanje je namjerno ili nenamjerno djelovanje koje predstavlja ili može izravno uzrokovati štetu starijoj osobi od strane formalnog ili neformalnog njegovatelja koji je s tom starijom osobom u odnosu povjerenja; kao i propuštanje osiguravanja osnovnih potreba ili zaštite starijih osoba od povrede.« (Action on Elder Abuse, 2012.) Definicija koja naglašava važnost odnosa između medicinske sestre i osobe starije dobi jest: »Zlostavljanje je namjerno ili nenamjerno štetno ponašanje formalnog ili neformalnog njegovatelja kojem starija osoba vjeruje.« (Burnight i Mosqueda, 2011., 4)

### 3.1 Teorijska objašnjenja nasilja nad osobama starije dobi

Zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi ne može se razumjeti gledajući samo jedan aspekt čovjekova života. Zasad ne postoji jedinstvena teorija koja bi obuhvatila svu kompleksnost tog fenomena te postoji više teorija koje ga objašnjavaju. Niže navedene teorije zanemarivanja i zlostavljanja spominju se u obiteljskom i u institucijskom nasilju.

Prva je od sedam teorija koja govori o mogućim razlozima zlostavljanja interpersonalna teorija prikazana kroz model stresa pružatelja skrbi, kada član obitelji nije sposoban prikladno se brinuti za svog člana obitelji starije dobi. (Wolf, 2000.) Neke njezine segmente vidimo i kod pružatelja skrbi u institucijama. »Starija osoba postaje žrtva jer ovisi o njegovatelju koji je frustriran i nasilan zbog kontinuirane brige o potrebama nemoćnog primatelja skrbi. (Burnight, Mosqueda, 2011., 7) Ova teorija može se povezati sa situacijskim modelom koji navodi da stresne situacije kod skrbnika/pružatelja skrbi mogu biti uzrok zlostavljanja starijih osoba, koje se u ovom slučaju promatraju kao izvor tog stresa zbog tjelesnih i/ili mentalnih oštećenja osobe starije dobi. Loše postupanje zapravo je iracionalan odgovor skrbnika na stresnu situaciju i povezan je s ekonomskim stanjem osobe starije dobi i skrbnika. (European Commission, 2008.) Intervencija za prevenciju zlostavljanja je potpora njegovatelju, na primjer kroz pružanje usluga vanjskih servisa za skrb i omogućavanje slobodnog vremena članu koji je njegovatelj te u provedbi edukacije. Navedeno se susreće i kod pružatelja skrbi u instituciji gdje medicinske sestre pate od sindroma sagorijevanja koje se očituje u kašnjenju na posao, većim brojem zahtjeva za odštetom te sve češćim sukobima na radnom mjestu. (Laschinger i sur., 2001.) S obzirom na to da medicinske sestre imaju središnje mjesto u skrbi za osobu starije dobi, važno je prepoznati čimbenike koji doprinose njihovom sindromu sagorijevanja. (Kennedy, 2005.)

Drugi je pristup unutar interpersonalne teorije teorija socijalnog učenja autora Bandure nastala negdje 1973. godine koja objašnjava da je nasilje naučeno ponašanje te se prenosi u odnosima.<sup>11</sup> Jedna je od glavnih odrednica pogled na čovjeka kao na biće koje ima kao osobnu djelatnost sposobnost da započne ili završi djelovanje ili pokrene sekvencu događaja. (Bandura, 1982.) Iznimo je bitno povezati ovu teoriju s osobnosti pružatelja skrbi s obzirom na to da upravo njihova osobnost značajno utječe na pojavnost zanemarivanja i zlostavljanja. Obrazovanje medicinskih sestara nedovoljno stavlja težište na osobine ličnosti, empatiju i emocionalnu inteligenciju prije upisa na studij kao i tijekom studija, što se vidi iz nastavnih planova studija sestrinstva. Iako se nasilno ponašanje uči, odabir kakvi ćemo biti i kako ćemo se ponašati u konačnici ovisi o nama samima i radi toga možemo odigrati glavnu ulogu u oblikovanju osobe kakve želimo biti (Bandura, 1991.) Simboličko interakcijska teorija, kako se još naziva teorija socijalnog učenja, govori da je subjektivna interpretacija stresa od strane skrbnika/pružatelja skrbi bolji prediktor opterećenja nego stvarna, aktualna razina opterećenja. (European Commission, 2008.)<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Ova se teorija u literaturi još naziva i: Teorija kruga nasilja, Teorija socijalnog učenja i Teorija međugeneracijskog prijenosa nasilja (Burnight i Mosqueda, 2011.,9).

<sup>12</sup> Dio je ove teorije socijalno učenje, odnosno zlostavljači su naučili takvo ponašanje. Međutim, nisu sve osobe koje su bile zlostavljane tijekom života postali zlostavljači te se upravo navedeno navodi kao kritika ove teorije.

Treći je pristup u interpersonalnoj teoriji sljedeći: „Teorija društvene razmjene“ koja objašnjava interakciju između ljudi kao proces pregovaračkih razmjena (Homans, 1958.)<sup>13</sup> Može se povezati s pružateljima skrbi koji su nadređeni u odnosu naspram osoba starije dobi. »Uvidimo li da socijalno ponašanje podrazumijeva razmjenu materijalnih (novac, nasljeđivanje) i nematerijalnih dobara (prihvaćanje, prestiž)« (Burnight i Mosqueda, 2011., 11), osobe koje primaju usluge u ustanovi (osobe starije dobi) od drugih su pod pritiskom da daju zauzvrat nešto, a često nisu u mogućnosti to učiniti. Time se naglašava nejednakost, a i daje prostor zlostavljanju. Prema ovoj teoriji, postupci i odnosi među ljudima, pa i postupci članova obitelji, procjenjuju se na cost-benefit osnovi, odnosno na osnovi odnosa cijene i koristi. (European Commission, 2008.) Starenjem osobe postaju sve ranjivija i nemoćnija grupa, sve ovisnija o pružatelju skrbi te ostaju u zlostavljanom odnosu sve dok zadovoljavanje njihovih potreba nadmašuje cijenu maltretiranja.

Četvrti je pristup „Teorija situacije u pozadini ili teorija binarnog razdora“ koja tvrdi da su neskladni odnosi i neadekvatno ponašanje središnji konstrukti obiteljskog nasilja. (Riggs i O'Leary, 1996.) Susreće se kod nasilja na početku veze, a kod osoba starije dobi može se primijeniti kada je uvrijeđen pojedinac, suprug ili intimni partner žrtve, odrasla osoba djeteta ili skrbnik za stariju osobu. (Jackson i Hafemeister, 2013., 10) Ova teorija nije izravno povezana s medicinskim sestrama, no kako u instituciji nasilje mogu provoditi parter ili pak obitelj, važno je da ju osoblje poznaje.

Sociokulturni (feministički) pristup ili „Teorija snage i kontrole“ ističe nasilnog pojedinca koji koristi obrasce i taktike prisile kako bi stekao i zadržao moć te kontrolu tijekom odnosa s drugom osobom. (Yllo, 2005.) Brandl (2000.) usvojila je ovu teoriju da pojasni nasilje među bračnim parovima starije dobi, ali se teorija može primijeniti i kada takve osobine nasilnog pojedinca opisuju odraslo djeteta ili skrbnika koji je preuzeo, možda nevoljko, odgovornost o osobi starije dobi. Godine 1968., u vrijeme Vijetnamskog rata i političkih prosvjeda, stvorio se kulturni i generacijski jaz u Americi, a gerontolog i psihijatar Robert Butler uveo je u literaturu termin „ageism“. Promoviralo se mišljenje da se osobe starije dobi izoliraju kao manje kompetentne (Burnight i Mosqueda, 2011.) te da im se ne priznaju ili pak ograniče osobna prava. (Pečjak, 2001.)<sup>14</sup> Prema „Teoriji snage i kontrole“, temeljene na predrasudama o osobama starije dobi, počinitelji često vjeruju da imaju ekskluzivno pravo zanemarivati i/ili zlostavljati, stoga se iz ove perspektive može reći da »zlostavljanje osoba starije dobi nije rezultat povećanih potreba žrtve, nego rezultat devijantnosti i ovisnosti nasilnika.« (Jackson i Hafemeister, 2013., 10) Ova nam teorija djelomično pojašnjava i razloge zanemarivanja i zlostavljanja kod medicinskih sestara. Naime, iako se kroz njihovo obrazovanje stavlja naglasak da je osoba starije dobi u središtu skrbi, medicinska sestra u instituciji ima svoje „hijerarhijsko mjesto“, a osoba starije dobi od nje treba

---

<sup>13</sup> Teorija ima korijene u ekonomiji i psihologiji, a razvio ju je sociolog George Caspara Homans 1950. godine.

<sup>14</sup> Radi se, dakle, o diskriminaciji na osnovi kalendarske starosti, gledištu koje ne prihvaća individualni pristup starijim osobama nakon određenog broja godina, određivanju sposobnosti i propisivanju društvenih uloga isključivo na temelju životne dobi („prestar si“), stvaranju stereotipa i sustavnoj diskriminaciji ljudi samo zato što su stari.

uslugu, pomoć, njegu što daje jedan osjećaj nadmoći posebice kod nasilnih pojedinaca.

Multisistemski pristup ili „prvotno Ekološki model“ (Bronfenbrenner, 2009., 234) nastoji objasniti ljudski razvoj, uključujući cijeli niz mogućih utjecaja na taj proces. Promatra se utjecaj pojedinca, odnosa, zajednice i društva te se objašnjava i važnost institucije kao mikrosistema u prevenciji zanemarivanja i zlostavljanja. Tek 1999. godine teorija je prilagođena identifikaciji velikog broja faktora koji se odnose na zlostavljanje osoba starije dobi, a koji proizlaze iz utjecaja pojedinca, odnosa, zajednice i društva. (Schiamberg i Gans, 1999.)

Ovaj model pažnju stavlja na interaktivno djelovanje većeg broja činitelja koji se mogu grupirati na tri razine:

- individualnoj (uključuje osobine ličnosti, razvojni put pojedinca, vrijednosti, uvjerenja i slično, 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 i sl.). (European Commission, 2008.)

»Ekološki model sugerira da se zanemarivanje i zlostavljanje može pojaviti unutar četiri sustava, a to su mikro, mezo, egzo i makrosustav. Mikrosustav se odnosi na odnos između osobe starije dobi i njegova/njezina skrbnika. Mezosustav se odnosi na odnos između starije osobe i crkvenih ili društvenih usluga, egzosustav je fokusiran na utjecaj radnog mjesta na samog pružatelja skrbi, dok se makrosustav odnosi na interakcije starije osobe sa zdravstvenim i državnim službama.« (Ananias i Strydom, 2014., 271) Dodan je i „chrono“ sustav kao peti, (Schiamberg i sur., 2011.), koji je usmjeren na vremenski okvir unutar kojeg je starija osoba bila u potencijalno uvredljivom okruženju. »Sustavi se mogu preklapati jer faktori rizika pronađeni u jednom sustavu mogu se pojaviti i u drugima.« (Schiamberg i Gans, 1999. u Ananias i Strydom, 2014., 271)

Posljednji je u pregledu teorija sociokulturni kontekstualni pristup ili „Biopsihosocijalni model“ koji je uveo Engel kako bi ispravio ograničenja koja proizlaze iz primjene biomedicinskog modela. On navodi da socijalni kao i biomedicinski čimbenici pridonose razvoju bolesti. (Engel, 1989.) Bonnie i Wallace (2003.) predložili su korištenje ovog modela kao temelj teorije zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi. Prema ovoj teoriji zlostavljanje osoba starije dobi može se pripisati karakteristikama i same osobe starije dobi, ali i nasilnog pojedinca. U obzir treba uzeti širi sociokulturni kontekst osobe starije dobi (obitelj i prijatelje), njihovu statusnu nejednakost, vrstu, snagu i dinamiku odnosa.

#### **4 ZANEMARIVANJE OSOBA STARIJE DOBI U INSTITUCIJI**

Zanemarivanje je (The National Consumer Voice for Quality Long-Term Care, 2011.) neuspjeh brinuti se za osobu na način na koji bi se izbjegle štete i boli ili neuspješno reagiranje na situaciju koja može biti štetna. Zanemarivanje može i ne mora biti namjerno. Na primjer, pružatelj skrbi koji je oskudno educiran možda i ne zna kako pružiti odgovarajuću njegu. »Nenamjerno zanemarivanje je propust

njegovatelja pri ispunjavanju dužnosti, brige, no bez namjere da povrijedi stariju osobu; namjerno zanemarivanje događa se kad njegovatelj svjesno i svrhovito zapostavlja potrebe starije osobe, što rezultira psihološkim, fizičkim ili mentalnim ozljedama starije osobe.“ (McDonald, 2007., 5)

Slijede neke od definicija zanemarivanja koje se spominju u literaturi unazad tridesetak godina: »Neuspjeh odgovornog pojedinca za skrb da primjereno odgovori na utvrđene potrebe za njegu.« (Fulmer i O'Malley, 1987.) Vrlo je opsežna definicija Lachsa i Pillemera (1995.), koji navode da je zanemarivanje odbijanje ili neispunjenje njegovateljeve obveze kako bi se zadovoljile potrebe osobe starije dobi, a kako bi se iste kaznile ili povrijedile. Oni uključuju i ponašanja poput namjernog napuštanja ili uskraćivanja hrane, lijekova i zdravstvenih usluga. Promatrajući definicije zanemarivanja u svijetlu zdravstvene njege i Virginie Henderson koja navodi 14 osnovnih ljudskih potreba, definicija Allen i sur., (2004.) kako je zanemarivanje neuspjeh u zadovoljavanju osnovnih potreba pacijenata potvrđuje važnost sestrinske skrbi.

Primjeri zanemarivanja (The National Consumer Voice for Quality Long-Term Care, 2011.) uključuju:

- neispravno pozicioniranje tijela što dovodi do kontraktura ekstremiteta te oštećenja strukture kože
- neredovito odvoženje na toalet ili neredovito mijenjanje pelena što uzrokuje inkontinenciju, korisnik sjedi u urinu i stolici, povećan je rizik od pada, uzbuđenosti, ponižavanja, oštećenja kože
- nedostatak pomoći kod uzimanja hrane i tekućine koje dovodi do pothranjenosti i dehidracije
- nedostatak pomoći kod hodanja što dovodi do nedostatka mobilnosti
- nedostatna higijena i kupanje što dovodi do ponižavanja korisnika i loše higijene
- slaba i nepravilna tehnika pranja ruku što dovodi do infekcije
- nedostatna pomoć pružatelja skrbi kod sudjelovanja u aktivnostima od interesa osobe starije dobi što dovodi do povlačenja i izolacije
- ignoriranje poziva zvona i poziva za pomoć.

Upravo su istraživanjem provedenom među medicinskim sestrama provjeravane tvrdnje koje se odnose na gore navedene postupke te su pitane medicinske sestre koji su postupak zanemarivanja primijetile kod kolegica u posljednjih 12 mjeseci. Zanemarivanje (nebriga) odnosi se na namjerno ili nenamjerno nepružanje osnovnih uvjeta za život te uskraćivanje potrebne brige i njege. Aktivnim se zanemarivanjem smatra uskraćivanje poštovanja i ljubavi, namjerno izazivanje tjelesne ili psihičke boli, odbijanje brige i pružanja pomoći, hrane i lijekova, i pasivnost u nebrizi koja proizlazi iz neupućenosti u potrebe starijih. (Pang, 2000.)<sup>15</sup> »Iako su starije osobe zakonima i propisima čak i pozitivno diskriminirane, u praksi prevladava negativna diskriminacija, zlouporaba, materijalno iskorištavanje i nasilje. Kod stručnjaka se diskriminacija osjeća u izbjegavanju i nevoljnom radu, nestrpljivosti i osiguranju nerealno kratkog vremena za

---

<sup>15</sup> U Kini je naglasak na skladu i poštivanju unutar zajednice te se i zanemarivanje starije osobe smatra zlostavljanjem starije osobe.



komunikaciju, naglašenoj autoritarnosti, zabranama, naredbama bez pojašnjenja i pogovora, stavu i podučavanju kao da se radi o maloj djeci.« (Duraković i sur., 2007., 537). Istraživanja u domovima u SAD-u opisuju izostanak neverbalne komunikacije, povišen ton koji medicinska sestra opravdava velikom količinom posla, manjkom osoblja, te „osjetljivošću” štićenika. Propuštanje stavljanja štićenika u odgovarajući položaj i okretanje, gašenje i zanemarivanje svjetla koje signalizira da pacijentu treba pomoć, neosiguravanje dovoljno jela i pića smatra se zanemarivanjem. (Abuse, Neglect and Exploitation of At-Risk Adults in Georgia, 2009.)

Često se u javnosti, ali i u literaturi, postavlja pitanje zašto osobe koje su zanemarivane i zlostavljane, u ovom slučaju osobe starije dobi, to zlostavljanje ne prijave. Osim srama i nelagode jer su stari, ovisni o instituciji, osjećaju se dijelom i sami krivi. Slijede razlozi koji su također prisutni kod osoba starije dobi (Wood i Goodwin, 2007.):

- ne vide alternativu ili bijeg
- boje se zlostavljača i posljedica otkrivanja
- nesigurna je budućnost bez njegovatelja koji se brine o njihovim potrebama
- opći osjećaj nemoći u društvu
- mentalna nemoć, slabo pamćenje, konfuzija
- nemogućnost komunikacije
- zahtjev za nečim dodatnim čini ih još više ovisnijima
- nedostatak znanja gdje tražiti pomoć
- nedostatak fizičke sposobnosti da pronađu pomoć
- snažan osjećaj dužnosti i potreba da se 'bori'.

Medicinske sestre trebale bi tijekom obrazovanja naučiti razloge neprijavlivanja nasilja jer, s obzirom na bliskost, ulaženjem u intimni prostor korisnika upravo su one u prilici primijetiti nasilje kao i sram, strah i nelagodu osobe starije dobi.

## **5 ZLOSTAVLJANJE OSOBA STARIJE DOBI U INSTITUCIJI**

U poglavlju o pojavnosti i definiranju zlostavljanja već su iznesene brojne definicije o samom zlostavljanju. Važno je spomenuti da osim raznih oblika zlostavljanja postoje i faktori rizika od strane starije osobe, institucije te pružatelja skrbi koji utječu na povećan rizik za zlostavljanje. (Bužgová i Ivanová, 2009.) Sljedeći su čimbenici rizika za zlostavljanje osoba starije životne dobi: psihofizičke karakteristike korisnika i osobine njegove ličnosti, individualne i profesionalne osobine zdravstvenog djelatnika, socijalni čimbenici rizika, organizacijski model rada u ustanovi i stereotipan pogled na stariju osobu prikazan u medijima. (Rusac i Čizmin, 2011.) Rezultate koji potkrepljuju kako su često upravo pružatelji skrbi zlostavljači pokazuje istraživanje Europske komisije. Među najvjerojatnijim počiniteljima nasilja nad starijima navodi se: osoblje u staračkim domovima – 32 % (najviše izraženo u Grčkoj – 74 %), osoblje u domovima za starije osobe ovisne o tuđoj pomoći – 30 % (najviše izraženo na Cipru – 65 %), vlastita djeca (23 %) i bolničko osoblje i poznanici – 11 % (najviše izraženo u Finskoj – 51 %). (European Commission, 2008 )

## 5.1 Oblici zlostavljanja osoba starije dobi

»Zlostavljanje osoba starije dobi može biti psihičko, fizičko, seksualno, materijalno i duhovno.« (Rusac i Čizmin, 2011., 52)<sup>16</sup>

### 5.1.1 Psihičko ili emocionalno zlostavljanje osoba starije dobi

Psihičko ili emocionalno zlostavljanje opisuje se kao dehumanizacija i podcjenjivanje starijih osoba. Bilo koje verbalno ili neverbalno postupanje koje smanjuje njihovo samopoštovanje ili dignitet i tretiranje njihova psihološkog i emocionalnog integriteta je zlostavljanje. (Despot Lučanin, 2003.)

U institucijama ovaj pojam uključuje: prijetnje korištenjem nasilja, prijetnje da će ih se napustiti i ostaviti same, namjerno zastrašivanje, kao npr. da neće dobiti hranu ili skrb za svoje potrebe. Također, i laganje, ruganje, nazivanje pogrđnim imenima, nedopuštanje provjeravanja tvrdnji o njihovu zlostavljanju, socijalno izoliranje i zabranjivanje posjeta, tajenje informacija na koje imaju pravo, ponižavanje starijih osoba zbog načina njihova govora, namjerno i pogrešno interpretiranje njihovih tradicija, nepoštivanje, ignoriranje i pretjerano kritiziranje, naređivanje, konstantno nametanje pitanja smrti i namjerni razgovor o tome, postupanje sa starijim osobama kao da su djeca ili sluge. (Charpentier i Soulières, 2007.)

Psihičko zlostavljanje »može uključivati nedostatak osobnih informacija i nepriznavanje štíćenika kao pojedinca, nasilno ponašanje ili prijetnje, zastrašivanje ili izazivanje anksioznosti kod štíćenika, ponižavanje, ismijavanje, verbalno zlostavljanje, viku i psovanje, zadirkivanje štíćenika koji to nije sposoban razumjeti, infantilno ponašanje i laganje štíćeniku, čak i ako se to čini kao najjednostavnije rješenje.« (Rusac i Čizmin, 2011., 53)

»Dodatne analize su pokazale da izloženost nasilju ima negativni učinak na mentalno zdravlje starijih i da je doživljeno verbalno nasilje jedan od najboljih prediktora psihološkog stresa starijih.« (Ajduković, Rusac i Ogresta, 2008., 6) Psihičkom nasilju izloženiji su „mlađi“ stariji u odnosu na „starije“ stare osobe. Ovaj nalaz može se objasniti kako je njihova senzibilizacija na psihičko zlostavljanje veća te je veća svijest o njihovim pravima. Istraživanje u Israelu pokazuje da medicinske sestre više mentalno zlostavljanju osobe starije dobi od drugog osoblja (Natan i sur. 2010.), dok istraživanje Castle (2012.), na uzorku od 855 ispitanika pokazuje da je 59 % medicinskih sestara primijetilo ili je imalo dokaze o psovanju osoba starije dobi.

Svjetska zdravstvena organizacija vrlo jasno razdvaja emocionalno od psihičkog zlostavljanja. Naime, »emocionalno zlostavljanje odnosi se na ponašanja od strane žrtve kao što su: anksioznost, depresija, osamljenost i tuga, dok psihičko zlostavljanje uključuje i ograničavanje resursa osobe starije dobi.« (WHO, 2008., 26)

---

<sup>16</sup> Zlostavljanje starijih osoba u instituciji može se odvijati u više oblika, a medicinske sestre trebale bi poznavati oblike i načine kako bi zlostavljanje mogle prepoznati i prevenirati.

### 5.1.2 Tjelesno zlostavljanje osoba starije dobi

Tjelesno zlostavljanje osoba starije dobi uključuje bilo koji čin nasilja, neovisno o tome rezultira li fizičkom ozljedom ili duševnom boli. U nastavku je navedeno nekoliko definicija gdje autor svaki iz svoje perspektive prikazuje oblike tjelesnog zlostavljanja osoba starije dobi. Zlostavljanje može uključivati: udaranje, guranje i naguravanje, šamaranje, podmetanje noge, pljuvanje, prisiljavanje starije osobe da ostane u krevetu ili na stolici, prisiljavanje da ostane u sobi i zaključavanje, uskraćivanje lijekova ili pretjerano davanje lijekova, ograničavanje slobode. (McDonald, 2007.)<sup>17</sup> Europska komisija definirala je gore navedeno kao: »namjernu upotrebu fizičke sile koja rezultira tjelesnom ozljedom, boli ili oštećenjem, uključujući i fizička ograničenja, kao i pretjerano korištenje lijekova, kako bi stariji ljudi bili „poslušniji“.« (European Commission, 2008.) Prema Rusac i Čizmin (2011., 53): »može uključivati i zlostavljanje, koje može ili ne mora uzrokovati vidljive ozljede (udaranje, šamaranje, štipanje, guranje ili grubo postupanje), kupanje bolesnika u vodi koja je prevruća ili prehladna, nasilno hranjenje, kažnjavanje uskraćivanjem hrane, topline i udobnosti, ograničavanje kretanja, uskraćivanje i zanemarivanje hrane i pića, pretjerano korištenje sredstava za umirenje, nebriga oko oblačenja i pranja inkontinentnog pacijenta, ignoriranje bolnih stanja i liječenje svih medicinskih stanja rutinski, bez razmatranja pojedinačnog slučaja.«

Američki znanstvenici Ulsperger i Knottnerus (2008.) navode da medicinske sestre zbog straha od kažnjavanja više vremena provode u kontroli dokumentacije, nego u skrbi o korisnicima. Kako bi postigle „red i mir“ na odjelu te manju potrošnju materijala, pribjegavaju češćim korištenjem sredstava za umirenje i fizičkim sputavanjem korisnika koje već zalazi u domenu psihičkog i fizičkog zanemarivanja i zlostavljanja. U 2003. godini, u sklopu Long Term Care Ombudsman programa, istraživano je 20,673 pritužba o zlostavljanju, zanemarivanju i eksploataciji osoba starije dobi u staračkim domovima i institucijama za skrb. Među svim vrstama zlostavljanja fizičko zlostavljanje najčešće je primijećeno. (National Center on Elder Abuse, 2005.) Ovu činjenicu bitno je percipirati te na njoj temeljiti preventivne mjere u instituciji, ali i edukacijske programe medicinskih sestara.

»Modrice se mogu koristiti kao indikator zlostavljanja, međutim, teško je razlikovati da li je modrica uzrokovana slučajno ili namjerno. Naime, mnoge modrice mogu biti uzrokovane slučajno u skrbi ili pak ju nanese sama osoba starije dobi.« (Wigleswort i sur., 2009., 1192)

### 5.1.3 Financijsko zlostavljanje osoba starije dobi

Financijsko zlostavljanje osoba starije dobi sve češće je prisutno u institucijama te obuhvaća novčane manipulacije ili iskorištavanje, a uključuje prijekure i zloporabu. Europska komisija definirala je financijsko zlostavljanje kao »krađu novca starijoj osobi i neovlašteno ili nepravilno korištenje sredstava, imovine ili vlasništva te osobe.« (European Commission, 2008.) Odnosi se na korištenje novca ili vlasništva starije osobe na nepošten način ili na korištenje imovine starije osobe

---

<sup>17</sup> Nasilno hranjenje i prisilno davanje tekućine na usta spada u fizičko zlostavljanje.

za vlastitu dobrobit. »Može uključivati: krađu novca starije osobe, mirovine ili druge imovine, naplaćivanje većih cijena za stvari koje se kupe starijoj osobi, nevraćanje novca nakon što su ga posudili od starije osobe, otvaranje njihove pošte.« (Rusac i Čizmin, 2011., 53) Harris i Benson (1999, 339) primijetili su prije dvadesetak godina da je povezanost s otuđenjem osobnih stvari osobe starije dobi povezana s negativnim osjećajima koje pružatelj skrbi ima prema pacijentu.

»Financijsko zlostavljanje uključuje izrabljivanje kao što su krađe i krivotvorenja. Teški oblici gospodarskog iskorištavanja sve češće se susreću u privatnim domovima i udomiteljskim obiteljima i jedan su zaseban problem za istraživanje. To je prodaja imovine starijih bez informiranog pristanka, krađa mirovina ili prisiljavanje osoba starije dobi da promijene svoju volju.« (Sev'er, 2009., 280)<sup>18</sup> U Republici Hrvatskoj još su neistražena područja udomiteljskih obitelji i malih privatnih domova za skrb koji funkcioniraju kao obiteljsko kućanstvo. Kriteriji za njihovo otvaranje vrlo su liberalni, a istraživanje je u njima nemoguće provesti. »Spol nije relevantan faktor samo u financijskom zlostavljanju, odnosno jednako su izložene i muške i ženske osobe starije dobi.« (Kisman i sur., 2014., 21)

#### 5.1.4 Seksualno zlostavljanje osoba starije dobi

Seksualno zlostavljanje osoba starije dobi uključuje različite oblike seksualnog ponašanja, iskorištavanja i uznemiravanja (seksualno maltretiranje, napadanje i sramoćenje) bez njihove volje i pristanka (Malmedal i drugi, 2014.) ili pak »neželjeni seksualni kontakt bilo koje vrste kao što je nelagodna intimnost, dodirivanje na seksualan način, silovanje, svlačenje nasilnika ispred žrtve.« (De Donder i sur. 2011., 303) »Budući da štice nenci s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem trebaju pomoć pri osobnoj njezi, djelatnici obavljaju intimne zadaće vezane uz pacijentovo tijelo, no svaki oblik seksualizacije ovog kontakta je zlostavljanje.« (Rusac i Čizmin, 2011., 53)

Prema istraživanjima Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2005.) seksualnog nasilja je mnogo nad starijim osobama, a posljedice seksualnog nasilja često se otkriju u zdravstvenim ustanovama u kojima se osobe starije dobi ženskog spola žale na bolove u trbuhu, imaju neočekivana anogenitalna krvarenja i, posljedično, otkriju se razni ožiljci, razderotine i modrice u predjelu genitalija, prsnog koša i grudi.<sup>19</sup>

#### 5.1.5 Duhovno zlostavljanje osoba starije dobi

Duhovno zlostavljanje osoba starije dobi vrlo se rijetko spominje u literaturi kao oblik zlostavljanja u instituciji. Ako sagledamo osobu starije dobi holistički, tada duhovna i religijska komponenta u samoj instituciji, ali i u toj životnoj dobi, ima veliku važnost. »Duhovno zlostavljanje uključuje korištenje vjere i duhovnosti starije osobe u smislu iskorištavanja, manipuliranja i kontroliranja starije osobe,

---

<sup>18</sup> Ostali oblici zlostavljanja starijih, ali od strane obitelji, uključuju prisiljavanje starije osobe da napusti dom za starije osobe kako bi financijski doprinijela kućanstvu.

<sup>19</sup> Seksualno nasilje je za žrtvu sramotno i nerado govore o tome. Međutim, medicinske sestre su mnogo puta suočene u institucijama s posljedicama seksualnog zlostavljanja. (World Health Organization, 2005.)

ismijavanja njihovih vjerovanja, nepoštivanje njihove duhovnosti u smislu ponašanja i uopće tradicije.« (Garner i Evans, 2003., 165)

## 5.2 Zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi iz perspektive medicinskih sestara

Medicinske sestre, socijalni radnici i druge pomažuće profesije svakodnevno se suočavaju s nizom etičkih pitanja i nedoumica. Sedam od deset medicinskih sestara pacijenta smatra uzrokom mogućeg zlostavljanja. (European Commission, 2008.) Medicinske sestre imaju odgovornost da prijave svoje sumnje, no istraživanje 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 takvi slučajevi istražuju. (European Commission, 2008.) U sklopu američkog istraživanja iz 1987. godine anketirano je 577 medicinskih sestara i njegovatelja iz 31 doma za starije i nemoćne osobe u New Hampshireu. Primijećeni su svi oblici zlostavljanja kao i zanemarivanje, a 40 % osoblja priznaje da je osobno u njima sudjelovalo. (Pillemer i Moore, 1989.) Istraživanje na zdravstvenim djelatnicima u Švedskoj pokazuje da je »11 % ispitanika znalo za bar jedan slučaj zlostavljanja u protekloj godini od strane stručnjaka.« (Bonnie i Wallace, 2003., 225) Rezultati istraživanja u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuju da je »58 % zdravstvenih djelatnika vidjelo člana osoblja kako u ljutnji više na štíćenika, 36 % ih je svjedočilo vrijeđanju ili psovanju, dok je 11 % njih vidjelo osoblje kako prijeti udaranjem ili bacanjem nečega na štíćenika. Prijavili su da su svjedočili incidentima grubog postupanja i psihičkog zlostavljanja, 25 % njih svjedočilo je pretjeranom izoliranju, 21 % je svjedočio pretjeranom sputavanju štíćenika, dok je 11 % vidjelo da je štíćeniku kao kazna uskraćena hrana. Uz to, 21 % osoblja je svjedočio kako se štíćenika gura ili štípa u bijesu, 12 % ih je svjedočilo šamaranju, a 7 % je svjedočilo o tome kako je štíćenik udaren šakom.« (Hawes, 2003., 480) U Njemačkoj je više od 70 % pružatelja skrbi (n = 361) izvijestilo da su se ponašali barem jednom na uvredljiv ili nemaran način prema korisniku u razdoblju od jedne godine. (Goergen, 2004.)

Svjetska zdravstvena organizacija navodi da je zlostavljanje u zdravstvu prisutno u gotovo svim zemljama. Počinitelji su zaposleno medicinsko osoblje, volonteri, posjetitelji i ostali zaposlenici, a nasilje se manifestira u neodgovarajućoj njezi, lošoj hrani i nepoštivanju prehrambenih navika, infantilizaciji štíćenika, ograničavanju posjeta, u krutom rasporedu institucionalne skrbi, neprimjerenom pristupu zdravstvenog osoblja prema fizički slabijim korisnicima i u ograničavanju informacija. (World Health Organization, 2005.) Istraživanje provedeno u Ontariu, u Kanadi, u kojem su sudjelovala 804 člana medicinskog osoblja, pokazalo je da je njih 20 % svjedočilo nasilju nad pacijentima u staračkom domu, 31 % ih je svjedočilo grubom rukovanju s pacijentima, dok je 28 % njih potvrdilo vikanje i psovanje na pacijente. (Canadian network for the prevention of elder abuse, 2009.) Irsko nacionalno istraživanje navodi da je »57.6 % medicinskih sestara primijetilo u posljednjih 12 mjeseci ponašanje koje je u domeni zanemarivanja i zlostavljanja.« (Drennan, i sur., 2012., 9)

Navedena istraživanja pokazuju brojnost oblika kao i čestinu nasilja nad osobama starije dobi. »U zdravstvenih djelatnika postoji stručno neznanje i nesigurnost, oni

često žele pokazati svoju tehniku i uspješnost, a zamaraju ih sporost i poteškoće u komunikaciji sa starijima, česta je i bezobzirnost uslužnog osoblja bez poštivanja etičkih načela prioriteta, privatnosti, dostojanstva bolesnika.« (Duraković i sur., 2007., 537) Kako bismo razumjeli razloge zanemarivanja i zlostavljanja od strane medicinskih sestara koje svojim obrazovanjem i humanim pozivom trebaju djelovati u zaštiti interesa korisnika, potrebno je razmotriti rizične čimbenike.

### 5.2.1 Rizični čimbenici od strane pružatelja skrbi

»Osobine ličnosti osoblja, administracije, volontera ili drugih ljudi iz okoline mogu dovesti do nasilja. Neke vještine potrebne za njegu i brigu o starijim osobama s težim mentalnim i/ili tjelesnim poteškoćama mogu se naučiti, no neke osobne karakteristike, poput razvijene tolerancije na frustraciju i mogućnosti svladavanja anksioznosti, moraju biti prisutne u samom karakteru osobe. Stoga su stručnjacima u radu sa starijim i bolesnim osobama nužna osnovna znanja i edukacija, npr. o nenasilnom rješavanju sukoba, o suočavanju sa stresom i slično.« (Rusac i Čizmin, 2011., 54)

Promatrajući spol zdravstvenih djelatnika, medicinski tehničari su izvijestili da su u 25.9 % naspram 17.1 % medicinskih sestara izvršili čin zanemarivanja ili zlostavljanja osoba starije dobi u instituciji. (Drennan, i sur., 2012.). Ako se isto korelira s nasiljem nad osobama starije dobi u obitelji, »muškarci su statistički značajno češće počinitelji (64,3 %) nego žene (35,7 %).« (Ajduković i sur., 2008., 16)

Međutim, potrebno je spomenuti i istraživanja koja su prije dvadesetak godina pokazala da su i žene počiniteljice nasilja nad starima u obitelji (Whittaker, 1995.) što može na prvi pogled »djelovati kontradiktorno feminističkoj perspektivi i objašnjenjima nasilja.« (Ajduković i sur., 2008., 16) Pisanje o rodno – utemeljenoj perspektivi doprinijelo je da se posebna pozornost posvećuje razini stresa njegovatelja koji su najčešće žene. (National Center on Elder Abuse, 2005.)

Nedovoljno educirani zdravstveni djelatnici češće zlostavljaju starije osobe. Registrirane medicinske sestre u Irskoj češće su prepoznale postupke i načine zanemarivanja i zlostavljanje nego zdravstveni pomoćnici. (Drennan, i sur., 2012.) »Nasilnog zdravstvenog djelatnika karakteriziraju nisko obrazovanje, zloupotreba alkohola i droga, psihičke ili osobne poteškoće, problemi u odnosima s drugima, nezadovoljstvo na poslu, niske moralne vrijednosti, autoritativan pristup sklon kažnjavanju i nedostatak prakse.« (Rusac i Čizmin, 2011., 53) Neiskusne sestre i medicinske sestre početnice često nisu spremne adekvatno pružiti stručnu i kompetentnu skrb za pacijenata koji zahtijevaju dugotrajnu skrb ili umiru u kaotičnom i kompleksnom okruženju punom tehnologije, povećanih zahtjeva pacijenata i obitelji te visokih očekivanja kolega i rukovoditelja. (Vanderspank-Wright i sur., 2011.)

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji razlozi za nasilno ponašanje i odnos zdravstvenog osoblja povezuje se s njihovim preopterećenjem, sukobima i nedostatnom komunikacijom između njih. (World Health Organization, 2005.). »Kod stručnjaka koji pružaju skrb starijoj osobi može se javiti transfer ili kontratransfer, bilo u smislu da stručnjak u pacijentu vidi sebe kada ostari, bilo da vidi osobu iz svojeg osobnog života s kojom ima nerazjašnjene probleme. Tada

može doći do nasilnog ponašanja jer njegovatelj usmjerava svoje osjećaje prema starijoj osobi.«(Rusac i Čizmin, 2011., 53) »Značajan problem u skrbi za stare i nemoćne tiče se nedostatnog osoblja zaposlenog u dugotrajnoj njezi i skrbi na odjelima za pojačanu njegu radi čega će u dogledno vrijeme biti potrebno broj zaposlenih u institucijama socijalne skrbi dovesti na razinu koja omogućava pravovremenu dostupnost i kvalitetu usluga.« (Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlada Republike Hrvatske, 2013. – Nacionalni plan za borbu protiv diskriminacije 2008. – 2013.) Zapošljavanje osoblja u domove za starije osobe potrebno je provoditi planski, usmjeriti pozornost na njihova dosadašnja radna iskustva, njihovu empatiju i emocionalnu inteligenciju. (Ministarstvo rada i socijalne skrbi, 1995.) Navedeni podatci i činjenice trebale bi utjecati na politiku obrazovanja, ali i zapošljavanje pružatelja skrbi kako bi se umanjnjem rizičnih čimbenika i pojava nasilja smanjila.

#### 5.2.1.1 Sindrom sagorijevanja kod medicinskih sestara

Profesionalno sagorijevanje osoblja jedan je od glavnih uzroka pojavljivanja nasilja nad starijima u institucijama, a najčešće je izazvano manjkom zaposlenika. (Camerino i sur., 2006.) Profesionalno sagorijevanje opisuje se kao niz tjelesnih i mentalnih simptoma iscrpljenosti, odnosno kao odložen odgovor na kronične emocionalne i interpersonalne stresne događaje. (Hudek-Knežević i sur., 2005.)

»Christina Maslach, koja se ubraja u najpoznatije istraživače sindroma sagorijevanja, pod tim pojmom podrazumijeva tri dimenzije: emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i smanjeno osobno postignuće.« (Peiró i sur. 2001., 516) »Emocionalna se iscrpljenost odnosi na osiromašenje emocionalnih resursa što rezultira gubitkom energije i slabošću, objašnjava se emocionalnom „rastegnutosti“ i iscrpljenosti zbog kontakta s drugim ljudima pa pojedinac više nije sposoban davati se drugima.« (Maslach i Goldberg, 1998., 64) »Depersonalizacija se odnosi na mentalno distanciranje i gubitak idealizma u profesionalnom radu, što se najčešće iskazuje u negativnim stavovima osobe prema klijentima, odnosno primateljima usluga ili na bezosjećajan i ravnodušan odnos prema onim osobama koje su primatelji pomoći. Taj negativan stav može prerasti u grubo, neosjetljivo ili čak neprilagođeno ponašanje prema klijentima i/ili povlačenje od njih (Maslach i sur., 2001., 403) što se manifestira kao oblik zanemarivanja ili zlostavljanja. Percepcija smanjenoga osobnog postignuća (ili percepcijom smanjene profesionalne efikasnosti) uključuje smanjenje osjećaja kompetencije i postignuća na poslu.« (Maslach i Goldberg, 1998., 64)

Istraživanja uglavnom potvrđuju opću pretpostavku da su povećani zahtjevi na radnom mjestu (npr. previše poslova u prekratkome vremenu), snažno i konzistentno povezani s profesionalnim sagorijevanjem, a posebno s dimenzijom emocionalne iscrpljenosti. (Maslach i sur., 2001.) Milutinović i suradnici (2009.) navode da je već 1984. godine u časopisu „Nursing Mirror“ objavljen članak u kojem se sestrinstvo opisuje kao profesija koja svakodnevno doživljava visok nivo stresa, suočavanje sa stvarnom boli i patnjom, a mnoge sestrinske intervencije nisu zahvalne ni produhovljene, već neugodne, degradirajuće, a neke zastrašujuće.

Prema Maslach i suradnici (2001.) rizik od sindroma izgaranja na radnom mjestu imaju osobe s određenim osobinama ličnosti kao što su sljedeći: niži socijalni status, emocionalnost, neurotizam i nezadovoljstvo vlastitim životom. Osobe s niskim samopouzdanjem, manjkom afirmacije, nesposobnošću postavljanja vlastitih granica te osobe koje imaju snažnu potrebu za odobravanjem od drugih, nestrpljive i one neprijateljskih crta ličnosti podložnije su, prema istraživanjima, profesionalnom sagorijevanju. (Maslach i sur., 2001.)

Brojni faktori mogu doprinijeti stresu pružatelja skrbi, uključujući smanjeno zadovoljstvo, dugotrajan rad, nisku plaću, velike fizičke zahtjeve, zbog nedostatka osoblja povećano opterećenje te minimalno obrazovanje i osposobljavanje. (Baker i Heitkemper, 2005.; Shinan-Altman i Cohen, 2009.) »U široj biopsihosocijalnoj perspektivi znanstvenici sve više obraćaju pozornost na psihološki profil i osjetljivost stručnjaka u zdravstvenoj skrbi za starije, osobito u pogledu korištenja osobnih strategija, s ciljem poboljšanja njihove otpornosti« (Narumoto i sur., 2006., 174)

Osim ispitivanja osobnih potrebno je i ispitivanje organizacijskih i institucionalnih čimbenika u sagorijevanju jer ovi faktori mogu igrati važnu ulogu u nastanku stresa i sagorijevanja na poslu. Medicinske sestre sklone su sindromu sagorijevanja zbog nedostatka osoblja, nedostatne i neispravne opreme i pomagala za rad, nemogućnosti korištenja slobodnih dana i godišnjih odmora, nemogućnosti utjecaja na politiku ustanove i napredovanja u struci. (Cocco i sur., 2003.) Ovu tvrdnju potvrđuju i drugi autori pa tako Hawes (2003., 470) smatra da je »profesionalno sagorijevanje osoblja glavni uzrok pojavljivanja nasilja nad starijima u institucijama, a najčešće je izazvano manjkom zaposlenika.« Edukacija osoblja treba biti usmjerena na razvitak potrebnih vještina s pomoću kojih će izbjeći vlastito nasilno ponašanje, posebice prema korisnicima s agresivnim oblikom ponašanja. Ujedno bi omogućila zaposlenicima da se brže i bolje snađu u navedenim situacijama, čime bi se izbjegao ili preusmjerio konflikt sa štićenikom. (Hawes, 2003.)

Ukoliko pružatelj skrbi nije sposoban nositi se sa stresnim situacijama, zasigurno će u svakodnevnom pružanju skrbi doći do konflikta s korisnikom (American psychological association, 2015.) Prema Coccovu istraživanju (2010., 71) svih drugih izvora »medicinske sestre identificiraju instituciju kao izvor stresa« te on smatra da se institucijsko funkcioniranje u objektima za skrb, kao i upravljanje ljudskim resursima mora bolje istražiti.

Istraživanje Bamford-Wade i Moss (2010.) pokazalo je da promicanje kulturoloških vrijednosti na radnom mjestu, posebno u jeku ekonomske nestabilnosti i smanjenih sredstava, te omogućavanje rukovodećih radnih mjesta za medicinske sestre (Lewis, 2013.) učinkovito djeluje na smanjenje sindroma sagorijevanja.

Medicinski tehničari naspram medicinskih sestara češće zanemarivanju ili zlostavljaju osobe starije dobi u instituciji (Drennan i sur., 2012., 61) kao i nedovoljno educirani zdravstveni djelatnici, dok su registrirane medicinske sestre u Irskoj češće prepoznale zanemarivanje i zlostavljanje nego zdravstveni pomoćnici (Drennan i sur., 2012.)



Medicinske sestre, prema Cohen-Mansfieldu (1997.), imaju povećan rizik za izgaranje jer je za rad sa starijim osobama potrebna snaga i suočavanje s ozbiljnim bolestima i smrti, a skrb je dugotrajna. Smanjena osjetljivost medicinskih sestara na zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi u instituciji povezuje se s preopterećenjem medicinskih sestara, sukobima između osoblja i nedostatkom komunikacije u timu. (Drennan i sur., 2012.)

### 5.3 Zanemarivanje i zlostavljanje iz perspektive osoba starije dobi

Kako bi se dobio uvid u prisutnost zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi, potrebno je u sve više istraživanja uključiti njih kao ispitanike te sagledati njihovu percepciju ovog fenomena. Dosad je proveden vrlo mali broj istraživanja o nasilju u institucijama iz perspektive osoba starije dobi. Atlanta Long Term Care Ombudsman Program iz 2000. godine u svojoj studiji provedenoj u domovima za starije i nemoćne osobe u Georgiji iznosi kako je 44 % štićenika prijavilo da je bilo zlostavljano od strane djelatnika doma, 48 % prijavilo je da se osoblje prema njima grubo odnosilo, 38 % njih izjasnilo se kako je vidjelo zlostavljanje drugog štićenika, dok ih je 44 % vidjelo kako drugog štićenika zaposlenici grubo tretiraju. (Hawes, 2003.) Post i sur. (2010.) navode sljedeće rezultate: 4,2 % osoba starije dobi doživjelo je fizičko zlostavljanje, 12,7 % nedostatak brige, 11,2 % verbalno zlostavljanje, 13 % emocionalno zlostavljanje, 16,2 % zanemarivanje, 0,6 % seksualno zlostavljanje, a 9,2 % materijalno zlostavljanje. Vjerojatnost da je osoba doživjela više od jedne vrste zlostavljanja bila je 51,4.%.

#### 5.3.1 Rizični čimbenici za zanemarivanje i zlostavljanje kod osoba starije dobi

»Najviše su zanemarivanju i zlostavljanju izložene osobe starije dobi koje su izrazito nemoćne, bolesne te se ne mogu fizički braniti, depresivni i dementni bolesnici te osobe starije dobi s drugim kroničnim bolestima.« (Drennan i sur., 2012., 23) Starije osobe u instituciji ranjivije su jer ovise o brizi profesionalaca u ustanovi i o uvjetima pružanja skrbi.

»Rizični faktori sa strane starije osobe su: psihičke bolesti, invaliditet, ekonomska ovisnost, kognitivni nedostaci, nedostatak obitelji. Starije osobe u institucijama su neupućene, okrivljuju sebe, smatraju svoju situaciju sramotnom, misle da će biti neshvaćeni i u strahu su od mogućih posljedica, kao što su pogoršanje zlostavljanja i izolacija.« (Rusac i Čizmin, 2011., 53)

Starije osobe percipiraju zanemarivanje kroz izolaciju, napuštanje i socijalno isključivanje, kršenje i povredu ljudskih, zakonskih i medicinskih prava, lišavanje starije osobe mogućnosti izbora, odluka, statusa, financija i poštovanja. (WHO, Abuse of the elderly, 2005.)

Dolaskom u instituciju osoba starije dobi često prihvaća nove uloge koje su definirane kao očekivanja u vezi s ponašanjem (McKenna i sur., 2009.) te kako bi udovoljila pravilima i kućnom redu, zapravo se ponaša kao u kazalištu, odnosno najčešće „igra ulogu“. Pojedinaac u instituciji pun je strepnje i straha jer mu se jasno predoče kako bi izgledale kobne diskreditacije i osjećaj stida kao posljedice. (Goffman, 1969., reizdanje 2000.)

Starije osobe u instituciji ranjivije su jer ovise o brizi profesionalaca u ustanovi i uvjetima pružanja skrbi. (Gibbs i Mosqueda, 2004.) Posebno su osjetljivi na neadekvatnu skrb (Gorbien i Eisenstein, 2005.) oboljeli od kroničnih bolesti, korisnici s kognitivnim i bihevioralnim problemima. (Hansberry i sur., 2005.)

»Nasilje u ustanovama, vezano je uz nedostatak socijalne sigurnosti, podrške obitelji i financijskih sredstava. Najčešće žrtve zlostavljanja su ovisni o skrbi, rijetko posjećeni i nezadovoljni stanovnici.« (Ajduković, 2008., 270)<sup>20</sup> Saveman i sur. (1999.) navode da su rizične one osobe starije dobi koji se boje, zbunjene i samci bez obitelji.

Kad promatramo spol kao rizični čimbenik, starije žene dugoročno traumatizirane nemaju kapaciteta ni povjerenja zastupati same sebe. One rijetko potraže pomoć kada su zlostavljane, najčešće zbog srama koji osjećaju, stavova o „zasluženom nasilnom ponašanju“, neprepoznavanju sebe kao žrtve, ali i zbog društvene situacije koja u ovom trenutku usmjerava pozornost na zlostavljanu djecu i žene. (NHS Health Scotland, 2003.)

#### 5.4 Zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi iz perspektive institucije

Pregled literature pokazuje da je aspekt zlostavljanja osoba starije dobi u ustanovama još uvijek zapostavljen, kako kod istraživača, tako i kod kreatora zdravstvenih i socijalnih politika (McDonald, 2007.), što se vidi i u samoj tipologiji razvoja institucijske skrbi za starije osobe (Hlebec i Mali, 2013.) gdje se vrlo često skrb provodi u bivšim vojarnama, a odnos osoblja i korisnika podsjeća na vojni režim.

U Republici Hrvatskoj djeluje 46 domova za starije i nemoćne osobe kojima je osnivač područna samouprava i 66 domova za starije osobe drugih osnivača. (Nacionalni program zaštite i promicanja ljudskih prava za razdoblje 2013 – 2016. godine, 2013.) Uspoređujući hrvatski sustav s Norveškom, gdje su gotovo svi domovi državni, samo nekolicina ih je privatna, a 95 % kapaciteta su jednokrevetne sobe smještene u novoizgrađenim ili potpuno renoviranim i moderno opremljenim objektima, institucije u Norveškoj dijele se na jedinice za dugotrajnu skrb, zatim specijalne jedinice za osobe oboljele od demencije i jedinice specijalizirane za rehabilitaciju osoba starije dobi. (Helseog omsorgsdepartementet, 2012.) Može se uočiti značajna razlika u pristupu države i društva u skrbi za osobe starije dobi što zasigurno utječe na pojavnost nasilja nad korisnicima.

Rusac i Čizmin (2011., 52) navode da »poteškoće u definiranju nasilja nad starijim osobama u institucijama proizlaze iz straha od sankcija.«<sup>21</sup> Nasilje u ustanovama, odnosno institucijsko zlostavljanje starijih osoba, vezano je uz nedostatak socijalne sigurnosti i financijskih sredstava koji omogućuju zadovoljavajuću

---

<sup>20</sup> Svaku neprikladnu reakciju ili riječi prenijeti će obitelji bilo da je njoj upućena ili nekom drugom korisniku institucije, a osoblje će pred takvim korisnikom biti pažljivije (Ajduković, 2008, 270).

<sup>21</sup> Ustanove koje se brinu za starije osobe u strahu su od objavljivanja podataka koji im mogu izravno štetiti u pogledu kvarenja društvene slike o njima, smanjenju financija te izazvati izravan utjecaj na najveće pozicije moći unutar institucije. (Rusac i Čizmin, 2011., 52)

kvalitetu života. (Ajduković, 2003.)<sup>22</sup> Često je prisutno nezadovoljstvo ustanovama za starije zbog pružanja nekvalitetnih ili neadekvatnih usluga, biranja jeftinijih, ali ne i prikladnih oblika zaštite te odbojnog i često suzdržanog stava osoba koje te usluge pružaju. (Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske, 2014.)

Kvalitetna komunikacija i odnos s obitelji dobri su pokazatelji podrške osobi starije dobi jednom kada dođe u instituciju. (Clements, 2011.)<sup>23</sup> Redondo i Lloyd-Sherlock (2009.) smatraju uključenje korisnika u donošenje odluke o institucionalizaciji zajedno s obitelji ključnim faktorom za osjećaj subjektivnog blagostanja za vrijeme boravka u domu. Osobe starije dobi koje imaju posjete bliže obitelji u instituciji barem dva puta mjesečno, česte telefonske pozive, članove obitelji koji im donose osobne stvari ili odvođe osobe starije dobi kući na vikend zadovoljnije su. One će svaku neprikladnu reakciju ili riječi medicinske sestre prenijeti svojoj obitelji, bilo da je upućena njoj ili nekom drugom korisniku institucije. Medicinske sestre upoznate su s tim odnosom te će pred takvim korisnikom biti pažljivije. Može se pretpostaviti da podrška obitelji osobi starije dobi pozitivno djeluje na smanjenje zanemarivanja i zlostavljanja u instituciji.

Iskustva ustanova koje su usvojile i koje provode politiku apsolutne netolerancije prema nasilju nad starijima pokazuju da se broj pritužbi o nasilju povećao svaki put nakon održavanja aktivnosti upoznavanja s nasiljem, a koja uključuju savjete o tome što učiniti u slučaju istog. (Charpenter i Soulières, 2007.) Druge su važne preventivne mjere edukacija osoblja te adekvatno financiranje ustanova kako bi mogle pružiti humanu brigu i usluge svojim štićenicima. (National Consumer Voice for Quality Long-Term Care, 2011.)

Problem zlostavljanja proizlazi i iz pozicioniranja ustanove za brigu o starijim osobama. Često su smještene u starim i trošnim zgradama, i to na rubnim dijelovima grada i naselja van zajednice, gdje rijetki članovi zajednice zalaze u posjet. (Ajduković, 2003.) U posljednjih nekoliko godina potrebe za smještaj u staračkom domu porasle su diljem Europe pa iako neke druge zemlje poput Norveške podupiru projekt „Starenje u mjestu” (Malmedal, 2013.), i dalje postoji potreba za institucionalnu skrb, čime se u nacionalnim planovima prikazuju starački domovi kao važna karika u lancu skrbi za osobe starije dobi.

Autorica Falk (2013.) pretraživala je dostupnu literaturu od 2000. do 2013. godine o kvaliteti institucija za skrb osoba starije dobi i napravila njihovu podjelu na četiri nivoa. Na prvom nivou su institucije potencijalno opasne za osobu starije dobi gdje se obroci ne dijele na vrijeme, prostor za boravak osobe starije dobi je premalen, ne provode se nikakva istraživanja u domu i ne ulaže se u edukaciju osoblja za skrb. Drugi nivo obuhvaća planove skrbi u kojima nema sudjelovanja osobe starije dobi, prostor koji je potencijalno opasan nije označen (npr. sklizak pod), korisnici nisu educirani o procedurama ako se dogodi nasilje nad njima i te institucije smatraju se potencijalno opasne. Na trećem nivou je korisnik doživio već neki oblik zanemarivanja ili zlostavljanja kao što je dekubitalno oštećenje kože, dogodila se ozbiljna medicinska pogreška u skrbi te je hrana korisniku dostavljena u obliku koji

---

<sup>22</sup> Uključuje i diskriminirajuću socijalnu, zdravstvenu politiku i praksu prema starijima te neodgovarajuće i uznemirujuće postupanje javnih službi. (Ajduković, 2003.)

<sup>23</sup> Na takav odnos upućuje upoznavanje s institucijom i njezinim djelatnicima prije dolaska u dom kao i samoinicijativna odluka o smještaju, kada osobe imaju kontrolu nad svojim životom.

nije primjeren njegovim potrebama. Četvrti nivo podrazumijeva neposrednu opasnost od štete, a uključuje neprijavlivanje kao i nepostojanje zaštite korisnika kod prisutnog nasilja, nepoduzimanje koraka zaštite u prevenciji epidemija zaraznih bolesti.

Rezultati istraživanja zasigurno će pokazati da postoji određeno neznanje kod pružatelja skrbi koje treba povećavati i produljivati sustavnom i specifičnom edukacijom u njihovim institucijama s izrađenim protokolima i testovima za provjeru znanja. (An Introduction to Elder Abuse for Nursing Students, 2015.) Pružatelji skrbi predrasude o starim osobama smatraju normalnim, a moguće nasilno ponašanje ne drže neprihvatljivim (Castle i sur., 2015.) te se očekuje da će upravo navedeno pokazati odgovori ispitanika. U dosadašnjem pregledu literature nisu pronađena istraživanja koja bi ispitala i istim upitnikom obuhvatila obje skupine koje sudjeluju u skrbi: pružatelje skrbi/medicinske sestre i osobe starije dobi. Stoga, osim što će rezultati dati analizu samog stanja zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama, otvoriti će se novi vidici, ponuditi neke nove metode prevencije te otvoriti vrata daljnim istraživanjima.

## 6 REZULTATI

**Tablica 2: Socio-demografske varijable kod starijih osoba uključenih u istraživanje (N=245)**

		N	%
Spol	Muški	72	29,4%
	Ženski	173	70,6%
Dob (skupine)	<75 godina	51	20,8%
	75-84 godine	109	44,5%
	>=85 godina	85	34,7%
Obrazovanje	OŠ	158	64,5%
	SSS	73	29,8%
	VŠS ili VSS	14	5,7%
Posjeta obitelji	Nemam obitelji	10	4,1%
	Jednom u godinu dana	14	5,7%
	Nekoliko puta u godinu dana	37	15,1%
	Jednom mjesečno	70	28,6%
	Jednom tjedno	87	35,5%
	Više puta tjedno	27	11,0%
Pokretljivost	Nepokretan	48	19,6%
	Slabo pokretan	23	9,4%
	Umjeren pokretan	113	46,1%
	Samostalno pokretan	61	24,9%
Boravak	Županijski/državni dom	154	62,9%
	Privatni dom	49	20,0%
	Odjel za produljeno liječenje	42	17,1%
	Ostalo	0	0,0%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 2. prikazuje opisnu statistiku ispitivanih sociodemografskih varijabli kod osoba starije dobi uključenih u istraživanje (N=245). Većina korisnika je ženskog spola: 173 (70,6 %), muških ispitanika je 72 (29,4 %). Ispitanika mlađih od 75 godina je najmanje, odnosno 51 (20,8 %), dok je najviše ispitanika od 75. do 84. godine, njih 109 (44,5 %), a ispitanika starijih od 85. je 85 (34,7 %).

Skoro dvije trećine korisnika ima završenu osnovnu školu, njih 158 (64,5 %), završenu srednju školu ima 73 (29,8 %), a visokoškolsko obrazovanje ima svega 14 (5,7 %) ispitanika. U istraživanju 10 (4,1 %) ispitanika izjasnilo se da nema obitelji, jednom u godini dana obitelj posjećuje 14 (5,7 %) ispitanika, nekoliko puta u godinu dana posjećuje 37 (15,1 %) ispitanika. Jednom mjesečno obitelj posjećuje 70 (28,6 %) ispitanika, a jednom tjedno, što je ujedno i najveći rezultat, obitelj posjećuje 87 (35,5 %) ispitanika. Više puta tjedno posjete obitelji ima 27 (11,0 %) ispitanika.

Od ukupnog broja ispitanika (N=245) samostalno pokretan je 61 ispitanik (24,9 %), a umjereno pokretnih je 113 (46,1 %), što čini najbrojniju skupinu. Slabo pokretnih je 23 (9,4 %), a nepokretnih 48 (19,6 %) ispitanika.

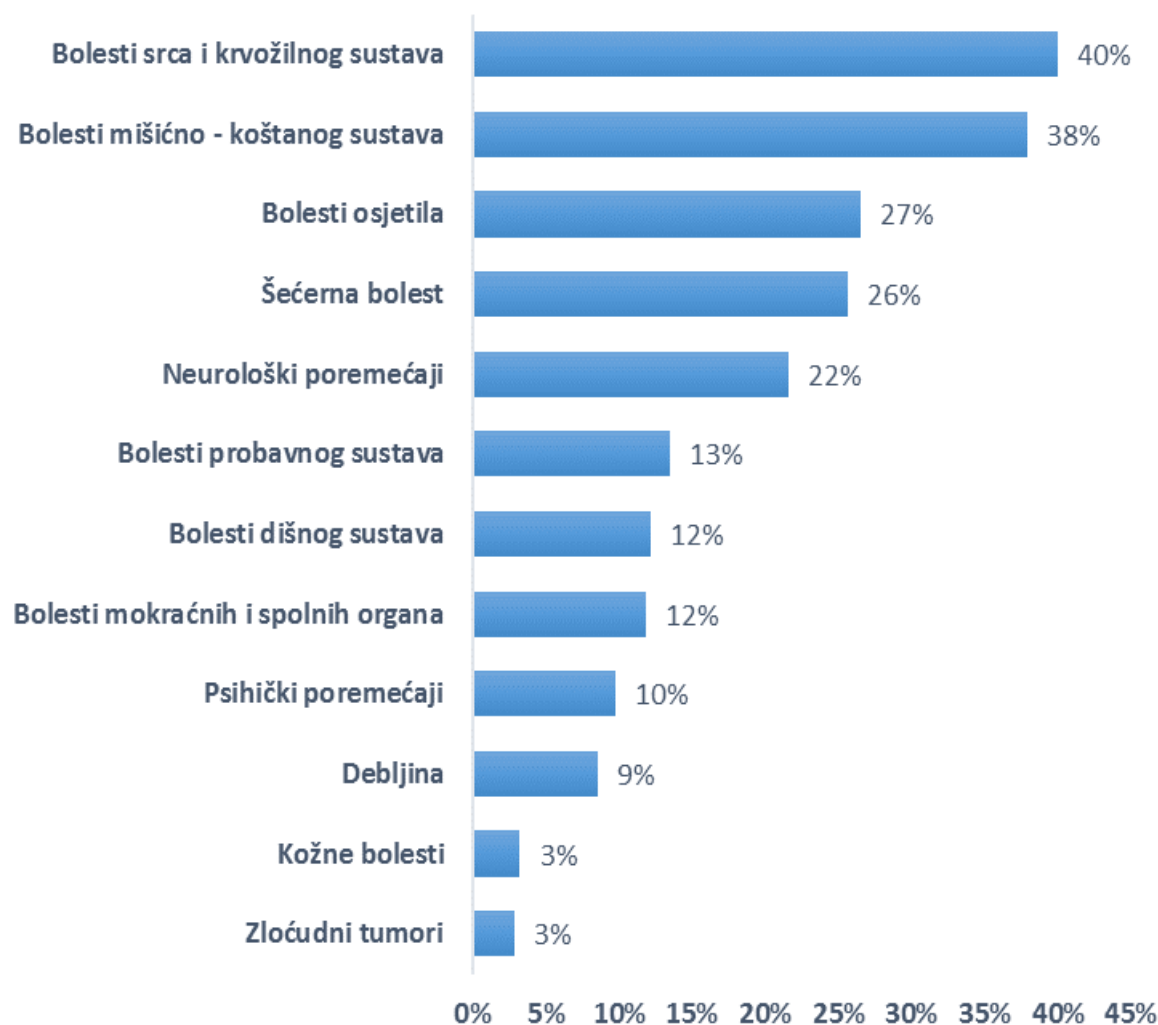
Većina korisnika nalazi se u županijskom, odnosno državnom domu, njih 154 (62,9 %), u privatnom domu 49 (20,0 %), a na odjelima za produljeno liječenje nalazi se 42 (17,1 %) ispitanika.

**Tablica 3: Opći i specifični morbiditet kod starijih osoba uključenih u istraživanje (N=245)**

		<b>N</b>	<b>%</b>
Dijagnosticirana bolest	Ne	17	6,9%
	Da	228	93,1%
Bolesti mišićno - koštanog sustava	Ne	152	62,0%
	Da	93	38,0%
Bolesti srca i krvožilnog sustava	Ne	147	60,0%
	Da	98	40,0%
Bolesti dišnog sustava	Ne	215	87,8%
	Da	30	12,2%
Psihički poremećaji	Ne	221	90,2%
	Da	24	9,8%
Neurološki poremećaji	Ne	192	78,4%
	Da	53	21,6%
Bolesti osjetila	Ne	180	73,5%
	Da	65	26,5%
Bolesti probavnog sustava	Ne	212	86,5%
	Da	33	13,5%
Bolesti mokraćnih i spolnih organa	Ne	216	88,2%
	Da	29	11,8%
Kožne bolesti	Ne	237	96,7%
	Da	8	3,3%
Zloćudni tumori	Ne	238	97,1%
	Da	7	2,9%
Debljina	Ne	224	91,4%
	Da	21	8,6%
Šećerna bolest	Ne	182	74,3%
	Da	63	25,7%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Slika 1: Udio pojedinih bolesti prema skupinama**



Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 3. i Slika 1. prikazuju opisnu statistiku ispitivanih varijabli vezanih za opći i specifični morbiditet kod starijih osoba uključenih u istraživanje.

Velika većina korisnika, njih 228 (93,1 %), ima dijagnosticiranu bar jednu bolest, a najzastupljenije su bolesti srca i krvotoknog sustava, čak 98 (40,0 %), bolesti mišićno-koštanog sustava 93 (38,0 %), a šećerna bolest je prisutna kod 63 (25,7 %) ispitanika. Najrjeđe su zastupljene kožne bolesti i to kod 8 (3,3%), te zloćudni tumori kod 7 (2,9%) ispitanika. U ovom istraživanju demencija nije uključena kao rizični faktor, već druge neurološke bolesti kao što je preboljeli inzult i Parkinsonova bolest. S obzirom na pojavu nasilja važan podatak su i bolesti osjetila od kojih boluje 65 (26,5 %) ispitanika.

**Tablica 4: Socio-demografske varijable u ispitanom uzorku medicinskih sestara – pružatelja usluga (N=171)**

		N	%
Spol	Muški	23	13,5%
	Ženski	148	86,5%
Živi s partnerom	Ne	53	31,0%
	Da	118	69,0%
Stupanj obrazovanja	medicinska sestra srednje stručne spreme	129	75,4%
	prvostupnik/ca sestrinstva	39	22,8%
	diplomirana medicinska sestra/ magistra sestrinstva	3	1,8%
Imate li djecu	Ne	52	30,4%
	Da	119	69,6%
U Vašem radu je:	optimalan broj korisnika/ broj med.sestara	19	11,1%
	ponekad je prevelik broj korisnika	36	21,1%
	kontinuirano je prevelik broj korisnika	116	67,8%
Radim pretežno	ujutro	40	23,4%
	ujutro i poslijepodne	24	14,0%
	smjenski rad s noćnom smjenom	107	62,6%
Urbanitet	Gradsko područje	43	25,1%
	Ruralno područje	128	74,9%
Tip ustanove	Županijski/državni dom	38	22,2%
	Privatni dom	12	7,0%
	Odjel za produljeno liječenje	121	70,8%
Broj skrbnika ustanove	<20	4	2,3%
	21-50	26	15,2%
	51-100	12	7,0%
	>100	129	75,4%
Mogućnost odabira rada sa starijim osobama	Ne	144	84,2%
	Da	27	15,8%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 4. prikazuje opisnu statistiku kategorijskih sociodemografskih varijabli u ispitanom uzorku medicinskih sestara – pružatelja usluga (N=171). Većina je pružatelja skrbi ženskog spola, njih 148 (86,5 %), muškog spola je 23 (13,5 %) ispitanika, s partnerom živi 118 (69,0 %) ispitanika i ima djecu njih 119 (69,6 %) ispitanika.

Prema stupnju obrazovanja srednje stručne spreme je 129 (75,4 %) ispitanika, prvostupnik/ca sestrinstva je 39 (22,8 %) ispitanika, a visokoobrazovana (diplomirana medicinska sestra/ magistra sestrinstva) su samo 3 (1,8 %) ispitanika.

Na pitanje što smatraju kakav je omjer korisnika naspram broja medicinskih sestara, od ukupnog broja ispitanika optimalnim brojem korisnika/brojem medicinskih sestara smatra 19 (11,1 %) ispitanika. Kako je ponekad prevelik broj



korisnika smatra 36 (21,1 %) te se najveći broj ispitanika izjasnio kako smatra da je kontinuirano prevelik broj korisnika, njih 116 (67,8 %).

Ispitanici su odgovorili da ih ujutro radi 40 (23,4 %), ujutro i poslijepodne radi 24 (14,0 %) ispitanika, a smjenski rad s noćnom smjenom radi 107 (62,6 %) ispitanika.

Od ukupnog broja medicinskih sestara imalo je mogućnost odabira rada s osobama starije dobi svega 27 (15,8 %) ispitanika, a 144 (84,2 %) ispitanika nije imalo mogućnost odabira rada sa starijim osobama.

Od ukupnog broja pružatelja skrbi njih 38 (22,2 %) radi u županijskom/državnom domu, u privatnom domu njih 12 (7,0 %) a na Odjelu za produljeno liječenje 121 (70,8 %).

S obzirom na veličinu institucije 4 (2,3 %) ih skrbi za manje od 20 korisnika, 26 (15,2 %) za 21 do 50 korisnika, 12 (7,0 %) za 51 do 100 korisnika, a najveći broj ispitanika njih 129 (75,4 %) radi u instituciji koja zbrinjava više od 100 korisnika.

**Tablica 5: Socio-demografske varijable u ispitanom uzorku medicinskih sestara – pružatelja usluga (N=171)**

	Aritmetička sredina	SD	Min	Max	Centile		
					25.	Medijan	75.
Dob (godine)	40,58	11,84	20,00	60,00	30,00	41,00	51,00
Radni staž (godine)	18,96	12,71	1,00	42,00	8,00	20,00	30,00
Broj djece	1,88	0,85	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00
Emocionalna iscrpljenost	2,68	1,44	0,00	6,00	1,56	2,56	3,89
Depersonalizacija	1,32	1,26	0,00	4,40	0,40	0,80	2,40
Osobna postignuća	4,21	1,14	1,38	6,00	3,50	4,25	5,13
PSS skala	18,77	6,36	4,00	38,00	14,00	18,00	23,00

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 5. prikazuje opisnu statistiku kvantitativnih sociodemografskih varijabli u ispitanom uzorku zdravstvenih djelatnika – pružatelja usluga (N=171).

Aritmetička sredina za dob je 40,58, za radni staž 18,96, za broj djece je 1,88. Ujedno, aritmetička sredina za emocionalnu iscrpljenost je 2,68, za depersonalizaciju je 1,32, za osobna postignuća 4,21, a za PSS skalu je 18,77.

**Tablica 6: Validacijski podaci upitnika o primjećivanju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane starijih osoba (Cronbach  $\alpha = 0,823$ )**

	Srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica	Varijanca ljestvice ako se ukloni čestica	Korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom	Cronbachov $\alpha$ koeficijent ako se ukloni čestica
Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.	5,87	42,28	0,487	0,811
Ignorira poziv osobe starije dobi.	5,64	41,71	0,481	0,812
Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.	6,20	46,82	0,266	0,821
Daje laksative samo jednom na tjedan.	6,23	48,83	0,019	0,829
Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.	6,35	48,80	0,146	0,823
Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.	6,20	45,38	0,452	0,813
Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.	6,36	48,91	0,160	0,823
Odbija pomoći osobi oko hranjenja.	6,20	45,39	0,430	0,814
Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.	5,86	42,28	0,505	0,810
Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.	6,36	48,89	0,132	0,824
Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	5,71	42,16	0,434	0,815
Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	6,11	44,95	0,425	0,814
Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.	6,05	42,69	0,610	0,804
Baca nešto na osobu starije dobi.	6,36	49,12	0,028	0,825
Pljuska ili udara osobu starije dobi.	6,36	48,97	0,099	0,824
Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.	6,36	49,17	0,015	0,825
Udara ili pokušava udariti osobu starije dobi nekim predmetom.	6,37	49,25	-0,003	0,825
Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.	6,19	45,57	0,457	0,814
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	5,70	41,62	0,491	0,811
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	5,46	41,22	0,490	0,812
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	6,27	47,05	0,357	0,818
Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.	6,12	44,62	0,504	0,811
Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.	6,16	43,95	0,607	0,807
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	6,16	44,30	0,559	0,809

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 7: Validacijski podaci upitnika o primjećivanju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha = 0,887$ )**

	Srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica	Varijanca ljestvice ako se ukloni čestica	Korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom	Cronbachov $\alpha$ koeficijent ako se ukloni čestica
Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.	7,88	68,310	0,574	0,880
Ignorira poziv osobe starije dobi.	7,69	66,853	0,612	0,879
Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.	7,94	68,352	0,592	0,879
Daje laksative samo jednom na tjedan.	8,01	72,089	0,358	0,886
Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.	7,91	67,170	0,650	0,877
Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.	8,08	68,348	0,721	0,876
Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.	8,05	70,755	0,500	0,882
Odbija pomoći osobi oko hranjenja.	8,16	71,298	0,558	0,881
Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.	7,64	68,527	0,490	0,883
Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.	8,25	72,625	0,515	0,882
Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	7,72	70,923	0,371	0,887
Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	8,14	70,958	0,561	0,881
Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.	8,24	72,453	0,553	0,882
Baca nešto na osobu starije dobi.	8,34	75,266	0,386	0,886
Pljuska ili udara osobu starije dobi.	8,35	74,760	0,584	0,884
Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.	8,37	75,619	0,428	0,886
Udara ili pokuša udariti osobu starije dobi nekim predmetom.	8,38	75,810	0,365	0,886
Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.	8,22	73,914	0,376	0,885
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	7,63	71,181	0,341	0,888
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	7,39	69,150	0,447	0,885
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	8,25	72,021	0,599	0,881
Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.	8,29	73,993	0,433	0,884
Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.	8,36	74,659	0,501	0,884
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	8,19	72,844	0,433	0,884

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 8: Validacijski podaci upitnika o kvaliteti skrbi osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha = 0,70$ )**

	Srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica	Varijanca ljestvice ako se ukloni čestica	Korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom	Cronbachov $\alpha$ koeficijent ako se ukloni čestica
Skrbim za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege	77,02	82,171	0,032	0,685
Poznajem tjelesne promjene kod osoba starije dobi	76,40	80,525	0,283	0,671
Poznajem psihičke i kognitivne promjene kod osoba starije dobi	76,55	80,427	0,246	0,672
Znam komunicirati s dementnom osobom	76,74	81,246	0,129	0,678
U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija je jako teška	76,96	75,869	0,347	0,660
Osobe starije dobi često su same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima	78,78	77,121	0,266	0,667
Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi	78,22	76,317	0,299	0,664
Osobe starije dobi trebaju ravnopravno sudjelovati u skrbi	77,18	80,114	0,141	0,678
Odijevanjem osobe starije dobi u privatno rublje čuvam dostojanstvo korisnika	76,73	81,193	0,080	0,682
Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta	76,60	79,555	0,217	0,672
Normalno je da osobe starije dobi imaju stolicu jednom na tjedan	78,91	76,850	0,255	0,668
U skrbi sa osobama starije dobi potrebno je glasno govoriti da razumiju upute	77,38	75,999	0,272	0,667
Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan	77,78	75,749	0,369	0,659
Etično postupanje s osobom starije dobi zanemaruje se	78,12	78,204	0,193	0,674
Zdravstvena njega osoba starije dobi jako je zahtjevna	77,06	75,109	0,410	0,655
Potrebna mi je dodatna edukacija iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi	77,79	77,147	0,217	0,672
Čitam stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi	77,46	79,303	0,138	0,679
Pohađam stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi	77,35	80,644	0,056	0,688
Slušanje priča iz prošlosti osoba starije dobi smatram važnim dijelom skrbi	77,04	79,744	0,178	0,675
Povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika ne smatram zlostavljanjem	78,12	74,637	0,365	0,657
U razgovor sa osobom starije dobi koristim tepanje i umanje	78,45	74,805	0,320	0,661
Osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet.	78,54	76,629	0,296	0,665
Na radnom mjestu imam potrebu za češćim paljenjem cigarete.	79,04	76,620	0,266	0,667
Mislim da ne postoji zlostavljanje osoba starije dobi u instituciji	77,09	76,897	0,214	0,673
Smatram da radim predugo sa osobama starije dobi	78,16	76,434	0,226	0,672

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 9: Validacijski podaci Skale percipiranog stresa dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha$  = 0,788)**

	Srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica	Varijanca ljestvice ako se ukloni čestica	Korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom	Cronbachov $\alpha$ koeficijent ako se ukloni čestica
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se uzrujali zbog nečeg što se neočekivano dogodilo?	16,61	32,685	0,545	0,758
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da nemate kontrolu nad važnim stvarima u svom životu?	16,89	30,558	0,681	0,739
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se osjećali nervozno i pod stresom?	16,44	31,518	0,654	0,745
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se možeš nositi s osobnim problemima?	17,15	39,153	0,280	0,790
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se stvari odigravaju u Vašu korist?	16,65	35,664	0,310	0,786
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se ne možete nositi sa svim obavezama?	16,98	33,970	0,436	0,772
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste uspjeli kontrolirati neugodne i uznemirujuće situacije u svom životu?	17,31	35,803	0,312	0,786
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da imate sve u svojim rukama?	17,08	33,381	0,498	0,765
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se naljutili zbog događaja koji su izvan Vaše kontrole?	16,77	32,051	0,587	0,753
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se teškoće gomilaju do te mjere da ih je nemoguće prevladati ?	17,06	31,061	0,625	0,747

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 6. prikazuje validacijske podatke upitnika o primjećivanju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane starijih osoba (Cronbach  $\alpha = 0,823$ ). Tablica 7. prikazuje validacijske podatke upitnika o primjećivanju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha = 0,887$ ), a Tablica 8. prikazuje validacijske podatke upitnika o kvaliteti skrbi osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha = 0,70$ ). Tablica 9. prikazuje validacijske podatke skale percipiranog stresa dobivenih nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha = 0,788$ ).

Kao kriterij unutarnje konzistencije korišten je Cronbachov  $\alpha$  koeficijent, a zadovoljavajući kriterij da je upitnik konzistentan jest vrijednost Cronbachovog  $\alpha$  koeficijenta, jednaka ili veća od 0,700. Svi korišteni upitnici imali su zadovoljavajuću unutarnju konzistenciju što upućuje na to da govore o problematici koja se ispituje. Najniže vrijednosti Cronbachovog  $\alpha$  koeficijenta (0,700) zabilježene su u analizi podaci upitnika o kvaliteti skrbi osoba starije dobi od strane drugih pružatelja skrbi što upućuje da je samo poimanje kvalitete skrbi divergentan pojam i za pružatelje skrbi.

U svakoj su tablici prikazane čestice standardiziranog upitnika te srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica, varijanca ljestvice ako se ukloni čestica, korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom te Cronbachov  $\alpha$  koeficijent ako se ukloni čestica.

**Tablica 10: Validacijski podaci Emocionalne iscrpljenosti dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha = 0,918$ )**

	Srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica	Varijanca ljestvice ako se ukloni čestica	Korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom	Cronbachov $\alpha$ koeficijent ako se ukloni čestica
Osjećam se emocionalno ispijen/a na poslu.	21,29	134,664	0,738	0,907
Mislim da u svom poslu previše radim.	20,29	134,935	0,697	0,910
Na kraju dana osjećam se iskorišteno.	21,28	130,650	0,757	0,906
Osjećam kao da sam na izmaku snaga.	22,04	136,646	0,711	0,909
Moj me posao frustrira.	21,67	129,716	0,749	0,906
Brinem se da zbog ovog posla postajem sve tvrdi/a, hladniji/a.	22,25	134,272	0,760	0,906
Otkad sam na ovom poslu, postao/la sam beščutan/a prema drugim ljudima.	20,51	137,122	0,580	0,918
Lako mogu napraviti opuštenu atmosferu sa svojim suradnicima.	22,05	139,038	0,618	0,915
U ovom sam poslu postigao/la mnogo vrijednih stvari.	21,42	128,104	0,804	0,902

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 11: Validacijski podaci Depersonalizacije dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha = 0,802$ )**

	Srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica	Varijanca ljestvice ako se ukloni čestica	Korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom	Cronbachov $\alpha$ koeficijent ako se ukloni čestica
Kad se ujutro moram suočiti s još jednim danom, osjećam se umorno.	5,22	26,374	0,645	0,746
Na poslu me ljudi opterećuju problemima s kojima ne želim imati veze.	5,41	23,973	0,759	0,706
U stvari me ne zanima što se događa mojim pacijentima.	4,75	25,272	0,525	0,790
Osjećam da se ponekad prema njima odnosim kao prema predmetima.	5,92	30,934	0,509	0,789
Mirno se nosim s emocionalnim problemima.	5,06	26,637	0,534	0,780

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 12: Validacijski podaci Osobnog postignuća dobiveni nakon prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi (Cronbach  $\alpha = 0,827$ )**

	Srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica	Varijanca ljestvice ako se ukloni čestica	Korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom	Cronbachov $\alpha$ koeficijent ako se ukloni čestica
Osjećam da sam pregorio/la od posla.	28,82	67,632	0,509	0,813
Cijeli dan raditi s ljudima, prava mi je muka.	29,19	66,871	0,517	0,811
Trudim se držati podalje od osobnih problema svojih pacijenata.	29,05	63,850	0,629	0,797
Osjećam da me obitelji nekih mojih pacijenata krive za neke svoje probleme.	30,33	66,588	0,445	0,822
Osjećam da svojim radom pozitivno utječem na živote drugih.	29,13	62,948	0,710	0,787
Efikasno rješavam probleme svojih pacijenata.	29,74	62,348	0,637	0,795
Lako mogu shvatiti kako se osjećaju moji pacijenti i njihove obitelji.	30,08	63,918	0,457	0,824
Nakon rada sa svojim pacijentima, osjećam se ushićeno.	29,42	64,609	0,552	0,807

Izvor: Anketni upitnik, 2016



Tablice 10., 11. i 12. prikazuju validacijske podatke za emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i osobno postignuće od strane pružatelja skrbi.

U svakoj su tablici prikazane čestice standardiziranog upitnika te srednja vrijednost ljestvice ako se ukloni čestica, varijanca ljestvice ako se ukloni čestica, korigirana korelacija čestice s ukupnim rezultatom te Cronbachov  $\alpha$  koeficijent ako se ukloni čestica.

Izuzetno visoki koeficijenti unutarnje konzistencije zabilježeni su kod standardiziranog upitnika izgaranja na poslu Christine Maslach za pomagačke profesije (MBI-HSS). Odnose se na sve tri podljestvice: emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija, manjak osobnog postignuća. Iako je taj upitnik već standardiziran i preveden na hrvatski jezik, ova dodatna validacija upućuje da je izuzetno razumljiv i primjenjiv kod pomagačkih profesija kao što su pružatelji skrbi, odnosno medicinske sestre.

**Tablica 13a: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane korisnika (osoba starije dobi), u zadnjih 12 mjeseci (N=245)**

		<b>N</b>	<b>%</b>
Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.	Nikad	184	75,1%
	Jednom	14	5,7%
	2-10 puta	30	12,2%
	>10 puta	17	6,9%
Ignorira poziv osobe starije dobi.	Nikad	154	62,9%
	Jednom	21	8,6%
	2-10 puta	51	20,8%
	>10 puta	19	7,8%
Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.	Nikad	222	90,6%
	Jednom	6	2,4%
	2-10 puta	14	5,7%
	>10 puta	3	1,2%
Daje laksative samo jednom na tjedan.	Nikad	226	92,2%
	Jednom	6	2,4%
	2-10 puta	10	4,1%
	>10 puta	3	1,2%
Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.	Nikad	241	98,4%
	Jednom	2	0,8%
	2-10 puta	2	0,8%
	>10 puta	0	0,0%
Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.	Nikad	221	90,2%
	Jednom	7	2,9%
	2-10 puta	14	5,7%
	>10 puta	3	1,2%
Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.	Nikad	243	99,2%
	Jednom	1	0,4%
	2-10 puta	1	0,4%
	>10 puta	0	0,0%
Odbija pomoći osobi oko hranjenja.	Nikad	225	91,8%
	Jednom	3	1,2%
	2-10 puta	12	4,9%
	>10 puta	5	2,0%
Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.	Nikad	184	75,1%
	Jednom	4	1,6%
	2-10 puta	48	19,6%
	>10 puta	9	3,7%
Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.	Nikad	243	99,2%
	Jednom	0	0,0%
	2-10 puta	2	0,8%
	>10 puta	0	0,0%
Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	Nikad	170	69,4%
	Jednom	7	2,9%
	2-10 puta	47	19,2%
	>10 puta	21	8,6%
Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	Nikad	208	84,9%
	Jednom	15	6,1%
	2-10 puta	17	6,9%
	>10 puta	5	2,0%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 13b: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane korisnika (osoba starije dobi), u zadnjih 12 mjeseci (N=245) (nastavak)**

		N	%
Gura, zgrabi, štupa, osobu starije dobi.	Nikad	203	82,9%
	Jednom	8	3,3%
	2-10 puta	30	12,2%
	>10 puta	4	1,6%
Baca nešto na osobu starije dobi.	Nikad	242	98,8%
	Jednom	2	0,8%
	2-10 puta	0	0,0%
	>10 puta	1	0,4%
Pljuska ili udara osobu starije dobi.	Nikad	243	99,2%
	Jednom	0	0,0%
	2-10 puta	2	0,8%
	>10 puta	0	0,0%
Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.	Nikad	244	99,6%
	Jednom	0	0,0%
	2-10 puta	0	0,0%
	>10 puta	1	0,4%
Udara ili pokušava udariti osobu starije dobi nekim predmetom.	Nikad	244	99,6%
	Jednom	1	0,4%
	2-10 puta	0	0,0%
	>10 puta	0	0,0%
Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.	Nikad	215	87,8%
	Jednom	16	6,5%
	2-10 puta	12	4,9%
	>10 puta	2	0,8%
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	Nikad	167	68,2%
	Jednom	8	3,3%
	2-10 puta	53	21,6%
	>10 puta	17	6,9%
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	Nikad	130	53,1%
	Jednom	30	12,2%
	2-10 puta	60	24,5%
	>10 puta	25	10,2%
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	Nikad	226	92,2%
	Jednom	12	4,9%
	2-10 puta	6	2,4%
	>10 puta	1	0,4%
Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.	Nikad	205	83,7%
	Jednom	21	8,6%
	2-10 puta	16	6,5%
	>10 puta	3	1,2%
Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.	Nikad	215	87,8%
	Jednom	9	3,7%
	2-10 puta	19	7,8%
	>10 puta	2	0,8%
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	Nikad	213	86,9%
	Jednom	13	5,3%
	2-10 puta	16	6,5%
	>10 puta	3	1,2%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 13.a i 13.b te Slika 2. prikazuju najčešće oblike zanemarivanja i zlostavljanja.

Najčešći oblici zanemarivanja su sljedeći: ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice – 61 (24,8 %), ignorira poziv osobe starije dobi – 91 (37,1 %), hrani osobu starije dobi na silu, kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta – 61 (24,8 %). U jednakom broju – 61 (24,8 %), osobe starije dobi su odgovorile kako se ne uređuju svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice. Najrjeđe su primjećeni oblici: često i bespotrebno uvodi urinarni kateter – kod 2 (0,8 %) ispitanika i postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu – 2 (0,8 %) ispitanika.

Najčešći oblici zlostavljanja: viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji – 115 (46,9 %), vrijeđa ili psuje osobu starije dobi – 78 (31,8 %), te odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske – 75 (30,6 %).

Relativno česti i značajni su sljedeći odgovori: gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi – 42 (17,1 %), bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati – 28 (12,2 %), uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe – 40 (16,3 %), dira osobu starije dobi na neprimjeren način – 30 (13,3%). Bespotrebno obuzdavanje osobe starije dobi primijetilo je 37 (15 %) ispitanika, navođenje osobe starije dobi na neprimjeren razgovor i misli 31 (13,0 %). 28 (12 %) ispitanika percipiralo je seksualno zlostavljanje kroz tvrdnju „dira osobu starije dobi na neprimjeren način“.

Najmanju pojavnost imaju: baca nešto na osobu starije dobi – 3 (1,2 %), pljuska ili udara osobu starije dobi – 2 (0,8 %), udara osobu starije dobi nogom ili šakom – 1(0,4 %).

**Slika 2: Grafički prikaz percepcije zanemarivanja i zlostavljanja od strane korisnika (najčešći oblici zlostavljanja i zanemarivanja koji su se dogodili bar jedanput u zadnjih 12 mjeseci): navedeni su samo oni oblici koji su bili zabilježeni kod više od 10% ispitanika**



Izvor: Anketni upitnik, 2016

Slika 2. prikazuje grafički prikaz percepcije zanemarivanja i zlostavljanja od strane korisnika/osoba starije dobi. Ispitanik, odnosno korisnik na postavljene je tvrdnje mogao odgovoriti na sljedeći način: nikad, jednom, 2 – 10 puta, više od 10. Promatrali su se najčešći oblici zlostavljanja i zanemarivanja koji su se dogodili bar jedanput u zadnjih 12 mjeseci te su navedeni samo oni oblici koji su bili zabilježeni kod više od 10 % ispitanika.

**Tablica 14a: Povezanost između socio-demografskih i zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihovog zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi: Spearmanov Korelacijski koeficijent**

		Dob	Obrazovanje	Spol	Posjeta obitelji	Pokretljivost	Broj bolesti
Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.	Korelacijski koeficijent	-0,068	0,026	0,042	-0,071	-0,059	0,090
	P	0,292	0,687	0,508	0,268	0,356	0,161
Ignorira poziv osobe starije dobi.	Korelacijski koeficijent	-0,056	0,038	0,055	0,017	-0,191	0,055
	P	0,379	0,557	0,394	0,791	0,003	0,392
Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.	Korelacijski koeficijent	-0,058	-0,018	-0,005	-0,016	-0,063	0,021
	P	0,369	0,781	0,942	0,801	0,324	0,739
Daje laksative samo jednom na tjedan.	Korelacijski koeficijent	-0,136	-0,020	0,014	0,001	-0,093	-0,035
	P	0,033	0,752	0,828	0,986	0,145	0,588
Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ili tiho.	Korelacijski koeficijent	-0,024	-0,009	0,013	-0,012	-0,041	0,086
	P	0,705	0,891	0,840	0,848	0,523	0,179
Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.	Korelacijski koeficijent	-0,061	-0,024	-0,022	-0,063	-0,013	0,069
	P	0,344	0,705	0,736	0,325	0,834	0,281
Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.	Korelacijski koeficijent	-0,023	-0,066	0,059	-0,035	-0,064	0,071
	P	0,714	0,300	0,362	0,583	0,316	0,271
Odbija pomoći osobi oko hranjenja.	Korelacijski koeficijent	-0,022	0,062	0,025	-0,027	-0,126	0,107
	P	0,732	0,330	0,694	0,673	0,048	0,094
Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.	Korelacijski koeficijent	-0,025	-0,062	0,070	0,039	0,058	0,081
	P	0,703	0,334	0,272	0,543	0,365	0,204
Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.	Korelacijski koeficijent	-0,012	0,143	0,059	0,017	-0,064	0,109
	P	0,855	0,025	0,362	0,791	0,318	0,088

Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	Korelacijski koeficijent	-0,051	0,077	-0,001	0,052	-0,051	0,061
	P	0,430	0,230	0,991	0,416	0,430	0,343
Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent	-0,015	0,043	0,063	0,029	-0,070	0,157
	P	0,810	0,498	0,324	0,655	0,272	0,014
Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent	0,076	-0,031	0,049	0,045	-0,107	0,092
	P	0,234	0,630	0,444	0,485	0,094	0,152
Baca nešto na osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent	-0,019	0,062	-0,009	0,085	-0,049	0,111
	P	0,764	0,332	0,885	0,185	0,442	0,084
Pljuska ili udara osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent	0,111	0,022	0,059	0,069	-0,135	0,070
	P	0,084	0,735	0,362	0,280	0,035	0,273
Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.	Korelacijski koeficijent	0,078	-0,047	0,041	-0,025	-0,061	0,008
	P	0,224	0,465	0,520	0,698	0,343	0,901




Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 14b: Povezanost između socio-demografskih i zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihovog zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi: Spearmanov Korelacijski koeficijent (nastavak)**

		Dob	Obrazovanje	Spol	Posjeta obitelji	Pokretljivost	Broj bolesti
Udara ili pokuša udariti osobu starije dobi nekim predmetom.	Korelacijski koeficijent	0,078	-0,047	0,041	0,049	-0,095	0,008
	P	0,224	0,465	0,520	0,446	0,138	0,901
Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.	Korelacijski koeficijent	0,078	0,115	0,106	0,044	-0,011	0,057
	P	0,226	0,072	0,099	0,497	0,864	0,373
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent	-0,079	0,094	0,017	-0,005	-0,073	0,045
	P	0,216	0,143	0,789	0,940	0,253	0,483
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	Korelacijski koeficijent	-0,102	-0,005	0,011	0,037	-0,121	0,165
	P	0,111	0,943	0,863	0,567	0,059	0,010
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	Korelacijski koeficijent	0,048	0,047	0,086	0,063	-0,017	0,111
	P	0,456	0,461	0,180	0,323	0,793	0,084
Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.	Korelacijski koeficijent	-0,007	0,128	0,124	0,056	-0,082	0,148
	P	0,917	0,046	0,052	0,386	0,199	0,020
Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.	Korelacijski koeficijent	0,032	0,089	0,076	0,060	-0,101	0,185
	P	0,618	0,163	0,236	0,349	0,116	0,004
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	Korelacijski koeficijent	0,046	0,090	0,091	0,117	-0,101	0,150
	P	0,478	0,158	0,155	0,068	0,115	0,019

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Legenda:**

-  Slaba povezanost ( $\rho < 0,200$ )
-  Srednje jaka povezanost ( $\rho 0,200-0,600$ )
-  Jaka povezanost ( $\rho > 0,600$ )



Povezanost između sociodemografskih i zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihova zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi prikazani su u Tablici 14.a.

U Tablici 14.a i 14.b istaknuti su značajni korelacijski koeficijenti te je bojom označena jačina povezanosti: svi označeni korelacijski koeficijenti pripadaju u grupaciju slabih koeficijenata, ali klinički značajnih.

Učestalost posjete obitelji kao i spol nisu značajno korelirali ni s jednom od usporednih varijabli.

Dob je negativno korelirana s davanjem laksativa, odnosno s porastom godina života korisnika. Oni manje primjećuju nedavanje laksativa za regulaciju stolice. Negativne korelacije odnosile su se na pokretljivost: osobe koja su smanjeno pokretne češće su primjećivale ignoriranje medicinskih sestara na pozive zvona. Smanjena pokretljivost osobe starije dobi značajno je povezana i s češćim ignoriranjem i odbijanjem pomoći oko hranjenja. Osobe starije dobi koje su imale poteškoće s pokretljivošću češće su primjećivale pljuskanje ili udaranje osobe starije dobi.

Obrazovane osobe starije dobi češće su primjećivale postavljanje sonde za hranjenje nepotrebno i na silu nego osobe sa završenom osnovnom školom.

Osobe starije dobi s većim brojem oboljenja češće su primijetile da osoblje bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.

Tablica 14.b prikazuje nastavak tablice 14.a, odnosno povezanost između sociodemografskih i zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihova zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi Spearmanovim korelacijskim koeficijentom.

Veći broj dijagnosticiranih bolesti značajno je povezan s češćim bespotrebim obuzdavanjem osoba starije dobi, vikanjem na osobe starije dobi u bijesu i ljutnji, uzimanjem nakita, novaca ili odjeće, diranjem osoba starije dobi na neprimjeren način te navođenjem osobe starije dobi na neprimjeren razgovor i misli.

Obrazovanije osobe starije dobi (završena srednja škola ili visokoškolsko obrazovanje) češće su primijetile da se osobi starije dobi uzima nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.

**Tablica 15: Prikaz pojedinih domena sindroma sagorijevanja prema kategoriziranim vrijednostima**

		<b>N</b>	<b>%</b>
Emocionalna iscrpljenost	Niska razina	52	30,4%
	Umjerena razina	44	25,7%
	Visoka razina	75	43,9%
Depersonalizacija	Niska razina	106	62,0%
	Umjerena razina	27	15,8%
	Visoka razina	38	22,2%
Osobno postignuće	Niska razina	59	34,5%
	Umjerena razina	44	25,7%
	Visoka razina	68	39,8%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 15. prikazuje pojedine domena sindroma sagorijevanja pružatelja skrbi prema kategoriziranim vrijednostima.

Visoku razinu emocionalne iscrpljenosti ima 75 (43,9 %) ispitanika što je ujedno i najveća dobivena vrijednost, umjerenu razinu ima 44 (25,7 %), a nisku razinu emocionalne iscrpljenosti ima 52 (30,4 %) ispitanika.

Visoku razinu depersonalizacije ima 38 (22,2 %) ispitanika, umjerenu razinu 27 (15,8 %), a nisku razinu depersonalizacije ima 106 (62,0 %) ispitanika.

Visoku razinu osobnog postignuća ima 68 (39,8 %) ispitanika, umjerenu razinu 44 (25,7 %), a nisku razinu osobnog postignuća ima 59 (34,5 %) ispitanika.

**Tablica 16a: Udio pojedinih odgovora vezanih za kvalitetu skrbi**

		N	%
Skrbim za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege	Uopće se ne slažem	2	1,2%
	Uglavnom se ne slažem	16	9,4%
	Niti se slažem niti se ne slažem	29	17,0%
	Uglavnom se slažem	92	53,8%
	Izrazito se slažem	32	18,7%
Poznajem tjelesne promjene kod osoba starije dobi	Uopće se ne slažem	0	0,0%
	Uglavnom se ne slažem	0	0,0%
	Niti se slažem niti se ne slažem	3	1,8%
	Uglavnom se slažem	94	55,0%
	Izrazito se slažem	74	43,3%
Poznajem psihičke i kognitivne promjene kod osoba starije dobi	Uopće se ne slažem	0	0,0%
	Uglavnom se ne slažem	2	1,2%
	Niti se slažem niti se ne slažem	9	5,3%
	Uglavnom se slažem	101	59,1%
	Izrazito se slažem	59	34,5%
Znam komunicirati s dementnom osobom	Uopće se ne slažem	1	0,6%
	Uglavnom se ne slažem	3	1,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	25	14,6%
	Uglavnom se slažem	96	56,1%
	Izrazito se slažem	46	26,9%
U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija je jako teška	Uopće se ne slažem	4	2,3%
	Uglavnom se ne slažem	16	9,4%
	Niti se slažem niti se ne slažem	40	23,4%
	Uglavnom se slažem	53	31,0%
	Izrazito se slažem	58	33,9%
Osobe starije dobi često su same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima	Uopće se ne slažem	74	43,3%
	Uglavnom se ne slažem	39	22,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	43	25,1%
	Uglavnom se slažem	9	5,3%
	Izrazito se slažem	6	3,5%
Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi	Uopće se ne slažem	34	19,9%
	Uglavnom se ne slažem	49	28,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	52	30,4%
	Uglavnom se slažem	27	15,8%
	Izrazito se slažem	9	5,3%
Osobe starije dobi trebaju ravnopravno sudjelovati u skrbi	Uopće se ne slažem	5	2,9%
	Uglavnom se ne slažem	18	10,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	44	25,7%
	Uglavnom se slažem	75	43,9%
	Izrazito se slažem	29	17,0%

**Tablica 16b: Udio pojedinih odgovora vezanih za kvalitetu skrbi (nastavak)**

		N	%
Odijevanjem osobe starije dobi u privatno rublje čuvam dostojanstvo korisnika	Uopće se ne slažem	4	2,3%
	Uglavnom se ne slažem	8	4,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	23	13,5%
	Uglavnom se slažem	71	41,5%
	Izrazito se slažem	65	38,0%
Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta	Uopće se ne slažem	3	1,8%
	Uglavnom se ne slažem	3	1,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	18	10,5%
	Uglavnom se slažem	78	45,6%
	Izrazito se slažem	69	40,4%
Normalno je da osobe starije dobi imaju stolicu jednom na tjedan	Uopće se ne slažem	90	52,6%
	Uglavnom se ne slažem	37	21,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	19	11,1%
	Uglavnom se slažem	19	11,1%
	Izrazito se slažem	6	3,5%
U skrbi sa osobama starije dobi potrebno je glasno govoriti da razumiju upute	Uopće se ne slažem	14	8,2%
	Uglavnom se ne slažem	32	18,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	30	17,5%
	Uglavnom se slažem	57	33,3%
	Izrazito se slažem	38	22,2%
Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan	Uopće se ne slažem	11	6,4%
	Uglavnom se ne slažem	44	25,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	57	33,3%
	Uglavnom se slažem	47	27,5%
	Izrazito se slažem	12	7,0%
Etično postupanje s osobom starije dobi zanemaruje se	Uopće se ne slažem	31	18,1%
	Uglavnom se ne slažem	44	25,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	53	31,0%
	Uglavnom se slažem	31	18,1%
	Izrazito se slažem	12	7,0%
Zdravstvena njega osoba starije dobi jako je zahtjevna	Uopće se ne slažem	6	3,5%
	Uglavnom se ne slažem	15	8,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	35	20,5%
	Uglavnom se slažem	74	43,3%
	Izrazito se slažem	41	24,0%
Potrebna mi je dodatna edukacija iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi	Uopće se ne slažem	25	14,6%
	Uglavnom se ne slažem	35	20,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	43	25,1%
	Uglavnom se slažem	47	27,5%
	Izrazito se slažem	21	12,3%
Čitam stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi	Uopće se ne slažem	17	9,9%
	Uglavnom se ne slažem	18	10,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	52	30,4%
	Uglavnom se slažem	58	33,9%
	Izrazito se slažem	26	15,2%

**Tablica 16c: Udio pojedinih odgovora vezanih za kvalitetu skrbi (nastavak)**

		N	%
Pohađam stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi	Uopće se ne slažem	18	10,5%
	Uglavnom se ne slažem	21	12,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	33	19,3%
	Uglavnom se slažem	62	36,3%
	Izrazito se slažem	37	21,6%
Slušanje priča iz prošlosti osoba starije dobi smatram važnim dijelom skrbi	Uopće se ne slažem	4	2,3%
	Uglavnom se ne slažem	12	7,0%
	Niti se slažem niti se ne slažem	35	20,5%
	Uglavnom se slažem	88	51,5%
	Izrazito se slažem	32	18,7%
Povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika ne smatram zlostavljanjem	Uopće se ne slažem	37	21,6%
	Uglavnom se ne slažem	30	17,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	63	36,8%
	Uglavnom se slažem	30	17,5%
	Izrazito se slažem	11	6,4%
U razgovor sa osobom starije dobi koristim tepanje i umanje: „bubica, zlatica, dušica, djedica“ i sl.	Uopće se ne slažem	58	33,9%
	Uglavnom se ne slažem	42	24,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	32	18,7%
	Uglavnom se slažem	27	15,8%
	Izrazito se slažem	12	7,0%
Osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet.	Uopće se ne slažem	53	31,0%
	Uglavnom se ne slažem	46	26,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	47	27,5%
	Uglavnom se slažem	22	12,9%
	Izrazito se slažem	3	1,8%
Na radnom mjestu imam potrebu za češćim paljenjem cigarete.	Uopće se ne slažem	111	65,3%
	Uglavnom se ne slažem	10	5,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	33	19,4%
	Uglavnom se slažem	9	5,3%
	Izrazito se slažem	7	4,1%
Mislim da ne postoji zlostavljanje osoba starije dobi u instituciji	Uopće se ne slažem	14	8,2%
	Uglavnom se ne slažem	23	13,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	27	15,8%
	Uglavnom se slažem	42	24,6%
	Izrazito se slažem	65	38,0%
Smatram da radim predugo sa osobama starije dobi	Uopće se ne slažem	49	28,7%
	Uglavnom se ne slažem	27	15,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	52	30,4%
	Uglavnom se slažem	23	13,5%
	Izrazito se slažem	20	11,7%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Udio pojedinih odgovora vezanih za kvalitetu skrbi prikazan je u Tablici 16. Ispitanici su na svaku pojedinu tvrdnju imali ponuđene odgovore Likertove skale: uopće se ne slažem, uglavnom se ne slažem, niti se slažem niti se ne slažem, uglavnom se slažem i izrazito se slažem.

Iz tablica 16.a, 16.b i 16.c interpretirani su podatci dobiveni iz odgovora medicinskih sestara koji su klinički značajni i zanimljivi za sestrinsku skrb. Pa je tako na tvrdnju: „Skrbim za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege.“ uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo 124 (72,5 %) ispitanika. „Poznajem tjelesne promjene kod osoba starije dobi“ – uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 168 (98,2 %) ispitanika što je i ujedno najveći postotak odgovora za neku tvrdnju. Iznimno pozitivni odgovori dobiveni su na tvrdnju: „Poznajem psihičke i kognitivne promjene kod osoba starije dobi.“ gdje je uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo 160 (93,5 %) ispitanika.

Na četvrtu tvrdnju: „Znam komunicirati s dementnom osobom.“ uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 142 (83,0 %) ispitanika, dok već na petoj tvrdnji: „U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija jako je teška.“ 111 (64,9 %) ispitanika odgovorilo je uglavnom se slažem i izrazito se slažem, a čak 40 (23,4 %) ispitanika odgovorilo je niti se slažem niti se ne slažem.

Na tvrdnju „Osobe starije dobi često su same krive za neprikladno ponašanje osoba prema njima.“ niti se slažem niti se ne slažem odgovorilo je 42 (25,1 %) ispitanika, a uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 15 (8,8 %) ispitanika. Veliki postotak ispitanika 52 (30,4 %) odgovorio je niti se slažem niti se ne slažem na tvrdnju „Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi“, dok se 36 (21,1 %) uglavnom slaže i izrazito se slaže.

Na tvrdnju: „Osobe starije dobi trebaju ravnopravno sudjelovati u skrbi.“ odgovorilo je 104 (60,9 %) ispitanika, dok se niti se slažem niti se ne slažem izjasnilo 44 (25,7 %) ispitanika. S tvrdnjom: „Odijevanjem osobe starije dobi u privatno rublje čuvam dostojanstvo korisnika.“ uglavnom se slaže i izrazito se slaže 136 (79,5 %) ispitanika. 147 (86,0 %) medicinskih sestara odgovorilo je da „Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta“.

Kod tvrdnje: „Normalno je da osobe starije dobi imaju stolicu jednom na tjedan.“ 44 (25,7 %) ispitanika izjasnilo se niti se slažem niti se ne slažem, uglavnom se slažem i izrazito se slažem. Uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je na tvrdnju: „U skrbi sa osobama starije dobi potrebno je glasno govoriti da razumiju upute.“ 92 (55,5 %) ispitanika.

Na tvrdnju: „Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan.“ niti se slažem niti se ne slažem, uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 116 (68,1 %) ispitanika.

S tvrdnjom: „Etično postupanje s osobom starije dobi zanemaruje se.“ niti se slažem niti se ne slažem, uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 96 (56,4 %) ispitanika.

Na tvrdnju koja govori o samoj težini skrbi: „Zdravstvena njega osoba starije dobi jako je zahtjevna.“ 105 (67,2 %) ispitanika odgovorilo je da uglavnom se slaže i izrazito se slaže. Tvrdnja: „Potrebna mi je dodatna edukacija iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi.“ na koju je uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo 57 (52,1 %) ispitanika ukazuje na potrebnu raspravu.

Stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi čita 84 (49,1 %) ispitanika, a s tom tvrdnjom se niti slaže niti se ne slaže 52 (30,4 %) ispitanika, a 99 (57,8 %) pohađa stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi.

Rezultati su tvrdnje: „Povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika ne smatram zlostavljanjem.“ sljedeći: uglavnom se slažem i izrazito se slažem 41, (23,9 %), dok je 63 (36,8 %) ispitanika odgovorilo niti se slažem niti se ne slažem.

„U razgovoru s osobom starije dobi koristim tepanje i umanjevanje bubica, zlatice, dušica, djedica i sl.“ – niti se slažem niti se ne slažem odgovorilo je 32 (18,7 %) ispitanika, a uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 29 (22,8 %) ispitanika.

„Osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet.“ – niti se slažem niti se ne slažem odgovorilo je 47 (27,5 %), dok se uglavnom slaže i izrazito se slaže 25 (14,8 %) ispitanika.

Na tvrdnju: „Mislim da ne postoji zlostavljanje osoba starije dobi u instituciji.“ – uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 107 (62,6 %) ispitanika. Na posljednju tvrdnju: „Smatram da radim predugo s osobama starije dobi.“ – niti se slažem niti se ne slažem odgovorilo je 52 (30,4 %) ispitanika, uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 43 (25,3 %) ispitanika.

**Tablica 17a: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane zdravstvenih radnika, u zadnjih 12 mjeseci (N=171)**

Jeste li u posljednjih 12 mjeseci vidjeli medicinsku sestru kako:		N	%
Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.	Nikad	121	70,8%
	Jednom	14	8,2%
	2-10 puta	31	18,1%
	>10 puta	5	2,9%
Ignorira poziv osobe starije dobi.	Nikad	104	60,8%
	Jednom	17	9,9%
	2-10 puta	42	24,6%
	>10 puta	8	4,7%
Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.	Nikad	127	74,3%
	Jednom	14	8,2%
	2-10 puta	24	14,0%
	>10 puta	6	3,5%
Daje laksative samo jednom na tjedan.	Nikad	128	74,9%
	Jednom	21	12,3%
	2-10 puta	15	8,8%
	>10 puta	7	4,1%
Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.	Nikad	124	72,5%
	Jednom	18	10,5%
	2-10 puta	20	11,7%
	>10 puta	9	5,3%
Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.	Nikad	137	80,1%
	Jednom	16	9,4%
	2-10 puta	14	8,2%
	>10 puta	4	2,3%
Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.	Nikad	132	77,2%
	Jednom	17	9,9%
	2-10 puta	18	10,5%
	>10 puta	4	2,3%
Odbija pomoći osobi oko hranjenja.	Nikad	145	84,8%
	Jednom	11	6,4%
	2-10 puta	14	8,2%
	>10 puta	1	0,6%
Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.	Nikad	100	58,5%
	Jednom	16	9,4%
	2-10 puta	47	27,5%
	>10 puta	8	4,7%
Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.	Nikad	153	89,5%
	Jednom	10	5,8%
	2-10 puta	6	3,5%
	>10 puta	2	1,2%
Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	Nikad	106	62,0%
	Jednom	15	8,8%
	2-10 puta	48	28,1%
	>10 puta	2	1,2%
Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	Nikad	141	82,5%
	Jednom	15	8,8%
	2-10 puta	13	7,6%
	>10 puta	2	1,2%

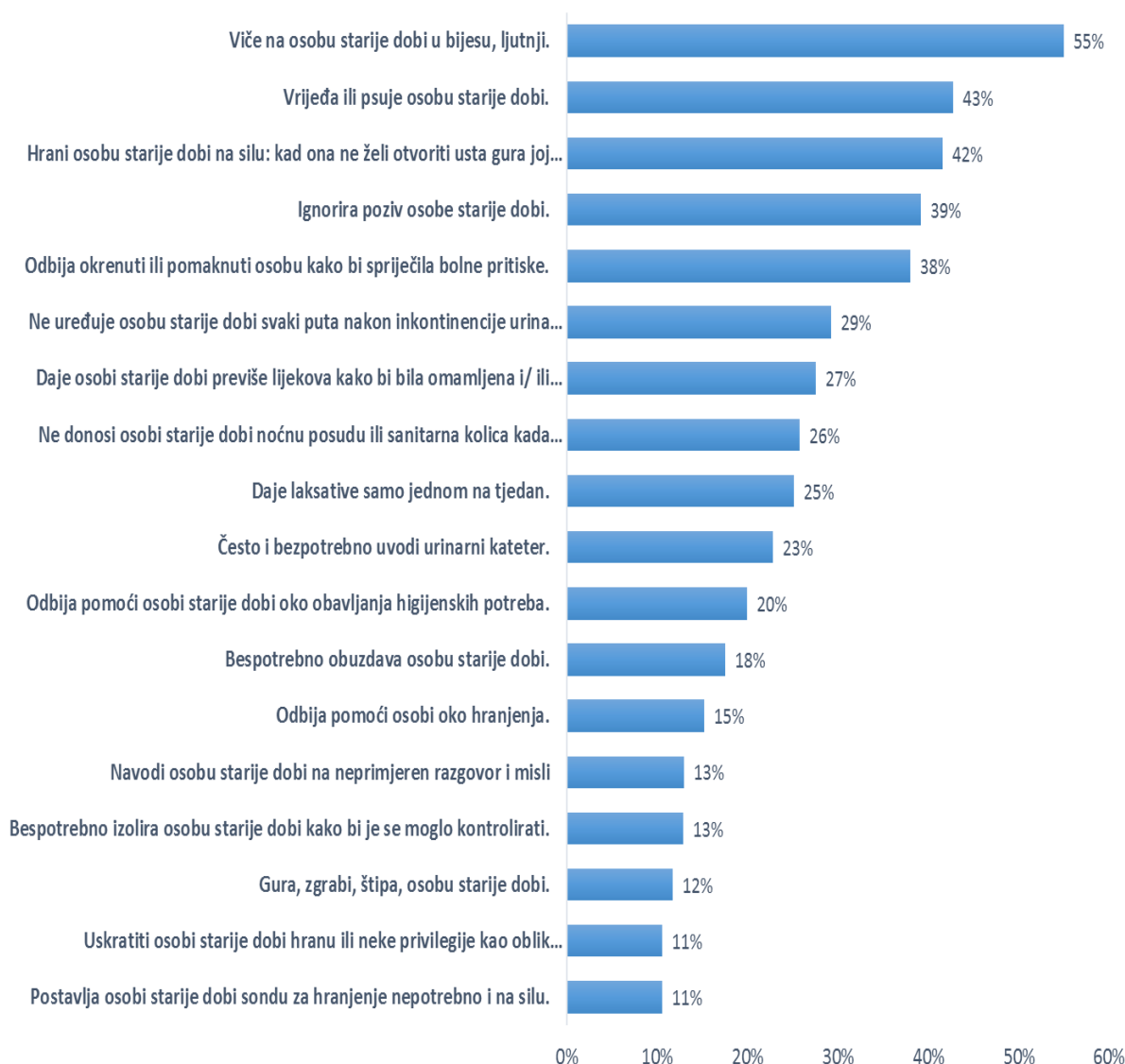


**Tablica 17b: Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane zdravstvenih radnika, u zadnjih 12 mjeseci (N=171) (nastavak)**

Jeste li u posljednjih 12 mjeseci vidjeli medicinsku sestru kako:	N	%	
Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.	Nikad	151	88,3%
	Jednom	10	5,8%
	2-10 puta	10	5,8%
	>10 puta	0	0,0%
Baca nešto na osobu starije dobi.	Nikad	161	94,2%
	Jednom	7	4,1%
	2-10 puta	3	1,8%
	>10 puta	0	0,0%
Pljuska ili udara osobu starije dobi.	Nikad	161	94,2%
	Jednom	9	5,3%
	2-10 puta	1	0,6%
	>10 puta	0	0,0%
Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.	Nikad	166	97,1%
	Jednom	3	1,8%
	2-10 puta	2	1,2%
	>10 puta	0	0,0%
Udara ili pokuša udariti osobu starije dobi nekim predmetom.	Nikad	168	98,2%
	Jednom	0	0,0%
	2-10 puta	3	1,8%
	>10 puta	0	0,0%
Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.	Nikad	149	87,1%
	Jednom	12	7,0%
	2-10 puta	10	5,8%
	>10 puta	0	0,0%
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	Nikad	98	57,3%
	Jednom	15	8,8%
	2-10 puta	56	32,7%
	>10 puta	2	1,2%
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	Nikad	77	45,0%
	Jednom	20	11,7%
	2-10 puta	68	39,8%
	>10 puta	6	3,5%
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	Nikad	153	89,5%
	Jednom	9	5,3%
	2-10 puta	8	4,7%
	>10 puta	1	0,6%
Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.	Nikad	158	92,4%
	Jednom	5	2,9%
	2-10 puta	8	4,7%
	>10 puta	0	0,0%
Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.	Nikad	167	97,7%
	Jednom	1	0,6%
	2-10 puta	2	1,2%
	>10 puta	1	0,6%
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	Nikad	148	87,1%
	Jednom	7	4,1%
	2-10 puta	15	8,8%
	>10 puta	0	0,0%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Slika 3: Grafički prikaz percepcije zanemarivanja i zlostavljanja od strane zdravstvenih radnika (najčešći oblici zlostavljanja i zanemarivanja koji su se dogodili bar jedanput u zadnjih 12 mjeseci): navedeni su samo oni oblici koji su bili zabilježeni kod više od 10% ispitanika**



Izvor: Anketni upitnik, 2016

Percepcija zanemarivanja i zlostavljanja od strane zdravstvenih radnika u zadnjih 12 mjeseci prikazana je u Tablici 17., dok Slika 3. prikazuje grafički prikaz percepcije zanemarivanja i zlostavljanja od strane zdravstvenih radnika. Prikazani su najčešći oblici zlostavljanja i zanemarivanja te je uočeno da su pojedini oblici zanemarivanja i zlostavljanja percipirani jednako i od strane korisnika i od strane pružatelja skrbi. Ispitanici, odnosno medicinske sestre na postavljene su tvrdnje odgovarale na sljedeći način: nikad, jednom, 2 – 10 puta, više od 10. Promatrali su se najčešći oblici zlostavljanja i zanemarivanja koji su se dogodili bar jedanput u zadnjih 12 mjeseci te su navedeni samo oni oblici koji su bili zabilježeni kod više od 10 % ispitanika.

„Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.“ najčešći je oblik zlostavljanja i primijetilo ga je 55 % ispitanika. „Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.“ primijetilo je 74 (43 %) ispitanika. „Hrani osobu starije dobi na silu: kada ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.“ – primijetilo je 72 (42 %) ispitanika.

Ignoriranje poziva osobe starije dobi najčešći je oblik zanemarivanja i primijetilo ga je više od jednom u 12 mjeseci 67 (39 %) medicinskih sestara, dok je drugi najčešći oblik zanemarivanja odbijanje okretanja ili pomicanja osobe kako bi spriječila bolne pritiske i to je primijetilo 65 (38 %) ispitanika. Medicinske sestre su odgovorile kako primjećuju da se se ne uređuju korisnici svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice, i to njih 21 (29 %).

Od ostalih oblika zlostavljanja i zanemarivanja medicinske sestre su percipirale davanje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ili tiho, njih 46 (27 %), nedonošenje osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži njih 44 (26 %), davanje laksativa samo jednom na tjedan 43 (25 %) ispitanika, često i bespotrebno uvođenje urinarnog katetera 39 (23 %) ispitanika.

Ispod 20 % zastupljena su sljedeća nasilna ponašanja: da medicinska sestra odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba, primijetilo je 34 (20 %) ispitanika, bespotrebno obuzdavanje osobe starije dobi percipiralo je 31 (18 %) ispitanika, odbijanje pomoći osobi oko hranjenja primijetilo je 26 (15 %), navođenje osobe starije dobi na neprimjeren razgovor i misli primijetilo je 22 (13 %) ispitanika kao i bespotrebno izoliranje osobe starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.

Kako gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi primijetilo je 21 (12 %) ispitanika, uskraćivanje osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja vidjelo je 19 (11 %), a u tom istom postotku primijetile su medicinske sestre kako se postavlja osobi starije dobi sonda za hranjenje nepotrebno i na silu.

**Tablica 18a: Razlike u percepciji zanemarivanja i zlostavljanja između korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga (zdravstvenih radnika): X<sup>2</sup> test**

	Zdravstveno osoblje		Starije osobe		Vrijednos t X <sup>2</sup>	df	P
	N	%	N	%			
Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.	50	29,2%	61	24,9%	0,970	1	0,325
Ignorira poziv osobe starije dobi.	67	39,2%	91	37,1%	0,178	1	0,673
<b>Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.</b>	44	25,7%	23	9,4%	19,908	1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Daje laksative samo jednom na tjedan.</b>	43	25,1%	19	7,8%	24,017	1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.</b>	47	27,5%	4	1,6%	62,576	1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.</b>	34	19,9%	24	9,8%	8,540	1	<b>0,003</b>
<b>Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.</b>	39	22,8%	2	0,8%	54,817	1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Odbija pomoći osobi oko hranjenja.</b>	26	15,2%	20	8,2%	5,077	1	<b>0,024</b>
<b>Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.</b>	71	41,5%	61	24,9%	12,846	1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.</b>	18	10,5%	2	0,8%	20,748	1	<b>&lt;0,001</b>
Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	65	38,0%	75	30,6%	2,470	1	0,116
Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	30	17,5%	37	15,1%	0,444	1	0,505
Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.	20	11,7%	42	17,1%	2,356	1	0,125
<b>Baca nešto na osobu starije dobi.</b>	10	5,8%	3	1,2%	7,111	1	<b>0,008</b>
<b>Pljuska ili udara osobu starije dobi.</b>	10	5,8%	2	0,8%	9,101	1	<b>0,003</b>
<b>Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.</b>	5	2,9%	1	0,4%	4,484	1	<b>0,034</b>

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 18b: Razlike u percepciji zanemarivanja i zlostavljanja između korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga (zdravstvenih radnika)(nastavak): X<sup>2</sup> test**

	Zdravstveno osoblje		Starije osobe		Vrijednost X <sup>2</sup>	df	P
	N	%	N	%			
Udara ili pokušava udariti osobu starije dobi nekim predmetom.	3	1,80%	1	0,40%	1,917	1	0,166
Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.	22	12,90%	30	12,20%	0,035	1	0,851
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	73	42,70%	78	31,80%	5,13	1	0,024
Više na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	94	55,00%	115	46,90%	2,599	1	0,107
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	18	10,50%	19	7,80%	0,954	1	0,329
<b>Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.</b>	13	7,60%	40	16,30%	6,895	1	<b>0,009</b>
<b>Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.</b>	4	2,30%	30	12,20%	13,167	1	<b>&lt;0,001</b>
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	22	12,90%	32	13,10%	0,001	1	0,971

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 18. prikazuje razlike u percepciji zanemarivanja i zlostavljanja između korisnika i pružatelja skrbi. Pružatelji skrbi–medicinske sestre značajno češće (u usporedbi s korisnicima) doživljavaju zanemarivanje i zlostavljanje u sljedećim domenama:

- Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.
- Daje laksative samo jednom na tjedan.
- Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ili tiho.
- Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.
- Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.
- Odbija pomoći osobi oko hranjenja.
- Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.
- Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.

- Baca nešto na osobu starije dobi.
- Pljuska ili udara osobu starije dobi.
- Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.

Starije osobe pak (u odnosu na pružatelje skrbi) kao zanemarivanje i zlostavljanje značajno češće percipiraju uzimanje nakita, novca, odjeće ili sl. te diranje na neprimjeren način.

**Tablica 19a: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s kvalitetom skrbi korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent**

		Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Osobna postignuća	PSS skala	Radni staž (godine)	Stupanj obrazovanja
Skrbim za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege	Korelacijski koeficijent P	-0,159 0,037	-0,083 0,281	0,155 0,043	-0,258 0,001	-0,018 0,818	-0,079 0,302
Poznajem tjelesne promjene kod osoba starije dobi	Korelacijski koeficijent P	-0,086 0,264	0,027 0,730	0,120 0,119	-0,038 0,621	0,072 0,348	0,031 0,692
Poznajem psihičke i kognitivne promjene kod osoba starije dobi	Korelacijski koeficijent P	-0,127 0,097	-0,008 0,918	0,124 0,107	-0,125 0,104	0,041 0,591	0,038 0,622
Znam komunicirati s dementnom osobom	Korelacijski koeficijent P	-0,070 0,362	-0,066 0,388	0,125 0,102	-0,140 0,067	0,199 0,009	-0,120 0,119
U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija je jako teška	Korelacijski koeficijent P	0,230 0,002	0,259 0,001	-0,174 0,023	0,240 0,002	0,045 0,558	-0,139 0,069
Osobe starije dobi često su same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima	Korelacijski koeficijent P	0,067 0,385	0,158 0,039	-0,088 0,254	0,064 0,407	-0,033 0,668	-0,081 0,291
Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi	Korelacijski koeficijent P	0,257 0,001	0,241 0,002	-0,173 0,024	0,188 0,014	0,083 0,279	-0,098 0,202
Osobe starije dobi trebaju ravnopravno sudjelovati u skrbi	Korelacijski koeficijent P	0,152 0,048	0,164 0,032	0,061 0,428	0,066 0,393	0,031 0,688	0,142 0,065
Odijevanjem osobe starije dobi u privatno rublje čuvam dostojanstvo korisnika	Korelacijski koeficijent P	-0,080 0,297	0,026 0,734	0,109 0,157	-0,132 0,086	-0,188 0,014	0,171 0,025
Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta	Korelacijski koeficijent P	-0,085 0,271	-0,018 0,813	0,169 0,027	-0,052 0,501	-0,010 0,893	-0,022 0,779
Normalno je da osobe starije dobi imaju stolicu jednom na tjedan	Korelacijski koeficijent P	0,070 0,365	0,071 0,356	0,059 0,446	0,079 0,302	0,008 0,921	-0,229 0,003

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 19b: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s kvalitetom skrbi korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent (nastavak)**

		Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Osobna postignuća	PSS skala	Radni staž (godine)	Stupanj obrazovanja
U skrbi sa osobama starije dobi potrebno je glasno govoriti da razumiju upute	Korelacijski koeficijent	0,111	0,016	-0,040	0,149	0,021	-0,316
	P	0,150	0,832	0,607	0,052	0,782	<0,001
Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan	Korelacijski koeficijent	0,254	0,244	-0,104	0,254	-0,061	-0,216
	P	0,001	0,001	0,174	0,001	0,427	0,004
Etično postupanje s osobom starije dobi zanemaruje se	Korelacijski koeficijent	-0,030	0,145	0,020	0,074	0,042	0,078
	P	0,694	0,059	0,792	0,337	0,588	0,311
Zdravstvena njega osoba starije dobi jako je zahtjevna	Korelacijski koeficijent	0,127	0,058	-0,127	0,100	-0,073	-0,023
	P	0,098	0,451	0,098	0,192	0,345	0,763
Potrebna mi je dodatna edukacija iz zdravstvene njege osoba starije dobi	Korelacijski koeficijent	0,179	0,219	-0,173	0,098	-0,031	0,186
	P	0,019	0,004	0,024	0,201	0,687	0,015
Čitam stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi	Korelacijski koeficijent	-0,328	-0,333	0,273	-0,200	0,021	0,103
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	0,783	0,180
Pohađam stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi	Korelacijski koeficijent	-0,325	-0,244	0,167	-0,344	0,024	-0,027
	P	<0,001	0,001	0,029	<0,001	0,760	0,723
Slušanje priča iz prošlosti osoba starije dobi smatram važnim dijelom skrbi	Korelacijski koeficijent	0,008	0,095	0,075	0,035	0,011	0,030
	P	0,918	0,216	0,327	0,645	0,887	0,694




Izvor: Anketni upitnik, 2016



**Tablica 19c: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s kvalitetom skrbi korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent (nastavak)**

		Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Osobna postignuća	PSS skala	Radni staž (godine)	Stupanj obrazovanja
Povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika ne smatram zlostavljanjem	Korelacijski koeficijent	0,141	0,163	-0,120	0,277	0,069	-0,170
	P	0,066	0,033	0,118	<0,001	0,371	0,027
U razgovor sa osobom starije dobi koristim tepanje i umanjnice: „bubica, zlatica, dušica, djedica“ i sl.	Korelacijski koeficijent	0,198	0,183	0,051	0,211	0,027	-0,113
	P	0,009	0,017	0,507	0,006	0,729	0,142
Osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet.	Korelacijski koeficijent	0,165	-0,049	0,027	0,096	0,042	-0,162
	P	0,031	0,528	0,728	0,214	0,586	0,035
Na radnom mjestu imam potrebu za češćim paljenjem cigarete.	Korelacijski koeficijent	0,232	0,127	-0,063	0,171	-0,065	-0,018
	P	0,002	0,100	0,414	0,026	0,399	0,821
Mislim da ne postoji zlostavljanje osoba starije dobi u instituciji	Korelacijski koeficijent	-0,035	-0,051	0,055	-0,018	-0,019	-0,119
	P	0,645	0,505	0,472	0,817	0,803	0,120
Smatram da radim predugo sa osobama starije dobi	Korelacijski koeficijent	0,443	0,257	-0,231	0,254	0,283	-0,199
	P	<0,001	0,001	0,002	0,001	<0,001	0,009

Izvor: Anketni upitnik, 2016

-  Slaba povezanost ( $\rho < 0,200$ )
-  Srednje jaka povezanost ( $\rho 0,200-0,600$ )
-  Jaka povezanost ( $\rho > 0,600$ )

**Tablica 20a: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s zanemarivanjem i zlostavljanjem korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent**

		Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Osobna postignuća	PSS skala	Radni staž (godine)	Stupanj obrazovanja
Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.	Korelacijski koeficijent	0,039	0,053	-0,066	-0,026	-0,078	0,249
	P	0,615	0,493	0,391	0,733	0,308	0,001
Ignorira poziv osobe starije dobi.	Korelacijski koeficijent	0,022	0,003	0,085	0,059	-0,129	0,138
	P	0,776	0,969	0,267	0,440	0,093	0,072
Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.	Korelacijski koeficijent	0,007	0,041	0,028	0,054	0,067	0,127
	P	0,929	0,596	0,721	0,484	0,384	0,098
Daje laksative samo jednom na tjedan.	Korelacijski koeficijent	0,080	0,018	0,033	-0,003	-0,003	0,076
	P	0,299	0,819	0,665	0,970	0,968	0,325
Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.	Korelacijski koeficijent	0,033	0,137	-0,053	0,008	-0,189	0,036
	P	0,666	0,073	0,490	0,921	0,013	0,641
Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.	Korelacijski koeficijent	-0,008	0,010	0,004	-0,007	0,061	0,072
	P	0,919	0,895	0,954	0,931	0,432	0,350
Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.	Korelacijski koeficijent	0,184	0,189	-0,060	0,147	0,060	0,238
	P	0,016	0,013	0,437	0,056	0,437	0,002
Odbija pomoći osobi oko hranjenja.	Korelacijski koeficijent	-0,006	-0,052	0,054	-0,076	-0,043	-0,040
	P	0,938	0,497	0,486	0,320	0,578	0,599
Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.	Korelacijski koeficijent	0,148	0,124	-0,043	0,136	-0,097	0,070
	P	0,053	0,107	0,581	0,076	0,209	0,362
Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.	Korelacijski koeficijent	0,128	0,107	0,116	0,102	0,098	-0,078
	P	0,094	0,164	0,130	0,184	0,202	0,309
Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	Korelacijski koeficijent	0,000	0,078	-0,018	0,056	-0,023	0,029
	P	0,997	0,312	0,817	0,469	0,770	0,703




Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent	0,073	0,109	-0,036	0,025	-0,073	-0,026
	P	0,344	0,154	0,643	0,744	0,344	0,738
Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent	-0,021	0,006	-0,024	0,032	-0,134	-0,069
	P	0,783	0,938	0,751	0,676	0,080	0,369

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 20b: Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s zanemarivanjem i zlostavljanjem korisnika: Spearmanov korelacijski koeficijent (nastavak)**

		Emocionalna iscrpljenost	Depersonalizacija	Osobna postignuća	PSS skala	Radni staž (godine)	Stupanj obrazovanja
Baca nešto na osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent P	0,004 0,961	0,015 0,843	-0,051 0,505	0,085 0,269	-0,100 0,192	0,059 0,440
Pljuska ili udara osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent P	0,111 0,147	0,075 0,332	0,018 0,814	0,057 0,461	-0,077 0,318	-0,041 0,596
Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.	Korelacijski koeficijent P	0,022 0,773	0,160 0,037	0,060 0,436	-0,001 0,985	0,056 0,469	-0,090 0,242
Udara ili pokuša udariti osobu starije dobi nekim predmetom.	Korelacijski koeficijent P	0,037 0,632	0,073 0,346	-0,015 0,846	-0,037 0,628	-0,007 0,931	-0,073 0,339
Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.	Korelacijski koeficijent P	0,085 0,267	0,119 0,122	0,018 0,818	0,152 0,048	0,046 0,547	-0,057 0,459
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	Korelacijski koeficijent P	0,054 0,484	0,098 0,203	-0,016 0,837	0,079 0,304	-0,042 0,589	0,090 0,240
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	Korelacijski koeficijent P	0,126 0,100	0,201 0,008	-0,065 0,399	0,121 0,114	-0,060 0,437	0,089 0,249
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	Korelacijski koeficijent P	-0,117 0,129	-0,068 0,378	0,169 0,027	-0,067 0,382	-0,013 0,871	-0,056 0,466
Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.	Korelacijski koeficijent P	0,076 0,326	-0,022 0,779	0,060 0,435	0,004 0,962	0,021 0,782	-0,096 0,211
Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.	Korelacijski koeficijent P	0,006 0,939	0,001 0,992	0,146 0,057	-0,015 0,847	0,058 0,452	-0,080 0,297
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	Korelacijski koeficijent P	0,100 0,194	0,085 0,270	0,086 0,263	0,035 0,653	0,002 0,981	0,025 0,745

Izvor: Anketni upitnik, 2016

	Slaba povezanost (rho<0,200)
	Srednje jaka povezanost (rho 0,200-0,600)
	Jaka povezanost (rho >0,600)

Povezanost između stresa na radnom mjestu, sindroma sagorijevanja i uvjeta rada anketiranih s prepoznavanjem zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi u instituciji prikazana je na Tablicama 19. i 20.

U tablicama su grafički naznačene značajne korelacije (bilo da su pozitivne ili negativne). Sve značajne korelacije naknadno su uvrštene u regresijske modele koji su prikazani u Tablicama 21. do 23.

U Tablici 19.a, 19.b, 19.c prikazana je povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s kvalitetom skrbi korisnika te izračunat Spearmanov korelacijski koeficijent. Rezultati su interpretirani, a numeričke vrijednosti u tablicama naglašene su bojama.

Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene i imaju visoku razinu stresa na radu otežano skrbe za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege, dok ispitanici koji imaju veću razinu osobnog postignuća bolje skrbe po standardima zdravstvene njege.

Radni staž je koreliran s komunikacijom osoba koje boluju od demencije, odnosno s porastom radnog staža bolja je komunikacija naših ispitanika s osobama oboljelih od demencije.

Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu smatraju da je u skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija jako teška, dok ispitanici koji imaju veću razinu osobnog postignuća ne smatraju svakodnevnu komunikaciju jako teškom.

Ispitanici s visokom razinom depersonalizacije smatraju da su osobe starije dobi često same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima.

Pružatelji skrbi koji su emocionalno iscrpljeni imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu. Smatraju da su osobe starije dobi previše zahtjevne u skrbi, dok ispitanici koji imaju veću razinu osobnog postignuća ne smatraju da su osobe starije dobi previše zahtjevne u skrbi.

Ravnopravno sudjelovanje osoba starije dobi u skrbi ne smatraju važnim ispitanici s visokom razinom emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije.

Stupanj obrazovanja povezan je s tvrdnjom: „Normalno je da osobe starije dobi imaju stolicu jednom na tjedan.“, što je zanimljivo za raspravu. Svakako se ovo odnosi na visokoobrazovane medicinske sestre koje delegiraju zadatke i ne brinu o ovakvim potrebama korisnika.

Ujedno, stupanj obrazovanja korelira s tvrdnjom kako je u skrbi za osobe starije dobi potrebno glasno govoriti da oni razumiju upute i s tvrdnjom da poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan. Odnosno, obrazovanije medicinske sestre smatraju poziv zvonom neopravdanim.

Tvrdnja: „Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan.“ korelira također s visokom razinom emocionalne iscrpljenosti i visokom razinom depersonalizacije kao i visokom razinom stresa na radu. Što je osoba iscrpljenija i pod većim stresom na poslu, tada i poziv zvona smatra neopravdanijim.

Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene imaju visoku razinu depersonalizacije, visoku razinu stresa na radu i veći stupanj obrazovanja smatraju da im je potrebna dodatna edukacija iz zdravstvene njege osoba starije dobi, dok ispitanici koji imaju veću razinu osobnog postignuća ne smatraju da im je potrebna dodatna edukacija iz zdravstvene njege osoba starije dobi.

Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene, imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu ne smatraju potrebnim čitati stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi, dok ispitanici koji imaju veću razinu osobnog postignuća, čitaju stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi. Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene i imaju visoku razinu stresa na radu ne pohađaju niti smatraju potrebnim pohađati stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi.

Medicinske sestre koje su visokoobrazovane smatraju povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika zlostavljanjem, dok ispitanici s visokom razinom stresa to ne smatraju ekonomskim zlostavljanjem.

Pružatelji skrbi koji su emocionalno iscrpljeni, imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu u razgovoru s osobom starije dobi češće koriste tepanje i umanje: „bubica, zlatica, dušica, djedica“ i sl.

Medicinske sestre koje su visokoobrazovane smatraju da osobe starije dobi inkontinencijom ne privlače pažnju osoblja, dok ispitanici s visokom razinom stresa upravo smatraju da osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet. Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene i imaju visoku razinu percipiranog stresa na radnom mjestu imaju potrebu češće paliti cigarete.

Ispitanici koji su emocionalno iscrpljeni imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu te duži radni staž smatraju da rade predugo s osobama starije dobi, dok medicinske sestre s visokom razinom osobnog postignuća i visokoobrazovane ne smatraju da rade predugo s osobama starije dobi.

U Tablici 20.a, 20.b, 20.c prikazana je povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s zanemarivanjem i zlostavljanjem korisnika i Spearmanov korelacijski koeficijent.

Obrazovanje pozitivno korelira s tvrdnjom o uređivanju osobe starije dobi, odnosno visokobrazovane medicinske sestre uređuju osobu starije dobi svaki put nakon inkontinencije urina ili stolice.

Medicinske sestre s više godina radnog staža daju osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ili tiho. S tvrdnjom. „Često i bespotrebno uvodi urinarni kater.“ povezano je obrazovanje, odnosno visokobrazovane medicinske sestre te medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene i imaju visoku razinu depersonalizacije češće bespotrebno uvode urinarni kateter.

Medicinske sestre koje imaju visoku razinu depersonalizacije češće udaraju osobu starije dobi nogom ili šakom. Medicinske sestre s visokom razinom stresa bespotrebno izoliraju osobu starije dobi kako bi ju mogle kontrolirati.

Medicinske sestre koje imaju visoku razinu depersonalizacije češće viču na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji, dok pružatelji skrbi s visokom razinom osobnog postignuća rijetko uskraćuju osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.

**Tablica 21: Binarni logistički model predikcije visoke razine emocionalne iscrpljenosti**

Predikcija visoke razine emocionalne iscrpljenosti	OR	95% CI		P
		Lower	Upper	
Skrbim za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege	1,132	0,728	1,759	0,583
U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija je jako teška	1,095	0,735	1,631	0,655
Osobe starije dobi često su same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima	0,845	0,562	1,269	0,417
Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi	1,029	0,693	1,528	0,888
Osobe starije dobi trebaju ravnopravno sudjelovati u skrbi	1,385	0,906	2,116	0,132
Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta	1,029	0,625	1,692	0,912
<b>Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan</b>	<b>1,651</b>	1,063	2,563	<b>0,026</b>
Potrebna mi je dodatna edukacija iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi	1,407	0,999	1,982	0,051
Čitam stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi	0,776	0,515	1,169	0,225
<b>Pohađam stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi</b>	<b>0,590</b>	0,389	0,896	<b>0,013</b>
Povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika ne smatram zlostavljanjem	0,835	0,563	1,237	0,368
U razgovor sa osobom starije dobi koristim tepanje i umanje: „bubica, zlatica, dušica, djedica“ i sl.	1,271	0,915	1,767	0,153
Osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet.	0,961	0,655	1,411	0,840
<b>Na radnom mjestu imam potrebu za češćim paljenjem cigarete.</b>	<b>1,628</b>	1,133	2,340	<b>0,008</b>
<b>Smatram da radim predugo sa osobama starije dobi</b>	<b>1,542</b>	1,125	2,114	<b>0,007</b>
<b>Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.</b>	<b>1,593</b>	0,953	2,663	<b>0,076</b>

$R^2=42,3\%$ ;  $P<0,001$ ; HL test  $P=0,983$ ; 56% na 77%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 21. prikazuje binarni logistički model predikcije visoke razine emocionalne iscrpljenosti. U model su ubačene sve varijable koje su u prethodnim korelacijskim analizama bile značajno povezane s emocionalnom iscrpljenošću.

Model je statistički značajan ( $P<0,001$ ) i objašnjava 42,3 % varijance zavisne varijable. Vjerojatnost pripadnosti skupini s visokom razinom emocionalne iscrpljenosti značajno povećava: poziv zvonom osoba starije dobi koji često nije opravdan ( $OR=1,65$ ), potreba za paljenjem cigarete ( $OR=1,62$ ), predug radni staž s osobama starije dobi ( $OR=1,54$ ) te često i bespotrebno uvođenje urinarnog katetera ( $OR=1,59$ ), dok se vjerojatnost pripadnosti skupini s visokom razinom emocionalne iscrpljenosti značajno smanjuje za 1,69 puta ako se pohađaju stručna predavanja ( $OR=0,59$ , a vjerojatnost koliko puta manje dobije se omjerom  $1/0,59=1,69$  puta).

**Tablica 22: Binarni logistički model predikcije visoke razine depersonalizacije**

Predikcija visoke razine depersonalizacije	OR	95% CI		P
		Lower	Upper	
U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija je jako teška	1,570	0,892	2,761	0,118
Osobe starije dobi često su same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima	1,494	0,942	2,368	0,088
Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi	0,915	0,571	1,464	0,710
<b>Osobe starije dobi trebaju ravnopravno sudjelovati u skrbi</b>	<b>1,812</b>	1,034	3,176	<b>0,038</b>
Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta	1,323	0,711	2,461	0,376
Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan	1,778	0,993	3,181	0,053
Potrebna mi je dodatna edukacija iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi	1,441	0,953	2,178	0,083
<b>Čitam stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi</b>	<b>0,442</b>	0,256	0,761	<b>0,003</b>
Pohađam stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi	0,967	0,628	1,488	0,878
Povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika ne smatram zlostavljanjem	1,155	0,704	1,895	0,568
U razgovor sa osobom starije dobi koristim tepanje i umanje: „bubica, zlatica, dušica, djedica“ i sl.	1,124	0,748	1,690	0,572
<b>Osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet.</b>	<b>0,545</b>	0,335	0,888	<b>0,015</b>
Na radnom mjestu imam potrebu za češćim paljenjem cigarete.	1,060	0,706	1,590	0,780
Smatram da radim predugo sa osobama starije dobi	1,292	0,868	1,923	0,206
Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.	1,424	0,785	2,581	0,244
Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.	1,297	0,288	5,832	0,735
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	1,272	0,779	2,079	0,336

R<sup>2</sup>=44%; P<0,001; HL test P=0,786; 71% na 81%

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 22. prikazuje binarni logistički model predikcije visoke razine depersonalizacije. U model su ubačene sve varijable koje su u prethodnim korelacijskim analizama bile značajno povezane s depersonalizacijom.

Model je statistički značajan (P<0,001) i objašnjava 44 % varijance zavisne varijable. Vjerojatnost pripadnosti skupini s visokom razinom depersonalizacije značajno povećava ravnopravnost osoba starije dobi u skrbi (OR=1,81), dok se vjerojatnost pripadnosti skupini s visokom razinom depersonalizacije značajno smanjuje 2,27 puta ako se čita stručna literatura (OR=0,44) te pri radu s osobama koje privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet za 1,83 puta (OR=0,545).



**Tablica 23: Binarni logistički model predikcije niske razine osobnih postignuća**

Predikcija visoke razine burnouta zbog niskog osobnog postignuća	OR	95% CI		P
		Lower	Upper	
Skrbim za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege	0,995	0,676	1,466	0,980
U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija je jako teška	1,123	0,770	1,636	0,548
Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi	1,113	0,793	1,562	0,536
Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta	0,663	0,414	1,064	0,089
Potrebna mi je dodatna edukacija iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi	1,599	1,172	2,182	0,003
Čitam stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi	0,566	0,389	0,825	0,003
Pohađam stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi	1,155	0,822	1,623	0,405
Smatram da radim predugo sa osobama starije dobi	1,280	0,968	1,693	0,084
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	0,387	0,153	0,979	0,045

R<sup>2</sup>=25%; P<0,001; HL test P=0,058; 60% na 69%

Tablica 23. prikazuje binarni logistički model predikcije niske razine osobnih postignuća. U model su ubačene sve varijable koje su u prethodnim korelacijskim analizama bile značajno povezane s niskom razinom osobnih postignuća.

Model je statistički značajan (P<0,001) i objašnjava 25 % varijance zavisne varijable. Vjerojatnost pripadnosti skupini s niskom razinom osobnih postignuća značajno povećava potreba za dodatnom edukacijom iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi (OR=1,59), a smanjuje je čitanje stručne literature (OR=0,56) te uskraćivanje hrane ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja (OR=0,387).

U završnom dijelu analize načinjen je ukupan zbroj (score) svih pitanja iz Upitnika o zlostavljanju i zanemarivanju, posebno za pružatelje skrbi, a posebno za starije osobe. S obzirom na to da su korišteni upitnici bili visoko konzistentni, zbrojena su odgovori na sva 24 pitanja (0 = nikad nije zamijećeno zlostavljanje, 1 = jednom u godinu dana, 2 = 2 – 10 puta u godinu dana te 3 = više od 10 puta). Raspon tako dobivene skale teoretski varira od 0 do 72.

**Tablica 24: Opisna statistika sumarne skale Upitnika o zlostavljanju i zanemarivanju kod prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi i korisnika**

		Pružatelji skrbi	Korisnici
N		171	245
Aritmetička sredina		8,41	6,38
Medijan		6,00	4,00
Mod		0,00	0,00
SD		8,81	7,02
Varijanca		77,56	49,25
Skewness		1,70	1,40
Kurtosis		3,88	1,46
Raspon		49,00	30,00
Min		0,00	0,00
Max		49,00	30,00
Centile	25	1,00	0,00
	50	6,00	4,00
	75	12,00	9,00

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 24. prikazuje opisnu statistiku dobivene skale kod prikupljenih odgovora od strane pružatelja skrbi i korisnika. Vidljiva je značajno veća percepcija zlostavljanja od strane pružatelja skrbi: medijan (IQR) 6,0 (1,0-12,0) naprema 4,0 (0,0-9,0) ( $P < 0,001$ ).

S obzirom na navedenu raspodjelu kao značajnu cut-off vrijednost u percepciji zlostavljanja i zanemarivanja navedene su sumarne vrijednosti upitnika veće od 6 kod pružatelja skrbi (s obzirom na to da je 50 % ispitanika imalo ukupni skor 6 i više) te veće od 4 za korisnike (s obzirom na to da je 50 % korisnika imalo ukupni skor 4 i više). Takvi skorovi nas upućuju u značajno veću prisutnost zlostavljanja i zanemarivanja te se mogu i klinički primijeniti, odnosno da je vrijednost ukupnog zbroja veća od 4 za starije osobe upućuje da je starija osoba doživjela značajno zlostavljanje, odnosno zanemarivanje. Ovi podatci poslužili su nam u konstrukciji jedne varijable: ima, odnosno nema značajnog zlostavljanja koji su prikazani u tablicama 25. i 28.

**Tablica 25a: Razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja obzirom na socio-demografske varijable kod korisnika: X<sup>2</sup> test**

Karakteristike korisnika		Doživljeno zlostavljanje i zanemarivanje				P
		Ne		Da		
		N	%	N	%	
Spol	Muški	33	31,4%	39	27,9%	0,544
	Ženski	72	68,6%	101	72,1%	
Dob (skupine)	<75 godina	15	14,3%	36	25,7%	0,070
	75-84 godine	48	45,7%	61	43,6%	
	>=85 godina	42	40,0%	43	30,7%	
Obrazovanje	OŠ	64	61,0%	94	67,1%	0,569
	SSS	35	33,3%	38	27,1%	
	VŠS ili VSS	6	5,7%	8	5,7%	
Posjeta obitelji	Nemam obitelji	7	6,7%	3	2,1%	0,206
	Jednom u godinu dana	5	4,8%	9	6,4%	
	Nekoliko puta u godinu dana	16	15,2%	21	15,0%	
	Jednom mjesečno	24	22,9%	46	32,9%	
	Jednom tjedno	38	36,2%	49	35,0%	
	Više puta tjedno	15	14,3%	12	8,6%	
Pokretljivost	Nepokretan	18	17,1%	30	21,4%	0,229
	Slabo pokretan	7	6,7%	16	11,4%	
	Umjerenom pokretan	48	45,7%	65	46,4%	
	Samostalno pokretan	32	30,5%	29	20,7%	
Boravak	Županijski/državni dom	61	58,1%	93	66,4%	0,001
	Privatni dom	32	30,5%	17	12,1%	
	Odjel za produljeno liječenje	12	11,4%	30	21,4%	
Dijagnosticirana bolest	Ne	6	5,7%	11	7,9%	0,514
	Da	99	94,3%	129	92,1%	

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Istraživanjem nisu nađene razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod korisnika mjerene X<sup>2</sup> testom i prikazane u tablici 25.a. Od ukupnog broja ispitanika ( N=245) zlostavljanje je primijetilo 101 (72,1 %) ispitanika ženskog spola i 39 (27,9 %) ispitanika muškog spola.

S obzirom na dob najviše je zanemarivanje i zlostavljanje primijetila skupina ispitanika od 75. do 84. godine, i to njih 61 (43,6 %). S obzirom na obrazovanje ispitanika zanemarivanje i zlostavljanje su primijetile u najvećem postotku osobe sa završenom osnovnom školom, i to njih 94 (67,1 %), dok je 8 (5,7 %) visokoobrazovanih osoba primijetilo isto.

Osobe starije dobi koje imaju posjete obitelji jednom tjedno najčešće su primijetile zanemarivanje i zlostavljanje, i to njih 49 (35,0 %), dok su isto najrjeđe primijetile osobe koje nemaju obitelji, njih 3 (2,1 %).

S obzirom na pokretljivost nasilje su najčešće primijetile osobe starije dobi koje su umjereno pokretne, njih 65 (46,4 %), a najrjeđe su primijetile slabo pokretne osobe njih 16 (11,4 %).

Jedine značajne razlike u doživljenom zlostavljanju i zanemarivanju od strane korisnika mjerene  $X^2$  testom odnosile su se na vrstu boravka: značajno je bilo češće zanemarivanje i zlostavljanje na Odjelima za produljeno liječenje: (30) 21,4 % naprama (12) 11,4 % ( $P=0,001$ ). U privatnom domu samo je 17 (12,1 %) korisnika primijetilo zanemarivanje i zlostavljanje.

S obzirom na oboljenja 129 (92,1 %) korisnika koji imaju dijagnosticiranu neku bolest primjetilo je nasilje, a samo 11 (7,9 %) korisnika s dijagnozom bolesti nije primijetilo nasilje.

S obzirom na to da je pronađena samo jedna značajna razlika, multivarijantni regresijski model nije moguće načiniti (predviđeni unos prediktorskih varijabli bio je namijenjen samo onim varijablama koje su univarijantno bile značajne).

**Tablica 25b: Razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja obzirom na socio-demografske varijable kod pružatelja skrbi: X<sup>2</sup> test**

		Značajno zlostavljanje/zanemarivanje				P
		Ne		Da		
		N	%	N	%	
Spol	Muški	18	15,8%	5	8,8%	0,205
	Ženski	96	84,2%	52	91,2%	
Dobne skupine	<=30 godina	29	25,4%	17	29,8%	0,617
	30-40 godina	21	18,4%	14	24,6%	
	40-50 godina	31	27,2%	13	22,8%	
	>=51 godinu	33	28,9%	13	22,8%	
Radni staž (skupine)	<=10 godina	35	30,7%	21	36,8%	0,658
	11-20 godina	22	19,3%	11	19,3%	
	21-30 godina	30	26,3%	16	28,1%	
	>=31 godinu	27	23,7%	9	15,8%	
Živi s partnerom	Ne	37	32,5%	16	28,1%	0,559
	Da	77	67,5%	41	71,9%	
Stupanj obrazovanja	medicinska sestra srednje stručne spreme	90	78,9%	39	68,4%	0,301
	prvostupnik/ca sestriinstva	22	19,3%	17	29,8%	
	diplomirana medicinska sestra/ magistra sestriinstva	2	1,8%	1	1,8%	
Imate li djecu	Ne	36	31,6%	16	28,1%	0,638
	Da	78	68,4%	41	71,9%	
U Vašem radu je:	optimalan broj korisnika/ broj med.sestara	15	13,2%	4	7,0%	0,172
	ponekad je prevelik broj korisnika	27	23,7%	9	15,8%	
	kontinuirano je prevelik broj korisnika	72	63,2%	44	77,2%	
Radim pretežno	ujutro	19	16,7%	21	36,8%	0,011
	ujutro i poslijepodne	16	14,0%	8	14,0%	
	smjenski rad s noćnom smjenom	79	69,3%	28	49,1%	
Urbanitet	Gradsko područje	31	27,2%	12	21,1%	0,383
	Ruralno područje	83	72,8%	45	78,9%	

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tip ustanove	Županijski/državni dom	24	21,1%	14	24,6%	0,039
	Privatni dom	12	10,5%	0	0,0%	
	Odjel za produljeno liječenje	78	68,4%	43	75,4%	
Broj skrbnika ustanove	<20	1	0,9%	3	5,3%	0,192
	21-50	18	15,8%	8	14,0%	
	51-100	10	8,8%	2	3,5%	
	>100	85	74,6%	44	77,2%	
Mogućnost odabira rada sa starijim osobama	Ne	94	82,5%	50	87,7%	0,374
	Da	20	17,5%	7	12,3%	

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 25.b prikazuje razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod pružatelja skrbi mjerene  $X^2$  testom. Od ukupnog broja pružatelja skrbi značajno zlostavljanje/zanemarivanje primijetilo je 52 (91,2 %) ispitanika ženskog spola, 5 (8,8 %) ispitanika muškog spola. S obzirom na dob značajno zlostavljanje/zanemarivanje najviše je primijetila skupina mladih od 31 godinu, njih 17 (29,8 %), a najrjeđe ili 13 (22,8 %) primijetila je skupina ispitanika od 40 i 50 godina i skupina starija od 51 godinu.

S obzirom na radni staž značajno zlostavljanje/zanemarivanje primijetilo je 21 (36,8 %) ispitanika koji imaju radni staž manji od 10 godina, a najmanje su značajno zlostavljanje/zanemarivanje primijetili ispitanici s više od 31 godinu radnog iskustva, njih 9 (15,8 %).

Od ukupnog broja ispitanika koji su primijetili nasilje 41 (71,9 %) ispitanika živi s partnerom, a 16 (28,1 %) ih ne živi s partnerom. S obzirom na obrazovanje 39 (68,4 %) ispitanika srednje stručne spreme primijetilo je nasilje, 17 (29,8 %) prvostupnica i 1 (1,8 %) diplomirana medicinska sestra / magistra sestrištva primijetile su nasilje.

S obzirom na broj korisnika o kojima skrbe značajno zlostavljanje/zanemarivanje primijetilo je 44 (77,2 %) onih koji smatraju da je kontinuirano prevelik broj korisnika, a samo 4 (7,0 %) ispitanika koji su primijetili nasilje smatra da je optimalan broj korisnika / broj medicinskih sestara.

Razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod pružatelja skrbi mjerene  $X^2$  testom značajne su kod varijable načina rada, odnosno značajno češće primjećuju zanemarivanje i zlostavljanje medicinske sestre koje rade ujutro, i to 21 (36,8 %) ( $P=0,011$ ).

Nema značajne razlike u primjećivanju nasilja ako se uzme u obzir urbanitet, broj skrbnika ustanove i mogućnost odabira rada sa starijim osobama. Razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja obzirom na sociodemografske varijable kod pružatelja skrbi mjerene  $X^2$  testom značajne su kod varijable tip ustanove, odnosno u privatnom domu nije primijećeno zanemarivanje i zlostavljanje od strane pružatelja skrbi odnosno 0 (0,0) ( $P=0,039$ ). Na odjelima za produljeno liječenje 43 (75,4 %), a u županijskom domu 14 (24,6 %) ispitanika primijetilo je značajno zlostavljanje/zanemarivanje osoba starije dobi.

**Tablica 26a: Vrsta pojedine ustanove i doživljeni oblici zlostavljanja u zadnjih 12 mjeseci: X<sup>2</sup> test**

		Boravak						P
		Županijski/državni dom		Privatni dom		Odjel za produljeno liječenje		
		N	%	N	%	N	%	
Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.	Nikad	115	74,7%	37	75,5%	32	76,2%	0,977
	Najmanje jednom u 12 mj	39	25,3%	12	24,5%	10	23,8%	
Ignorira poziv osobe starije dobi.	Nikad	91	59,1%	41	83,7%	22	52,4%	0,002
	Najmanje jednom u 12 mj	63	40,9%	8	16,3%	20	47,6%	
Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.	Nikad	140	90,9%	44	89,8%	38	90,5%	0,973
	Najmanje jednom u 12 mj	14	9,1%	5	10,2%	4	9,5%	
Daje laksative samo jednom na tjedan.	Nikad	145	94,2%	42	85,7%	39	92,9%	0,155
	Najmanje jednom u 12 mj	9	5,8%	7	14,3%	3	7,1%	
Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.	Nikad	152	98,7%	48	98,0%	41	97,6%	0,859
	Najmanje jednom u 12 mj	2	1,3%	1	2,0%	1	2,4%	
Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.	Nikad	138	89,6%	44	89,8%	39	92,9%	0,817
	Najmanje jednom u 12 mj	16	10,4%	5	10,2%	3	7,1%	
Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.	Nikad	153	99,4%	48	98,0%	42	100,0%	0,520
	Najmanje jednom u 12 mj	1	0,6%	1	2,0%	0	0,0%	
Odbija pomoći osobi oko hranjenja.	Nikad	138	89,6%	49	100,0%	38	90,5%	0,065
	Najmanje jednom u 12 mj	16	10,4%	0	0,0%	4	9,5%	
Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.	Nikad	112	72,7%	42	85,7%	30	71,4%	0,156
	Najmanje jednom u 12 mj	42	27,3%	7	14,3%	12	28,6%	
Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.	Nikad	152	98,7%	49	100,0%	42	100,0%	0,551
	Najmanje jednom u 12 mj	2	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	
Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	Nikad	98	63,6%	46	93,9%	26	61,9%	<0,001
	Najmanje jednom u 12 mj	56	36,4%	3	6,1%	16	38,1%	

Izvor: Anketni upitnik, 2016

**Tablica 26b: Veličina pojedine ustanove i doživljeni oblici zlostavljanja u zadnjih 12 mjeseci: X<sup>2</sup> test**

		Boravak						P
		Županijski/državni dom		Privatni dom		Odjel za produženo liječenje		
		N	%	N	%	N	%	
Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	Nikad	122	79,2%	48	98,0%	38	90,5%	0,003
	Najmanje jednom u 12 mj	32	20,8%	1	2,0%	4	9,5%	
Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.	Nikad	120	77,9%	48	98,0%	35	83,3%	0,005
	Najmanje jednom u 12 mj	34	22,1%	1	2,0%	7	16,7%	
Baca nešto na osobu starije dobi.	Nikad	151	98,1%	49	100,0%	42	100,0%	0,408
	Najmanje jednom u 12 mj	3	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	
Pljuska ili udara osobu starije dobi.	Nikad	152	98,7%	49	100,0%	42	100,0%	0,551
	Najmanje jednom u 12 mj	2	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	
Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.	Nikad	153	99,4%	49	100,0%	42	100,0%	0,743
	Najmanje jednom u 12 mj	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	
Udara ili pokuša udariti osobu starije dobi nekim predmetom.	Nikad	153	99,4%	49	100,0%	42	100,0%	0,743
	Najmanje jednom u 12 mj	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	
Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.	Nikad	129	83,8%	49	100,0%	37	88,1%	0,010
	Najmanje jednom u 12 mj	25	16,2%	0	0,0%	5	11,9%	
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	Nikad	92	59,7%	47	95,9%	28	66,7%	<0,001
	Najmanje jednom u 12 mj	62	40,3%	2	4,1%	14	33,3%	
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	Nikad	73	47,4%	35	71,4%	22	52,4%	0,013
	Najmanje jednom u 12 mj	81	52,6%	14	28,6%	20	47,6%	
Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.	Nikad	138	89,6%	49	100,0%	39	92,9%	0,060
	Najmanje jednom u 12 mj	16	10,4%	0	0,0%	3	7,1%	
Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.	Nikad	123	79,9%	49	100,0%	33	78,6%	0,002
	Najmanje jednom u 12 mj	31	20,1%	0	0,0%	9	21,4%	
Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.	Nikad	128	83,1%	48	98,0%	39	92,9%	0,012
	Najmanje jednom u 12 mj	26	16,9%	1	2,0%	3	7,1%	
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	Nikad	126	81,8%	48	98,0%	39	92,9%	0,006
	Najmanje jednom u 12 mj	28	18,2%	1	2,0%	3	7,1%	

Izvor: Anketni upitnik, 2016



Tablica 26.a i 26.b prikazuju vrstu pojedine ustanove i doživljene oblike zlostavljanja u zadnjih 12 mjeseci mjereno  $X^2$  testom.

U privatnom domu značajno je manje svih oblika zanemarivanja i zlostavljanja, no statistički su značajne razlike kod tvrdnje: „Ignorira poziv osobe starije dobi.“ koju je u županijskom domu primijetilo 63 (40,9 %) pružatelja skrbi, u privatnom domu 8 (16,3 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 20 (47,6 %) ispitanika ( $P=0,002$ ).

Zanemarivanje/odbijanje okretanja ili pomicanja osobe kako bi se spriječili bolni pritisci najmanje je jednom u 12 mjeseci u županijskom domu primijetilo 56 (36,4 %) ispitanika, u privatnom domu 3 (6,1 %) ispitanika, a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 16 (38,1 %) ispitanika ( $P<0,001$ ).

Bespotrebno obuzdavanje osobe starije dobi najmanje jednom u 12 mjeseci primijetilo je u županijskom domu 32 (20,8 %) ispitanika, u privatnom domu 1 (2,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 4 (9,5 %) ispitanika ( $P=0,003$ ).

Zlostavljanje kao što je „guranje, grabljenje, štipanje, osobe starije dobi“ primijetilo je u županijskom domu 34 (22,1 %) ispitanika, u privatnom domu 1 (2,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 7 (16,7 %) ispitanika ( $P=0,005$ ).

Bespotrebno izoliranje osobe starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati primijećeno je najmanje jednom u 12 mjeseci u županijskom domu kod 25 (16,2 %) medicinskih sestara, u privatnom domu 0 (0,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 5 (11,9 %) ispitanika ( $P=0,010$ ).

Vrijeđanje ili psovanje osobe starije dobi najmanje jednom u 12 mjeseci primijetilo je u županijskom domu 62 (40,3 %) ispitanika, u privatnom domu 2 (4,1 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 14 (33,3 %) ispitanika ( $P<0,001$ ).

Vikanje na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji primijetilo je u županijskom domu 81 (52,6 %) ispitanika, u privatnom domu 14 (28,6 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 20 (47,6 %) ispitanika ( $P=0,013$ ).

Uzimanje nakita, novca, odjeće ili nečeg drugog osobi starije dobi iz njegove/njezine sobe primijetilo je u županijskom domu 31 (20,1 %) u privatnom domu 0 (0,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 9 (21,4 %) ispitanika ( $P=0,002$ ).

Diranje osobe starije dobi na neprimjeren način primijetilo je najmanje jednom u 12 mjeseci u županijskom domu 26 (16,9 %) ispitanika, u privatnom domu 1 (2,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 3 (7,1 %) ispitanika ( $P=0,012$ ).

Navođenje osobe starije dobi na neprimjeren razgovor i misli primijetilo je najmanje jednom u 12 mjeseci 28 (18,2 %) medicinskih sestara u županijskom domu, samo 1 (2,0 %) u privatnom domu i 3 (7,1 %) medicinskih sestara na Odjelu za produljeno liječenje ( $P=0,006$ ).

**Tablica 27: Post-hoc usporedba pojedinih kategorija iz Tablice 26.**

		Boravak		
		Županijski/državni dom	Privatni dom	Odjel za produljeno liječenje
		(A)	(B)	(C)
Ignorira poziv osobe starije dobi.	Nikad		A( ,005) C( ,004)	
	Najmanje jednom u 12 mj	B( ,005)		B( ,004)
Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.	Nikad		A( ,000) C( ,001)	
	Najmanje jednom u 12 mj	B( ,000)		B( ,001)
Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.	Nikad		A( ,006)	
	Najmanje jednom u 12 mj	B( ,006)		
Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.	Nikad		A( ,004) C( ,042)	
	Najmanje jednom u 12 mj	B( ,004)		B( ,042)
Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.	Nikad		A( ,000) C( ,001)	
	Najmanje jednom u 12 mj	B( ,000)		B( ,001)
Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.	Nikad		A( ,010)	
	Najmanje jednom u 12 mj	B( ,010)		
Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.	Nikad		A( ,023)	
	Najmanje jednom u 12 mj	B( ,023)		
Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli	Nikad		A( ,015)	
	Najmanje jednom u 12 mj	B( ,015)		

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 27. prikazuje naknadnu reanalizu (post-hoc) značajnih razlika iz tablice 25. kako bi se uvidjelo između kojih točno razina ustanova postoji značajna razlika.

**Tablica 28: Učestalost doživljenog zlostavljanja i/ili zanemarivanja u starijoj dobi tijekom zadnjih 12 mjeseci obzirom na njihovo zdravstveno stanje: X<sup>2</sup> test**

		Doživljeno zlostavljanje i zanemarivanje				P
		Ne		Da		
		N	%	N	%	
Bolesti mišićno - koštanog sustava	Ne	73	69,5%	79	56,4%	0,037
	Da	32	30,5%	61	43,6%	
Bolesti srca i krvožilnog sustava	Ne	62	59,0%	85	60,7%	0,792
	Da	43	41,0%	55	39,3%	
Bolesti dišnog sustava	Ne	94	89,5%	121	86,4%	0,465
	Da	11	10,5%	19	13,6%	
Psihički poremećaji	Ne	99	94,3%	123	87,9%	0,088
	Da	6	5,7%	17	12,1%	
Neurološki poremećaji	Ne	86	81,9%	107	76,4%	0,300
	Da	19	18,1%	33	23,6%	
Bolesti osjetila	Ne	80	76,2%	100	71,4%	0,403
	Da	25	23,8%	40	28,6%	
Bolesti probavnog sustava	Ne	94	89,5%	119	85,0%	0,298
	Da	11	10,5%	21	15,0%	
Bolesti mokraćnih i spolnih organa	Ne	92	87,6%	125	89,3%	0,685
	Da	13	12,4%	15	10,7%	
Kožne bolesti	Ne	99	94,3%	139	99,3%	0,020
	Da	6	5,7%	1	0,7%	
Zloćudni tumori	Ne	102	97,1%	137	97,9%	0,720
	Da	3	2,9%	3	2,1%	
Debljina	Ne	97	92,4%	128	91,4%	0,788
	Da	8	7,6%	12	8,6%	
Šećerna bolest	Ne	77	73,3%	105	75,0%	0,768
	Da	28	26,7%	35	25,0%	

Izvor: Anketni upitnik, 2016

Tablica 28. prikazuje učestalost doživljenog zlostavljanja i/ili zanemarivanja u starijoj dobi tijekom zadnjih 12 mjeseci s obzirom na njihovo zdravstveno stanje mjereno X<sup>2</sup> testom. Željela se provjeriti povezanost vrste oboljenja i zlostavljanja nad osobom starije dobi. Ispitanici starije dobi koji imaju bolesti mišićno-koštanog sustava značajno su češće zlostavljani, odnosno zanemarivani (P=0,037). Također, paradoksalno, osobe starije dobi koje imaju kožne bolesti značajno rjeđe primjećuju zanemarivanje (P=0,020).

### 6.1 Provjera hipoteza

Podaci iz Tablice 13a i 13b te Slika 2 potvrđuju **hipotezu 1: »U institucijskoj skrbi osoba starije životne dobi postoji zanemarivanje i zlostavljanje od**

**strane pružatelja skrbi kod najmanje 10% osoba starije dobi** Statističkom analizom analizirana je učestalost pojedinih tipova zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi od strana pružatelja skrbi.  $X^2$  kvadrat testom usporedile su se razlike u učestalostima s obzirom na dobne skupine, komorbiditet, spol starijih osoba te radno iskustvo i razinu obrazovanja pružatelja skrbi.

**Hipoteza 2: »Osobe starije životne dobi u instituciji primjećuju zanemarivanje i zlostavljanje.« potvrđena je.** Apsolutnim brojevima i relativnim udjelima, odnosno frekvencijama, prikazana je učestalost zanemarivanja i zlostavljanja u osoba starije životne dobi koja je prikazana u odnosu na njihovu dob, spol i komorbiditet, a razlike su analizirane  $X^2$  testom.

Ujedno smo dobili potvrđan odgovor na istraživačko pitanje: »Postoji li zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi koje borave u institucijama Međimurske i Varaždinske županije Republike Hrvatske od strane pružatelja skrbi, odnosno medicinskih sestara?«

Povezanost između sociodemografskih i zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihova zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi prikazani su u tablici 14.a, 14.b i analizirani Spearmanovim korelacijskim koeficijentom te su dodatno pojašnjeni u tablici 28. Međuodnos između zdravstvenih karakteristika osoba starije dobi i pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u instituciji analiziran je odgovarajućim  $X^2$  testovima. Oni prikazuju izravan odgovor te **potvrđuju hipotezu 3: »Postoji povezanost između zdravstvenih karakteristika osoba starije dobi i zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u instituciji.«**

**Hipotezu 4: »Postoji povezanost između podrške obitelji osobi starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihova zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi.«** **potvrdili smo** rezultatima tablice 14. i tablice 16. Međuodnos između podrške obitelji osobama starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihova zanemarivanja i zlostavljanja sa strane pružatelja skrbi analiziran je  $X^2$  testom.

**Hipoteza 6: »Postoji povezanost između stresa na radnom mjestu, sindroma sagorijevanja i uvjeta rada anketiranih s prepoznavanjem zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi u instituciji.«** **potvrđena je** kroz rezultate u tablici 15. gdje su prikazane pojedine domene sindroma sagorijevanja prema kategoriziranim vrijednostima. Tablice 19. i 20. prikazuju međuodnos stresa i sindroma sagorijevanja na radnom mjestu s prepoznavanjem zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi u instituciji te povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja, stresa na radu, radnog iskustva te stupnja obrazovanja s kvalitetom skrbi korisnika. Analizirane su Spearmanovim korelacijskim koeficijentom i potvrđuju dodatno hipotezu 6.

Ujedno je ovim parametrima **potvrđena hipoteza 5: »Postoji povezanost između demografskih i profesionalnih karakteristika anketiranih pružatelja skrbi s prepoznavanjem zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije životne dobi u instituciji.«** Načinjeni su odgovarajući regresijski modeli predikcije dobivenog skora iz upitnika o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi (kao zavisne varijable).

**Hipoteza 7: »Više od polovice anketiranih pružatelja skrbi ne prepoznaje zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi u institucijama.« također je potvrđena.** Apsolutnim brojevima i relativnim udjelima, odnosno frekvencijama prikazana je učestalost prepoznavanja zanemarivanja i zlostavljanja u osoba starije životne dobi od strane pružatelja skrbi koja je prikazana u odnosu na njihovu dob, spol i komorbiditet, a razlike su analizirane  $X^2$  testom. Naime, pružatelji skrbi – medicinske sestre značajno češće (u usporedbi s korisnicima) doživljavaju zanemarivanje i zlostavljanje, dok starije osobe (u odnosu na pružatelje skrbi) kao zanemarivanje i zlostavljanje značajno češće percipiraju uzimanje nakita, novca, odjeće ili sl. te diranje na neprimjeren način.

## **7 RASPRAVA**

U pregledu dosadašnje literature značajno više je provedenih istraživanja o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi u kućanstvima, nego u institucijama (Kisman i sur., 2014). Posljednjih godina u Republici Hrvatskoj spominje se nekoliko istraživanja o nasilju nad osobama starije dobi u obiteljima, no prvenstveno na razini senzibilizacije profesionalne javnosti, a autori su: Ajduković, 1994.; Ajduković, 2003.; Poredoš, Tošić i Grgić, 2005.; Rusac, 2006.; Rusac i Čizmin 2011.

S obzirom da do sada u Republici Hrvatskoj nisu objavljivani rezultati istraživanja o nasilju nad osobama starije dobi u institucijama za skrb, naše istraživanje se usmjerilo upravo na problematiku zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama. Literatura o zlostavljanju osoba starije dobi u institucijama ukazuje na minimalno postojanje znanstvenih dokaza za procjenu, intervencije i strategiju te postoji trenutna potreba za vrednovanjem i istraživanjem u ovom području i poboljšanje razmjene znanja (Stolee i sur., 2012). Nedostatak stručne literature o ovoj tematici daje dojam da je zlostavljanje osoba starije dobi u institucijama minimalno prisutno (Daly i sur., 2011) i da je prevalenciju istog u staračkim domovima teško procijeniti (McDonald i sur., 2012).

Zanemarivanje i zlostavljanje starijih u institucijama fenomen je koji je počeo interesirati socijalne, zdravstvene djelatnike, ali i akademsku zajednicu. Upravo dobra povezanost znanstvenika i praktičara koji pružaju skrb u institucijama može dovesti do realizacije postavljenih ciljeva. Dosadašnja i ne tako brojna istraživanja pokazuju da je potrebna identifikacija prevalencije zanemarivanja i zlostavljanja kao i jasnije definiranje faktora rizika od strane osobe starije dobi i pružatelja skrbi. Rezultati dobiveni istraživanjem u raspravi podijeljeni su i pojašnjeni iz perspektive osoba starije dobi i iz perspektive pružatelja skrbi te unutar ove podjele korelirani su sa sličnim istraživanjima. Važno je napomenuti da se u literaturi ne spominje slično istraživanje, odnosno istraživanje koje je istim upitnikom ispitalo obje skupine i njihov pogled na pojavu nasilja. Najbliskije je istraživanje, autora Drennana i suradnika, provedeno u Irskoj 2012. godine i taj je upitnik korišten i u ovom radu uz suglasnost autora.

U provedenom istraživanju obuhvatile su se osobe starije dobi, njihove sociodemografske i zdravstvene karakteristike, njihov doživljaj zlostavljanja i povezanost svih varijabli. Kod medicinskih sestara istražile su se

sociodemografske karakteristike i njihova povezanost sa zlostavljanjem, razina stresa i pojavnost sindroma sagorijevanja te sve navedeno koreliralo se s pojavnosti zlostavljanja. Ujedno se upitnikom o kvaliteti skrbi željela vidjeti povezanost znanja medicinskih sestara o zdravstvenoj njezi starijih osoba i povezanost tih znanja sa zlostavljanjem.

## 7.1 Analiza doprinosa sociodemografskih i zdravstvenih karakteristika osoba starije dobi na percepciju zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama

### 7.1.1 Spol

Opisna statistika ispitivanih sociodemografskih varijabli kod starijih osoba uključenih u istraživanje (N=245) ukazuje da je većina korisnika ženskog spola: 173 (70,6 %), najmanje je mlađih od 75 godina, odnosno 51 (20,8 %), dok je najviše ispitanika od 75. do 84. godine, njih 109 (44,5 %). Istraživanjem nisu nađene razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod korisnika mjerene  $X^2$  testom. Od ukupnog broja ispitanika zlostavljanje je primijetilo 101 (72,1 %) ispitanika ženskog spola i 39 (27,9 %) ispitanika muškog spola. Literatura navodi da su starije žene u rizičnoj skupini, rijetko potraže pomoć kada su zlostavljane, najčešće zbog srama koji osjećaju i stavova da su zaslužile ovakav tretman. (NHS Health Scotland, 2003.)

### 7.1.2 Dob i obrazovanje osoba starije dobi

Starost je najvažniji demografski faktor i važan je za sve vrste zlostavljanja, osim materijalnog, a drugi je značajan demografski faktor obrazovanje, posebice za emocionalno zlostavljanje. (Post i sur., 2010.) Acierno i sur. (2010.) nižu su dob osobe starije dobi povezali s emocionalnim i fizičkim zlostavljanjem, Laumann i suradnici (2008.) utvrdili su da se u nižoj starijoj dobi pojavljuje emocionalno i financijsko zlostavljanje. Osobe starije dobi koje su završile samo osnovnu školu češće su izložene ponižavanju i vrijeđanju, gotovo nikad ne prijavljuju nasilje jer nisu upućene da postoji za to mogućnost (Malmedal, 2013.), no u provedenom istraživanju i potvrđivanjem razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod korisnika  $X^2$  testom nije nađena povezanost. S obzirom na dob najviše je zanemarivanje i zlostavljanje primijetila skupina ispitanika od 75. do 84. godine, i to njih 61 (43,6 %) što je blisko istraživanju Laumanna i sur. (2008.), a može se objasniti kako upravo ta skupina najčešće dolazi u instituciju. Naime, mlađi od 75 godina još su pokretni, samostalni i sa svojim obiteljima. Dolaskom u instituciju primjećuju obrasce nasilnog ponašanja, dok osobe starije od 85 godina ili „stariji stari“ često imaju ozbiljno narušeno zdravlje i nisu u mogućnosti prijaviti nasilje ili ga izreći.

Obrazovanije osobe starije dobi (završena srednja škola ili visokoškolsko obrazovanje) u istraživanju su češće primijetile da se osobi starije dobi uzima nakit, novac, odjeća ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe. Od ukupnog broja koji je primijetio nasilje najveći broj osoba starije dobi, njih 94 (67,1 %), ima završenu osnovnu školu, 38 (27,1 %) ima završenu srednju školu, a samo 8 (5,7 %) ima završenu višu školu ili fakultet. Ovi podatci ne iznenađuju jer najveći broj korisnika, njih 94 (67,1 %) ima osnovno obrazovanje i oni su ujedno zamijetili najviše nasilja.

U populaciji Republike Hrvatske 11,9 % stanovništva starijeg od 65 godina ima završeni fakultet odnosno visoku ili višu školu, a ti su podatci u populaciji koja je smještena u instituciju nešto niži. (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016., 2014.)

### 7.1.3 Zdravstveno stanje osoba starije dobi

Povezanost zdravstvenih osobina osoba starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihova zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi dokazana je u provedenom istraživanju. Od ukupnog broja ispitanika umjereno je pokretnih 113 (46,1 %), a potpuno nepokretnih 48 (19,6 %). Većina korisnika nalazi se u županijskom, odnosno državnom domu (62,9 %), u privatnom domu 49 (20,0 %), a na Odjelima za produljeno liječenje 42 (17,1 %) ispitanika. Opisna statistika ispitivanih varijabli vezanih za opći i specifični morbiditet kod starijih osoba uključenih u istraživanje ukazuje kako velika većina korisnika, 228 (93,1 %), ima dijagnosticiranu bar jednu bolest, a najzastupljenije su bolesti srca i krvožilnog sustava 98 (40,0 %), bolesti mišićno-koštanog sustava 93 (38,0 %) i šećerna bolest 63 (25,7 %). S obzirom na pojavu nasilja važan podatak su i bolesti osjetila od kojih boluje 65 (26,5 %) ispitanika. Učestalost posjeta obitelji kao i spol nisu značajno korelirali ni s jednom od usporednih varijabli.

Potvrđene su hipoteze da postoji povezanost između zdravstvenih karakteristika osoba starije dobi i zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u instituciji. Korelacijski koeficijenti pripadaju u grupaciju slabih koeficijenata, ali klinički značajnih: tako npr. veći broj dijagnosticiranih bolesti značajno je pozitivno povezan s češćim bespotrebim obuzdavanjem osoba starije dobi, vikanjem na osobe starije dobi u bijesu i ljutnji, uzimanjem nakita, novca ili odjeće, diranjem osoba starije dobi na neprimjeren način te navođenjem na neprimjeren razgovor i misli. Negativne korelacije odnosile su se na pokretljivost: smanjena pokretljivost značajno je povezana s češćim ignoriranjem i odbijanjem pomoći oko hranjenja. Učestalost doživljenog zlostavljanja i/ili zanemarivanja u starijoj dobi tijekom zadnjih 12 mjeseci s obzirom na zdravstveno stanje mjerena je  $X^2$  testom i pokazuje da su ispitanici starije dobi koji imaju bolesti mišićno-koštanog sustava znatno češće zlostavljani, odnosno zanemarivani ( $P=0,037$ ). Također, osobe starije dobi koje imaju kožne bolesti znatno rjeđe primjećuju zanemarivanje ( $P=0,020$ ). Ovaj podatak ne nalazi se nigdje u literaturi, ali se može objasniti kako su osobe starije dobi oboljele od kožnih bolesti kroz duži životni period izložene stigmati, osjećaju odbačenosti i neprihvatanja zbog izgleda svojeg tijela te su tako s vremenom postale neosjetljive.

S obzirom na pokretljivost nasilje su najčešće primijetile osobe starije dobi koje su umjereno pokretne, 65 (46,4 %), a najrjeđe su primijetile slabo pokretne osobe, 16 (11,4 %) ispitanika. S obzirom na oboljenja 129 (92,1 %) korisnika koji imaju dijagnosticiranu neku bolest primijetilo je nasilje, a samo 11 (7,9 %) korisnika s dijagnozom bolesti nije primijetilo nasilje.

Navedeno se može povezati s istraživanjem Posta i sur. (2010.) koji navode da su osobe starije dobi s problemima fizičkog funkcioniranja, inkontinencijom ili poteškoćama u obavljanju osobne higijene omalovažavani od strane njegovatelja, najčešće verbalno, dok su kod osoba starije dobi s ograničenjima u svakodnevim

aktivnostima (activities of daily living limitations - ADLsum) nastale i druge vrste zlostavljanja. Burnes (2014., 9 ) navodi da »funkcionalna oštećenja korisnika koja se očituju u pomoći u aktivnostima svakodnevnog života predstavljaju značajan faktor rizika da osoba starije dobi bude emocionalno i financijski zlostavljana.«

Drennan i sur., (2012.) navode da su najviše zanemarivanju i zlostavljanju izložene osobe starije dobi koje su izrazito nemoćne, bolesne te se ne mogu fizički braniti, depresivni i dementni bolesnici te osobe starije dobi s drugim kroničnim bolestima. »U gerontološkoj literaturi spominju se četiri glavna gerontološka javnozdravstvena problema u starijih ljudi: nepokretnost koja se pojavljuje kao gerijatrijsko-imobilizacijski sindrom u starijih osoba, slijedi nestabilnost, zbog velikog udjela ozljeda i padova u starijih, zatim nesamostalnost sa sve većim udjelom demencija i Alzheimerove bolesti u najstarijih starijih osoba te visoki udio nekontroliranog mokrenja odnosno inkontinencije u gerijatrijskih bolesnika.« (Rusac, 2011., 88)

Brojni autori (Ayalon, 2011., 503; Nadien, 2006., 166) navode da su kronična fizička oboljenja rizični čimbenik koji dovodi do stresa poružatelja skrbi te do rizika od nasilja u kući starije osobe i u instituciji. Suprotno mišljenje imaju autori Jayawardena i Liao (2006., 129) koji tvrde da »ne postoji izravna veza između zlostavljanja starijih i fizičkog zdravstvenog stanja starije osobe.« Autori prepoznaju povećanu krhkost starije osobe i kao precizniji čimbenik rizika za zlostavljanje starijih od kroničnih zdravstvenih problema. Osim navedenog, podložne zlostavljanju su i starije osobe s oštećenjem pamćenja što dovodi do njihove ovisnosti o počinitelju. (Selwood i sur., 2007.)

## 7.2 Prepoznavanje i primjećivanje zanemarivanja i zlostavljanja od strane osoba starije dobi

Osobe starije dobi uz pomoć ispitivača rješavale su upitnik kroz koji su se promatrali svi oblici zanemarivanja i zlostavljanja, a prikazani su najčešći oblici koji su se dogodili bar jedanput u zadnjih 12 mjeseci i koji su bili zabilježeni kod više od 10 % osoba starije dobi. Dobiven je izravan odgovor i potvrda postavljenih hipoteza da u institucijskoj skrbi osoba starije dobi postoji zanemarivanje i zlostavljanje od strane pružatelja skrbi kod najmanje 10 % osoba starije dobi te da osobe starije dobi u instituciji primjećuju zanemarivanje i zlostavljanje.

Slijede najčešći oblici zanemarivanja koje su primijetile osobe starije dobi: ne uređuje osobu starije dobi svaki put nakon inkontinencije urina ili stolice – 61 (24,8 %), ignorira poziv osobe starije dobi – 91 (37,1 %), hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta – 61 (24,8 %). Najrjeđe su primjećeni oblici: često i bespotrebno uvodi urinarni kateter – kod 2 (0,8 %) ispitanika i postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu – 2 (0,8 %). Najčešći oblici zlostavljanja: viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji – 115 (46,9 %), vrijeđa ili psuje osobu starije dobi – 78 (31,8 %) te odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske – 75 (30,6 %). Relativno česti i značajni su: gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi – 42 (17,1 %), bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati – 28 (12,2 %), uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe – 40 (16,3 %), dira osobu starije dobi na neprimjeren način – 30 (13,3 %), navodi osobu



starije dobi na neprimjeren razgovor i misli – 31(13,0 %). Najmanju pojavnost imaju: baca nešto na osobu starije dobi – 3 (1,2 %), pljuska ili udara osobu starije dobi – 2 (0,8 %), udara osobu starije dobi nogom ili šakom – 1(0,4 %) ispitanika.

Istraživanje autorice Hawes (2003.) pokazuje slične podatke. Naime, 48 % korisnika prijavilo je da se osoblje prema njima grubo odnosilo, 38 % njih izjasnilo se kako je vidjelo zlostavljanje drugog štićenika, dok ih je 44 % vidjelo kako drugog štićenika zaposlenici grubo tretiraju. U istraživanju Posta i sur., (2010.) 4,2 % osoba starije dobi doživjelo je fizičko zlostavljanje, 12,7 % nedostatak brige, 11,2 % verbalno zlostavljanje, 13 % emocionalno zlostavljanje, 16,2 % zanemarivanje, 0,6 % seksualno zlostavljanje, a 9,2 % materijalno zlostavljanje. Vjerojatnost da je osoba doživjela više od jedne vrste zlostavljanja bila je 51,4 %. Rezultati provedenog istraživanja pokazuju više rezultate zastupljenosti verbalnog zlostavljanja te značajno veće rezultate seksualnog zlostavljanja.

Vrlo malo je istraživanja provedenih s osobama starije dobi u institucijama o nasilju koja bi poslužila za komparaciju s dobivenim rezultatima. Razlog tomu su brojna psihofizička ograničenja od strane osobe starije dobi, prije svega otežana komunikacija, kognitivni deficiti te njihova nemotiviranost. Ujedno, prikupljanje podataka od ispitivača iziskuje iznimne komunikacijske vještine, mnogo strpljenja te vremena. Za svaki ispunjeni upitnik ispitivaču je trebalo u istraživanju otprilike 30 – 45 minuta. Osobe starije dobi koje su sudjelovale u istraživanju bile su intelektualno i kognitivno urednog statusa, suradljive, no kod određenih tvrdnji u anketiranju potrebno je bilo dodatno pojasniti što je urinarni kateter, sonda za hranjenje, što znači igoriranje.

Vrlo entuzijastično odgovarali su na tvrdnje o zanemarivanju, komentirali kako se medicinske sestre ne javljaju na zvono: »Znam da imaju mnogo posla, ali ne jave se kad ih trebam.«, »Jako viču koji puta sestre, posebno na one korisnike koji nisu baš pametni.«, »Čujem kako kod ovih korisnika koji su stalno u krevetu i ne mogu govoriti, sestre znaju jako ružno pričati.«, »Ljuti me kad ne okreću ove jadne ljude koji su stalno u krevetu.« Ovakvi komentari bili su česti što navodi na razmišljanje o uzorku ispitanika, odnosno anketiranjem nisu obuhvaćene osobe koje su dementne i intelektualno oštećene. Upravo te skupine u velikom su riziku za nasilje jer često imaju neprilagođeno ponašanje, ne mogu se izraziti, često su trajno smještene, bez posjeta obitelji, a nasilno osoblje u tim korisnicima upravo vidi priliku za rješavanje svojih frustracija. Ujedno, znakove fizičkog zlostavljanja pružatelji skrbi mogu opravdati kao da je korisnik sam sebi nanio ozljedu. »Osobe oboljele od Alzheimerove bolesti češće su podvrgnute zlostavljanju od drugih te se povećava rizik od zlostavljanja, ako starija osoba boluje od nekog oblika demencije, a kod štićenika u ustanovama, koji imaju simptome ponašanja kao što je fizička agresivnost, postoji veći rizik od zlostavljanja.« (Rusac i Čizmin, 2011., 55) Usporedimo li razmišljanje autora Ananiasa i Strydoma (2014.) kako osobe starije dobi imaju tendenciju da su zahtjevne, nezahvalne ili jednostavno teške, te često isprovociraju agresivno ponašanje od strane pružatelja skrbi, predmet novih istraživanja svakako bi trebala biti kvaliteta skrbi za osobe starije dobi koje su intelektualno oštećene, osobe s demencijom ili pak drugim teškim oštećenjima psihofizičkog funkcioniranja.

Kod tvrdnji koje govore o fizičkom zlostavljanju osobe starije dobi vrlo su teško odgovarale kao i kod dviju tvrdnja koje govore o seksualnom uznemiravanju. Često su se samo nasmijali i prodiskutirali kako njih nitko „tako“ ne gleda. Međutim, na tvrdnju: „Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.“ 12 % ispitanika primijetilo je oblik seksualnog zanemarivanja te ga jasno izrekli. U upitnik je dodana tvrdnja: „Navodi osobu starije dobi na neprimjerene misli i razgovor.“ na koju je 23 % ispitanika dalo potvrđan odgovor. Ovu tvrdnju smo uključili temeljem pregleda literature, osobnog iskustva ispitivača te „uvriježenog ophođenja“ koji je prisutan u ustanovama Republike Hrvatske. Naime, kako bi bile pristupačnije osobi starije dobi, medicinske sestre često koriste tepanja, ali i ophođenje sa seksualnom konotacijom, misleći da su tako korisnicima bliže. Uzmemo li u obzir komponentu nelagode i srama kod razgovora o temi, intime koja je bila vidljiva kod anketiranja, rezultat od 13 % relevantan je. Podatci pokazuju da korisnicima ne odgovara takva neprimjerena komunikacija.

U provedenom istraživanju nisu se ispitivali osjećaji osobe starije dobi kada su vidjeli ili doživjeli zanemarivanje ili zlostavljanje. Ispitivač je bilježio njihove komentare pa čak i neverbalne znakove (uzdahe, grimase, spuštanje pogleda) koje su iskazivali tijekom istraživanja. Najviše neverbalnih, ali i verbalnih pokazatelja, bilo je kod tvrdnje: „Uzima osobi starije dobi novac, nakit i drugo...“ gdje su korisnici vrlo glasno negodovali kako to nije u redu, kako to oni vide i doživljavaju. Važno je da pružatelji skrbi poznavaju osjećaje koji se javljaju kod osoba starije dobi kad im uzmu u „dobroj namjeri“ nešto od osobnih stvari. »Stariji ljudi koji su bili zanemarivani iskusili su znatnu ljutnju (25,0 %) ili su bili uzrujani (35,8 %).« (Kisman i sur., 2014.)

Iako je teško upoređivati nasilje nad osobom starije dobi u obiteljskom domu i u instituciji, za samo razumijevanje novih smjernica u budućim istraživanjima može poslužiti kao primjer istraživanje SZO-a u Republici Makedoniji nad 960 osoba starije dobi. U obitelji je od strane pružatelja skrbi najčešći psihički oblik zlostavljanja, a potom tjelesno zlostavljanje, kao šamaranje, udaranje, guranje. Također, ženska osoba starije dobi doživjela je više vrsta fizičkog zlostavljanja i češće od muške osobe starije dobi. (Kisman i sur., 2014.) Ono što je zanimljivo u navedenom istraživanju, a bilo bi vrijedno uključiti u buduća istraživanja nasilja u institucijama, određeni su parametri. Osim dobi, spola, fizičkog stanja promatrani su i prisutnost depresije, senzorno funkcioniranje, provjeravno je stanje vida i sluha, životni status, financijski prihodi i sadržaji u kućanstvu. Nadalje, u samom radu promatran je utjecaj regije na pojavnost zlostavljanja te se po prvi put u nekom istraživanju susreće i nekoliko pitanja koja govore o osjećajima nakon doživljenog zanemarivanja ili zlostavljanja.

### 7.3 Analiza doprinosa demografskih i profesionalnih karakteristika pružatelja skrbi, kvalitete pružene skrbi te sindroma sagorijevanja na prepoznavanje, prevenciju i prijavljivanje zanemarivanja i zlostavljanja

U provedenom istraživanju pružatelji skrbi odgovarali su na više skupina pitanja, stoga će se i rasprava osvrnuti na svaki segment.

### 7.3.1 Dob, spol i radno iskustvo pružatelja skrbi

Većina pružatelja skrbi u istraživanju ženskog je spola, njih 148 (86,5 %), muškog spola je 23 (13,5 %) ispitanika, s partnerom živi 118 (69,0 %) ispitanika i ima djecu 119 (69,6 %) ispitanika.

Od ukupnog broja pružatelja skrbi značajno zlostavljanje/zanemarivanje primijetilo je 52 (91,2 %) ispitanika ženskog spola, 5 (8,8 %) muškog spola. S obzirom da je u RH sestrinstvo pretežito ženska profesija, tvrdnja da »medicinski tehničari naspram medicinskih sestara češće zanemarivanju ili zlostavljaju osobe starije dobi u instituciji.« (Drennan i sur., 2012., 61) nije relevantna za uvjete RH. S obzirom na dob značajno zlostavljanje/zanemarivanje najviše je primijetila skupina mlađih od 31 godina, njih 17 (29,8 %), a najrjeđe, 13 (22,8 %), primijetila je skupina ispitanika od 40 i 50 godina i skupina starija od 51 godinu. »Povezanost dobi i nasilja nije do kraja istražena, no mlade osobe koje pružaju skrb imaju veću vjerojatnost da će počiniti i primijetiti zlostavljanje i zanemarivanje nad starijima osobama od starijih pružatelja skrbi.« (Rahman and Gaafary, 2012., 536)

S obzirom na radni staž značajno zlostavljanje/zanemarivanje primijetilo je 21 (36,8 %) ispitanika koji imaju radni staž manji od 10 godina, a najmanje su značajno zlostavljanje/zanemarivanje primijetili ispitanici s više od 31 godinu radnog iskustva, njih 9 (15,8 %).

Razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod pružatelja skrbi mjerene  $X^2$  testom značajne su kod varijable načina rada, odnosno značajno češće primjećuju zanemarivanje i zlostavljanje medicinske sestre koje rade ujutro, i to 21 (36,8 %), dok je 19 (16,7%) onih koje rade ujutro, a ne primjećuju ( $P= 0,011$ ). U literaturi nisu nađeni podatci o smjenskom radu medicinske sestre i pojavnosti nasilja te je ovaj podatak interesantan za raspravu, ali i nadogradnju u budućim istraživanjima. Naime, smatramo da medicinske sestre radom ujutro susreću veći broj kolegica, promatraju njihov rad i primjećuju nasilje. U popodnevim, a posebice noćnim smjenama, vrlo je često jedna medicinska sestra na veći broj korisnika i tada zapravo nije u prilici primijetiti zlostavljanje.

Značajna je korelacija radnog staža s tvrdnjom pružatelja skrbi: »Znam komunicirati s dementnom osobom.«, odnosno s porastom radnog staža ispitanika bolja je komunikacija s osobama oboljelih od demencije. Rezultat ne iznenađuje jer u praksi medicinske sestre tijekom kontakata i skrbi razviju senzibiliziranost prema osobama s demencijom, posebice u specifičnim ustnovama kao što su domovi za starije.

Prijavljivanje nasilja nad osobama starije dobi od strane medicinskih sestara ovisno je o dobi sestara. U norveškom istraživanju vidljivo je kako najstarija grupa zaposlenika ne bi prijavila svoje kolege, ne osjećaju se dovoljno hrabro da progovore, boje se što će se dogoditi ako kažu o nejednakoj skrbi te smatraju da se to treba rješavati interno u instituciji. (Malmedal, 2013.) Postavlja se pitanje da li je to zato jer stariji djelatnici imaju manje prilika za promjenu posla, boje se autoriteta i negativnih sankcija ako progovore o nejednakoj njezi. Ovi rezultati mogu se i pozitivnije tumačiti kroz lojalnost starijih djelatnika poslodavcima i kolegama, no donosi li ta lojalnost koristi osobama starije dobi? U provedenom

istraživanju nije se ispitivalo prijavljivanje čina nasilja u institucijama. S obzirom na to da je ovo prvo istraživanje o nasilju u institucijama u Republici Hrvatskoj, uspjeh je što su korisnici i pružatelji skrbi pristali na anonimno anketiranje o percepciji ove pojave. U budućnosti svakako je potrebno istražiti: kada bi medicinske sestre mogle prijaviti zlostavljanje, kako bi to učinile, bi li to prijavljivanje ovisilo o dobi, obrazovanju, dužini radnog staža, sindromu sagorijevanja.

### 7.3.2 Obrazovna struktura pružatelja skrbi

Prema stupnju obrazovanja u istraživanju je sudjelovalo 129 (75,4 %) ispitanika srednje stručne spreme, 39 (22,8 %), prvostupnik/ca sestrištva te samo 3 (1,8 %) visokoobrazovana (diplomirana medicinska sestra / magistra sestrištva) ispitanika. S obzirom na obrazovanje 39 (68,4 %) ispitanika srednje stručne spreme primijetilo je nasilje, 17 (29,8 %) prvostupnica i 1 (1,8 %) diplomirana medicinska sestra / magistra sestrištva primijetila je nasilje. U provedenom je istraživanju mali broj visokoobrazovanih medicinskih sestara i prvostupnica sestrištva što je ekvivalentno stanju u Republici Hrvatskoj. Naime, od ukupnog broja medicinskih sestara oko 37 000 (82%) je medicinskih sestara srednje stručne spreme, a 18 % prvostupnica i magistra sestrištva. (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2014.) Nedovoljno educirani zdravstveni djelatnici češće su nasilni, dok su registrirane medicinske sestre u Irskoj češće prepoznale zanemarivanje i zlostavljanje nego zdravstveni pomoćnici. (Drennan i sur., 2012.) Postoji i određena povezanost edukacije pružatelja skrbi s primjećivanjem pojavnosti nasilja pa djelatnik s višim nivoom edukacije češće primjećuje nasilje.

U provedenom istraživanju visokoobrazovane medicinske sestre smatraju da je povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika zlostavljanje, dok ispitanici s visokom razinom stresa isto ne smatraju ekonomskim zlostavljanjem. Obrazovanje pozitivno korelira s tvrdnjom o uređivanju osobe starije dobi, odnosno visokoobrazovane medicinske sestre uređuju osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice. Stupanj obrazovanja povezan je s tvrdnjom: „Normalno je da osobe starije dobi imaju stolicu jednom na tjedan.“, što je zanimljivo za raspravu. Svakako se ovo odnosi na visokoobrazovane medicinske sestre koje delegiraju zadatke i ne brinu o ovakvim potrebama korisnika, već zadatak prepuštaju kolegicama i ne percipiraju ovu potrebu korisnika iznimno bitnom.

Registrirane medicinske sestre u Norveškoj imaju mali rizik za počinjenje fizičkog nasilja, dok medicinske sestre srednjoškolskog obrazovanja imaju rizik za emocionalno nasilje i više od dvostrukog. (Malmedal, 2013.) Također je vidljivo da iako medicinske sestre imaju znanja o prikladnim standardima njege, ne primjenjuju ih redovito u provođenju skrbi. (Kalisch i sur., 2009.) Primjećivanje zlostavljanja medicinske sestre ne mogu prijaviti zbog nedostatka obrazovanja i/ili osposobljenosti. (Thomson i sur., 2011.) Osoblje niže razine obrazovanja i neodgovarajuće edukacije dva su rizična čimbenika koja se često vežu uz nasilje nad osobama starije dobi, no ujedno i dva koja se najlakše preveniraju. (National Research Council, 2003.) Stavovi osoblja važni su prediktori ponašanja pa ih je neophodno ispitati u vezi s nasilnim ponašanjem kod osoblja u staračkim domovima. Shinan-Altmanovo i Cohenovo istraživanje (2009.) ukazuje na to da su

radni stresori i sagorijevanje na poslu značajni čimbenici koji pojašnjavaju negativne stavove prema osobama starije dobi, dok su demografske karakteristike, kao što su primanja i obrazovanje, nebitne. Ova studija zapravo osvjetljava različite učinke faktora na oblikovanje stavova i posljedično na ponašanje. »Obrazovano osoblje biti će svjesno znakova, kao i potrebnih koraka koje treba poduzeti u slučaju zlostavljanja osoba starije dobi u instituciji te će istovremeno biti manji pritisak na osobe starije dobi kada je osoblje proaktivno prema prevenciji zlostavljanja.« (Falk, 2013., 5)

Postoji povezanost između obrazovanja osoblja i stavova prema osobama starije dobi kao i zapošljavanja u domovima za starije. Administratori u domovima za skrb češće imaju pozitivnije stavove od medicinskih sestara u domu (Gething i sur., 1994.), dok se zapošljavanje medicinske sestre u domu za starije smatra jedim od najmanje preferiranih radnih mjesta. (Rognstad i sur., 2004.) U provedenom istraživanju samo 27 (29,8 %) ispitanika odabralo je da želi raditi s osobama starije dobi, i to ih se pitalo. Ovaj podatak trebao bi zabrinuti i institucije i same medicinske sestre. Naime, za kvalitetnu skrb o osobama starije dobi potrebno je mnogo specifičnih znanja, vještina, ali i iznimna komunikacija, kontrola emocija i empatija. Zapošljavanje pružatelja skrbi trebalo bi se provoditi sa strožom selekcijom kadrova, na način da se prije svega zaposle medicinske sestre koje žele raditi s osobama starije dobi i kod kojih će se provjeriti određene kompetencije. Supervizija u budućnosti svakako je nužna za kvalitetnu skrb i prevenciju zlostavljanja. Medicinske sestre s nedavno završenim obrazovanjem bolje su trenirane za suočavanje s teškim situacijama i sigurnije su u korištenju raznih metoda skrbi (Malmedal, 2013.), a vidljivo je i u praksi kako su medicinske sestre s dužim radnim stažom obrazovane u vrijeme kada je zdravstvena njega bila fokusirana na rutinizirane postupke što danas kod njih dovodi do osjećaja manje vrijednosti, ali i neadekvatne skrbi.

Postoji povezanost između licenciranog osoblja i kvalitete skrbi u institucijama za njegu (Malmedal, 2013.), odnosno povezanost broja zaposlenih i kvalitete skrbi. (Castle i Anderson, 2011.) Funkcionalna sposobnost osobe starije dobi, dekubitusi nastali djelovanjem pritiska te gubitak težine najosjetljiviji su indikatori kvalitete skrbi povezani s brojem zaposlenih. Dok je u Castleovu istraživanju (2008.) čak 40 % indikatora kvalitete povezano s brojem zaposlenih u domovima za njegu, Spilsbury i sur. (2011.) nisu identificirali snažnu povezanost između broja zaposlenih i kvalitete skrbi unatoč velikom broju pregledanih članaka.

### 7.3.3 Kvaliteta pružene skrbi u institucijama i povezanost s zanemarivanjem i zlostavljanjem osoba starije dobi

U istraživanju naglasak je stavljen na kvalitetu pružene skrbi i njezinu povezanost s drugim varijablama, posebice s pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja. Ispitanici su na svaku pojedinu tvrdnju imali ponuđene odgovore: uopće se ne slažem, uglavnom se ne slažem, niti se slažem niti se ne slažem, uglavnom se slažem i izrazito se slažem. Rezultati dobiveni putem ovih tvrdnji pokazuju kako medicinske sestre smatraju da dobro skrbe za korisnike, no neke oblike zanemarivanja i zlostavljanja uopće ne prepoznaju. Na tvrdnju: „Skrbim za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege.“ uglavnom se slažem i izrazito se

slažem odgovorilo je 124 (72,5 %) ispitanika, „Poznajem tjelesne promjene kod osoba starije dobi.“ uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 168 (98,2 %) ispitanika što je i ujedno najveći postotak odgovora za neku tvrdnju. Iznimno pozitivni odgovori dobiveni su na tvrdnju: „Poznajem psihičke i kognitivne promjene kod osoba starije dobi.“ gdje je uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo 160 (93,5 %) ispitanika. Ovi podatci ukazuju kako medicinske sestre smatraju da poznaju smjernice skrbi, razumiju procese promjena u starijoj dobi fizičke, psihičke i kognitivne naravi, no već u narednim tvrdnjama mišljenja su sasvim suprotna ovom navedenom.

Zanimljivi su rezultati odgovora na četvrtu tvrdnju: „Znam komunicirati s dementnom osobom.“ gdje je uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo 142 (83,0%) ispitanika, što pokazuje da medicinske sestre smatraju da imaju znanja o komunikaciji, dok je najčešći oblik zlostavljanja vikanje na osobu starije dobi. Za buduća je istraživanja svakako misao vodilja kakva je komunikacija s osobama oboljelim od demencije, nagluhima, osobama s intelektualnim oštećenjima. Na petu tvrdnju: „U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija jako je teška.“ 111 (64,9 %) ispitanika odgovorilo je uglavnom se slažem i izrazito se slažem, a čak 40 (23,4 %) ispitanika odgovorilo je niti se slažem niti se ne slažem. Ovi rezultati pokazuju nesigurnost kao i nedostatnu obrazovanost medicinskih sestara te realan problem koji spominju i drugi autori. Tako Duraković (2007.) napominje da u zdravstvenih djelatnika postoji stručno neznanje i nesigurnost, a zamaraju ih sporost i poteškoće u komunikaciji sa starijima.

Kod tvrdnje: „Osobe starije dobi često su same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima.“ niti se slažem niti se ne slažem odgovorilo je 42 (25,1 %) ispitanika, a uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 15 (8,8 %) ispitanika. Veliki postotak ispitanika 52 (30,4 %) odgovorio je niti se slažem niti se ne slažem kod tvrdnje: „Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi.“, dok se 36 (21,1 %) ispitanika uglavnom slaže i izrazito se slaže. Ovo rezultati nisu ohrabrujući. Naime, kada će ispitanici koji su neodlučni u svom stavu naći u prilici nedostatnog broja osoblja i velikog broja zadataka, vrlo je vjerojatno da će „prebaciti krivnju na korisnika“ i postati nasilni. Istraživanja u domovima u SAD-u opisuju velikim problemom izostanak neverbalne komunikacije, povišen ton koji medicinska sestra opravdava velikom količinom posla i „osjetljivošću“ štićenika te manjak osoblja. (Abuse, Neglect and Exploitation of At-Risk Adults in Georgia, 2009.)

Kako „Osobe starije dobi trebaju ravnopravno sudjelovati u skrbi“ smatra 104 (60,9 %) ispitanika, dok se niti slažem niti se ne slažem izjasnilo 44 (25,7 %) ispitanika. S tvrdnjom: „Odijevanjem osobe starije dobi u privatno rublje čuvam dostojanstvo korisnika.“ uglavnom se slaže i izrazito se slaže 136 (79,5 %) ispitanika. Ovi visoki rezultati pokazuju inicijativu medicinskih sestara da u svakodnevnom radu poštuju autonomiju, ali i omogućavanje osobi starije dobi da koristi svoje preostale resurse i sudjeluje u brizi za sebe.

Iznimno je zanimljiv odgovor 147 (86,0 %), medicinskih sestara kako „Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta.“, a kasnije, u tvrdnjama o zlostavljanju, njih 72 (42 %) navodi kako su primijetile da kolegica „Hrani osobu

starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta“. Upravo ovakve tvrdnje pokazuju da medicinske sestre ne poznaju oblike zanemarivanja i zlostavljanja te da ono što osoba starije dobi smatra nasilnim, medicinska sestra tumači »kako je to za korisnikovo dobro«. Edukacija o ovakvim oblicima nasilja nužna je u obrazovnom susutavu, ali još više kod medicinskih sestara u sustavu rada kako bi osvijestile svoje postupke.

Kod tvrdnje: „Normalno je da osobe starije dobi imaju stolicu jednom na tjedan.“ 44 (25,7 %) ispitanika izjasnilo se niti slažem niti se ne slažem, uglavnom se slažem i izrazito se slažem što govori u prilog nepoznavanju fiziologije probavnog sustava i eliminacije kao i neprepoznavanju potreba osoba starije dobi. Zanimljivi su odgovori na tvrdnju: „U skrbi sa osobama starije dobi potrebno je glasno govoriti da razumiju upute.“ na što je uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo 92 (55,5 %) ispitanika što je potpuno podudarno s najčešćim oblikom zlostavljanja koji su medicinske sestre primijetile, a to je: „Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.“, t to kod 91 (55,0 %) ispitanika. Vikanje je najčešći oblik zlostavljanja te pružatelji skrbi smatraju da je to više puta za dobrobit korisnika kako bi se »pokrenuo, potaknuo na jelo, probudio«. Svijest da je upravo takav pristup oblik zlostavljanja, nije prisutan u pružatelja skrbi.

Na tvrdnju: „Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan.“ niti slažem niti se ne slažem, uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 116 (68,1 %) ispitanika što je podudarno s tvrdnjom iz upitnika o zlostavljanju gdje su medicinske sestre, njih 67 (40,0 %) primjetile ignoriranje poziva osobe starije dobi. Propuštanje stavljanja štice u odgovarajući položaj i okretanje, gašenje i zanemarivanje svjetla ili zvona koje signalizira da pacijentu treba pomoć, neosiguravanje dovoljno jela i pića sigurno je zanemarivanje. (Abuse, Neglect and Exploitation of At-Risk Adults in Georgia, 2009.) Veliki postotak medicinskih sestara ne percipira ovaj postupak zanemarivanjem što govori u prilog needuciranosti.

Tvrdnja koja se suprotstavlja prvoj i drugoj tvrdnji u ovom upitniku, a govori o samoj težini skrbi jest: „Zdravstvena njega osoba starije dobi jako je zahtjevna.“ gdje je 105 (67,2 %) ispitanika odgovorilo da se uglavnom slaže i izrazito se slaže. Na prve tri tvrdnje koje su ispitivale procjenu znanja medicinskih sestara dobiveni su vrlo visoki pozitivni rezultati, no zanimljivi su dobiveni rezultati na tvrdnju: „Potrebna mi je dodatna edukacija iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi.“ gdje je uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo 57 (52,1 %) ispitanika. Ovi podatci govore kako polovica ispitanika ima potrebu za obrazovanjem, traže pomoć, a na institucijama, državnim tijelima je da reagiraju na poziv. „Čita stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi.“ bira 84 (49,1 %) ispitanika, a s tom tvrdnjom niti se slaže niti se ne slaže 52 (30,4 %) ispitanika, dok 99 (57,8 %) ispitanika pohađa stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi. Ovi podatci nisu ohrabrujući, no promatrajući dostupnost literature i predavanja o tematici osoba starije dobi u Varaždinskoj i Međimurskoj županiji, ne treba ih smatrati negativnima. U budućnosti bi svakako trebalo razmišljati o ciljanoj edukaciji u samim ustanovama putem predavanja, radionica, primjera dobre prakse, ali i suvremenih načina poput e-učenja. Medicinske sestre bi putem računala u popodnevoj ili noćnoj smjeni pročitale članak, pogledale bi video o znakovima zanemarivanja ili zlostavljanja, a poželjno bi bilo provoditi periodičku

procjenu znanja o skrbi pa tako i o zlostavljanju, npr. testom od 10 pitanja svakih 6 mjeseci na računalu, na radnom mjestu. Naravno, medicinske sestre bi trebale biti motivirane i razumjeti razloge kako ne bi nastao otpor i konflikti. Dobro riješen test i pozitivni komentari nadređenih sigurno bi ih stimulirali za provođenje što kvalitetnije skbi.

Na tvrdnju: „Povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika ne smatram zlostavljanjem.“ uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorio je 41 (23,9 %) ispitanika, dok je zanimljiv postotak kako je 63 (36,8 %) ispitanika odgovorilo niti se slažem niti se ne slažem. U dijelu upitnika o zlostavljanju na tvrdnju jeste li vidjeli medicinsku sestru da „uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz sobe“, osobe starije dobi odgovorile su da jesu, njih 40 (16,3 %), a medicinske sestre odgovorile su: jednom, njih 5 (2,9 %) i 2 – 10 puta, njih 8 (4,7 %). Ovi rezultati mogu potvrditi nedosljednost u skrbi i neprepoznavanje određenih postupaka kao čin nasilja. Naime, kad u procesu zdravstvene njege medicinskoj sestri zatreba sredstvo za kupanje ili pelena za inkontinenciju, ona automatizmom i bez loše namjere to uzima od susjednog korisnika. Postupak opravdava »za dobro korisnika koji nema« i hrabri se da će vratiti isto čim bude prilika.

„U razgovoru s osobom starije dobi koristim tepanje i umanje: bubica, zlatica, dušica, djedica i sl.“ niti se slažem niti se ne slažem odgovorilo je 32 (18,7 %) ispitanika, a uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 29 (22,8 %) ispitanika. Ovakvo pristupanje osobi starije dobi ne koristi ni medicinskoj sestri ni osobi starije dobi, gubi se profesionalan odnos. Medicinska sestra degradira svoju profesiju, a osoba starije dobi loše se osjeća jer joj nije ugodno ili pak je svjesna da se istim rječnikom ne može povratno obratiti medicinskoj sestri što ju stavlja u podređeni položaj.

Na tvrdnju „Osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet.“ niti se slažem niti se ne slažem odgovorilo je 47 (27,5 %) ispitanika, dok se uglavnom slaže i izrazito se slaže 25 (14,8 %) ispitanika. Ova brojka zapravo je vrlo zabrinjavajuća jer ispitanici koji su odgovorili neutralno, kada budu pod stresom, bez dovoljno vremena i nedostatnim brojem osoblja, ovaj postupak osobe starije dobi smatrat će namjerno izvedenim te je moguće da budu nasilni prema njoj.

Kod tvrdnje: „Mislim da ne postoji zlostavljanje osoba starije dobi u instituciji.“ uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 107 (62,6 %) ispitanika. Iznimno velik broj ispitanika ne smatra da ima nasilja u njihovim institucijama što opovrgavaju tvrdnje drugog dijela upitnika. One pokazuju da su medicinske sestre primijetile vikanje na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji kod 55 % ispitanika te brojne druge oblike zlostavljanja. Na posljednju tvrdnju: „Smatram da radim predugo s osobama starije dobi.“ niti se slažem niti se ne slažem odgovorilo je 52 (30,4 %) ispitanika, uglavnom se slažem i izrazito se slažem odgovorilo je 43 (25,3 %) ispitanika. Skupina ispitanika koji se niti slažu niti se ne slažu zapravo su nesigurne osobe, nezadovoljne, koje će vrlo brzo željeti otići na drugo radno mjesto, a ako ne u mog budu u mogućnosti promijeniti radno mjesto, bit će frustrirane i ujedno rizične za počinitelja nasilja. Postoji negativna poveznica između zadovoljstva poslom i nasilja nad osobama starije dobi koju potvrđuju, ali i



opovrgavaju druga istraživanja: Leveck i Jones, 1996., Redfern i sur., 2002., Castle i sur. 2007. god. Može se reći da nisko zadovoljstvo poslom dovodi do neprimjerene skrbi, no rad u okruženju koje uključuje neprimjerenu skrb, zanemarivanje i zlostavljanje ima negativni utjecaj na zadovoljstvo poslom. Sve to čini jedan krug gdje jedno utječe na pojavnost drugog. Upravljanje ustanovom i razlike u kulturi mogu utjecati na zadovoljstvo poslom. (Malmedal, 2013.) Uznemirujući su podatci iz SAD-a koji govore da je 10 % svih zaposlenih u instituciji za skrb osuđeno za neko kazneno djelo, 13 % ima osuđujuće presude za zločine protiv osoba i ukupno 36 % pravomoćno je osuđeno za djela povezana s drogom ili alkoholom. (Falk, 2013., 4)

#### 7.3.4 Sindrom sagorijevanja medicinskih sestara

U radu s osobama starije dobi potrebna je snaga pružatelja skrbi. Često se suočavaju s ozbiljnim bolestima i smrti, a skrb je dugotrajna, stoga medicinske sestre imaju povećan rizik za izgaranje. (Cohen-Mansfield, 1997.) Medicinske sestre sklone su sindromu sagorijevanja zbog nedostatka osoblja, nedostatne i neispravne opreme i pomagala za rad, nemogućnosti korištenja slobodnih dana i godišnjih odmora, nemogućnosti utjecaja na politiku ustanove i napredovanja u struci. (Cocco i sur., 2003.) Ovu tvrdnju potvrđuju i drugi autori pa tako Hawes (2003., 470) smatra da je »profesionalno sagorijevanje osoblja glavni uzrok pojavljivanja nasilja nad starijima u institucijama, a najčešće je izazvano manjkom zaposlenika.«

Kako je navedeno u teorijskom dijelu, koncept profesionalnog sagorijevanja definiran je trima dimenzijama: emocionalnom iscrpljenošću, depersonalizacijom (ponekad se ta dimenzija naziva cinizam) te percepcijom smanjenoga osobnog postignuća (ili percepcijom smanjene profesionalne efikasnosti). (Maslach i sur., 2001.) Povećani zahtjevi na radnom mjestu (npr. previše poslova u prekratkome vremenu), snažno i konzistentno su povezani s profesionalnim sagorijevanjem, a posebno s dimenzijom emocionalne iscrpljenosti. (Maslach i sur., 2001.) U istraživanju je sindrom sagorijevanja kao rizični čimbenik ispitan standardiziranim upitnikom izgaranja na poslu Christine Maslach za pomagačke profesije (MBI) koji se danas smatra najpoznatijom mjerom izgaranja na poslu.

Rezultati provedenog istraživanja pokazali su da visoku razinu emocionalne iscrpljenosti ima 75 (43,9 %) ispitanika što je najveća dobivena vrijednost koja uistinu zabrinjava. Umjerenu razinu ima 44 (25,7 %), a nisku razinu emocionalne iscrpljenosti ima 52 (30,4 %) ispitanika. Visoku razinu depersonalizacije ima 38 (22,2 %) ispitanika, umjerenu razinu 27 (15,8 %), a nisku razinu depersonalizacije ima 106 (62,0 %) ispitanika. Visoku razinu niskog osobnog postignuća ima 68 (39,8 %) ispitanika, umjerenu razinu 44 (25,7 %), nisku razinu niskog osobnog postignuća ima 59 (34,5 %) ispitanika.

U literaturi se spominje nekoliko istraživanja o sindromu sagorijevanja kod pružatelja skrbi, no samo ih je nekoliko moguće korelirati s dobivenim rezultatima. Naime, u većini uzorak čine svi pružatelji skrbi, a ne samo medicinske sestre. Ispitanici nisu odabirani prema skupini korisnika o kojoj skrbe (osobe starije dobi) te sindrom sagorijevanja nije prezentiran kao rizični čimbenik neke pojave. U

provedenom istraživanju sudjelovale su medicinske sestre koje skrbe za osobe starije dobi i kod kojih je upravo sindrom sagorijevanja rizični čimbenik mogućeg zanemarivanja i zlostavljanja. Drenan i sur. (2012.) provedli su slično istraživanje među medicinskim sestrama i njegovateljima (Healthcare assistant), a njihovi se rezultati mogu dijelom komparirati s dobivenim rezultatima. s obzirom na to da je korišten isti standardizirani upitnik, a ispitanici su pružatelji skrbi u domovima za starije. Istraživanje u Irskoj pokazuje nisku razinu sindroma sagorijevanja u sve tri podljestvice. Većina njihovih ispitanika (61,6 %) imala je nisku razinu emocionalne iscrpljenosti, otprilike četvrtina ispitanika (23,6%) imala je umjerenu razinu, a samo 14,8 % ispitanika imalo je visoku što se razlikuje od naših dobivenih rezultata. Najniža razina sindroma sagorijevanja zamijećena je u korelaciji s depersonalizacijom; čak 90,2 % ispitanika imalo je nisku razinu, umjerenu je imalo 7,5 % ispitanika, a visoku samo 2,3 % ispitanika. Na ljestvici osobnog postignuća većina ispitanika (60,7 %) pokazala je nisku razinu sindroma sagorijevanja, 20,6 % umjerenu, a samo 16,7 % visoku razinu. Prema navedenom može se zaključiti da medicinske sestre u irskom istraživanju imaju visoku razinu osobnog postignuća što govori u prilog niskoj razini sindroma sagorijevanja. Ovako pozitivni rezultati u Irskoj mogu se pojasniti s odgovarajućim brojem medicinskih sestara na broj korisnika, većim brojem njegovatelja koji obavljaju pomoćne poslove umjesto medicinskih sestara te boljom edukacijom svih sudionika skrbi što i autori u raspravi navode kao objašnjenje.

Slično istraživanje provedli su Cocco i sur. (2003.). Korišten je također MBI upitnik na 355 medicinskih sestara u općim bolnicama i domovima za njegu. Multivarijatna analiza pokazuje da su rad u općoj bolnici, profesionalna uloga, ženski rod i omjer pacijent/njegovatelj značajni za objašnjenje visoke razine emocionalne iscrpljenosti, dok su način rada i nesposobnost pružatelja skrbi pojašnjeni visokom razinom depersonalizacije. Profesionalna uloga i uvjeti rada u općoj bolnici povezani su s niskim osobnim postignućem.

#### 7.3.4.1 Povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja sa stresom na radu, radnim iskustvom, stupnjem obrazovanja i kvalitetom skrbi

Nakon određivanje razine emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i osobnog postignuća pomoću MBI upitnika napravljena je analiza i povezanost pojedinih domena sindroma sagorijevanja sa stresom na radu, radnim iskustvom, stupnjem obrazovanja i kvalitetom skrbi korisnika te izračunat Spearmanov korelacijski koeficijent. Ovakva korelacija nije nađena u literaturi, no ipak se neki rezultati mogu objasniti drugim istraživanjima ili primjerima iz prakse. Navedeni su i pojašnjeni rezultati koji su važni za prepoznavanje i prevenciju nasilja u institucijama. Povezanost godina iskustva i profesionalnog rada prikazuje istraživanje norveških medicinskih sestara (Kada i sur., 2009.) gdje je vidljivo da zaposlenici stariji od 50 godina imaju sve manje nade u svakodnevnom radu te pacijenta rjeđe stavljaju u središte skrbi.

Rezultati pokazuju da medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene i imaju visoku razinu stresa na radu otežano skrbe za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege, dok ispitanici koji imaju veću razinu osobnog postignuća bolje skrbe po standardima zdravstvene njege. Ovi rezultati vidljivi su u svakodnevnom

procesu rada gdje vrlo često susrećemo medicinske sestre emocionalno iscrpljene, ne poštuju se standardi rada, oni im smetaju, „oduzimaju im vrijeme”. »Trenutni zakon u SAD-u zahtijeva od njegovatelja/pomoćnika medicinske sestre da pruže od 2 do 3 sata individualne skrbi korisniku ovisno o njegovim potrebama. Tendencija je da se u sljedeće dvije godine to vrijeme poveća između 2.5 i 3.8 sati. Povećanje opsega skrbi, brojni neplaćeni sati i nedostatak osoblja dovode do rizika za zlostavljanje, a još više zanemarivanja.« (Falk, 2013., 4) Rezultati ukazuju na potrebu osvještavanja važnosti standardizacije postupaka u skrbi za korisnika, koje treba prihvatiti poput „kulinarskih recepata“. Standardi predstavljaju dokument koji je donesen konsenzusom i odobren od strane priznatog tijela, koji za opću i višekratnu uporabu daje pravila, upute ili značajke za djelatnost ili njihove rezultate s ciljem postizanja najboljeg stupnja uređenosti u danom kontekstu. (Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, 2014.) U Republici Hrvatskoj počeli su se izrađivati standardi za određene postupke sestrijske skrbi, napisani su i tiskani postupnici za opću njegu bolesnika (HKMS, 2014.), samo je nedostatan njihovo prihvaćanje i implementacija u praksi.

Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene, imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu smatraju da je u skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija jako teška, dok ispitanici koji imaju veću razinu osobnog postignuća ne smatraju svakodnevnu komunikaciju jako teškom i rijetko uskraćuju osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja. Ovi rezultati su razumljivi, medicinskim sestrama je komunikacija i inače iznimno zahtjevna te ako su još prisutne emocionalna iscrpljenost i visoka razina depersonalizacije, svaki je oblik kontakta s osobom starije dobi težak. Ovdje se ukazuje prostor za opravdanost uvođenja specifične edukacije na odjele, ali i potrebu rotacije djelatnika koji imaju rizik od sindroma sagorijevanja.

Ispitanici s visokom razinom depersonalizacije smatraju da su osobe starije dobi često same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima, što ukazuje na dozu cinizma i netrpeljivosti prema osobama starije dobi. Važno je da voditelj odjela/institucije prepozna osobu koja ima visoku razinu depersonalizacije i pruži podršku i pomoć jer su vrlo izgledni konflikti i agresivno ponašanje prema korisniku. Edukaciju osoblja treba usmjeriti na razvitak potrebnih vještina s pomoću kojih će izbjeći vlastito nasilno ponašanje posebice prema korisnicima s agresivnim oblikom ponašanja. Ujedno bi omogućila zaposlenicima da se brže i bolje snađu u navedenim situacijama, čime bi se izbjegao ili preusmjerio konflikt sa štíćenikom. (Hawes, 2003.)

Pružatelji skrbi koji su emocionalno iscrpljeni, imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu, smatraju da su osobe starije dobi previše zahtjevne u skrbi i ne smatraju važnim ravnopravno sudjelovanje osoba starije dobi u skrbi. Važnost pravovremenog prepoznavanja medicinske sestre u sindromu sagorijevanja naglašavaju navedene korelacije. Naime, ukoliko se ne intervenira podrškom, promjenom radnog mjesta, slobodnim danima zasigurno će u svakodnevnom pružanju skrbi doći do konflikta s korisnikom. (American psychological association, 2015.) Pružateljima skrbi u institucijama stres pričinjavaju loši uvjeti rada i osobni problemi te često reagiraju nasilno prema osobama starije dobi s problemima u ponašanju. Pružatelji skrbi trebaju biti

uvježbani za rad sa zahtjevnim korisnicima, a njih kao i osobe starije dobi treba nadzirati. (Gibbs i Mosqueda, 2004.)

Tvrđnja: „Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan.“ korelira s visokom razinom emocionalne iscrpljenosti i visokom razinom depersonalizacije kao i visokom razinom stresa na radu. Što je osoba iscrpljenija i pod većim stresom na poslu, tada i poziv zvona smatra neopravdanijim te se često oglašuje na njega. Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene, imaju visoku razinu depersonalizacije, visoku razinu stresa na radu, ali i veći stupanj obrazovanja smatraju da im je potrebna dodatna edukacija iz zdravstvene njege osoba starije dobi što je pozitivno i pokazatelj je institucijama u kojem smjeru pomoći pružateljima skrbi. Garrosa i sur. (2008., 426) navode u svom istraživanju kako su »značajni prediktori sagorijevanja na radnom mjestu medicinske sestre dob, status na radnom mjestu, stres na radnom mjestu (zahtjevi posla, iskustva s boli i smrti, sukobi i nejasnost uloga) te osobnost (predanost, kontrola i izazov).«

Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene, imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu, ne smatraju potrebnim čitati stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi i dok ispitanici koji imaju veću razinu osobnog postignuća, one, suprotno, čitaju stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi. Stručna literatura o sestrinskoj skrbi za osobe starije dobi u Republici Hrvatskoj nedostatna je i nedostupna. Većina je literature na engleskom jeziku što je vodeća prepreka medicinskim sestrama, posebice onima s dužim radnim stažom koje ne koriste strani jezik ili ga nisu učile. U budućnosti bi edukaciju trebalo oblikovati na način da bude dostupna medicinskim sestrama na hrvatskom jeziku, u obliku stručnih i specijalističkih poglavlja namijenjenih za skrb o osobama starije dobi. Motivacija je u procesu dodatne edukacije iznimno bitna, stoga institucija i nadležna tijela trebaju stimulirati medicinske sestre na edukaciju kroz kongrese, simpozije, promociju medicinskih sestara na javnim tribinama i sl.

Emocionalno iscrpljene medicinske sestre, s visokom razinom stresa na radu ne pohađaju niti smatraju potrebnim pohađati stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi. Ujedno, ako su predavanja dislocirana u drugom gradu, županiji, ako su u neprikladno vrijeme, interes za njih pada i kod onih medicinskih sestara koje nisu emocionalno iscrpljene. Ovo su dobre smjernice za institucije kako bi organizirali edukaciju svojih djelatnika u svom prostoru, u međusmjernama, kada je većina djelatnika u instituciji.

Pružatelji skrbi koji su emocionalno iscrpljeni, imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu, u razgovoru sa osobom starije dobi koriste tepanje i umanjnice: „bubica, zlatica, dušica, djedica“ i sl. što ne iznenađuje jer je i to način b „borbe“ protiv sindroma sagorijevanja. Vrlo često se u praksi susreće lažno „umiljavanje“ korisniku koje ne djeluje srdačno, već uvređujuće i neprofesionalno. Ova tvrdnja je stavljena u upitnik upravo na temelju brojnih iskustava gdje se pod krinkom „tepajućih“ riječi i pristupa kao malom djetetu I prikrija negativno lice pružatelja skrbi. Identificirano je šest zajedničkih karakteristika njegovatelja koji su zlostavljali osobe starije dobi: nisko zadovoljstvo poslom, doživljavanje osobe starije dobi kao dijeteta, sindrom sagorijevanja, nemogućnost nošenja sa stresnim radnim okruženjem, obiteljsko nasilje, mentalna bolest te zlouporaba droge ili alkohola. (Lindbloom i sur., 2007.)

Medicinske sestre koje su visokoobrazovane smatraju da osobe starije dobi ne privlače pažnju osoblja inkontinencijom i mokrenjem u krevet, dok ispitanici s visokom razinom stresa upravo smatraju da osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet. Stavovi visokoobrazovanih sestara pozitivniji su prema osobama starije dobi nego niže obrazovanih (Kada i sur., 2009.), a obrazovana medicinska sestra razumije fiziološke procese i njihovu voljnost, odnosno što je inkontinencija. Ako promatraju korisnika kao subjekt i kao središte skrbi, tada medicinske sestre neće imati poteškoća u razumijevanju određenih procesa niti će ih krivo tumačiti. Skrbeći prema standardima zdravstvene njege, zdravstveno osoblje prevenira rizike za komplikacije kao što je pad, infekcije mokraćnog sustava, dekubitus (Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestriškom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe, 2012.)

Medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene i imaju visoku razinu percipiranog stresa na radnom mjestu imaju potrebu češće paliti cigarete što ne iznenađuje. Pojedinci i u svakodnevnom životu pale cigaretu kada im je teško ili kad su pod stresom, napetosti. Nasilnog zdravstvenog djelatnika karakteriziraju nisko obrazovanje, zloupotreba cigarete, alkohola i droga, psihičke ili osobne poteškoće, problemi u odnosima s drugima, nezadovoljstvo na poslu, niske moralne vrijednosti, autoritativan pristup sklon kažnjavanju i nedostatak prakse. (Rusac i Čizmin, 2011.) Loše fizičko i psihičko stanje medicinske sestre kao i njegovatelja utječe na kvalitetu pružene skrbi. (Bowers i sur., 2000.)

Ispitanici koji su emocionalno iscrpljeni, imaju visoku razinu depersonalizacije i visoku razinu stresa na radu te duži radni staž, smatraju da rade predugo s osobama starije dobi, dok medicinske sestre s visokom razinom osobnog postignuća i visokoobrazovane ne smatraju da rade predugo s osobama starije dobi. Sindrom sagorijevanja i konflikti javljaju se kod medicinskih sestara starijih od 50 godina i s više godina iskustva jer su upravo te medicinske sestre više involvirane u konflikte i brže sagorijevaju. (Malmedal, 2013.) Zapošljavanje osoblja u domove za starije osobe potrebno je provoditi planski, usmjeriti pozornost na njihova dosadašnja radna iskustva, njihovu empatiju i emocionalnu inteligenciju. (Ministarstvo rada i socijalne skrbi, 1995.) Navedeni podatci i činjenice trebali bi utjecati na politiku obrazovanja, ali i zapošljavanje pružatelja skrbi kako bi se umanjeno rizik čimbenika i pojavnost nasilja smanjila.

Zanimljiva je korelacija tvrdnje: „Često i bespotrebno uvodi urinarni kateter.“ i obrazovanja, odnosno visokoobrazovane medicinske sestre te medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene i imaju visoku razinu depersonalizacije, češće bespotrebno uvode urinarni kateter. Ovi rezultati mogu se objasniti kako visokoobrazovane medicinske sestre smatraju da će na taj način pomoći korisniku, bolje pratiti diurezu i unos tekućine, odnosno usmjerene su na fizičku skrb, dok medicinske sestre koje su emocionalno iscrpljene i imaju visoku razinu depersonalizacije taj postupak provode kako bi manje provodile toaletu spolovila i imale manje intervencija oko korisnika.

Medicinske sestre koje imaju visoku razinu depersonalizacije češće udaraju osobu starije dobi nogom ili šakom, češće viču na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji, dok medicinske sestre s visokom razinom stresa bespotrebno izoliraju osobu starije

dobi kako bi ju mogle kontrolirati. Ovi podatci vrlo su zabrinjavajući, u literaturi nisu nađeni slični za usporedbu. Potvrđuju teorijska ishodišta kako se na smanjeno zadovoljstvo, dugotrajan rad, nisku plaću, velike fizičke zahtjeve, nedostatak osoblja mora reagirati na vrijeme, uvesti minimalno obrazovanje i osposobljavanje pružatelja skrbi kako bi se ovi najnasilniji oblici zlostavljanja sveli na najmanju moguću mjeru.

Izrađeni su binarni logistički modeli predikcije visoke razine emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i niske razine osobnih postignuća. U modele su ubačene sve varijable koje su u prethodnim korelacijskim analizama bile značajno povezane s navedenim varijablama. Svi modeli su statistički značajani ( $P < 0,001$ ) te daju jasne smjernice što u radu medicinskih sestara treba mijenjati kako bi se sindrom sagorijevanja smanjio. Dobiveni rezultati: vjerojatnost pripadnosti skupini s visokom razinom emocionalne iscrpljenosti značajno se smanjuje za 1,69 puta ako se pohađaju stručna predavanja, a vjerojatnost pripadnosti skupini s visokom razinom depersonalizacije značajno se smanjuje 2,27 puta ako se čita stručna literature, vjerojatnost pripadnosti skupini s niskom razinom osobnih postignuća značajno povećava potreba za dodatnom edukacijom iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi, a smanjuje ju čitanje stručne literature ukazuju koliko je važna sustavna i kvalitetna edukacija u institucijama za skrb o osobama starije dobi.

#### 7.3.5 Prepoznavanje i primjećivanje zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja skrbi

U provedenom istraživanju za percepciju zanemarivanja i zlostavljanja korišten je uz pismenu suglasnost upitnik autora Drennana i suradnika (2012.). Autori su u Irskoj taj upitnik proveli kod pružatelja skrbi, no u provedeno istraživanje u RH uključene su i osobe starije dobi koje su odgovarale na iste tvrdnje kao i medicinske sestre. Rezultati o percepciji zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi obrazloženi su u prethodnim poglavljima, a rezultati pružatelja skrbi korelirat će se s irskim istraživanjem. Ispitanici, odnosno medicinske sestre, na postavljene su tvrdnje odgovarale: nikad, jednom, 2 – 10 puta, više od 10 puta. Promatrali su se najčešći oblici zlostavljanja i zanemarivanja koji su se dogodili bar jedanput u zadnjih 12 mjeseci te su navedeni samo oni oblici koji su bili zabilježeni kod više od 10 % ispitanika.

Vikanje na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji najčešći je oblik zlostavljanja i primjetilo ga je 55 % ispitanika. Vrijeđanje ili psovanje osobe starije dobi primjetilo je 43 % ispitanika. U Irskoj je psihičko zlostavljanje zabilježeno kod 27 % ispitanika, a 7,5 % izjavilo je da su imali počinjeno jedno ili više takvih djela u proteklih dvanaest mjeseci. Najčešći tip je verbalno zlostavljanje, vikanje u ljutnji. Značajno je manji postotak ukupnog zanemarivanja i zlostavljanja u Irskoj naspram dobivenih rezultata u Varaždinskoj i Međimurskoj županiji u RH. Posebice je manje primijećeno verbalnog zlostavljanja u Irskoj što se može dijelom objasniti razlikama u obrazovanju medicinskih sestara, a dijelom višom razinom svijesti o nasilju. Naime, tek se 2013. godine u Republici Hrvatskoj kurikulum obrazovanja medicinskih sestara uskladio s Europskom direktivom u kojoj se traži zastupljenost kolegija i izvan područja biomedicine. Promijenjen je syllabus Sociologije zdravlja u kojoj se govori o problemu nasilja, kolegij Zdravstvena njega

starijih osoba dobiva gotovo dvostruku satnicu što daje dodatni prostor za nove sadržaje, među ostalim i o zanemarivanju i zlostavljanju osoba starije dobi (Sveučilište Sjever, 2014.)

Nacionalno istraživanje interakcija i sukoba u domovima Irske (Drennan i sur., 2012.) pokazuje da je 58 % osoblja primijetilo jedan nemaran čin, ili više njih, drugih članova osoblja u prethodnih 12 mjeseci, dok je 27 % izjavilo da su bili uključeni u takav čin. Najčešći postupci su ignoriranje korisnika kad su zvali, neodvoženje korisnika na toalet kada su trebali, dok je u RH primijećeno kako medicinska sestra odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba u 20 % ispitanika. U provedenom istraživanju RH ignoriranje poziva osobe starije dobi najčešći je oblik zanemarivanja i primijetilo ga je više od jednom u 12 mjeseci 39 % medicinskih sestara, dok je drugi najčešći oblik zanemarivanja odbijanje okretanja ili pomicanja osobe u kako bi spriječile bolne pritiske i to je primijetilo 38 % ispitanika. Medicinske sestre su odgovorile kako primjećuju da se se ne uređuju korisnici svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice, i to njih 29 %.

Kako gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi primijetilo je 12 % ispitanika, uskraćivanje osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja vidjelo je 11 %, a u tom istom postotku primijetile su medicinske sestre kako se postavlja osobi starije dobi sonda za hranjenje nepotrebno i na silu. U Irskoj je gotovo identičan postotak kao i u našem istraživanju u pojavnosti fizičkog zlostavljanja. Naime, isto je zabilježeno kod 12 % ispitanika, a 3 % je u Irskoj izvijestilo da su počinili jedno ili više djela fizičkog zlostavljanja u prethodnoj godini.

Obuzdavanje korisnika izvan dozvoljenog najčešće je prijavljivan čin fizičkog zlostavljanja u Irskoj, dok je provedeno istraživanje pokazalo da je bespotrebno obuzdavanje osobe starije dobi percipiralo 18 % ispitanika u RH. Financijska i seksualna zlostavljanja rijetka su u Irskoj; 1,2 % je primijetilo financijsko zlostavljanje, dok je 0,2 % primijetilo uzimanje nakita, novca ili nešto drugo korisniku, a u RH uzimanje osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe primijetilo je 13 (7,6 %) ispitanika što je iznimno zabrinjavajuće. Svakako treba uzeti u obzir da iako je anketa anonimna, postojao je osjećaj straha i srama ispitanika kod prijave viđenog, stoga smatramo da su rezultati možda i još porazniji. Nepoštivanje autonomije korisnika jedan je od vodećih razloga financijskog nasilja u instituciji. U prevenciji toga koristi prije svega edukacija, ali i mjere kažnjavanja za počinitelje djela. Smanjena osjetljivost medicinskih sestara na zanemarivanje i zlostavljanje osoba starije dobi u instituciji povezuje se s preopterećenjem medicinskih sestara, sukobima između osoblja i nedostatka komunikacije u timu. (Drennan i sur., 2012.)

Seksualno zlostavljanje u Irskoj vidjelo je 0,7 % ispitanika i 0,2 % ispitanika izvijestio je da su razgovarali ili dotaknuli korisnika na seksualno neprimjeren način u prethodnih 12 mjeseci. U našem istraživanju da navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli primijetilo je 22 (12,9 %) ispitanika i diranje osobe starije dobi na neprimjeren način primijetilo je 4 (2,4 %) ispitanika što je opet značajno veći postotak koji bi trebao zabrinuti i medicinske sestre, ali i institucije. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2005.) navodi kako je seksualnog

nasilja mnogo nad starijim osobama, ali je neprepoznato od pružatelja skrbi, a starije osobe ne usude se zbog srama i straha javno govoriti.

#### 7.4 Utjecaj institucije i obitelji na prevenciju zanemarivanja i zlostavljanja

Na povezanost podrške obitelji osobi starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihovog zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi ukazuju podatci da od ukupnog broja osoba starije dobi koje su primijetile zlostavljanje njih 33 ispitanika (23,5 %) obitelj posjećuje: nekoliko puta u godinu dana, jednom na godinu ili manje, a od ukupnog broja ispitanika koji su se izjasnili da primjećuju zlostavljanje u instituciji, obitelj posjećuje: jednom mjesečno, jednom tjedno i više puta tjedno njih 107 (76,5 %). Osobe starije dobi koje imaju posjete obitelji jednom tjedno najčešće su primijetile zanemarivanje i zlostavljanje, i to njih 49 (35,0 %), dok su isto najrjeđe primijetile osobe koje nemaju obitelji, njih 3 (2,1 %).

Ovi podatci pokazuju da na prepoznavanje, ali i percepciji nasilja u instituciji veliku ulogu ima podrška obitelji. Naime, sram i nelagoda koju osjeća osoba starije dobi u povjeravanju zdravstvenom djelatniku može se doživjeti kao nerazmjerna ili nepravedna. Umjesto da sram bude prepoznat od strane medicinskih sestara kao unutarnje uvjetovan osjećaj, on se u neugodnim situacijama pripisuje npr. pružatelju skrbi kao uzroku tog osjećaja što dodatno stvara neugodu osobi starije dobi. (Erlingsson, 2007.) Stoga treba naglasiti važnost komunikacijskih vještina koje pomažu medicinskim sestrama u rješavanju brojnih barijera u skrbi.

Značajne razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod korisnika testirane  $X^2$  testom u doživljenom zlostavljanju i zanemarivanju odnosile su se na vrstu boravka: značajno je bilo češće zanemarivanje i zlostavljanje na Odjelima za produljeno liječenje 21,4 % naspram 11,4 % u domovima za skrb ( $P=0,001$ ). U privatnom domu samo je 17 (12,1 %) korisnika primijetilo zanemarivanje i zlostavljanje. Ovi podatci mogu se objasniti otvorenijim pristupom u domovima za starije, senzibiliziranošću osoblja te češćim i slobodnijim posjetama obitelji i prijatelja. Ovi podatci dodatno su potvrdili hipotezu H4: postoji povezanost između podrške obitelji osobi starije životne dobi u instituciji s pojavnosti njihova zanemarivanja i zlostavljanja od strane pružatelja institucijske skrbi.

S obzirom na omjer korisnika naspram broja medicinskih sestara od ukupnog broja ispitanika optimalan broj korisnika/broj medicinskih sestara smatra 19 (11,1 %) ispitanika. Ponekad o prevelikom broju korisnika skrbi 36 (21,1 %) ispitanika te se najveći broj ispitanika izjasnio kako smatra da je kontinuirano prevelik broj korisnika 116 (67,8 %). Ujutro radi 40 (23,4 %), ujutro i poslijepodne radi 24 (14,0 %) ispitanika, a smjenski rad s noćnom smjenom radi 107 (62,6 %) ispitanika. S obzirom na broj korisnika o kojima skrbe značajno zlostavljanje/zanemarivanje primijetilo je 44 (77,2 %) koje smatraju da je kontinuirano prevelik broj korisnika, a samo 4 (7,0 %) ispitanika koje je primijetilo nasilje smatra da je optimalan broj korisnika / broj medicinskih sestara. Rezultati koji ukazuju kako je sustavno preveliki broj korisnika u skrbi ne iznenađuju, medicinske sestre su preopterećene, a već je navedeno kako je upravo to rizičan faktor za pojavu zanemarivanja i zlostavljanja.



Od ukupnog broja medicinskih sestara svega 27(15,8 %) imalo je mogućnost odabira rada s osobama starije dobi te 144 (84,2 %) ispitanika nije imalo mogućnost odabira rada sa starijim osobama. Od ukupnog broja ispitanika njih 38 (22,2 %) radi u županijskom/državnom domu, u privatnom domu njih 12 (7,0 %) a na odjelu za Odjel za produljeno liječenje 121 (70,8 %). S obzirom na veličinu institucije 4 (2,3 %) skrbi ih za manje od 20 korisnika, 26 (15,2 %) za 21 – 50 korisnika, 12 (7,0 %) za 51 – 100 korisnika, a najveći broj ispitanika njih 129 (75,4 %) radi u instituciji koja zbrinjava više od 100 korisnika. Razlike u ukupnoj percepciji zlostavljanja s obzirom na sociodemografske varijable kod pružatelja skrbi mjerene  $X^2$  testom značajne su kod varijable tip ustanove, odnosno u privatnom domu nije primijećeno zanemarivanje i zlostavljanje od strane pružatelja skrbi. Na odjelima za produljeno liječenje 43 (75,4 %), a u županijskom domu 14 (24,6 %) ispitanika primijetilo je značajno zlostavljanje/zanemarivanje osoba starije dobi. U provedenom istraživanju u privatnim domovima značajno je manje svih oblika zanemarivanja i zlostavljanja, no statistički su značajne razlike kod tvrdnje: »Ignorira poziv osobe starije dobi.«, koju je u županijskom domu primijetilo 63 (40,9 %) pružatelja skrbi, u privatnom domu 8 (16,3 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 20 (47,6 %) ispitanika ( $P=0,002$ ). „Zanemarivanje/odbijanje okretanja ili pomicanje osobe kako bi se spriječili bolni pritisci.“ najmanje je jednom u 12 mjeseci u županijskom domu primijetilo 56 (36,4 %) medicinskih sestara, u privatnom domu 3 (6,1 %) ispitanika, a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 16 (38,1 %) ispitanika ( $P<0,001$ ). Bespotrebno obuzdavanje osobe starije dobi, najmanje jednom u 12 mjeseci primijetilo je u županijskom domu 32 (20,8 %) ispitanika, u privatnom domu 1 (2,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 4 (9,5 %) ispitanika ( $P=0,003$ ). Zlostavljanje kao što je „guranje, grabljenje, štipanje, osobe starije dobi“ primijetilo je u županijskom domu 34 (22,1 %) ispitanika, u privatnom domu 1 (2,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 7(16,7 %) ispitanika, ( $P=0,005$ ). Bespotrebno izoliranje osobe starije dobi kako bi se moglo kontrolirati primijećeno je najmanje jednom u 12 mjeseci u županijskom domu kod 25 (16,2 %) medicinskih sestara, u privatnom domu 0 (0,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 5 (11,9 %) ispitanika ( $P=0,010$ ). Vrijeđanje ili psovanje osobe starije dobi najmanje jednom u 12 mjeseci primijetilo je u županijskom domu 62 (40,3 %), privatnom domu 2 (4,1 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 14 (33,3 %) ispitanika, ( $P= <0,001$ ). Vikanje na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji primijetilo je u županijskom domu 81 (52,6 %) ispitanika, u privatnom domu 14 (28,6 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijećeno je kod 20 (47,6 %) ispitanika ( $P=0,013$ ). Uzimanje nakita, novca, odjeće ili nečeg drugog osobi starije dobi iz njegove/njezine sobe primijetilo je u županijskom domu 31 (20,1 %) u privatnom domu 0 (0,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 9 (21,4 %) ispitanika ( $P=0,002$ ). Diranje osobe starije dobi na neprimjeren način primijetilo je najmanje jednom u 12 mjeseci u županijskom domu 26 (16,9 %) ispitanika, u privatnom domu 1 (2,0 %), a na Odjelu za produljeno liječenje primijetilo je 3 (7,1 %) ispitanika ( $P=0,012$ ). Navođenje osobe starije dobi na neprimjeren razgovor i misli primijetilo je najmanje jednom u 12 mjeseci 28(18,2 %) medicinskih sestara u županijskom domu, samo 1 (2,0 %) u privatnom domu i 3 (7,1 %) medicinske sestre na Odjelu za produljeno liječenje ( $P=0,006$ ). Ovi podatci pokazuju kako u Republici Hrvatskoj postoji značajna razlika u autoritetu, profesionalizmu, poštivanju pravila ponašanja i straha od sankcija.

Naime, u razgovoru s medicinskim sestrama u privatnim domovima često se spominjalo: »Kad bi napravile bilo kakav ružan postupak, korisnik, njegova obitelj ili drugi korisnik bi nas prijavio nadređenima i trenutno bi izgubile posao.«, »Cijena ovog doma je jako velika i trebamo opravdati tu cijenu.« Jedan privatni dom koji je sudjelovao u istraživanju ima i videonadzor u hodnicima tako da je svjesnost osoblja o pravilnom postupanju značajno podignuta. U županijskim domovima i odjelima za produljeno liječenje mali je broj medicinskih sestara, korisnike često doživljavaju kao »one koji moraju tu biti« koji su došli ovdje umrijeti, a ne kao partnere u skrbi. Tako dugo dok se svijest medicinskih sestara ne promijeni, i u županijskim domovima i na Odjelima za produljeno liječenje rezultati će biti lošiji. Naravno da strah od sankcija nije metodološki pristup prevencije nasilja, no standardiziranje postupnika, pravilnika što će biti ako se dogodi zanemarivanje ili zlostavljanje osobe starije dobi svakako je prvi korak. Kada bi pružatelji skrbi educirali, motivirali i zajedno s korisnicima izradili proceduru postupka kroz partnerski odnos, zadovoljstvo bi bilo veće, a konflikata manje.

U prevenciji nasilja nad osobama starije dobi važna je lokacija i veličina institucije te je li smještena u ruralnoj ili gradskoj sredini. Starija populacija u seoskom okruženju, za razliku od onih u gradu, ima lakši pristup domovima, ali korisnik koji je smješten u instituciju na selu ima manju mogućnost aktivnosti. (Malmedal, 2013.) U Republici Hrvatskoj podjednaka je popunjenost domova za starije osobe, no uvidom u aktivnosti ustanova uključenih u istraživanje značajno više posjeta volontera, raznih udruga, djece i školaraca te drugih aktivnosti imali su domovi u Varaždinu, Ivancu i Čakovcu. Najmanje aktivnosti imali su Odjeli za produljeno liječenje na kojem 90 % populacije čine osobe starije od 70 godina i koje borave na odjelu 3, 6 mjeseci pa nekoliko godina, a ne nude im se nikakvi sadržaji.

U provedenom istraživanju nisu nađene značajne razlike u primjećivanju nasilja ako se uzme u obzir urbanitet, broj skrbnika ustanove i mogućnost odabira rada sa starijim osobama što je u drugim istraživanjima uočeno. Naime, prema Malmedal, (2013.) zaposlenici koji rade u domu s 30 korisnika i manje, rjeđe prijavljuju nasilje nego oni koji rade u domovima s više od 30 korisnika. Istraživanja u Canadi (Bravo i sur., 1999). i Israelu ( Lowenstein, 1999.) govore da u domovima s manje od 40 korisnika ima 20 % nepravilne skrbi i nasilja. Ovi podatci mogli bi se objasniti zatvorenosću ustanova, ali i strukturom obrazovanosti osoblja. Naime, u domovima s malim brojem korisnika prevladava velik broj pomoćnog osoblja i njegovatelja, a medicinskih sestara ima minimalan broj. Ovdje bi trebalo spomenuti gorući problem koji se pojavljuje posljednjih dvadesetak godina, a to su mali obiteljski domovi i udomiteljske obitelji koje registriraju osobe bez medicinske izobrazbe i bez ikakvih testiranja ematije te sklonosti pomaganju osobama starije dobi. Ovim istraživanjem oni nisu obuhvaćeni, no uvidom u rezultate koje su dali naši korisnici smješteni u domove i na Odjele za produljeno liječenje koji govore o velikoj pojavnosti zlostavljanja, rezultati u zatvorenim, izoliranim i privatnim ustanovama kao što su udomiteljstva mogla bi dati još alarmantnije podatke. Madsenovo istraživanje 2002. godine (prema Malmedal, 2013.) u Norveškoj o svakodnevnom životu osoba starije dobi u domovima pokazuje da novo izgrađeni, manji domovi imaju veliki potencijal za ispravnu skrb i veću mogućnost za razvoj socijalnih odnosa. Suprotno ovim autorima Allen i sur., 2004., Jogerst i sur., 2006., Natan i sur. 2010., spominju veću incidenciju nasilja u ustanovama s velikim

brojem korisnika, što se može objasniti prevelikim zahtjevima korisnika, premalim brojem osoblja, te nedostatnom opremom.

U provedenom istraživanju kod obje skupine ispitanika vidi se nedosljednost u odgovorima te nelogičnost, sram, posebice kod medicinskih sestara. Tijekom anketiranja i razgovora s medicinskim sestrama sticao se dojam da je prijavljivanje sramoćenje, prepušteno je na volju pojedinca te svakako nije prihvaćeno u timu jer se time »ne štiti kolega«. Kultura srama i nepriznavanje postojanja bilo kojeg oblika nasilja prisutna je u institucijama što potvrđuje istraživanje u 26 domova za njegu u USA. (Huges i Lapane, 2006.) Te se pojave mogu objasniti promjenom zdravstvene politike, gdje se problem nasilja u instituciji potiskuje, a zaposlenici se ne usuđuju o tome govoriti. Kultura srama može se nazvati i kulturom tišine (Lambert 2004.), u kojoj se prijavljivanje zaposlenika osjeća kao „osobni napad“. (Huges i Lapane, 2006.) U Norveškoj je 2011. godine provedena kampanja „u sigurnim rukama“ (Nasjonalt Kunnskapssenter, 2013.) kako bi se smanjilo nasilje nad pacijentima, a mjerila se kultura sigurnosti u bolnicama, no ne i u domovima za starije. Dobivene smjernice dobar su početak, no upućuju da se u domovima moraju razvijati posebne vještine posebice u nadzoru primjene lijekova, prevencije dekubitusa, urinarnih i respiratornih infekcija.

Kako bi prevenirali neadekvatnu skrb, zlostavljanje i zanemarivanje, osoblje mora biti otvoreno za zabrinutost obitelji. Od presudne je važnosti da osoblje u instituciji uspostavi dobar odnos s obitelji korisnika. Često su upravo obitelji otkrile i izvijestile o nasilju koje su primijetile kod svojih članova obitelji u instituciji. Podatci prikupljeni iz staračkog doma u Australiji (Bauer, 2006.) pokazuju da, iako su obiteljska partnerstva važna u staračkim domovima, aktivnosti djelatnika u tim domovima još uvijek su u prvom redu usmjerene na pružanje fizičke zaštite, a obiteljske potrebe su sekundarne. Bauer (2006.) predlaže novi model prakse u suradnji s obiteljima kao legitiman i nužan dio uloge osoblja. Norveško Ministarstvo zdravstva i skrbi (Helseog omsorgsdepartementet, 2013.) pokrenulo je koncept „otvoreni domovi za skrb“ kojima žele prikazati da otvoren starački dom može osigurati kontinuitet u kontaktu s obitelji, a članovi obitelji se osjećaju više dobrodošli. To će dovesti do povećanja posjeta i aktivnosti, smanjenja krutosti kućnog reda, povećanje autonomije osobe starije dobi te izbjegavanja bilo kakvog oblika „totalitarne institucije“.

## 7.5 Implikacije za kliničku praksu

Zlostavljanje i zanemarivanje osoba starije dobi u institucijama složen je fenomen pa pristup po tom pitanju treba biti usmjeren na svim razinama. Osoblje treba biti educirano o problemu nasilja, a interakcije medicinska sestra - korisnik moraju se dobro poznavati kako bi predvidjeli gdje i kada može doći do neodgovarajuće skrbi i nasilja. Važno je da se zaposlenici osjećaju sigurni u izvještavanju o incidentu te da imaju podršku voditelja/nadređenog.

Medicinske sestre trebaju znati prepoznati nasilje i razumjeti potencijalne ozbiljne posljedice neodgovarajuće skrbi, zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba. Često, kao što je pokazalo i istraživanje, medicinske sestre vjeruju da čine dobro korisniku hranjenjem na silu i prisilnim davanjem lijekova, međutim takvi postupci izvan su smjernica etičnog postupanja s osobama starije dobi. U konfliktnim

situacijama često medicinske sestre pod pritiskom okoline djeluju na način protiv svoje savjesti i/ili profesionalne etike. Kod medicinskih sestara prevladava mišljenje da situacije stvaraju nasilnike i da svatko može „prijeći crtu“ u skrbi za osobu starije dobi. Neke neugodne radnje prihvatljive su kao dio skrbi pod uvjetom da su za dobrobit starije osobe, npr. hranjenje na silu. Medicinske sestre opravdavaju nasilne radnje kao potrebne kako bi se postavile granice za starije osobe i njihovo „neprihvatljivo“ ponašanje (bespotrebno obuzdavanje, davanje lijekova za spavanje). Istraživanje je pokazalo da je medicinskim sestrama iznimno teško naći ravnotežu između potrebe da se prisili osobu starije dobi da učini nešto ili da ju se pusti da sama odluči. »Obrazovni programi moraju usmjeravati pružatelje skrbi, zdravstvene profesionalce i socijalne radnike kako bi bolje skrbili za starije osobe koje su bile zlostavljane. Standardizirane smjernice postupaka i protokoli za probir zlostavljanja mogu pomoći zdravstvenim djelatnicima u prepoznavanju čimbenika rizika i znakove zlostavljanja.« (Stark, 2012., 26) Neke generalne smjernice za prepoznavanje i prevenciju zanemarivanja i zlostavljanja u budućnosti uključuju:

- više specifičnijih i primjerenijih teorijskih modela
- smanjenje višestruko proturječnih definicija zlostavljanja starijih
- poboljšanje mjerenja same pojave zlostavljanja
- poboljšanje točnosti procjene stope zlostavljanja
- razvoj programa izobrazbe prepoznavanja zlostavljanja i razvoj smjernica za izvješćivanje
- više istraživanja o različitim oblicima zlostavljanja (na primjer, korisnik prema korisniku).

#### 7.5.1 Supervizija pružatelja skrbi i prevencija nasilja

„Supervizija ustanova u Norveškoj ukazuje na nedostatak interdisciplinarnog pristupa u njezi starijih osoba posebice u pogledu rehabilitacije u staračkim domovima, stoga zdravstvene vlasti naglašavaju potrebu interdisciplinarnog pristupa u cilju zadovoljenja potreba u svim aspektima skrbi: fizičkim, psihološkim, duhovnim i socijalnim. Švedske nacionalne smjernice za njegu osoba s demencijom preporučuju multiprofesionalni timski rad, koji smanjuje i sprečava probleme u ponašanju.« (Malmedal, 2013., 100)

Prevenciji svakako donosi i »rasprava o teškim situacijama s kojima se susreću medicinske sestre u skrbi, pitanjima koja su medicinski i etički diskutabilna.« (Jayawardena i Liao, 2006., 133) te pravilan pristup korisniku koji se uvredljivo ili provokativno ponaša prema medicinskoj sestri.

Važno je promatrati i nadzirati kolika je pažnja medicinske sestre posvećena osobi starije dobi kod zdravstvene njege, koliki je broj osoblja, kakva su sredstva i oprema, postoji li mogućnost za edukaciju kao i kakva je cjelokupna skrb u ustanovi (Heath i Phair, 2009.). Omogućavanje i poticanje medicinskih sestara da kritički promišljaju o vlastitim postupcima i postupcima svojih kolega je važan zadatak za voditelje institucija za skrb. Razmišljanje o svakodnevnim interakcijama može dovesti do velikih poboljšanja i spriječiti katastrofalne posljedice u skrbi za osobe starije dobi. (Phelan, 2009.) Otvorena komunikacija bez osjećaja srama ispravan je pristup prevenciji nasilja. Medicinska sestra bi trebala moći bez osjećaja krivnje i osuđivanja iznijeti svoje sumnje o nasilji ili svoje neprofesionalno

ponašanje voditelju i članovima tima. Aktivna i svakodnevna rasprava članova tima, psihološka podrška medicinskim sestrama prije nego se razvije sindrom sagorijevanja te psihološka pomoć kad se on razvije samo su neki modeli za prevenciju u instituciji.

#### 7.5.2 Socijalni gerontolog dio multidisciplinarnog tima u preventivnim aktivnostima

U Republici Hrvatskoj u obrazovanju medicinskih sestara prepoznavanje nasilja i prevencija nasilja kao nastavna tema/cjelina nije prisutna ni u jednom srednjoškolskom ni u visokoškolskom curriculumu, već se samo spominju kao činjenica koja postoji u zdravstvenim i socijalnim ustanovama. (Sveučilište Sjever, 2014.) Edukacija drugih profesionalaca u tom području, npr. socijalnih gerontologa, socijalnih radnika, psihologa znatno je opsežnija nego kod medicinskih sestara u području prepoznavanja i prevencije nasilja nad osobama starije dobi, što pokazuju i brojni stručni članci. Primjeri dobre prakse (Irska) pokazuju da multidisciplinarni pristup daje bolje rezultate pa npr. socijalni gerontolozi imaju obrazovanje koje osim zdravstvenih aspekata skrbi nudi kompetencije iz područja socijalnih veza i odnosa, pravde, autonomije i sigurnosti osobe starije dobi koje bi trebalo prenijeti medicinskim sestrama. (Alma Mater Europaea – ECM, 2014.)

Socijalni radnici imaju važnu ulogu u skrbi, posebice kao edukatori o pravima osoba starije dobi i u osvještavanju o fenomenu zlostavljanja. Za razliku od medicinskih sestara čije je obrazovanje deficitarno sa sadržajima iz zaštite prava osoba starije dobi, odjeli socijalnog rada u 70 % slučajeva su „uglavnom ili uvijek“ uključeni u edukaciju o nasilju nad osobama starije dobi. (Bern-Klug i Sabri, 2011.) Autorice Jayawardena i Solomon (2006., 131), koje su proučavale nasilje nad palijativnim pacijentima starije dobi, navode »kako bi vođa tima trebao biti liječnik, te da on treba donijeti odluku da se prijavi zlostavljanje, a ne prenijeti tu odgovornost na socijalnog radnika. Socijalni radnici nemaju medicinsko obrazovanje i teško će doći do zaključka.« Ovdje se vidi prostor djelovanja socijalnog gerontologa čije je obrazovanje iznimno opsežno iz biomedicine kao i sociologije te bi upravo taj profil trebao biti zastupljen kao edukator drugih profesija u institucijama.

Preventivne mjere uključuju edukaciju i nadzor nad pružateljima skrbi i to posebice onima koji zbrinjavaju osobe starije dobi s problemima u ponašanju, ovisnim o tuđoj pomoći te nepokretnim. Osobe koje rade nadzor ili superviziju u instituciji trebale bi nadzirati ponašanja u instituciji kao i interrekcije korisnika i osoblja. Naime, jednom kada je jedan oblik zlostavljanja otkriven, potrebno je pratiti i druge oblike te eventualnu odmazdu, neprijateljstvo prema onima koji su prijavili. S obzirom na to da obitelji postaju partneri u skrbi, potrebno je i njih educirati kako prepoznati nasilje nad njihovim članovima obitelji smještenima u instituciju i kome prijaviti. (Post i sur., 2010.)

#### 7.5.3 Mjere prevencije zanemarivanja i zlostavljanja u instituciji

Istraživanje je pokazalo značajan nivo zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama. Uspoređujući rezultate u Irskoj koji su dobiveni istim upitnikom i koji

su značajno pozitivniji, potrebno je razmišljati o mjerama prepoznavanja i prevencije. »Preventivne intervencije treba provoditi u visoko rizičnim situacijama prije početka nasilnog ponašanja.« (Jayawardena i Liao, 2006., 133), odnosno vrijeme za prevenciju zlostavljanja i zanemarivanje jest prije samog događaja.

Kao primjer dobre prakse u preventivne mjere svakako spada i Europski projekt, koji osim Slovenije uključuje Norvešku kao koordinatora, Austriju, Grčku, Češku, Italiju, Irsku i Poljsku i ima za cilj razviti europski referentni okvir za prevenciju nasilja nad starijim osobama.<sup>24</sup> »Ni jedna od navedenih zemalja nema specifičan zakon glede nasilja nad starima, no izrađuje se platforma koja će dati određene informacije za izradu istih.« (Panikvar, 2013., 37)

#### 7.5.3.1 Edukacija pružatelja skrbi

Gotovo da i nema izrađenih kurikuluma koji bi se koristili u edukaciji pružatelja skrbi u institucijama. Dvoje autora Anezberger (2000.) i Heath (2002.), spominju u svojim radovima obrazovanje i kurikulume koji su imali pozitivan utjecaj na promjenu ponašanja i pojavu nasilja nad osobama starije dobi u zajednici. Članci koji bi govorili o utjecaju edukacije na percepciju zlostavljanja kod pružatelja skrbi u institucijama nisu pronađeni.

Autori novih budućih nastavnih programa trebaju potražiti više informacija o postojećim relevantnim programima izravno od njihovih autora te iz njihova iskustva naučiti i prenijeti sadržaje u svoje kurikulume. (Mahmoud, 2014.) Kako su medicinske sestre prve u pristupu osobi starije dobi u instituciji, ali i u zajednici, važnost dodatnog obrazovanja o zlostavljanju i zanemarivanju nužna je. Svakako su potrebni novi kurikulumi o prepoznavanju, djelovanju i prijavljivanju nasilja upravo za medicinske sestre. U obrazovanju medicinskih sestara, ali i u svakodnevnom radu, kao okosnicu prevencije nasilja potrebno je koristiti pacijentu usmjeren model kroz čije bi okvire prvotno uvodili standardni postupci za povećanje svijesti o zlostavljanju, identifikaciji faktora rizika te stvaranju pozitivnog osjećaja u medicinskih sestara kod prepoznavanja i izvještavanja. (Castle i sur., 2015.) Iznimno je važno u program izobrazbe medicinskih sestara implementirati sadržaje kako identificirati, dokumentirati i izvijestiti o zlostavljanju i zanemarivanju.

Trening osoblja ima ključnu ulogu u smanjenju broja starijih žrtava zlostavljanja. Zbog čestog mijenjanja posla uvjetovanog nezadovoljstvom na radnom mjestu (Castle i Engberg, 200), potrebno je povećati treninge među članovima osoblja koje skrbi za osobe starije dobi. Program izobrazbe i obuke mora imati za cilj povećanje vještina pružatelja skrbi u smanjenju agresije. Poučavanje mora tražiti od pružatelja skrbi aktivno sudjelovanje, ne samo slušanje. Vještine treba učiti demonstracijom, u paru, radom u malim grupama, u simuliranim uvjetima kao što se i poučavaju vještine iz zdravstvene njege.

Obrazovne intervencije usmjerene na pružatelje skrbi u prevenciji nasilja nad osobama starije dobi uključivale su od jednog sata do osam sati podučavanja

---

<sup>24</sup> Projektni tim oblikovao je tri vrste prevencije nasilja, svaki je fokusiran na nespecifičnu ciljnu skupinu. EUROPEAN, Nasilje nad starijima u Evropi.

različitim metodama, kao što je edukacija jedan na jedan, edukacija u učionici i edukacija s grupom za podršku. Ishodi učenja razlikovali su se, no uvidjela su se i značajna poboljšanja u radu pružatelja skrbi, no s obzirom na različitost postupka ne mogu se ishodi ni uspoređivati. (Daly i sur., 2011.) Svakako bi u budućnosti trebalo promišljati o metodama učenja kao i o istraživanju koje su metode poučavanja medicinskim sestrama najprihvatljivije s obzirom na to da je tema zlostavljanja izuzetno „teška“. Edukacija licem u lice znatno je učinkovitija u ispunjavanju ciljeva učenja od dijeljenja napisanih informacija ili letaka jer osoba koja poučava trenutno dobije povratnu informaciju, mogu se postaviti pitanja, dati pojašnjenja. Edukacije o nasilju (Alt i sur., 2011.) koristila su videoprojeksije u kombinaciji s predavanjem ili su se oslanjala samo na jedan video. Međutim, ne postoje metodološke usporedbe kojima bi se utvrdila učinkovitost edukacije s pomoću videoprojeksije naspram edukacije licem u lice te promjena znanja i ponašanja sudionika. »Razvoj edukacijskih programa medicinskih sestara u Sloveniji treba biti temeljen na sadašnjem stanju, ali i na projekciji promjena strukture stanovništva u budućnosti, što će zahtijevati razvoj novih komplementarnih oblika edukacije medicinskih sestara za gerijatrijsku zdravstvenu njegu.« (Železnik, 2007., 79)

#### 7.5.3.2 Institucija i preventivne mjere

Strategija prevencije na razini institucije (mikrosustava) mora imati za cilj smanjenje faktora rizika od strane pružatelja skrbi. Kako već postoje propisani minimalni standardi usluga za starije osobe, potrebno je izraditi smjernice u pogledu uvjeta prostora, opreme i jasnije definirati obrazovnu strukturu i broj pružatelja skrbi. Naime, svaka institucija za skrb o starijima ima već definirane protokole: standarde veličine soba, broj sanitarnih čvorova, kvadratnih metara prostora, broja osoblja itd., no sve navedeno trebalo bi sagledati kroz prizmu prevencije zlostavljanja. Pa bi tako trebalo istražiti ima li utjecaj broj kreveta na pojavnost zlostavljanja, odnosno ima li zlostavljanja manje od strane pružatelja skrbi u višekrevetnim sobama, koje su rizične točke za zlostavljanje: kupaonica, hodnici, transport u bolnicu ili na dijagnostičku pretragu?

Važno je informiranje, komunikacija i podizanje razine svijesti pružatelja skrbi, ali još više osoba starije dobi o njihovim pravima i odgovornostima. To informiranje može se odvijati putem sastanaka, okruglih stolova i radionica u instituciji, sa starijim osobama i osobama koje skrbe o njima. Preporuka je izrada i tisak kataloga prava i usluga u instituciji, plakata s brojevima telefona za prijavu nasilja, a koje su osoba starije dobi u domu na vidljivom mjestu.

Potrebno je razvijati prijateljski odnos u instituciji s obitelji korisnika kroz aktivnosti koje otvaraju instituciju prema zajednici te kroz provedbu „obitelj-friendly-filozofije“. U timu stvarati odnos u kojem će se osoblje osjećati zbrinuto, cijenjeno i vrijedno te omogućiti vrijeme medicinskim sestrama za razmišljanje o svojim i tuđim postupcima. Naime, svjedoci zlostavljanja neće izvijestiti o tome nadređene tako dugo dok je situacija neugodna (Erlingsson, 2007.), stoga je na voditeljima ustanove da omoguće vrijeme za individualne razgovore.

### 7.5.3.3 Zajednica i preventivne mjere

U zajednici je potrebno podizati svijest javnosti o problemu zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama. Lewallen (2011.) navodi projekt edukacije volontera koji svakodnevno ulaze u kuće i dijele hranu osobama starije dobi. Ova iskustva bi mogla poslužiti kao primjer dobre prakse, a ulaskom volontera u institucije za skrb osoba starije dobi transparentnost skrbi je veća. Buduća istraživanja trebalo bi usmjeriti i prema zajednici, odnosno prema prepoznavanju nasilja nad starijima u obiteljima. Kao primjer može poslužiti istraživanje Velike Britanije koja je provela projekt 2007. godine u suradnji Ministarstvom zdravlja, King's Collegom i Nacionalnim centrom za društvena istraživanja. Kao i u institucijama posljedice koje ostavlja zlostavljanje i zanemarivanje iznimno su teške i destruktivne, a tu spadaju: emocionalni stres, gubitak samopouzdanja, depresija, pokušaji suicida, socijalna izolacija, gubitak neovisnosti, pogoršanje fizičke bolesti, financijski gubitak, gubitak ili pogoršanje obiteljskih odnosa. (Mowlam i sur., 2007.) Na nivou države potrebno je razviti zakone i smjernice što je predmet nekih novih istraživanja, a na institucijama je da uz pomoć Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku usustave procedure za otkrivanje i tretiranje zanemarivanja i zlostavljanja.

U posljednje vrijeme javljaju se i drugi oblici nasilja u institucijama kao što je samozanemarivanje i zlostavljanje/bullyng korisnika prema korisniku, a medicinske sestre morale bi svojim obrazovanjem, znanjem i vještinama pomoći korisnicima i u ovim problemima.

### 7.5.4 Prijavljivanje zanemarivanja i zlostavljanja nad osobama starije dobi u institucijama

»Zlostavljanje starijih se ne prijavljuje i na taj način ostaje minimalno prepoznat problem koji se tiče znatnog udjela osoba starije dobi.« (Wilson i sur., 2011., 4) Na razini ekosustava, strategije sprečavanja i intervencije pod utjecajem su vanjskih čimbenika, kao što su zakoni i propisi. U Norveškoj i Danskoj razvijen je sustav za izvještavanje štetih događaja u specijaliziranoj ustanovi, a pacijent i srodnici imaju pravo prijaviti neželjene učinke što se vidi kao važan alat u borbi protiv neželjenih reakcija. (Helseog omsorgsdepartementet, 2012.)

Propisi i zakonodavstvo trebaju spriječiti neadekvatnu skrb ili odgovoriti na nju. U Norveškoj ne postoje posebni zakone i propisi za kažnjavanje zlostavljanja starijih, kao što je to u Švedskoj, gdje je osoblje dužno prijaviti zlostavljanje ili neuspjeh u skrbi, ili ako skrb krši integritet osobe, sigurnost i dostojanstvo. (Bergstrand, 2011.) U Švedskoj postoji Zakon socijalne službe (poglavlje 14., odjeljak 2.) poznatiji kao Lex Sarah. »Nakon što je švedska medicinska sestra Sarah Wägnert objavila strašne uvjete u domu za starije osobe 1997. godine promijenili su se stavovi prema starijima. Ljudi koji rade sa starijima i nemoćnima dužni su osigurati kvalitetu skrbi, a pojedinci su dužni prijaviti ako je starija osoba podvrgnuta ozbiljnom nasilju, kao što je zlostavljanje ili zanemarivanje. Svi pružatelji skrbi imaju postupnike kako ispuniti Lex Sarah-izvješće i komu se obratiti.« (Malmedal, 2013., 97)

»Istraživanje pokazuje da 28 % medicinskih sestara nije htjelo prijaviti kolege, a 21 % se ne osjeća dovoljno hrabro da govori o tome.« (Malmedal, 2013., 98) Ukoliko



medicinske sestre procijene da će akcije njihovih kolega doprinijeti teškim nasiljem, one će prijaviti. (Hamel-Lauzon i Lauzon, 2012.) Ovaj podatak je alarmantan, no vrlo blizak promišljanju velikom broju pružatelja skrbi. Autori navode da su medicinske sestre izgubile vjeru u pravni sustavu, boje se odmazde; osjećaju da su same i bespomoćne suočene zlostavljanjem.

Kod medicinskih sestara koji se odluče na šutnju nakon primijećenog nasilja (Hamel-Lauzon i Lauzon, 2012. pojavljuje se depresija, krivnja, izgaranje, osjećaj bespomoćnosti, rezignacije, a ovi osjećaji mogu negativno utjecati na kvalitetu skrbi. Etička razmatranja stoga trebaju biti integrirana u kulturu institucije, potrebno je u budućnosti izraditi pravilnike za izvještavanje o događajima, mora se uhodati rutina za izvještavanje i praćenje. Zdravstveni djelatnici imaju etičku i profesionalnu obvezu govoriti u ime pacijenata. Etički kodeks ima svrhu voditi pružatelja skrbi u teškim situacijama, treba razviti i implementirati mehanizme za prepoznavanje i vrednovanje neadekvatne skrbi, zlostavljanja i zanemarivanja, a osoblje mora biti ohrabreno voditeljima i progovoriti u ime korisnika. Sposobnost da medicinske sestre kritički promišljaju usko je povezana s njihovim stručnim znanjem. Obrazovanje, diskusije u timu i grupe za promišljanje povećat će svijest o lošoj praksi. Organizacija koja omogućuje osoblju da postavlja pitanja o lošoj praksi i kršenju etičkih standarda organizacija je koja će se razviti u najbolju moguću praksu i pružiti najbolju moguću skrb. (Malmedal, 2013.)

## 7.6 Nedostatci provedenog istraživanja i smjernice za budućnost

Istraživanje pojavnosti zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u instituciji zahtjevno je za ispitivača, ali i za ispitanike. Naime, mali broj ciljano provedenih istraživanja i literature otežava sistematični pristup problemu, a starija životna dob specifična je i zahtijeva znanje i iskustvo ispitivača u pristupu. Svakako treba uzeti u obzir da je potrebno mnogo vremena za anketiranje, iznimne komunikacijske vještine i poznavanje specifičnosti starije dobi i zdravstvenih poteškoća.

Sram i strah prisutan kod obje skupine već je spomenut u radu, a povezan je s temom istraživanja i osjećaja nesigurnosti kod prijavljivanja pojave nasilja.

Provedeno istraživanje otvorilo je brojna druga pitanja, ali i priliku za pojašnjenje onih segmenata na koje nisu dobiveni odgovori. U budućnosti bi u istraživanje trebalo uključiti i druge pružatelje skrbi, posebice negovatelje koji su najbrojniji djelatnici u domovima za starije, socijalne radnike pa i pomoćno osoblje. Zanimljivo bi bilo ispitati stavove medicinskih sestara i povezati ih sa zlostavljanjem, odnosno otkriti kako medicinske sestre koje imaju negativni stav percipiraju nasilje. Sadržaji u domu, otvorenost i volonteri imaju velik utjecaj na smanjenje zlostavljanja, stoga bi u budućnosti trebalo razmotriti razlike u ustanovama koje su otvorene i zatvorene za ovakve sadržaje i pojavu zanemarivanja i zlostavljanja.

Svakako je potrebno istražiti još neke parametre povezane s pružateljima skrbi. S obzirom na to da su primijetili najviše zanemarivanja i zlostavljanja ujutro, bilo bi vrijedno zbog prevencije zanemarivanje saznati i potvrditi zašto se i što se događa popodne i u noći. Nivo obrazovanja u provedenom istraživanju nije povezan sa zanemarivanjem i zlostavljanjem, stoga bi nakon sustavne formalne i neformalne

edukacije medicinskih sestara bilo poželjno ponoviti upitnik i usporediti rezultate. Edukaciju bi trebalo provoditi s pomoću više metoda te razmotriti na koju su pružatelji skrbi najbolje reagirali i postigli najveći nivo znanja nakon provedenog testiranja.

U ovom istraživanju nisu sudjelovale osobe oboljele od demencije, osobe s intelektualnim poteškoćama, slijepe i slabovide te osobe sa slušnim poteškoćama. Dobiveni podatci ukazuju da su zanemarivanje i zlostavljanje u većem postotku primijetile osobe koje nemaju navedene poteškoće i dijelom se mogu brinuti o sebi. Postavlja se pitanje što doživljavaju osobe starije dobi oboljele od demencije, osobe s intelektualnim poteškoćama, nepokretne i osobe s poremećajem svijesti. Ispitivanje ovih skupina iznimno je teško, negdje i nemoguće, a i etički neprihvatljivo. Upravo bi kod tih skupina pacijenata trebalo pružatelje skrbi prije svega dodatno educirati, motivirati za rad, supervizirati i po potrebi testirati znanje, razinu stresa i razinu sindroma sagorijevanja.

Potrebna su i istraživanja o kvaliteti skrbi osoba starije dobi u udomiteljskim obiteljima i obiteljskim domovima, koja će zasigurno pokazati koliko je potrebno specifične edukacije te opravdati djelovanje i postojanje socijalnog gerontologa kao profesije koja skrbi o osobama starije dobi u njezinoj zajednici, obitelji i instituciji.

## **8 ZAKLJUČAK**

Provedenim istraživanjem kod osoba starije dobi i medicinskih sestara dobiveni su rezultati kojim smo potvrdili postojanje zanemarivanja i zlostavljanja u institucijama za skrb o osobama starije dobi. Hipoteze su potvrđene te ujedno otvorile brojna nova istraživačka pitanja. Naime, ustanove za skrb promatramo kao mjesto gdje osoba starije dobi ima pravo na odgovarajuću pomoć i usluge, na privatnost, na dostojanstvo, na sudjelovanje u odlučivanju o uvjetima života, na pravo vlasništva, pravo održavanja kontakata s bliskim osobama i pravo na pritužbu na skrb i tretman u ustanovi, a upravo dobiveni rezultati istraživanja su nas vratili u realnost.

Zanemarivanje je odbijanje ili neispunjenje obveze pružatelja skrbi kako bi zadovoljile potrebe osobe starije dobi, a kako bi se iste kaznile ili povrijedile. One uključuju i ponašanja poput namjernog napuštanja ili uskraćivanja hrane, lijekova i zdravstvenih usluga, te može biti namjerno i nenamjerno zanemarivanje. Zlostavljanje osobe starije dobi je akt ili propust koji rezultira štetom, ugrožava zdravlje ili dobrobit starije osobe, odnosno to je štetno ponašanje formalnog pružatelja skrbi kojem starija osoba vjeruje.

U radu smo potvrdili povezanost faktora rizika od strane starije osobe, institucije te pružatelja skrbi i sve češćeg zanemarivanja i zlostavljanja. Ujedno smo primjetili da je podrška obitelji i njihovo posjećivanje snažan protektivni faktor u prevenciji zanemarivanja i zlostavljanja.

Većina oblika nasilja u instituciji mogla bi se prevenirati na način da medicinske sestre osobe starije dobi promatraju i uvažavaju kao suradnike, partnere u skrbi. Za takav pristup u skrbi i empatiju potrebna je dodatna i specifična edukacija

medicinskih sestara koja će se temeljiti na teoriji, ali ponajviše na vještinama stečenim i oblikovanim u kontaktu sa osobom starije dobi.

Dobra povezanost znanstvenika i praktičara koji pružaju skrb u institucijama, publiciranje stručnih članaka i edukacija pružatelja skrbi o pojavi nasilja dovodi do boljeg prepoznavanja i prevencije zanemarivanja i zlostavljanja u instituciji. Potrebna su u budućnosti dodatna istraživanja o kvaliteti skrbi osoba starije dobi koje su najosjetljivije: osobama sa intelektualnim poteškoćama, osobama sa demencijom i osobama sa poremećajima svijesti. Edukacija medicinskih sestara o prevenciji nasilja nad osobama starije dobi treba zauzimati važno mjesto u curriculumima srednjoškolskog, a osobito visokoškolskog obrazovanja.

U budućnosti je potreban interdisciplinarni pristup u kojem će socijalni gerontolog svoje znanje i kompetencije iz područja socijalnih odnosa, prava, autonomije i sigurnosti osobe starije dobi prenositi medicinskim sestrama, ali i drugim pružateljima skrbi koji imaju temeljno obrazovanje iz biomedicinskih znanosti, a za ispravan sveobuhvatan pristup u skrbi nedostaju im upravo znanja iz sociologije, prava, psihologije. Također, zajednicu, medije i društvo u cjelini potrebno je senzibilizirati na problem nasilja nad osobama starije dobi u institucijama, ali i u kućanstvima.

## LITERATURA

1. Abdel Rahman, Tomader T. i El Gaafary, Maha M. 2012. *Elder mistreatment in a rural area in Egypt*. *Geriatrics & gerontology international*, 12(3): 532-537.
2. Abdelhadi, Nasra i Drach-Zahavy, Anat. 2011. *Promoting patient care: work engagement as a mediator between ward service climate and patient centred care*. *Journal of advanced Nursing*, 68(6): 1276-1287.
3. *Abuse, Neglect and Exploitation of At-Risk Adults in Georgia*. Dostupno na: <https://aging.dhs.georgia.gov/abuse-neglect-and-exploitation-risk-adults-georgia/> (02. veljače 2017).
4. Acierno, Ron, Hernandez, Melba A., Amstadter, Ananda B., Resnick, Heidi S., Steve, Kenneth, Muzzy, Wendy i Kilpatrick, Dean G. 2010. *Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study*. *American Journal of Public Health*, 100(2): 292-297.
5. *Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi*. 2014. Akreditacijski standardi. Dostupno na: <http://aaz.hr/hr/akreditacija/standardi> (05. veljače 2017).
6. Agich, George J. 2004. *Dependence and autonomy in old age*. Cambridge: Cambridge University.
7. Ajduković, Marina. 2003. *Nasilje u obitelji*. Nacionalna obiteljska politika. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji materinstva i mladeži.
8. Ajduković, Marina, Rusac, Silvia i Ogresta, Jelena. 2008. *Izloženost starijih osoba nasilju*. *Rev. soc. polit.* 15 (1): 3-22.
9. Allen, Priscilla D., Kellett, Kathy i Gruman, Cynthia. 2004. *Elder abuse in Connecticut's nursing homes*. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(1): 19-42.

10. Alma Mater Europaea – ECM. 2014. *Predstavitevna knjižica socialna gerontologija*. Dostupno na: <http://www.almamater.si/socialna-gerontologija-c18> (01. veljače 2017).
11. Alt, Kim L., Nguyen, Annie L. i Meurer, Linda N. 2011. *The effectiveness of educational programs to improve recognition and reporting of elder abuse and neglect: A systematic review of the literature*. Journal of elder abuse & neglect, 23(3): 213-233.
12. American Medical Association. 1990. *White Paper on Elderly Health. Report of the Council on Scientific Affairs*. Arch Inter Med, 150(12), 2459-2472.
13. American psychological association. 2015. *Elder abuse and neglect: in search of solutions*. Dostupno na: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.pdf> (01. veljače 2017).
14. Ananias, Janetta i Herman Strydom. 2014. *Factors contributing to elder abuse and neglect in the informal caregiving setting*. Social Work, 50(2): 268-284.
15. Anetzberger, Georgia J., Palmisano, Barbara R., Sanders, Margaret, Bass, David, Dayton, Carol, Eckert, Sharen i Schimer, Maria R. 2000. *A model intervention for elder abuse and dementia*. The Gerontologist, 40(4): 492-497.
16. Angus, Jocelyn i Reeve, Patricia. 2006. *Ageism: A threat to «aging well» in the 21st century*. Journal of Applied Gerontology, 25(2): 137-152.
17. Antonucci, Toni C., Ajrouch, Kristine J. i Birditt, Kira S. 2013. *The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective*. The Gerontologist, 54(1): 82-92.
18. Arling, Greg, Kane, Robert L., Lewis, Teresa i Mueller, Christine. 2005. *Future development of nursing home quality indicators*. The Gerontologist, 45(2): 147-156.
19. Atlanta Long Term Care Ombudsman Program. 2008. Dostupno na: [http://www.centeronelderabuse.org/docs/Abuse\\_of\\_Residents\\_of\\_Long\\_Term\\_Care\\_Facilities.pdf](http://www.centeronelderabuse.org/docs/Abuse_of_Residents_of_Long_Term_Care_Facilities.pdf) (02. veljače 2017).
20. Ayalon, Liat. 2011. *Abuse is in the eyes of the beholder: using multiple perspectives to evaluate elder mistreatment under round-the-clock foreign home carers in Israel*. Ageing and Society, 31(3): 499-520.
21. Baker, Margaret W. i Heitkemper, Margaret M. 2005. *The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment*. Nursing Outlook, 53(5): 253-259.
22. Baltes, Paul B., Staudinger, Ursula M. i Lindenberger, Ulman. 1999. *Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning*. Annu. Rev. Psychol. 50 (1): 471-507.
23. Bamford-Wade, Anita i Moss, Cheryle. 2010. *Transformational leadership and shared governance: An action study*. Journal of Nursing Management, 18(7): 815-821.
24. Bandura, Albert. 1978. *Social learning theory of aggression*. Journal of communication, 28(3): 12-29.

25. Bandura, Albert. 1982. *Self-efficacy mechanism in human agency*. Psychologist, 37(2): 122-147.
26. Bandura, Albert. 1991. *Social cognitive theory of self-regulation*. Organizational Behavior & Human Decision Processes, 50(2): 248-287.
27. Barkay, Aliza i Tabak, Nili. 2002. *Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution*. International Journal Of Nursing Practice, 8(4): 198-209.
28. Berg, Agneta, Erlingsson, Christen i Saveman, Britt-Inger. 2001. "Global response against elder abuse" Report from Sweden. Dostupno na: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_ea\\_swe.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_ea_swe.pdf)(2. veljače 2017).
29. Berk, Laura E. 2008. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
30. Berk, Laura E. 2012. *Child Development*. UK: Pearson Education.
31. Bern-Klug, Mercedes i Bushra Sabri. 2012. *Nursing home social services directors and elder abuse staff training*. Journal of gerontological social work, 55(1): 5-20.
32. Berzoff, Joan. 2011. Psychosocial ego development: The theory of Erik Erikson. U *Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts*, ur. Joan Berzoff, Laura Melano Flanagan, Patricia Hertz, 97-118. SAD: Rowman & Littlefield Publishers.
33. Bonnie, Richard i Wallace, Robert B. 2003. *Elder mistreatment. Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington: The National Academies Press.
34. Bowers, Barbara J., Esmond, Sarah i Jacobson, Nora. 2000. *The relationship between staffing and quality in long-term care facilities: Exploring the views of nurse aides*. Journal of nursing care quality, 14(4): 55-64.
35. Brandl, Bonnie. 2000. *Power and control: Understanding domestic abuse in later life*. Generations, 24(2): 39.
36. Bravo, Gina, Dubois, Marie-France, Charpentier, Michèle, De Wals, Philippe i Émond, Aline. 1999. *Quality of care in unlicensed homes for the aged in the Eastern Townships of Quebec*. Canadian Medical Association Journal, 160(10): 1441-1445.
37. Bronfenbrenner, Urie. 2009. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard university press.
38. Brooker, Dawn. 2003. *What is person-centred care in dementia?*. Reviews in clinical gerontology, 13(3): 215-222.
39. Brownell, Patricia. 2010. Social issues and social policy response to abuse and neglect of older adults. U *Aging, ageism and abuse: Moving from awareness to action*, ur. Gloria Gutman, Charmaine Spencer, 1-16. London: Elsevier.
40. Burnes, David P. 2014. *Risk Factors for Elder Abuse Incidence and Severity Among Cognitively Intact Older Adults*. Columbia: Columbia University. Doktorska disertacija.
41. Burnight, Kerry i Mosqueda, Laura. 2011. Theoretical Model Development in Elder Mistreatment. Dostupno na:

42. Butler, Robert. 2010. *The Longevity Revolution: The Benefits and Challenges of Living a Long Life*. New York: PublicAffairs.
43. Bužgová, Radka i Ivanová, Katerina. 2009. *Elder abuse and mistreatment in residential settings*. Nursing Ethics, 16(1): 110–126.
44. Camerino, Donatella, Conway, Paul Maurice, Van der Heijden, Beatrice Isabela, Estryng-Behar, Madeleine, Consonni, Dario, Gould, Dinah i Hasselhorn, Hans-Martin. 2006. *Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries*. J Adv Nurs., 56(5): 542-552.
45. *Canadian network for the prevention of elder abuse*. Abuse in institutions. 2009. Dostupno na: <http://perthhuron.unitedway.ca/wp-content/uploads/2013/09/ElderAbuse-FINAL-REPORT.pdf> (01. veljače 2017).
46. Castle, Nicholas G. 2008. Nursing home caregiver staffing levels and quality of care a literature review. Journal of Applied Gerontology, 27(4): 375-405.
47. Castle, Nicholas G. i Engberg, John. 2007. The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes. Health services research, 42(5): 1822-1847.
48. Castle, Nicholas G., Engberg, John, Anderson, Ruth i Men, Aiju. 2007. Job satisfaction of nurse aides in nursing homes: Intent to leave and turnover. The Gerontologist, 47(2): 193-204.
49. Castle, Nicholas G. i Anderson, Ruth A. 2011. Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care: Using dynamic panel estimation methods. Medical care, 49(6): 545-552.
50. Castle, Nicholas, Ferguson-Rome, Jamie C. i Teresi, Jeanne A. 2015. *Elder Abuse in Residential Long-Term Care: An Update to the 2003 National Research Council Report*. Journal of Applied Gerontology, 34(4): 407-443.
51. Charpenter, Michèle i Soulières, Maryse. 2007. *Way forward – preventing elder abuse in institutional settings*. Dostupno na: <http://www.uqam.ca/nouvelles/2007/07-223-dec-a.pdf> (01. veljače 2017).
52. Clark, Julie. 2010. *Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice*. Nursing Times, 106(20): 16-9. Dostupno na: <http://www.nursingtimes.net/roles/practice-nurses/defining-the-concept-of-dignity-and-developing-a-model-to-promote-its-use-in-practice/5015026.fullarticle> (02. veljače 2017).
53. Clements, Luke. 2011. ***Carers and their Rights***. London: Carers UK. Dostupno na: <http://www.lukeclements.co.uk/wp-content/uploads/2015/07/Carers-Guide-6th-pre-pub-2015-05.pdf> (01. veljače 2017).
54. Cocco, Ennio, Gatti, Monica, De Mendonça Lima, Carlos Augusto i Camus Vincent. 2003. *A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards*. Int J Geriatr Psychiatry, 18(1): 78-85.

55. Cocco, Ennio. 2010. *How Much is Geriatric Caregivers Burnout Caring-Specific? Questions from a Questionnaire Survey*. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 6: 66-71.
56. Cohen, Miri, Shinan-Altman, Shiri. 2011. *A cross-cultural study of nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes*. International Psychogeriatrics, 23(08): 1213-1221.
57. Cohen-Mansfield, Jiska, Werner, Perla, Weinfield, Michael, Braun, Judith, Kraft, Gladys, Gerber, Barbara i Williams, Steve. 1995. *Autonomy for Nursing Home Residents: the Role of Regulations*. Behavioral Sciences & the Law, 13(3): 415-423.
58. Cohen-Mansfield, Jiska. 1997. *Turnover among nursing home staff. A review*. Nurs Manage, 28(5): 59-64.
59. Collins, Kim. 2006. *Elder maltreatment*. A review Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 130(9): 1290-1296.
60. Čipin, Ivan i Smolić, Šime. 2013. *Ekonomika starenja u Hrvatskoj*. Zagreb: Ekonomski fakultet. Dostupno na: [http://web.efzg.hr/dok/MGR/ssmolicestarenja/ekonomika\\_starenja\\_web.pdf](http://web.efzg.hr/dok/MGR/ssmolicestarenja/ekonomika_starenja_web.pdf) (02. veljače 2017).
61. Daly, Jeanette M., Merchant, Mary L. i Jogerst, Gerald J. 2011. *Elder abuse research: A systematic review*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 23(4): 348-365.
62. Davidovic, Mladen, Sevo, Goran, Svorcan, Petar, Milosevic, Dragoslav, Despotovic, Nebojsa i Erceg, Predrag. 2014. *Old age as a privilege of the "selfish ones"*. Aging and disease, 1(2): 139-146.
63. Davies, Sue, Laker, Scott i Ellis, Lorraine. 1997. *Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review*. Journal of Advanced Nursing, 26(2): 408-417.
64. De Donder, Liesbeth, Lang, Gert, Luoma, Minna-Liisa, Penhale, Bridget, Ferreira Alves, Jose, Tamutiene, Ilona, Santos, Ana J., Koivusilta, Mira, Enzenhofer, Edith, Perttu, Sirkka, Savola, Tiina i Verte, Dominique. 2011. *Perpetrators of abuse against older women: a multi-national study in Europe*. The Journal of Adult Protection, 13(6): 302-314.
65. Despot Lučanin, Jasminka. 2003. *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
66. Despot Lučanin, Jasminka, Lučanin, Damir i Havelka, Mladen. 2011. *Cognitive Function and Depression in Elderly People*. Psychological Topics, 20(1): 173.
67. Drennan, Jonathan, Lafferty, Attracta, Treacy, Margaret Pearl, Fealy Gerard, Phelan, Amanda, Lyons, Imogen i Hall Patricia. 2012. *Older People in Residential Care Settings: Results of a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts*. NCPOP: University College Dublin. Dostupno na: <http://www.rte.ie/documents/news/elderlyreport.pdf> (02. veljače 2017).
68. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. godine*. Dostupno na: <http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/censuslogo.htm> (03. veljače 2017).
69. Duraković, Zijad i sur. 2007. *Gerijatrija medicina starije dobi*. Zagreb: C.T. Poslovne informacije, d.o.o.

70. Engel, George L. 1989. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Holistic Medicine, 4(1): 37-53.
71. Erlingsson, Christen. 2007. Elder abuse explored through a prism of perceptions: Perspectives of potential witnesses. Umeå: Umeå University, Department of Nursing. Doktorska disertacija.
72. European Commission. 2008. Protecting the dignity of dependent older people. Dostupno na: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEMO-08-166\\_en.htm?locale=en/](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-08-166_en.htm?locale=en/) (02. veljače 2017).
73. European Commission. 2008. *What can the European Union do to protect dignity in old age and prevent elder abuse?* Bruxelles: European Commission.
74. EUROPEAN. 2010. Evropski referenčni okvir za preprečevanje nasilja in zanemarjanja starejših. Dostupno na: [http://www.zdus-zveza.si/docs/EUROPEAN/EUROPEANOzadje\\_dobre\\_prakse\\_in\\_priporocila.pdf](http://www.zdus-zveza.si/docs/EUROPEAN/EUROPEANOzadje_dobre_prakse_in_priporocila.pdf) (01. siječnja 2017).
75. Evers, Will, Welko Tomic i André Brouwers. 2001. *Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly*. Issues in Mental Health Nursing, 22(4): 439-454.
76. Faculty at the University of California. Irvine Program in Nursing Science and staff at the Center of Excellence of Elder Abuse and Neglect in the Program in Geriatrics. An Introduction to Elder Abuse for Nursing Students. Dostupno na: <http://www.centeronelderabuse.org/docs/intro-to-elder-abuse-for-undergrad-nurses.slides.pdf> (02. veljače 2017).
77. Falk, Christina Kay. 2013. *Elder abuse in nursing homes: the impact of dementia/special care units*. Urbana-Champaign: University of Illinois. Doctoral dissertation.
78. Filipovič, Maša. 2007. *Prostorska determiniranost omrežji starejših in vloga sosedov v časovni perspektivi*. Teorija in praksa, 44 (1/2): 298-316.
79. Fiori, Katherine L., Antonucci, Toni C. i Cortina, Kai S.. 2006. *Social network typologies and mental health among older adults*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61(1): 25-32.
80. Fulmer, Terry T. i O'Malley, Terrence A. 1987. *Inadequate care of the elderly: A health care perspective on abuse and neglect*. London: Churchill Livingstone.
81. Fulmer, Terry, Guadagno, Lisa i Bolton, Marguarette M. 2004. *Elder mistreatment in women*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 33(5): 657-663.
82. Galić, Slavka, Tomasović Mrčela, Nada i sur. 2013. *Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja*. Osijek: Medicinska škola Osijek. Dostupno na: <http://www.ss-medicinska-os.skole.hr/upload/ss-medicinska-os/images/static3/1236/File/prirucnik.pdf> (03. veljače 2017).
83. Garner, Jane i Evans, Sandra. 2001. Institutional abuse of older adults. The Psychiatrist, 25(9): 364-364.
84. Garner, Jane i Evans, Sandra. 2003. *An ethical perspective on institutional abuse of older adults*. Psychiatric Bulletin, 26(5): 164-166.
85. Garrosa Eva, Moreno-Jimenez Bernardo, Liang Youxin, Gonzalez, Jose Luis. 2008. The relationship between socio-demographic variables, job



- stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International journal of nursing studies*, 45(3): 418-427.
86. Gething, Lindsay, LaCour, Jean i Wheeler, Barbara. 1994. *Attitudes of nursing home administrators and nurses towards people with disabilities*. *Journal of Rehabilitation*, 60(4): 66.
  87. Gibbs, Lisa M. i Mosqueda, Laura. 2004. *Confronting elder mistreatment in long-term care*. *Annals of Long-Term Care*, 12(4): 30-35.
  88. Giddens Anthony. 2007. *Sociologija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
  89. Gloria Lewis. 2013. *Burnout and stress: a phenomenological study of ICU Nurses' experiences caring for dying patients*. Phoenix: School of Advanced Studies University of Phoenix. Doktorska disertacija.
  90. Goergen, Thomas. 2004. *A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes*. *The Journal of Adult Protection*, 6(3): 15-25.
  91. Goffman, Erving. 1971. *Relations in Public: Micro-studies of the Public Order*. London: Allen Lane.
  92. Goffman, Erving. 2000. *Kako se predstavljamo u svakodnevnom životu*. Beograd: Geopoetika.
  93. Gorbien, Martin J. i Eisenstein, Amy. 2005. *Elder abuse and neglect: an overview*. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2): 279-292.
  94. Grizelj, Marinko i Akrap, Anđelko. 2011. *Projekcije stanovništva Republike Hrvatske od 2010. do 2061*. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
  95. Hansberry, Maria, Chen, Elein i Gorbien, Martin J. 2005. *Dementia and elder abuse*. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2): 315-332.
  96. Happell, Brenda. 2002. *Nursing home employment for nursing students: valuable experience or a harsh deterrent?* *Journal of advanced nursing*, 39(6): 529-536.
  97. Harris, David John, O'Boyle, Michael, Bates, Edward i Buckley, Carla. 2014. *Harris, O'Boyle & Warbrick: Law of the European convention on human rights*. USA: Oxford University Press.
  98. Harris, Diana K. i Benson, Michael L. 2000. *Theft in nursing homes: An overlooked form of elder abuse*. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(3): 73-90.
  99. Hauge, Solveig i Heggen, Kristin. 2008. *The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms*. *Journal of clinical nursing*, 17(4): 460-467.
  100. Hawes, Catherine. 2003. Elder Abuse in Residential Long-Term Care Settings: What Is Known and What Information Is Needed? U *Elder mistreatment, abuse, neglect and exploitation in an aging*, ur. Bonnie, Richard, Wallace, Robert B. 446-501. Washington: The National Academies Press. Dostupno na: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf?ua=1) (02. veljače 2017).
  101. Heath, Hazel i Phair, Lynne. 2009. *The concept of frailty and its significance in the consequences of care or neglect for older people: an analysis*. *International journal of older people nursing*, 4(2): 120-131.
  102. Heath, John M., Dyer, Carmel B., Kerzner, Lawrence J., Mosqueda, Laura i Murphy, Carole. 2002. *Four models of medical education about elder mistreatment*. *Academic Medicine*, 77(11): 1101-1106.

103. Helseog omsorgsdepartementet. 2012. *Melding til Stortinget nr 10 (2012-2013). Godkvalitet- trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.*(Report No 10 (2012-2013) to the Storting: Good quality- safe services. Quality andpasient security in helath and care services Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (Norwegian Ministry of Health and Care Services).
104. Henderson, James W. 2007. The Ageing of the Population: Medical Care Costs for the Elderly. U *Health Economics & Policy*, ur. Henderson, James W. 280-285. Boston: Cengage Learning.
105. Hlebec, Valentina i Mali, Jana. 2013. Tipologija razvoja institucionalne oskrbe starejših ljudi v Sloveniji. *Socialno delo*, 52(1): 31-33.
106. Homans, George C. 1958. *Social behavior as exchange.*American journal of sociology, 63 (6): 597-606.
107. Horowitz, Amy, Silverstone, Barbara M. i Reinhardt Joann P. 1991. *A conceptualand empirical exploration of personal autonomy issues within within family caregiving relationships.*The Gerontologist,31(1): 23-31.
108. Howes, Caterine. 2002. *Elder Justice: Protecting seniors from abuse and neglect.* Washington: U.S. Government Printing Office.
109. *Hrvatska komora medicinskih sestara.*Dostupno na: [http://www.hkms.hr/data/1321863892\\_120\\_mala\\_Kategorizacija-bolesnika%5B1%5D.pdf](http://www.hkms.hr/data/1321863892_120_mala_Kategorizacija-bolesnika%5B1%5D.pdf) (03. veljače 2017).
110. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2014. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu.* 71-94. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/234488.pdf> (02. veljače2017).
111. Hudek-Knežević, Jasna, Krapić, Nada i Rajter, Linda. 2005. *Odnos između emocionalne kontrole, percipiranog stresa na radnom mjestu i profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara.*Psihologijske teme,14(2): 41-54.
112. Hughes, Carmel M. i Lapane, Kate L. 2006. *Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes.* International Journal for Quality in health care, 18(4): 281-286.
113. Jayawardena, K. Maya i Solomon Liao. 2006. *Elder abuse at end of life.* Journal of palliative medicine, 9(1): 127-136.
114. Jin, Kunlin. 2010. *Modern biological theories of aging.*Aging and disease, 1(2): 72.
115. Jogerst, Gerald J., Daly, Jeanette M., Dawson, Jeffrey D., Peek-Asa, Corinne i Schmuck, Gretchen. 2006. *Iowa nursing home characteristics associated with reported abuse.* Journal of the American Medical Directors Association, 7(4): 203-207.
116. Johnstone, Megan-Jane. 2004. *Bioethics: a nursing perspective.*Sydney: Elsevier.
117. Kada,Sundaran, Nygaard,Harald A., Mukesh, Bickol N. i Geitung, Jonn T. 2009. *Staff attitudes towards institutionalised dementia residents.* Journal of Clinical Nursing, 18(16): 2383-2392.
118. Kalisch, Beatrice J., Landstrom, Gay i Williams, Reg Arthur.2009. *Missed nursing care: errors of omission.*Nursing outlook, 57(1): 3-9.
119. Kennedy, Bernice Roberts. 2005. *Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care.* Journal of Nursing Scholarship, 37(4): 381.

120. Ki-moon, Ban. 2016. *Secretary-General's Message for 2016*. Dostupno na: <http://www.un.org/en/events/olderpersonsday/messages.shtml> (02.veljače 2017).
121. Kitwood, Tom. 1997. *On being a person. In dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
122. Kovač, Marina, Žarković Palijan, Tija, Kovačević, Dražen, Kešin, Neda. 2001. Zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba. U *Iz forenzične psihijatrije, ur. Žarković Palijan, Tija, Kovačević, Dražen*. 345-299. Zagreb-Kutina: Matica hrvatska Kutina i Ceres Zagreb.
123. Kožuh-Novak, Mateja. 2005. *Starejši o nasilju nad starejšimi v Slovenski družini: Zamolčane zgodbe*. Ljubljana: NUK.
124. Lachs, Mark S. i Pillemer, Karl. 1995. *Abuse and neglect of elderly persons*. New England Journal of Medicine, 332(7): 437-443.
125. Lahe, Danijela. 2015. *Some sociological aspects of the prevention of domestic violence and abuse of the elderly in Slovenia*. Sociological discourse, 5(10): 23-34.
126. Laklija, Maja, Rusac, Silvija i Žganec, Nino. 2008. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj iu zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku* 15(2): 171-188.
127. Lambert, Matthew J. 2004. *Leading a patient-safe organization*. US: Health Administration Press.
128. Laumann, Edward O., Leitsch, Sara A. i Waite, Linda J. 2008. *Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 63(4): 248-254.
129. Leveck, Mary Lucas i Jones, Cheryl Bland. 1996. *The nursing practice environment, staff retention, and quality of care*. Research in nursing & health, 19(4): 331-343.
130. Lewallen, Rosemary Warren. 2011. *Development of an elder abuse awareness training and elder abuse recognition tool for Meals on Wheels volunteers*. Long beach: California state university. Doktorska disertacija.
131. Lindbloom, Erik J., Brandt, Julie, Hough, Landon D. i Meadows, Susan E. 2007. *Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review*. Journal of American Medical Directors Association, 8(9): 610-616.
132. Lowenstein, Ariela, Eisikovits, Zivi, Band-Winterstein, Tova i Enosh, Guy. 2009. *Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 21(3): 253-277.
133. Lowenstein, Ariela. 1999. *Elder Abuse in Residential Settings in Israel – Myth or Reality?* Journal of Elder Abuse & Neglect, 10(1-2): 133-151.
134. Lučanin, Damir i Despot Lučanin, Jasminka. 2010. *Komunikacijske vještine u zdravstvu*. Jastrebarsko: Zdravstveno veleučilište, Naklada Slap.

135. Lulić, Mira i Rešetar Čulo, Ivana. 2013. *Social exclusion and the rights of older persons*. Contemporary Legal & Economic Issues, 4: 65-93.
136. Mac Suibhne, Seamus. 2011. *Erving Goffman's Asylums 50 years on*. The British Journal of Psychiatry, 198(1-2): 1-2.
137. Mahmoud, Sally. 2014. *Elder abuse education for nurses*. Master of Long Beach: California State University. Doktorska disertacija.
138. Malmedal, Wenche, Oddbjørn, Ingebrigtsen i Saveman, Britt-Inger. 2009. *Inadequate care in Norwegian nursing homes—as reported by nursing staff*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23(2): 231-242.
139. Malmedal, Wenche, Hammervold, Randi i Saveman, Britt-Inger. 2009. *To report or not report? Attitudes held by Norwegian nursing home staff on reporting inadequate care carried out by colleagues*. Scandinavian Journal of Social Medicine, 37(7): 744-750.
140. Malmedal, Wenche. 2013. *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian*. Trondheim: University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science. Doktorska disertacija.
141. Malmedal, Wenche, Hammervold, Randi i Saveman, Britt-Inger. 2014. *The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care*. The Journal of Adult Protection, 16(3): 133-151.
142. Malmedal, Wenche, Iversen, Maria Helen i Kilvik, Astrid. 2014. *Sexual Abuse of Older Nursing Home Residents: A Literature Review*. Nursing Research and Practice, 2015: 1-7. Dostupno na: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2015/902515/abs/>(03. veljače 2017).
143. Markovik, Marijana, Jordanova Peshevska, Dimitrinka, Sethi, Dinesh, Kisman, Marija, Serafimovska, Eleonora. 2014. *Community survey of elder maltreatment: A report from the former Yugoslav Republic of Macedonia*. Copenhagen: World Health Organization.
144. Maslach, Christina, i Julie Goldberg. 1998 . *Prevention of burnout: New perspectives*. Applied and preventive psychology, 7 (1): 63-74.
145. Maslach, Christina, Schaufeli, Wilmar B. i Leiter, Michael. 2001. *Job burnout*. Annual Review of Psychology 52 (1): 397-422.39
146. McDonald, Lynn, Beaulieu, Marie, Harbison, Joan, Hirst, Sandra, Lowenstein, Ariella, Podnieks, Elizabeth i Wahl, Judith. 2012. *Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know*. Journal of elder abuse & neglect, 24(2): 138-160.
147. McDonald, Lynn. 2007. *Abuse and neglect of elders*. U *Encyclopedia of gerontology*, ur. Birren, James E., 1-10. United Kingdom: Academic Press.
148. McKenna, Kriss, Liddle, Jacki, Brown, Alysha, Lee, Katarine i Gustafsson, Louise. 2009. *Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke*. Australian Occupational Therapy Journal, 56(3): 177-188.
149. Meacham, Joan. A. 1990. *The loss of wisdom*. U *Wisdom, its Nature, Origins and Development*, ur. Sternberg, Robert J, 181-211. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.

150. Mikšaj-Todorović, Ljiljana i Šućur, Zoran. 1995. *Neki aspekti života osoba smještenih u domu umirovljenika: socijalni kontakti, aktivnosti slobodnog vremena i zadovoljstvo boravkom u domu*. Zagreb: Ministarstvo rada i socijalne skrbi.
151. Milutinović, Dragana, Grujić, Nikola, Jocić, Neda. 2009. *Identification and analysis of stress factors at nursing workplace: a comparative study of four clinical departments*. *Medicinski pregled*, 62(1-2): 68-73.
152. Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske. 2014. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. - 2016*. Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/pristup-informacijama/programi-strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-dokumenti-vlade-rh/ministarstvo-za-demografiju-obitelj-mlade-i-socijalnu-politiku/17700> (10. veljače 2017).
153. Ministarstvo vanjskih poslova. 1999. *Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda*. Dostupno na: [http://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/1999\\_05\\_6\\_142.html](http://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/1999_05_6_142.html) (02. veljače 2017).
154. Montada, Leo, Lindenberger, Ulman i Schneider, Wolfgang. 2012. *Entwicklungspsychologie*. Dostupno na: [http://www.krammerbuch.at/bookData/pdfs/schneider\\_entwicklungspsychologie\\_leseprobe.pdf](http://www.krammerbuch.at/bookData/pdfs/schneider_entwicklungspsychologie_leseprobe.pdf) (02. veljače 2017).
155. Morgan, Debra. G., Stewart, Norma J., D'arcy, C., Forbes, D. i Lawson, J. 2005. *Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(3): 347-358.
156. Mowlam, Alice, Tennant, Rosalind, Dixon, Josie i McCreddie, Claudine. 2007. *UK study of abuse and neglect of older people: qualitative findings*. London: National Centre for Social Research.
157. Nadien, Margot B. 2006. *Factors that influence abusive interactions between aging women and their caregivers*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1): 158-169.
158. Narumoto, Jin, Nakamura, Kaeko, Kitabayashi, Yurinosuke, Shibata Keisuke, Nakamae, Takashi i Fukui, Kenji. 2008. *Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly*. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(2): 174-176.
159. Natan, M. Ben, Lowenstein, A. i Eisikovits, Zvi. 2010. *Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities*. *International nursing review*, 57(1): 113-120.
160. *National Center on Elder Abuse, Washington, DC*. 2005. *Elder Abuse Prevalence and Incidence*. Dostupno na: [https://aoa.acl.gov/AoA\\_Programs/Elder\\_Rights/NCEA/index.aspx](https://aoa.acl.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/NCEA/index.aspx)
161. *National Consumer Voice for Quality Long-Term Care*. 2011. *Neglect and Abuse*. Dostupno na: <http://theconsumervoice.org/uploads/files/long-term-care-recipient/abuse-and-neglect.pdf> (02. veljače 2017).
162. National Research Council. 2003. *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. National Academies Press. Dostupno na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98788/> (05. siječnja 2017).

163. Nejašmić, Ivo i Tokić, Aleksandar. 2013. *Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive*. Hrvatski geografski glasnik, 75(1): 89-110.
164. NHS Health Scotland. 2003. *The mental health and well-being in later life programme 2003-2006*. Edinburgh: NHS Health Scotland.
165. Niebuur, Jacobien. 2014. *Life Satisfaction of Elderly in Institutions. The Importance of the Living Environment and Quality of Care for a Good Old Day*. University of Groningen: Faculty of Economics and Business.Press.
166. *Obiteljski zakon*. NN 103/2015. Dostupno na: [http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015\\_09\\_103\\_1992.html%20\(03](http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_09_103_1992.html%20(03) (02. veljače 2017).
167. Oh, Jinjoo, Kim, Hesook Suzie, Martins, Diane i Kim, Heegul. 2006. *A study of elder abuse in Korea*. International journal of nursing studies, 43(2): 203-214.
168. Pang, W. S. 2000. *Elder Abuse: Under-Recognised and Under-Reported*. Singapore Med J, 41(12): 567-570.
169. Pečjak, Vid. 2001. *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Prosvjeta.
170. Peiro, Jose M., Gonzalez-Roma, Vicente, Tordera, Nuria i Manas, Miguel A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals?. *Psychology & Health*, 16 (5): 511-525.
171. Perišin, Tena i Kufrin, Valentina. 2009. Ageizam u televizijskom mediju na primjeru središnjih informativnih emisija HRT-a, RTL-a i NOVE TV. *Ljetopis socijalnog rada* 16 (1): 29-51.
172. Petrak, Olivera, Despot Lučanin, Jasminka i Lučanin, Damir. 2006. Kvaliteta starenja-neka obilježja starijeg stanovništva istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku* 13(1): 37-51.
173. Phelan, Amanda. 2009. *Elder abuse and neglect: the nurse's responsibility in care of the older person*. International journal of older people nursing, 4(2): 115-119.
174. Pillemer, Karl i Finkelhor, David. 1988. *The prevalence of elder abuse: A random sample survey*. The gerontologist, 28(1): 51-57.
175. Pillemer, Karl i Moore, David W. 1989. *Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff*. The Gerontologist, 29(3): 314-320.
176. Podgorelec, Sonja i Klempić, Sanja. 2007. *Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj*. Migracijske i etničke teme, 23(1-2): 111-134.
177. Post, Lori, Page, Connie, Conner, Thomas, Prokhorov, Artem, Fang, Yu i Biroscak, Brian J. 2010. *Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors*. Research on Aging, 32(3):323-348.
178. *Pravilnik o standardima kvalitete socijalnih usluga*. NN 143/2014. Dostupno na: [http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014\\_12\\_143\\_2693.html](http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_12_143_2693.html) (03. veljače 2017).
179. Program Ujedinjenih naroda za razvoj u Hrvatskoj. 2006. *Izvešće o siromaštvu, nezaposlenosti i socijalnoj isključenosti*. Zagreb: Program Ujedinjenih naroda za razvoj.
180. Pulsford, David, Duxbury J. A. i Hadi, M. 2011. *A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in*

- residential care settings*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18(2): 97-104.
181. Rao, Prema P. K. 2015. *Cognitive-communicative Decline with Ageing: Do Speech-Language Pathologists Contribute to Clinical Decisions?*. Indian Journal of Gerontology, 29(1):1-22.
  182. Rechel, Bernd, Grundy, Emily, Robine, Jean-Marie, Cylus, Jonathan, Mackenbach, Johan P, Knai, Cecile i McKee, Martin. 2013. *Ageing in the European union*. The Lancet, 381(9874): 1312-1322.
  183. Redfern, Sally, Hannan, Shirina, Norman, Ian i Martin, Finbarr. 2002. *Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home*. Health & social care in the community, 10(6): 512-517.
  184. Redondo, Nelida i Lloyd-Sherlock, Peter. 2009. *Institutional care for older people in developing countries: Repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina*. Norwich: University of East Anglia, UK. Dostupno na: <https://www.uea.ac.uk/documents/6347571/6504346/WP13.pdf/40c878ad-25f5-4967-b338-fca4246103d9> (02. veljače 2017).
  185. Reis, Myrna i Nahmiash, Daphne. 1997. *Abuse of seniors: personality, stress and other indicators*. Journal of Mental Health and Aging, 3(3): 337-356.
  186. Rešetar Čulo, Ivana. 2014. *Zaštita prava starijih osoba u Europi: trenutno stanje, nedostatci i izazovi*. Pravni vjesnik, 30(2): 117-135.
  187. Riggs, David S. i O'Leary, K. Daniel. 1989. A theoretical model of courtship aggression. U *Violence in Dating Relationships: Emerging social issues*, ur. Pirog-Good, Maureen A. i Stets, Jan E, 53-71. Westport: Praeger
  188. Rodgers, Vivien i Neville, Stephen. 2007. *Personal autonomy for older people living in residential care: an overview*. Nursing Praxis in New Zealand, 23(1): 29-36.
  189. Rognstad, May-Karin, Aasland, Olaf i Granum, Vigdis. 2004. *How do nursing students regard their future career? Career preferences in the post-modern society*. Nurse Education Today, 24(7): 493-500.
  190. Rusac, Silvia i Čizmin, Ana. 2011. *Nasilje nad starijim osobama u ustanovama*. Med Jad., 41(1-2): 51-58.
  191. Rusac, Silvia. 2006. *Nasilje nad starijim osobama*. Ljetopis socijalnog rada 13 (2): 331-346.
  192. Rusac, Silvija. 2011. Funkcionalna nesposobnost starijih osoba kao činitelj rizika za izloženost nasilju u obitelji. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istraživanja* 47 (2): 87-95.
  193. Samec, Anamarija. 2010. *Nasilje nad starosniki*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede. Dostupno na: <http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska/pdfs/samec-anamarija.pdf> (02. veljače 2017).
  194. Sandvide, Åsa, Åström, Sture, Norberg, Astrid. i Saveman, Britt-Inger. 2004. *Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers*. Scandinavian journal of caring sciences, 18(4): 351-357.
  195. Saveman, Britt-Inger. i sur. 1999. *Elder abuse in residential settings in Sweden*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 10(1-2): 43-60.

196. Schiamberg, Lawrence B. i Gans, Daphna. 1999. *An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 11(1): 79-103.
197. Schiamberg, Lawrence B., Barboza, Gia G., Oehmke, James, Zhang, Zhneimei, Griffore, Robert J., Weatherill, Robin P., Levnete von Heydrich i Post, Lori A. 2011. *Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective*. Journal of elder abuse & neglect, 23(2): 190-211.
198. Schiamberg, Lawrence B., Oehmke, James, Zhang, Zhenmei, Barboza, Gia E., Griffore, Robert J. i Von Heydrich, Levente. 2012. *Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home*. Journal of elder abuse & neglect, 24(1): 65-83.
199. Selwood, Amber, Cooper, Claudia i Livingston, Gill. 2007. *What is elder abuse—who decides?* International journal of geriatric psychiatry, 22(10): 1009-1012.
200. Sequist, Thomas D., Von Glahn, Ted, Li, Angela, Rogers, William H. i Dana, Gelb Safran. 2012. *Measuring chronic care delivery: patient experiences and clinical performance*. International Journal for Quality in Health Care, 24(3): 206-213.
201. Sev'er, Aysan. 2009. *More than wife abuse that has gone old: a conceptual model for violence against the aged in Canada and the US*. Journal of Comparative Family Studies, 40(2): 279-292.
202. Shelly I. Jackson, Thomas I. Hafemeister, J.D. 2013. *Understanding Elder Abuse. New directions for developing theories of Elder Abuse occurring in domestic settings*. U.S. Department of Justice, Office of Justice, Programs National Institute of Justice: 3-33.
203. Sherwin, Susan i Winsby, Meghan. 2011. *A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes*. Health Expectations, 14(2): 182-190.
204. Shinan-Altman, Shiri i Cohen, Miri. 2009. *Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout*. The Gerontologist, 49(5): 674-684.
205. Shinan-Altman, Shiri i Cohen, Miri. 2009. *Nursing Aides' Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes: The Effect of Work Stressors and Burnout*. Gerontologist, 49(5): 674-684.
206. Skledar, Nikola. 1997. *Bioetika i antropologija*. Soc.ekol., 6(4): 385-392.
207. Spence Laschinger, Heather K., Finegan, Joan, Shamian, Judith i Almost, Joan. 2001. *Testing Karasek's demands-control model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life*. Journal of Nursing Administration, 31(5): 233-243.
208. Spilsbury, Karen, Hewitt, Catherine, Stirk, Lisa i Bowman, Clive. 2011. *The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review*. International journal of nursing studies, 48(6): 732-750.
209. Spomenka Tomek-Roksandić, Zvonimir Šostar i Višnja Fortuna. 2012. *Četiri stupa gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe*. Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.



210. Stark, Sharon. 2012. *Elder abuse: Screening, intervention, and prevention*. Nursing., 42(10): 24-29.
211. Stavljenić-Rukavina, Ana, Mittermayer, Renato, Tomek Roksandić, Spomenka, Mustajbegović, Jadranka. 2012. *Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba*. Dostupno na: <http://aaz.hr/resources/vijesti/73/Prirucnik%20Kvaliteta%20dugotrajne%20skrbi%20starijih%20osoba.pdf> (02. veljače 2017).
212. Stolee, Poul, Hiller, Loretta M., Etkin, Maureen i McLeod, Jordache. 2012. "Flying by the seat of our pants": Current processes to share best practices to deal with elder abuse. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(2): 179-194.
213. SURS. 2009a. Letopis 2008. Dostupno na: <http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/publikacije/statisti%C4%8Dni-letopis/pregled-poglavja?id=9&leto=2008> (02. veljače 2017).
214. Sveučilište Sjever, 2014. Odjel za biomedicinske znanosti, Nastavni plan studija sestrištva Dostupno na: <https://www.unin.hr/sestrinstvo/kolegiji/> (02. listopada 2016).
215. The National Consumer Voice for Quality Long-Term Care. 2011. National Consumer Voice for Quality Long-Term Care, 1001 Connecticut Avenue, NWSuite 425 • Washington, DC
216. Thomas, William H. 1996. *Life worth living: How someone you love can still enjoy life in a nursing home: The Eden Alternative in action*. St. Louis: VanderWyk&Burnham.
217. Thomas, William H. 2003. *Evolution of Eden*. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2): 141-157.
218. Thomson, Mary J., Lietzau, Lauren K., Doty, Megan M., Cieslik, Linda, Williams, Ramona i Meurer, Linda N. 2011. *An analysis of elder abuse rates in Milwaukee County*. WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin, 110(6): 271.
219. Tilse, Cheryl i Wilson, Jill. 2013. *Recognising and responding to financial abuse in residential aged care*. *The Journal of Adult Protection*, 15(3): 141-152.
220. Tomek-Roksandić, Spomenka i sur. 2006. *Zaštita zdravlja starijih osoba – javnozdravstveni prioritet u Gradu Zagrebu i Hrvatskoj*. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 2(8): 1-13.
221. Tomek-Roksandić, Spomenka. 2010. Učestalost i prevencija kroničnih bolesti u starijih osoba. U: *Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti, ur. Vorko-Jović, Ariana, Strnad, Marija i Rudan, Igor, 65-75. Zagreb: Medicinska naklada*.
222. Touhy, Theris A. i Jett F. Kathleen. 2014. *Ebersole and Hess' gerontological nursing and healthy aging*. UK: Elsevier Health Sciences.
223. U.S. Code. 2012. *The Public Health and Welfare. Programs for older Americans. Declaration of objectives and definitions*. Dostupno na: [https://www.law.cornell.edu/uscode/pdf/uscode42/lii\\_usc\\_TI\\_42\\_CH\\_35\\_SC\\_I\\_SE\\_3002.pdf](https://www.law.cornell.edu/uscode/pdf/uscode42/lii_usc_TI_42_CH_35_SC_I_SE_3002.pdf) (03. veljače 2017).
224. Ulsperger, Jason S i Knottnerus, J. David. 2008. *The social dynamics of elder care: rituals of bureaucracy and physical neglect in nursing homes*. *Sociological Spectrum*, 28(4): 357-388. Dostupno na: [http://www.academia.edu/342888/The\\_Social\\_Dynamics\\_of\\_Elder\\_Care](http://www.academia.edu/342888/The_Social_Dynamics_of_Elder_Care)

Rituals of Bureaucracy and Physical Neglect In Nursing Homes

(02. veljače 2017).

225. United Nations. 2006. *Guidelines for review and appraisal of the Madrid international plan of action on ageing bottom-up participatory approach*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
226. Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske. 2013. *Nacionalni program zaštite i promicanja ljudskih prava za razdoblje od 2013. do 2016. godine*. Dostupno na: <https://ljudskaprava.gov.hr/pristup-informacijama-16/strategije-planovi-i-izvjesca/nacionalni-programi-547/547> (03. veljače 2017).
227. Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske. 2013. *Nacionalni plan za borbu protiv diskriminacije 2008. - 2013*. Dostupno na: <https://ljudskaprava.gov.hr/pristup-informacijama-16/strategije-planovi-i-izvjesca/nacionalni-programi-547/547> (02. veljače 2017).
228. Vanderspank-Wright, Brandi, Fothergill-Bourbonnais, Francis, Malone-Tucker, Sue i Slivar, Sharon. 2011. *Learning end-of-life care in ICU: Strategies for nurses new to ICU*. Canadian Association of Critical Care Nurses, 22(4): 22-25.
229. Veber, Suzana. 2004. *Zloraba starih ljudi in nasilje nad njimi*. Obzor Zdr N, 38: 149–157.
230. Viitasara, Eija. 2001. *Violence in Caring - Risk factors, outcomes and support*. Stockholm: National Institute for Working Life.
231. Warner Schaie, K. i Willis, Sherry L. 2001. *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
232. Warner, Schaie K. i Willis, Sherry L. 2010. *Handbook of the Psychology of Aging*. US: Academic Press.
233. Weber, Marx. 1976. *The Protestant Ethic and the spirit of Capitalism*. London: Allen and Unwin.
234. Wernher, Iris i Martin S. Lipsky. 2015. *Psychological theories of aging*. Disease-a-Month, 61(11): 480-488.
235. Whittaker, Terri. 1995. *Violence, gender and elder abuse: Towards a feminist analysis and practice*. Journal of Gender Studies, 4(1): 35-45.
236. Wiener, Joshua M., Tilly, Jane, Howe, Anna, Doyle, Colleen, Evans Cuellar, Alison, Campbell, John i Ikegami, Naoki. 2007. *Quality assurance for long-term care: the experiences of England, Australia, Germany and Japan*. Washington D.C.: AARP.
237. Wigglesworth, Aileen, Austin, Raciela, Corona, Maria, Schneider, Diana Liao, Solomon, Gibbs, Lisa i Mosqueda, Laura. 2009. *Bruising as a marker of physical elder abuse*. Journal of the American Geriatrics Society, 57(7): 1191-1196.
238. Wikström, Eva i Emilsson, Ulla Melin. 2014. *Autonomy and Control in Everyday Life in Care of Older People in Nursing Homes*. Journal of Housing for the Elderly, 28(1): 41-62.
239. Wilson, Donna M., Ratajewicz, Sandra E., Els, Charl i Asirifi, Mary A. 2011. *Evidence-based approaches to remedy and also to prevent abuse of community-dwelling older persons*. Nursing research and practice, 2011: 1-5.
240. Wolf, Rosalie S. 2000. *Elder abuse: An introduction*. Generations, 20(4): 301-305.

241. Wood, Stephen i Goodwin, Vicki. 2007. *Elder Abuse: 'Be aware...It Happens'*. Agility, Spring/Summer (1): 4-6.
242. *World Health Organization*. 2002. World report on violence and health. Dostupno na: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/) (03. veljače 2017).
243. *World Health Organization*. 2005. Abuse of the elderly. Dostupno na: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/en/chap5.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap5.pdf) (02. veljače 2017).
244. *World Health Organization*. Global report on falls prevention in Older Age. Dostupno na: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43811/1/9789241563536\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43811/1/9789241563536_eng.pdf) (03. veljače 2017).
245. *World Health Organization*. 2008. *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report*. Geneva: World Health Organization Press. Dostupno na: [http://www.who.int/ageing/publications/ELDER\\_DocAugust08.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf) (03. veljače 2017).
246. *World Health Organization*. 2011. *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Dostupno na: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf) (03. veljače 2017).
247. *World Health Organization*. 2016. *Elder abuse*. Dostupno na: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/en/chap5.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap5.pdf) (03. veljače 2017).
248. Yllo, Kersti A. 2005. Through a feminist lens. Current controversies in family violence. U *Current Controversies on Family Violence*, ur. Loseke, Donileen R., Gelles, Richard J. i Cavanaugh, Mary M. London: Sage Publications.
249. *Zakon o prihvaćanju Europske socijalne povelje, Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji, Protokola o izmjenama Europske socijalne povelje i Dodatnog protokola Europskoj socijalnoj povelji kojim se uspostavlja sustav kolektivnih žalbi*. NN 15/2002. i 8/2003. Dostupno na: [http://narodnenovine.nn.hr/clanci/medunarodni/2002\\_12\\_15\\_172.html](http://narodnenovine.nn.hr/clanci/medunarodni/2002_12_15_172.html) (03. veljače 2017).
250. *Zakon o socijalnoj skrbi*. NN 33/2012. Dostupno na: [http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2012\\_03\\_33\\_798.html](http://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2012_03_33_798.html) (02. veljače 2017).
251. *Zakon o udomiteljstvu*. NN 90/2011, 78/2012. Dostupno na: <http://www.zakon.hr/z/485/Zakon-o-udomiteljstvu> (02. veljače 2017).
252. *Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji*. NN 137/09, 14/10, 60/10/ 2009. Dostupno na: <http://www.zakon.hr/z/81/Zakon-o-za%C5%A1titi-od-nasilja-u-obitelji> (02. veljače 2017).
253. Zebrowitz, Leslie i Montepare, Joan. 2000. Too young, too old: Stigmatizing adolescents and the elderly. U *The social psychology of stigma*. ur. Heatherton, T., Kleck, R., Hebl, M., Hull, J.G.. New York: Guilford Press.

254. Zelenika, Ratko. 2000. *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela*. Rijeka:Ekonomski fakultet u Rijeci.
255. Železnik, Danica. 2007. *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia*. University of Oulu:Oulun yliopisto.



**14. U navedenim tvrdnjama svoje mišljenje izrazite kao:** 1 - uopće se ne slažem , 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem- niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - izrazito se slažem.

1.	Skrbim za osobe starije dobi po standardima zdravstvene njege	1	2	3	4	5
2.	Poznajem tjelesne promjene kod osoba starije dobi	1	2	3	4	5
3.	Poznajem psihičke i kognitivne promjene kod osoba starije dobi	1	2	3	4	5
4.	Znam komunicirati s dementnom osobom	1	2	3	4	5
5.	U skrbi za osobe starije dobi svakodnevna komunikacija je jako teška	1	2	3	4	5
6.	Osobe starije dobi često su same krive za neprikladno ponašanje osoblja prema njima	1	2	3	4	5
7.	Osobe starije dobi previše su zahtjevne u skrbi	1	2	3	4	5
8.	Osobe starije dobi trebaju ravnopravno sudjelovati u skrbi	1	2	3	4	5
9.	Odijevanjem osobe starije dobi u privatno rublje čuvam dostojanstvo korisnika	1	2	3	4	5
10.	Obrok osoba starije dobi treba trajati najmanje 20 minuta	1	2	3	4	5
11.	Normalno je da osobe starije dobi imaju stolicu jednom na tjedan	1	2	3	4	5
12.	U skrbi sa osobama starije dobi potrebno je glasno govoriti da razumiju upute	1	2	3	4	5
13.	Poziv zvonom osoba starije dobi često nije opravdan	1	2	3	4	5
14.	Etično postupanje s osobom starije dobi zanemaruje se	1	2	3	4	5
15.	Zdravstvena njega osoba starije dobi jako je zahtjevna	1	2	3	4	5
16.	Potrebna mi je dodatna edukacija iz specifičnosti zdravstvene njege osoba starije dobi	1	2	3	4	5
17.	Čitam stručnu literaturu o skrbi za osobe starije dobi	1	2	3	4	5
18.	Pohađam stručna predavanja s tematikom skrbi za osobe starije dobi	1	2	3	4	5
19.	Slušanje priča iz prošlosti osoba starije dobi smatram važnim dijelom skrbi	1	2	3	4	5
20.	Povremeno uzimanje osobnih sredstava od osobe starije dobi za njegu drugih korisnika ne smatram zlostavljanjem	1	2	3	4	5
21.	U razgovor sa osobom starije dobi koristim tepanje i umanje: „bubica, zlatica, dušica, djedica“ i sl.	1	2	3	4	5
22.	Osobe starije dobi koje nisu inkontinentne privlače pažnju osoblja mokrenjem u krevet.	1	2	3	4	5
23.	Na radnom mjestu imam potrebu za češćim paljenjem cigarete.	1	2	3	4	5
24.	Mislim da ne postoji zlostavljanje osoba starije dobi u instituciji	1	2	3	4	5
25.	Smatram da radim predugo sa osobama starije dobi	1	2	3	4	5

**15. Molim Vas da sljedeće tvrdnje odgovorite što savjesnije:**

<b>Jeste li u posljednjih 12 mjeseci vidjeli medicinsku sestru kako:</b>	<b>Nikad</b>	<b>jednom</b>	<b>2-10 puta</b>	<b>Više od 10</b>
1. <i>Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta nakon inkontinencije urina ili stolice.</i>				
2. <i>Ignorira poziv osobe starije dobi.</i>				
3. <i>Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.</i>				
4. <i>Daje laksative samo jednom na tjedan.</i>				
5. <i>Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ ili tiho.</i>				
6. <i>Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.</i>				
7. <i>Često i bezpotrebno uvodi urinarni kateter.</i>				
8. <i>Odbija pomoći osobi oko hranjenja.</i>				
9. <i>Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.</i>				
10. <i>Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.</i>				
11. <i>Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.</i>				
12. <i>Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.</i>				
13. <i>Gura, zgrabi, štipa, osobu starije dobi.</i>				
14. <i>Baca nešto na osobu starije dobi.</i>				
15. <i>Pljuska ili udara osobu starije dobi.</i>				
16. <i>Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.</i>				
17. <i>Udara ili pokušava udariti osobu starije dobi nekim predmetom.</i>				
18. <i>Bespotrebno izolira osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.</i>				
19. <i>Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.</i>				
20. <i>Viče na osobu starije dobi u bijesu, ljutnji.</i>				
21. <i>Uskratiti osobi starije dobi hranu ili neke privilegije kao oblik kažnjavanja.</i>				
22. <i>Dira osobu starije dobi na neprimjeren način.</i>				
23. <i>Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli</i>				

Izvor: Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M.P., Fealy, G., Phelan, A., Lyons, I. Hall, P. (2012) Older People in Residential Care Settings: Results of a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts. NCPOP, University College Dublin

**16. Sljedeća pitanja odnose se na Vaše misli i osjećaje u posljednjih mjesec dana.** Za svako pitanje zaokružite koliko često ste se osjećali i mislili na opisani način.

0= Nikad      1=Gotovo nikada      2=Ponekad      3=Poprilično često      4=Vrlo često

1.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se uzrujali zbog nečeg što se neočekivano dogodilo?	0	1	2	3	4
2.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da nemate kontrolu nad važnim stvarima u svom životu?	0	1	2	3	4
3.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se osjećali nervozno i pod stresom?	0	1	2	3	4
4.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se možeš nositi s osobnim problemima?	0	1	2	3	4
5.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se stvari odigravaju u Vašu korist?	0	1	2	3	4
6.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se ne možete nositi sa svim obavezama?	0	1	2	3	4
7.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste uspjeli kontrolirati neugodne i uznemirujuće situacije u svom životu?	0	1	2	3	4
8.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da imate sve u svojim rukama?	0	1	2	3	4
9.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se naljutili zbog događaja koji su izvan Vaše kontrole?	0	1	2	3	4
10.	U posljednjih mjesec dana, koliko često ste imali osjećaj da se teškoće gomilaju do te mjere da ih je nemoguće prevladati ?	0	1	2	3	4

Izvor: Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.

**17.Sljedeće tvrdnje govore o stresu i sindromu sagorijevanja na poslu.** Za svako pitanje zaokružite koliko često ste se osjećali i mislili na opisani način.

1–nikad, 2 – vrlo rijetko, 3- rijetko 4 – često, 5 – vrlo često, 6- uvijek, 7 - gotovo uvijek

Osjećam se emocionalno ispijen/a na poslu.	1	2	3	4	5	6	7
Mislim da u svom poslu previše radim.	1	2	3	4	5	6	7
Na kraju dana osjećam se iskorišteno.	1	2	3	4	5	6	7
Osjećam da sam pregorio/la od posla.	1	2	3	4	5	6	7
Kad se ujutro moram suočiti s još jednim danom, osjećam se umorno.	1	2	3	4	5	6	7
Osjećam kao da sam na izmaku snaga.	1	2	3	4	5	6	7
Cijeli dan raditi s ljudima, prava mi je muka.	1	2	3	4	5	6	7
Moj me posao frustrira.	1	2	3	4	5	6	7
Trudim se držati podalje od osobnih problema svojih pacijenata.	1	2	3	4	5	6	7
Na poslu me ljudi opterećuju problemima s kojima ne želim imati veze.	1	2	3	4	5	6	7
U stvari me ne zanima što se događa mojim pacijentima.	1	2	3	4	5	6	7
Osjećam da me obitelji nekih mojih pacijenata krive za neke svoje probleme.	1	2	3	4	5	6	7



Brinem se da zbog ovog posla postajem sve tvrdi/a, hladniji/a.	1	2	3	4	5	6	7
Otkad sam na ovom poslu, postao/la sam beščutan/a prema drugim ljudima.	1	2	3	4	5	6	7
Osjećam da se ponekad prema njima odnosim kao prema predmetima.	1	2	3	4	5	6	7
Lako mogu napraviti opuštenu atmosferu sa svojim suradnicima.	1	2	3	4	5	6	7
Osjećam da svojim radom pozitivno utječem na živote drugih.	1	2	3	4	5	6	7
Efikasno rješavam probleme svojih pacijenata.	1	2	3	4	5	6	7
Lako mogu shvatiti kako se osjećaju moji pacijenti i njihove obitelji.	1	2	3	4	5	6	7
U ovom sam poslu postigao/la mnogo vrijednih stvari.	1	2	3	4	5	6	7
Nakon rada sa svojim pacijentima, osjećam se ushićeno.	1	2	3	4	5	6	7
Mirno se nosim s emocionalnim problemima.	1	2	3	4	5	6	7

Izvor: Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. NJ: Prentice Hall, Englewood Cliffs.

## Prilog 2 - Upitnik o zanemarivanju i zlostavljanju za osobe starije dobi

Poštovani korisnici Doma i Odjela za produljeno liječenje,

Ovaj upitnik je izrađen za potrebe istraživanja u sklopu doktorskog rada na studiju Socijalne gerontologije Alma Mater Europeae, Maribor, Republika Slovenija pod naslovom: »Izrada standarda za prepoznavanje i prevenciju zanemarivanja i zlostavljanja osoba starije dobi u institucijama« pod mentorstvom izv.prof.dr.sc. Danice Železnik. Uprava i Etičko povjerenstvo ustanova u kojima boravite suglasni su s provođenjem ovog upitnika među Vama korisnicima. Upitnik je anonimn, a rezultati će se koristiti za izradu doktorskog rada i objavu u znanstvenim časopisima, a Vaš doprinos je iznimno značajan za istinitost i stvarni prikaz ove pojave u institucijama. Unaprijed zahvaljujem na vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika.

Marijana Neuberg mag., v.pred., Sveučilište Sjever, studij sestrinstva 104.brigade 3, 42 000 Varaždin

### Ispred odgovora stavite oznaku X

1. Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	2. Vaša dob u godinama je:
3. Vaš stupanj obrazovanja je: <input type="checkbox"/> Osnovna škola <input type="checkbox"/> Srednja škola <input type="checkbox"/> Visoko obrazovanje (sve iznad srednje škole)	
4. Vaša obitelj Vas posjećuje: <input type="checkbox"/> Svakodnevno <input type="checkbox"/> Svaki tjedan <input type="checkbox"/> 1-3 puta na mjesec <input type="checkbox"/> Nekoliko puta na godinu (rođendani, blagdani) <input type="checkbox"/> Rijetko - nikad <input type="checkbox"/> Nemam obitelji	
5. Kako bi opisali vašu pokretljivost: <input type="checkbox"/> Samostalno sam pokretan <input type="checkbox"/> Pokretan sam uz hodalicu, štake, kolica <input type="checkbox"/> Krećem se uz pomoć druge osobe <input type="checkbox"/> Nepokretan, ležim u krevetu	

**6. Od kojih kroničnih bolesti bolujete:**

- ne bolujem, osjećam se zdrav
- od bolesti mišićno - koštanog sustava
- od bolesti srca i krvožilnog sustava
- od bolesti dišnog sustava
- od psihičkih poremećaja
- od neuroloških poremećaja (moždani udar, epilepsija, Parkinsonova bolest)
- od bolesti osjetila (vida, sluha)
- od bolesti probavnog sustava
- od bolesti mokraćnih i spolnih organa
- od kožnih bolesti
- od zloćudnih tumora
- od debljine
- od šećerne bolesti

**7. Molim Vas da sljedeće tvrdnje odgovorite što točnije i savjesnije:**

<b>Jeste li u posljednjih 12 mjeseci vidjeli medicinsku sestru kako:</b>	<b>Nikada</b>	<b>Jednom</b>	<b>2-10 puta</b>	<b>Više od 10 puta</b>
<i>24. Ne uređuje osobu starije dobi svaki puta kada je mokra ili zaprljana nakon obavljanja nužde.</i>				
<i>25. Ignorira poziv starije osobe</i>				
<i>26. Ne donosi osobi starije dobi noćnu posudu ili sanitarna kolica kada zatraži.</i>				
<i>27. Daje laksative samo jednom na tjedan.</i>				
<i>28. Daje osobi starije dobi previše lijekova kako bi bila omamljena i/ili tiho.</i>				
<i>29. Odbija pomoći osobi starije dobi oko obavljanja higijenskih potreba.</i>				
<i>30. Često i bezpotrebno postavlja osobi starije dobi kateter za mokrenje.</i>				
<i>31. Odbija pomoći osobi starije dobi oko hranjenja.</i>				
<i>32. Hrani osobu starije dobi na silu: kad ona ne želi otvoriti usta gura joj hranu u usta.</i>				
<i>33. Postavlja osobi starije dobi sondu za hranjenje nepotrebno i na silu.</i>				
<i>34. Odbija okrenuti ili pomaknuti osobu kako bi spriječila bolne pritiske.</i>				

35. Bespotrebno obuzdava osobu starije dobi.				
36. Gura, neprikladno i grubo hvata, štipa osobu starije dobi.				
37. Baca nešto na osobu starije dobi.				
38. Pljuska ili udara osobu starije dobi.				
39. Udara osobu starije dobi nogom ili šakom.				
40. Udara ili pokušava udariti osobu starije dobi nekim predmetom.				
41. Bespotrebno zatvara osobu starije dobi kako bi je se moglo kontrolirati.				
42. Vrijeđa ili psuje osobu starije dobi.				
43. Viče ili neprikladno glasno govori osobi starije dobi.				
44. Uskraćuje osobi starije dobi hranu, vodu i neke privilegije kao oblik kažnjavanja.				
22. Uzima osobi starije dobi nakit, novac, odjeću ili nešto drugo iz njegove/njezine sobe.				
23. Razgovara ili dira osobu starije dobi na neprimjeren seksualan način.				
24. Navodi osobu starije dobi na neprimjeren razgovor i misli				

Izvor: Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M.P., Fealy, G., Phelan, A., Lyons, I. Hall, P. (2012) Older People in Residential Care Settings: Results of a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts. NCPOP, University College Dublin



**ALMA MATER EUROPAEA**

— Evropski center, Maribor —

## **IZJAVA O AVTORSTVU DOKTORSKE DISERTACIJE**

Podpisana Marijana Neuberg,

z vpisno številko 31133043

Sem avtorica doktorske disertacije z naslovom:

**ANALIZA POJAVNOSTI ZANEMARIVANJA I ZLOSTAVLJANJA OSOBA STARIJE DOBI U  
INSTITUCIJSKOJ SKRBI**

Izjavljam, da:

- je doktorska disertacija izključno rezultat mojega lastnega študijskega in raziskovalnega dela;
- so vsi povzetki mnenj drugih avtorjev, ki jih navajam v predloženem delu, ustrezno citirana v skladu z navodili Alma Mater;
- je seznam vseh citiranih avtorjev in virov naveden v poglavju literatura in viri, ki je sestavni del predloženega dela ter zapisan po navodilih Alma Mater;
- sem pridobil vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in je to tudi jasno označeno;
- se zavedam; da je plagiatstvo - predstavljanje tujih del v obliki citata ali v obliki skoraj dobesebnega parafraziranja oziroma v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (zakon o avtorskih pravicah, uradni list RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 skl. US:U-I-191/09-7, Up-916/09-16), prekršek se podleže tudi ukrepom disciplinske odgovornosti na Alma Mater;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Alma Mater;
- je elektronska različica identična s tiskano obliko doktorske disertacije ter soglašam z objavo dela v elektronskem arhivu Alma Mater;
- je doktorska disertacija lektorirana (tudi povzetek v tujem jeziku) in oblikovano v skladu s Pravilnikom o doktorski disertaciji ter Navodili za izdelavo in urejanje znanstvenih in strokovnih besedil na 3. bolonjski stopnji Alma Mater.

Kraj in datum:

*Maribor, 15.03.2017.*

Obrazec I-D1

Podpis avtorja:

*Neuberg*



ALMA MATER EUROPAEA

— Evropski center, Maribor —

### POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

SUNČICA PODOREŠKI

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

profesor hrvatskoga jezika i književnosti

potrjujem, da sem lektoriral(a) doktorsko disertacijo študenta(ke)

Marijane Neuberg

z naslovom

Analiza pojavnosti zanemarivanja  
i zlostavljanja osoba starije dobi u  
institucijskoj skrbi

Kraj: Varaždin

Datum: 14. ožujka 2017.

Podpis: Podoreški