

Znanja studenata o obiteljskom nasilju nad starijim osobama

Rapić, Petra

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:518968>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-08**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

Petra Rapić

**ZNANJA STUDENATA O OBITELJSKOM NASILJU NAD STARIJIM OSOBAMA:
USPOREDNA ANALIZA STUDENATA ZDRAVSTVENIH I NEZDRAVSTVENIH
STUDIJA SVEUČILIŠTA U SPLITU**

Diplomski rad

Akademska godina 2020./2021.

Mentor:

Doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić, dr. med.

Split, srpanj 2021.

**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

Petra Rapić

**ZNANJA STUDENATA O OBITELJSKOM NASILJU NAD STARIJIM OSOBAMA:
USPOREDNA ANALIZA STUDENATA ZDRAVSTVENIH I NEZDRAVSTVENIH
STUDIJA SVEUČILIŠTA U SPLITU**

Diplomski rad

Akademska godina 2020./2021.

Mentor:

Doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić, dr. med.

Split, srpanj 2021.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	7
1.1. <i>Starenje i starost.....</i>	3
1.1.1. Teorije starenja.....	5
1.1.1.1. Biološke teorije starenja	5
1.1.1.1.1. Genetička teorija starenja	6
1.1.1.1.2. Stohastička (slučajna) teorija starenja	6
1.1.1.2. Psihološke teorije starenja	6
1.1.1.3. Sociološke teorije starenja	6
1.1.1.3.1. Socijalne makro teorije.....	7
1.1.1.3.2. Socijalne mikro teorije	7
1.1.1.3.3. Socijalne povezujuće teorije.....	7
1.2. <i>Demografija.....</i>	7
1.2.1. Demografska tranzicija	8
1.2.2. Demografska slika svijeta i Hrvatske	8
1.3. <i>Uloga obitelji u tranziciji starijih osoba</i>	9
1.3.1. Umirovljenje.....	10
1.4. <i>Kultura rada</i>	12
1.5. <i>Fizička i psihička samostalnost</i>	14
1.6. <i>Starosna diskriminacija.....</i>	15
1.6.1. Predrasude	15
1.6.2. Ageism	16
1.7. <i>Nasilje.....</i>	18
1.7.1. Nasilje nad starijim osobama u obitelji	19
1.7.1.1. Vrste nasilja nad starijim osobama	20
1.7.1.1.1. Fizičko nasilje	20
1.7.1.1.2. Psihološko nasilje.....	20
1.7.1.1.3. Financijsko nasilje.....	20
1.7.1.1.4. Seksualno nasilje	21
1.7.1.1.5. Zanemarivanje	21
1.7.1.2. Poricanje nasilja.....	21
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	2
2.1. <i>Cilj istraživanja</i>	24
2.2. <i>Hipoteze</i>	24
3. MATERIJALI I METODE.....	24
3.1. <i>Organizacija studije</i>	26
3.2. <i>Ispitanici.....</i>	26

3.3.	<i>Mjesto provođenja studije</i>	26
3.4.	<i>Metoda prikupljanja i obrade podataka</i>	26
3.5.	<i>Etička načela</i>	26
3.6.	<i>Statistička obrada podataka</i>	26
4.	REZULTATI	24
4.1.	<i>Razina znanja</i>	32
5.	RASPRAVA	32
6.	ZAKLJUČCI	28
7.	LITERATURA	28
8.	SAŽETAK	60
9.	SUMMARY	59
10.	ŽIVOTOPIS	61

ZAHVALA

Od srca zahvaljujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić, koja me je svojom pristupačnošću i otvorenošću motivirala i poticala, te savjetima usmjeravala u izradi ovoga rada.

Neizrecivo hvala mojim roditeljima i bratu na nesebičnoj ljubavi, osloncu i bezgraničnom povjerenju u ostvarenje mog sna o liječničkom pozivu.

Hvala svim najbližim prijateljima na poticajima, pomoći i iskrenom radovanju svakom mojem uspjehu, a posebice mojoj Ani koja je poput sestre sa mnom dijelila sve ono lijepo i ružno tokom studiranja.

Ovaj je rad posveta i zahvala mojoj malenoj obitelji – mojem suprugu Darku i kćeri Maji. Hvala ti Darko na svoj bezuvjetnoj ljubavi koja je bila vjetar u leđa, za svaki zagrljaj i ohrabrenje, za prihvaćanje mojih padova, za pružanje čvrste ruke i ponovno podizanje. Najveći si oslonac moje nemoći i najveća radost mojeg srca!

I za kraj, hvala dragom Bogu koji je usmjerio i vodio moje korake ovom trnovitom stazom, i snažio moju vjeru i duh kada su malaksali.

1. UVOD

Starenje je jedan neizbježan proces, proces koji je neodvojiv od života u svoj njegovoj punini i duljini. Kao takav proteže se kao i život od začeca, pa sve do smrti kada se kao i život završava. Obzirom na njegovu neizbježnost osoba je lišena mogućnosti djelovati na taj proces. Svojim nastojanjem može bitno utjecati na njega, ali ga u pravilu ne može zaustaviti. Više starijih osoba činit će populaciju značajnog udjela u cjelokupnom stanovništvu, a nazivat ćemo ih „ljudi treće dobi“. Više je razloga koji su pridonijeli većem udjelu starijeg stanovništva u općoj populaciji. Bolja kvaliteta življenja u odnosu na uvjete koji su bili standard prije stotinu i više godina uvelike je produljila životni vijek čovjeka. Takva kvaliteta se ogleda u poboljšanim higijenskim uvjetima (npr: instalacija vodovodnih sustava i sanitarnih čvorova), kvalitetnijoj prehrani (tvornice hrane su omogućile rašireniju dostupnost prehrane), dostupnosti pitke vode kojom se automatizmom smanjio izvor zaraznih infekcija. Ipak, medicina je najznačajnije pridonijela današnjem izgledu piramide stanovništva, koja je u svojem vrhu koji se odnosi na stariju populaciju značajno široka (1). Napredak u medicini očituje se u unaprjeđenju i otkriću novih dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti, koje su zalog ranijem prepoznavanju određenih bolesti i komorbiditeta, te bržem djelovanju na iste. Otkrivanje i proizvodnja novih lijekova također su jedan od pokazatelja medicinskih dostignuća, a među njima se s posebnom važnošću ističu antibiotici i cjepiva koja su uvelike promijenila epidemiološku sliku na koju smo bili naviknuti kroz dugu povijest čovječanstva, kada je pobolj zaraznih bolesti mahom završavao agonalnim smrtnim ishodima. Prethodno navedeni čimbenici glavni su pokazatelji jedne od dvije temeljne odrednice starenja stanovništva, a ta je „starenje odozgo“ ili tzv. „sijedenje“. Riječ je naime o starenju koje je uslijedilo kao posljedica produženja ljudskog vijeka, što pak možemo zahvaliti unaprjeđenju zdravstvene skrbi i boljim životnim uvjetima. Druga temeljna odrednica je „starenje odozdo“ ili tzv. „dejuvenilizacija“, što podrazumijeva smanjenje stope fertiliteta u razvijenim zemljama, a time i smanjenje broja djece i mladih (2). Nedvojbeno je kako obje odrednice značajno doprinose današnjoj demografskoj slici društva, koja bilježi trend ubrzanog i stalno rastućeg udjela stanovništva „treće životne dobi“. Zbog toga starenje postaje jedno od najvažnijih pitanja koje bitno mijenja i oblikuje zdravstvenu skrb, socijalnu politiku i ekonomiju društva. Ipak, daleko od definicija i onoga što znanost govori o starenju i starosti, pojedinac, pa i samo društvo u cjelini kroji svoj vlastiti stav o navedenom, koji nerijetko ima negativnu konotaciju. Imati stav o određenoj temi, objektu ili pak nečem drugom znači imati dobro uigranu organizaciju svih pozitivnih i negativnih emocija, reagiranja i vrednovanja prema navedenom, a obično je stečen i relativno trajan. Kao takav, stav predstavlja jedan od temeljnih pojmova za razumijevanje društvenog života i socijalne psihologije u globalu.

Najčešće je uvjetovan društveno i kulturološki, i uspostavljen na temelju direktnog doticaja s onim o čemu formiramo svoje stajalište, ili indirektno putem izvora iz medijskih zapisa, iskustva drugih, čije je mišljenje za nas relevantno, i shodno s tim oblikujemo naš stav (3). Ponašanje pojedinca i društva uvjetovano je stavom, i ta je veza snažna u onoj mjeri u kojoj se stavovi i ponašanje podudaraju u svojoj specifičnosti i združenosti. Obzirom da je opća percepcija i stajalište društva o osobama „treće životne dobi“ u velikoj mjeri negativno i da ih se gleda kao „teret društva“ ne čudi činjenica da je stopa nasilja nad osobama te dobne skupine u svojoj uzlaznoj putanji. Obzirom da je starenje stanovništva stvarnost koja je još uvijek u domeni novije povijesti čovječanstva, još uvijek ima propusta u zakonskim odredbama koje se odnose i štite stariju populaciju. To također ukazuje i na važnost podizanja svijesti opće populacije o potrebama starijih ljudi u svojoj okolini, jer zanemarivanje, koje samo po sebi predstavlja najučestaliji oblik nasilja prema toj dobnoj skupini u teoriji i praksi bi moglo imati ozbiljnih posljedica, obzirom da se više ne radi o malobrojnoj skupini ljudi.

1.1. Starenje i starost

Nerijetko se događa kako u svojem govoru koristimo i poistovjećujemo pojmove, koji imaju zajedničko jedino korijen riječi, ali značenje istih ni približno. Pojmovi starenje i starost jedni su od njih. Starenje je prirodan proces kojeg prolazi svaki čovjek, a započinje već samim začecem, traje cijeli život, a završava se smrću (4). Ono predstavlja proces tijekom kojeg se događaju promjene u funkciji dobi (5). Taj prirodan proces podrazumijeva kvantitativno i kvantitativno propadanje koje je nastalo uslijed neizbježnih, ireverzibilnih i involucijskih procesa (6). Biolozi tvrde kako je starenje postupno smanjenje funkcionalnosti organa, i da je neodvojivo od činjenice da ga prati veća pojavnost degenerativnih bolesti i komorbiditeta koje su posljedica slabljenja organa i organizma u cjelini (7). Ipak, obzirom da je čovjek puno više od onoga što okom vidimo, starenje ne možemo svesti samo na progresivno tjelesno slabljenje i propadanje organizma, koje bi bilo odlika biološkog segmenta tog procesa. Čovjek je naime, osim tjelesno, i duhovno i društveno biće, stoga možemo govoriti o sveukupno tri segmenta starenja: biološki, psihološki i socijalni. Ta tri segmenta se međusobno prožimaju i neodvojivi su jedan od drugog, ali se ne događaju nužno u istom vremenskom periodu, tj nisu nužno podudarni (5). O njima ćemo detaljnije govoriti u daljnjem tekstu. Starenje, osim na tri prethodno navedene komponente, možemo podijeliti i na primarno, sekundarno i tercijarno. Primarno starenje, kojeg još nazivamo senescencija ili fiziološko starenje predstavljalo bi progresivne promjene cjelokupnog organizma koje se neizbježno događaju svakom čovjeku (8). Brojne su teorije koje definiraju točne uzročnike primarnog starenja, a uglavnom se svode

na ograničenu sposobnost stanične regulacije i na progresivno pogoršanje imunološkog sustava. Takvi, godinama akumulirani čimbenici glavni su krivci za promjene poput sjede kose, menopauze, pada kognitivnih funkcija, oslabljenosti mišića i posljedičnog gubitka snage, smanjenja libida, progresije deficita osjetilnih funkcija i sl. (9). Sekundarno starenje definiralo bi patološke promjene koje su posljedica vanjskih čimbenika, bolesti i samog ponašanja pojedinca (8). Sekundarno starenje kao takvo upućuje na individualnost i ne može se poopćiti, što bi značilo da osoba iako neizbježno primarno stari, može u potpunosti izbjeći sekundarni oblik starenja ukoliko su životni uvjeti, stečene navike, kao i sama genetska predispozicija povoljni za nju. Osim primarnog i sekundarnog, možemo govoriti i o tercijarnom starenju koje se odnosi na jedan kratak vremenski period u trajanju od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci prije smrti. Na poseban način karakterizira ga iznimno naglo i značajno slabljenje životnih funkcija (10). Baš poput sekundarnog, i tercijarno starenje se može svesti na pojedinca, a ne nužno na cijelu populaciju. Govorimo li o starenju moramo spomenuti i pojmove gerontologije i gerijatrije. Gerontologija je multidisciplinarna znanost koja se bavi biološkim procesima starenja, proučava fizička i psihička svojstva starijeg organizma, te interesno pokriva i socijalno-ekonomske probleme starijih. Dolazi od grčkih riječi „geron“ što znači „starac“, i „logos“ što znači „riječ“ (11). Gerijatrija je pak više praktična, medicinska specijalnost fokusirana na zdravstvenu skrb i zaštitu starijih ljudi koja se očituje kroz prevenciju, dijagnostiku i adekvatno liječenje bolesti i invaliditeta starijih osoba (12).

Kada govorimo o starosti mislimo na posljednje razvojno razdoblje čovjekova života, koje je pak određeno različitim kriterijima (8). Ti nam kriteriji služe kako bismo procijenili starosnu dob pojedine osobe. Jedan od tih kriterija je kronološka dob, na koju se oslanja i Svjetska zdravstvena organizacija kada dijeli starost na tri skupine (13):

- ranija starost 65-74 godine
- srednja starost 75-84 godine
- duboka starost 85 godina i više.

Upravo se ta podjela često primjenjuje u gerontološko-javnozdravstvenim analizama, a na poseban način onda kada se žele prepoznati, pratiti i poboljšati zdravstvene potrebe i funkcionalne sposobnosti osoba treće životne dobi (13). Osim kronološke dobi, kao one koja najočitije periodično dijeli starost, neizostavna su i preostala tri kriterija. Status putem kojeg se ogleda uloga pojedinca u društvu okoline, a umirovljenje je prekretnica koja ga svrstava u

skupinu starijeg društva. Nadalje, funkcionalno stanje pojedinca, kada će ga nemogućnost, ili pak nedostatak brzine i profinjenosti prilikom izvođenja određenih radnji također svrstati u kategoriju starca (14). I kao zadnji kriterij nužno je spomenuti starosnu samoprocjenu, tj. viđenje i definiranje sebe u odnosu na godine starosti (10). Tako će pojedinac za sebe tvrditi kako je mlađi, stariji, ili pak točno onoliko star koliko za njega govori njegova kronološka dob. A na tu samoprocjenu uvelike će utjecati životna filozofija kojom se pojedinac vodi, njegov izgled, okolina, međusobni odnos pojedinca i društva koje ga okružuje, te prošlost koja sa sobom nosi nanizane doživljene i preživljene uspjehe i neuspjehe koje je taj pojedinac doživio i proživio. Svakako, ako bismo htjeli precizno odrediti starost osobe nužno je uzeti sve kriterije u obzir, jer su jedan od drugog neodjeljivi, i uvelike prožeti. A kako bi se izbjegla subjektivnost prilikom određivanja starosne dobi pojedinca, stručni kadar osmislio je različite upitnike, ljestvice procjene i sl., koji predstavljaju objektivnu procjenu kriterija starosti čovjeka (14). Socijalna i zakonska politika, po klasifikaciji Ujedinjenih Naroda, smatrat će 65. godinu života kao dobnu odrednicu za starije osobe. Po uzoru na to države svijeta će se po udjelu osoba starijih od 65 godina u svojem stanovništvu dijeliti u četiri kategorije, a to su:

- vrlo mlado pučanstvo – do 4% udjela starijih osoba od 65 godina
- mlado pučanstvo – do 6% udjela starijih osoba od 65 godina
- staro pučanstvo – do 10% udjela starijih osoba od 65 godina
- vrlo staro pučanstvo – iznad 10% udjela starijih osoba od 65 godina (15).

1.1.1. Teorije starenja

Da je starenje složen proces svjedoči i činjenica kako su kroz povijest nastajale brojne teorije koje su nastojale razumjeti i objasniti navedeni proces. Ipak nijedna od njih ne može se smatrati jedinstvenom, jedinom i sveobuhvatnom, već sam pojam zahtjeva objašnjenje iz više različitih segmenata. Upravo je to postalo razlogom zašto danas govorimo o tri osnovne teorije koje se prožimaju i nadopunjuju kada opisujemo proces starenja, a to su biološka, psihološka i sociološka (8).

1.1.1.1. Biološke teorije starenja

Više je bioloških teorija kojima je zajedničko cilj objasniti etiologiju i proces starenja na razini stanice, organa i organizma (8). Iako ih je više možemo ih svrstati u dvije osnovne skupine: genetička i stohastička teorija starenja.

1.1.1.1. Genetička teorija starenja

Genetička teorija starenja, u literaturi nazivana još i programirana ili pak razvojna, drži kako se starenje odvija po postojećem genetskom sustavu pojedinca. Zagovaratelji ove teorije smatraju kako postoje specifični geni koji kodiraju plan starenja koji potom uvjetuje proces starenja pojedinca. Biva aktiviran nakon reproduktivne zrelosti, a iako genetski uvjetovan, ipak je podložan promjenama pod utjecajem okoline. Takav unaprijed određeni plan starenja ogleda se u postepenom opadanju različitih funkcija našega organizma, bilo metaboličkih, imunoloških ili pak endokrinih (8).

1.1.1.2. Stohastička (slučajna) teorija starenja

Stohastička teorija starenja, poznata još i pod pojmom slučajne teorije govori kako je sam proces starenja posljedica načina življenja. To znači da je starenje produkt akumuliranih oštećenja organizma, bilo da su ona uzrokovana unutarnjim faktorima poput promjena DNA tjelesnih stanica, molekula proteina ili spojeva radikala, ili pak vanjskim faktorima poput ozljeda, bolestima, konzumacijom štetnih tvari. (8)

1.1.1.2. Psihološke teorije starenja

Područje psihologije starenja također je pokazalo heterogenost u stavovima psihologa kada je u pitanju definiranje procesa starenja. Neslaganje i kontradiktornost mnogih autora iznjedrila je veliki broj psiholoških teorija starenja, a nijedna od njih nije dovoljno sveobuhvatna kako bi vjerodostojno opisala što to starenje je u svojoj biti. Ipak, iako različite imaju za cilj opisati promjene u ponašanju, stavu i samoj osobnosti pojedinca kako stari (16). Teorije među njima na koje se znanost najviše referira kada hoće približiti proces starenja društvu su: teorija životnog vijeka, teorija tijeka ljudskog života C. Bühler, razvojni zadaci R. Havighursta, teorija psihosocijalnog razvoja E. Eriksona i teorija životnog ciklusa D. Levinsona (8).

1.1.1.3. Sociološke teorije starenja

Sukladno sa samim nazivom sociološke teorije starenja imaju za cilj objasniti starenje pojedinca na osnovi interakcije sa svojom okolinom, tj društvom u kojem živi i s kulturom koja je svojstvena tom društvu. Promjene koje nastaju kao produkt takve interakcije očituju se u promjenama socijalnih aktivnosti, interakcija i uloga starijih jedinki (16). Ni sociološko stajalište po pitanju starenja nije jedinstveno, već i ono samo u svojoj srži nosi podjelu na tri osnovne skupine socioloških teorija, koje jedino zajedno mogu dati objektivnu sliku i širinu

navedenog pojma. One su: socijalne makro teorije, socijalne mikro teorije i socijalne povezujuće teorije.

1.1.1.3.1. Socijalne makro teorije

Socijalne makro teorije opisuju starenje kroz prizmu demografskih i socioloških promjena pri čemu pojedinac biva pasivno izložen, a samim tim i oblikovan društvenim i kulturološkim utjecajima. Samo neki od njih su teorija modernizacije, strukturalizam, teorija interesnih grupa itd. (16).

1.1.1.3.2. Socijalne mikro teorije

Socijalne mikro teorije starenje objašnjavaju iz perspektive pojedinca i njegovog društvenog statusa, te uloga koje obnaša a dodijelilo mu ih je društvo. Upravo na temelju tih uloga sam pojedinac donosi sud o sebi, te to postaje središnji predmet zanimanja socijalnih mikro teorija. Neke od njih su teorija uloga, teorija razmjene, teorija kontinuiteta itd. (16).

1.1.1.3.3. Socijalne povezujuće teorije

Socijalne povezujuće teorije danas su među sociološkim teorijama najzastupljenije i privlače interes mnogih autora. Teorijama znanstvenici nastoje povezati socijalnu strukturu s pojedincem putem obostrane interakcije u procesu starenja. Zagovornici ove teorije ukazuju presudnu ulogu društva koje ima sposobnost i moć utjecati i ojačati aktivnost starijih osoba, dokinuti mu je ili pak dodijeliti mu uloge na temelju njegove dobi (17). Teorije aktiviteta, teorija isključenja, teorija dobne stratifikacije samo su neke od mnogih iz ove skupine teorija (16).

1.2. Demografija

Demografija je društvena disciplina i znanost koja se bavi proučavanjem broja stanovništva, kao i njegovim prostornim razmještajem nekog određenog prostora ili pak svijeta u cjelini. Također prati i prirodno te mehaničko tj. migracijsko kretanje stanovništva, kao i promjene u socio-ekonomskim i ostalim strukturama stanovništva. Spoznaja zakonitosti razvoja stanovništva u određenim društveno-ekonomskim uvjetima osnovni je cilj kojem demografija teži. Kao samostalna znanstvena disciplina demografija je relativno mlada, sa začecem koje datira u 20. stoljeću. Razlog tomu je taj što je dugi niz godina svoje parcijalne dijelove razvijala sklopu drugih znanosti poput statistike, političke ekonomije, sociologije, biologije itd. (18).

1.2.1. Demografska tranzicija

Demografska tranzicija pojam je koji podrazumijeva prijelazno razdoblje u kojem se odvija mijenjanje stopa nataliteta i mortaliteta između tradicionalnih predindustrijskih društvenih režima kada je bila karakteristična visoka stopa i nataliteta i mortaliteta, te modernog režima reprodukcije stanovništva kada su obje stope niske (3,19). Upravo pojmom demografske tranzicije možemo opisati prethodno spomenuto tzv. „starenje odozdo“. Ono je na poseban način obilježilo zemlje u razvoju, gdje je zavladao pomodni trend u kojem se čovjek sve kasnije odlučuje za obiteljski život i roditeljstvo, stavljajući u prvi plan karijeru i pitanje vlastite egzistencije. Smanjena stopa nataliteta bitno određuje sliku društva, jer podrazumijeva manji broj djece i mladog stanovništva koje će u budućnosti biti aktivni kontingent društva (2).

1.2.2. Demografska slika svijeta i Hrvatske

Kako je moguće da demografske slike mlađeg datuma izgledaju starije? To mogu prvenstveno zahvaliti medicinskim postignućima koja su postala uzrokom produljenja ljudskog života za nekoliko godina. Produljenje ljudskog života znači veći udio starijih osoba, koji onda doprinosi takvu izgledu demografske slike svijeta i Hrvatske. Prema podacima Ujedinjenih Naroda koji su sažeti u dokumentu „World Population Prospects 2019“ dokazano je kako se je životni vijek čovjeka produžio za čak osam godina ako gledamo vremenski period od 1990. do 2019. godine, što bi značilo da je prosjek očekivanog trajanja života 2019. godine bio 72,6 godina. Procjene očekivanog trajanja života čovjeka za 2050. godinu su 77,1 godina, a sveukupnog broja stanovništva starijeg od 65 godina čak 1.5 milijarda, što bi značilo udvostručenje od današnjeg broja (20).

Stanovništvo Republike Hrvatske karakteriziraju smanjujući fertilitet, negativni prirodni prirast, emigracijska i ukupna depopulacija (21). Uz sve navedeno, nije ju zaobišao ni trend starenja stanovništva, koji je po svemu sudeći kontinuiran i dugoročan. Ukoliko neka država bilježi 8% stanovništva starijeg od 65 godina u odnosu na cjelokupan broj svojih stanovnika, smatra se da je tu populaciju zahvatila tzv. „demografska starost“ (21). Naime prema podacima Eurostata iz 2019. godine Hrvatska zauzima mjesto među deset najstarijih država Europe, s udjelom stanovništva starijeg od 65 godina od čak 20,6% (22). Taj podatak je tim više značajan što upućuje na to je udio starijeg stanovništva (20,6%) veći od udjela mladih osoba u dobi od 0 do 14 godina (15,4%) (22). Državni zavod za javno zdravstvo donio je procjenu stanovništva za 2019. godinu u kojoj se zabilježilo kontinuirano starenje stanovništva, s indeksom starenja od 145,4 (23). Prosječna starost ukupnog stanovništva

Republike Hrvatske iznosila je 43,6 godina (muškarci 41,8, žene 45,3). Najviše stanovništva u dobi od 65 i više godina u odnosu na ukupno stanovništvo bilo je u Šibensko-kninskoj županiji (25,7%) i u Ličko-senjskoj županiji (24,9%), a najmanje u Međimurskoj županiji (18,8%) (23). Prema svim navedenim statističkim podacima stanovništvo Hrvatske obilježava izrazito duboka starost, 7 najnepovoljniji tip dobnog sastava prema uspostavljenoj klasifikaciji (21).

1.3. Uloga obitelji u tranziciji starijih osoba

„Treća životna dob“ često je smještena negdje na margine društva predstavljajući njegov teret. Usamljenost i spoznaja da si breme u društvu u kojem je kultura rada i produkcije na prvom mjestu problem je s kojim se susreću mnogi odrasli u starijim godinama, što ih dovodi u veći rizik od razvoja depresije, anksioznosti, ostalih negativnih emocionalnih stanja, kao i zdravstvenih komorbiditeta povezanih s njihovom dobi. Ipak ta činjenica da društveno bivaš manje prihvatljiv biva lakša ukoliko najuža okolina starije osobe, tj. njezina obitelj drži tu osobu sebi ravnom, prihvaćenom, i najbitnije voljenom. Redovite interakcije s članovima njihovih obitelji mogu poboljšati mentalno, fizičko i emocionalno zdravlje starijih osoba. Naime, događa se da uz pojam starenja usko vežemo pojam nemoći, a ta se nemoć očituje u ovisnosti o nekom drugom. Čovjek koji je donedavno bio „glava kuće“ i vodio sve brige oko obitelji, postaje briga istoj toj obitelji. Starije osobe ističu važnost boravka u neposrednoj blizini članova obitelji i voljenih osoba, osobito kada se suočavaju s opadanjem tjelesnih i kognitivnih sposobnosti. U obitelji se događa strukturna inverzija na razini odnosa roditelj-dijete, gdje sada odrasla djeca preuzimaju ulogu njegovatelja, što automatizmom povećava njihovu odgovornost za ostarjele roditelje kada je u pitanju donošenje odluka koje su usko vezane za njihov život, npr. poput financijskih pitanja. Strukturne inverzije u obiteljskoj hijerarhiji mogu zahtijevati ponovno pregovaranje o granicama, obiteljskim ulogama i vrijednostima vezanim za autonomiju i međuovisnost (24). Preuzimanje odgovornosti i skrbi za stariju osobu u svojoj obitelji dugoročno gledano može postati opterećujuće i stresno. Upravo su istraživanja pokazala kako se u osoba koje su na sebe prihvatile obavezu brige oko starije osobe iz svoje obitelji školski očituju sve karakteristike kroničnoga stresa: stvaranje psihičkog i fizičkog opterećenja kroz duže vremensko razdoblje, koje je popraćeno visokim stupnjem nepredvidljivosti i nekontroliranosti situacija. Također ima i sposobnost stvaranja sekundarnog stresa u više životnih domena, poput radnih i obiteljskih odnosa, i često zahtijeva visoku razinu budnosti (25). Kronični stres može sugerirati postepeni nemar, pa i sam nasilan karakter obiteljskog skrbnika za stariju osobu.

1.3.1. Umirovljenje

Umirovljenje se promatra kao jedan od tranzicijskih perioda života starije osobe u trajanju od nekoliko godina. Kao proces zahtijeva planiranje i prilagodbu. Nekada, za vrijeme rane industrijalizacije umirovljenje je bila privilegija imućnih, koji su za života uspjeli odvajati dovoljno kako bi mogli uživati bezbrižniju starost. Siromašni najčešće nisu imali privilegiju ni doživjeti starosnu dob, jer je teret rada akumuliran kroz godine posljedično vodio u raniju smrt (26). Obzirom da se s godinama sve više i više povećavao broj osoba „treće životne dobi“, bilo je nužno da javna politika krene u razmatranje adekvatnih načina kojima će zbrinuti tu populaciju. Kao rješenje u prvi se plan ispriječila mirovina, za koju je u većini država svijeta propisana starosna dob od 65 godina. Iako umirovljenje predstavlja oblik brige društva za starijeg pojedinca, nerijetko se događa kako taj pojedinac izražava nezadovoljstvo odlaskom u mirovinu. Naime događa se da jedan dio starije populacije svoju starost doživljava kao izazov, s velikim potencijalom kojeg aktivno moraju istraživati i ostvariti, a na umirovljenje gledaju kao na nagradu za svoj dosadašnji rad i koriste je kao sredstvo za ostvarenje potencijala svoje starosti. S druge pak strane značajan udio starijih osoba zazire od starosti, osvrćući se stalno unatrag u prošlost, žaleći za godinama koje su minule i propuštenim prilikama, a umirovljenje im postaje tek potvrda kako su tehnološki višak i kako ih društvo ne treba. Takav stav prema svojem životu, starosti i umirovljenju često za ishod ima narušeno psihičko zdravlje, koje posljedično ima odraz i na ono fizičko. Odlazak u mirovinu za mnoge predstavlja korak u nepoznato. Dolazi do naglih promjena navika, obaveza, kognitivnih aktivnosti, promjene okruženja, prekida komunikacije s kolegama s posla. Novi novčani prihodi značajno su manji od onih koje su primali standardnom plaćom, i ta činjenica dodatno komplicira odveć tešku prilagodbu. Nagli višak slobodnog vremena, ukoliko ga se pravodobno ne kreira i strukturira često može prouzročiti nezadovoljstvo, nezainteresiranost, osjećaj nekorisnosti, osamljenosti, odbačenosti, a to sve skupa nadalje vodi u otuđenost. Zbog svega navedenog možemo govoriti o potrebi prilagodbe na umirovljenje, te ju podijeliti u šest faza. Obzirom da je proces prilagodbe stvar individue, nije nužno da svaka osoba prolazi kroz sve faze i jednako dugo, tako da određenu fazu ne možemo povezati sa kronološkom dobi osobe (27). Šest faza prilagodbe na umirovljenje su:

- Prva faza („pred umirovljenje“) – faza u kojoj još uvijek zaposlena osoba shvaća kako se umirovljenje bliži, i ta joj spoznaja stvara osjećaj straha od nepoznatoga.

- Druga faza („faza medenog mjeseca) – faza koja nastupa neposredno nakon umirovljenja, i okarakterizirana je oduševljenošću radi novih prilika i mogućnosti ostvarenja svojih interesa.
- Treća faza („faza razočaranja“) – faza u kojoj brojne aktivnosti kojima se osoba radovala i željno ih iščekivala gube svoju draž, i interes za njih opada. Ta je faza često praćena i prvim znacima depresivnog sindroma.
- Četvrta faza („faza reorijentacije) – faza u kojoj se osoba pokušava zainteresirati za neke druge alternativne aktivnosti u svojoj novo sredini, gdje je bavljenje njima jednostavnije i realističnije.
- Peta faza („faza stabilnosti“) – faza u kojoj je osoba svjesnija sebe i svojih mogućnosti, ali i ograničenosti, i u skladu s tim bira aktivnosti i zna što društvu može pružiti, i što društvo od nje smije zahtijevati.
- Šesta faza („završna faza“) – faza u kojoj osoba preuzima ulogu bolesnika, ili pak skrbnika za bolesnika. Faza je to u kojoj osoba gubi svoju autonomiju, i svoju pažnju preusmjerava na aktualnu bolest, bilo svoju, bilo svojeg supružnika (27).

Brojna istraživanja ističu kako umirovljenje jednako teško ne pada ženama i muškarcima. Naime muškarci se puno teže prilagođavaju i nose s umirovljenjem, te navode kako je za njih mirovina vrsta naknade za koju ne osjećaju da je zarađena, već da im je dodijeljena (28). Odlaskom u mirovinu gube društveni status hranitelja i uzdržavatelja obitelji, jer materijalno ne pridonose više kao nekada. Za muškarca je gubitak radne uloge i suviše stresna situacija, jer društvo nije jasno odredilo socijalnu ulogu muškarca nakon umirovljenja. Zbog toga i ne čudi kako muškarci nakon umirovljenja razvijaju osjećaj nekorisnosti, neadekvatnosti, obeshrabrenosti, te izgubljenosti u novoj ulozi (29). Žene većinom više njeguju svoju ulogu majke, nego li radnu ulogu, stoga umirovljenje za njih nije toliko kritično razdoblje. Dapače, ono pruža više slobodnog vremena kojeg mogu pružiti i provesti sa svojom obitelji. Ipak, današnje moderno društvo koje je sklonije životnoj filozofiji „Svoja vrata, svoj mir!“ potiče na stvaranje samostalnih domova, neovisne o obitelji iz koje su potekli. To je dovelo do toga da je „sindrom praznog gnijezda“, kada djeca napuštaju roditeljski dom, postalo nešto sasvim uobičajeno i jako često, s obzirom na tradicionalno predindustrijsko vrijeme. Upravo je ta činjenica teško prihvatljiva ženama u starosti, jer u tim situacijama žena gubi svoju osnovnu socijalnu ulogu (29).

1.4. **Kultura rada**

Smanjena stopa fertiliteta i nataliteta, te napredak medicine postali su glavnim razlogom današnje demografske slike svijeta. Pritom u obzir uzimamo razvijene zemlje, koje mahom broje veći udio starijeg stanovništva nego li mladog. Ta činjenica uvelike je uvjetovala politiku tih zemalja, koje su zbog naglog porasta broja starijih osoba, koji je ujedno i kontinuiran bile suočene s problemima održivosti mirovinskog sustava i sustava za socijalnu skrb. Takvi problemi zahtijevali su rješenje određenim mirovinskim reformama, koje su susljedno i provedene u brojnim državama. Te reforme su značile produljenje radnog vijeka, te samim tim kasniji odlazak u mirovinu, što dalje vodi postupnom starenju radne snage (30). Prema podacima Eurostata iz 2016. godine, u Europi je stopa zaposlenosti osoba dobne skupine od 55 do 64 godine porasla za 9,8%. Među zemljama Europe posebno se istaknula Italija, koja je imala čak 46,2% udjela zaposlenog stanovništva iznad 55 godina starosti (31). Produljenje radnog vijeka reforma je kojom se nastoji državni proračun održati u plusu, ali posljedično za sobom povlači pitanja istinske korisnosti. Naime, veći udio zaposlenih starijih osoba automatizmom znači veći udio radnika s manjim ili većim zdravstvenim problemima, a kolika može biti njihova produktivnost s popratnim komorbiditetima i kako se ona odražava na učinak posla pitanja su koja vrlo koncizno preispituju donesene reforme. Iz navedenog nije teško zaključiti kako će se u skorije vrijeme države i privatni vlasnici suočiti s povećanom stopom prevalencije kroničnih bolesti, poput dijabetesa, bolesti krvožilnog sustava, bolesti mišićno-koštanog sustava (30). Upravo iz takvih i sličnih razloga javila se potreba za jedinstvenim, objektivnim upitnikom koji će ispitati i ocijeniti radnu sposobnost zaposlenika. Finski institut za medicinu rada osamdesetih godina dvadesetog stoljeća razvija takav upitnik poznat kao „Indeks radne sposobnosti“, koji je zbog svoje važnosti i široke primjene, osim u sklopu svakodnevne prakse medicine rada, kao instrument ispitivanja integriran i u brojna istraživanja (32). Radna sposobnost usko je povezana sa zdravstvenim statusom pojedinca, te se neizbježno smanjuje s godinama. Ali zanimljivo je kako je njeno smanjenje ipak češće posljedica neadekvatne prilagodljivosti posla radniku starijih godina. To nam govori kako se obim i težina posla ne mijenjaju, nego zadržavaju konstantu, dok se dob radnika paralelno s tim itekako mijenja. Nerazmjer očekivanja poslodavca koji pred radnika postavlja zahtjevan rad i godina koje uvjetuju smanjenje mogućnosti tog radnika vode prema padu radne sposobnosti (30). Lošija radna sposobnost posljedično podrazumijeva povećan stres na poslu, emocionalnu iscrpljenost, depresiju, zahtijevanje bolovanja, prijevremenu, a često i invalidsku mirovinu. S druge pak strane, dobra radna sposobnost rađa zadovoljstvom radnika, motiviranost za odlazak na posao, visoku kvalitetu rada i produktivnosti, a također pomaže

aktivno i uspješno starenje, te osmišljeni odlazak u mirovinu (30). Postojanje uzajamnog poštovanja i korisnosti između starije osobe kao radnika i njegova poslodavca model je poslovanja koji bi trebao biti nešto sasvim uobičajeno i svakodnevno, a na obostrano zadovoljstvo. Dobit poslodavca u tomu bi slučaju bila takva da zaposlenjem starije osobe osigurava skupini svojih zaposlenika iskusnu i kvalificiranu radnu snagu, koja će prenošenjem svojeg znanja na mlađe kolege doprinijeti kolektivnom napretku radne skupine, koja će se ogledati u kvaliteti završnog proizvoda kojeg kao tvrtka/obrt/bolnica pružaju. Dobit starijeg pojedinca kao zaposlenika u tomu se slučaju ogleda u povećanoj motiviranosti, osjećaju bitnosti, osjećaju da ga društvo treba i da skladno s tim osjeća pripadnost. Društvo pak od takvog poslovanja ima makroekonomsku perspektivu povezanu s politikom tržišta rada, a sve to u nastojanju da spriječi dobnu diskriminaciju, te tako smanji izazove koje sa sobom donosi demografske promjene današnjega vremena (33). Uvjeti rada bi trebali biti podložni promjenama s obzirom na zaposlenika koji tome radu pristupa. Na poseban način se uvjeti trebaju prilagoditi starijim osobama, a odlike koje ih moraju karakterizirati su:

- promicanje dobrog zdravlja: ostvariti uvjete koji osiguravaju dobro i sigurno fizičko i mentalno okruženje; osigurati primjeren tempo rada, te jasno definirati radno vrijeme zaposlenika
- ekonomska sigurnost: osigurati adekvatnu plaću za zaposlenika
- podizanje opće svijesti: ukazati na predrasude prema starijoj populaciji, i nastojati educirati i postići promjenu stava o istima kako bi osjećali socijalnu uključenost, prihvaćenost i pripadnost
- promicanje kreativnosti: osigurati mjere za promicanje kreativnosti, motivacije aktivnostima samo kreditiranja, cjeloživotnog učenja i razvoja (34).

Ponekad se možda čini kako su osobe starije životne dobi ostale duhom u prošlom vremenu i neprilagodljive vremenu koje je sklono promjenama, zamjenama, velikim tehnološkim dostignućima i sl. Mladim zaposlenim osobama je živjeti takvim vremenima sasvim normalno, pa ćemo tako svjedočiti kako su skloni često mijenjati radna mjesta, tragajući za boljim uvjetima rada, kako se brzo oduševavaju i priviknu novim tehnologijama, gledajući na njih kao na sredstva koja uvelike olakšavaju njihov rad. S druge pak strane, starije zaposlene osobe pokazuju lojalnost svojem poslodavcu, rijetko kad se žale na uvjete rada, a često se događa kako im je njihovo radno mjesto na kojem su trenutno zaposleni, ujedno i jedino radno mjesto na kojem su ikada radili. Nova tehnološka otkrića i postignuća ne prihvaćaju ni tako lako, ni tako brzo, zazirući od svega što ne uključuje njihove ruke kao

one koje će same odraditi zadani zadatak (34). Rad u ovom novom, modernom vremenu za osobe starije dobne skupine predstavlja veliki izazov, koji sa sobom nosi posvemašnji stres, a to pak bitno utječe na mentalno zdravlje pojedinca.

1.5. Fizička i psihička samostalnost

Kako bismo uopće mogli pričati o fizičkoj i psihičkoj samostalnosti bilo koje, pa tako i starije osobe, podrazumijevamo da se radi o dovoljno zdravoj osobi koja je sposobna brinuti sama o sebi. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji zdravlje bi bilo „Stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti.“. Fizičko i mentalno zdravlje osobe usko možemo povezati s kvalitetom života, koju brojni autori različito definiraju, ali nijedan ne isključuje komponentu fizičke i mentalne osposobljenosti za življenje. Svjetska zdravstvena organizacija sažela je sve te definicije u jednu jedinstvenu, a objašnjava je „Kvaliteta života je osobno shvaćanje čovjekove pozicije u svakodnevici života, glede sadržaja kulture, zakona i prava, a posebno glede mogućnosti realizacije svojih ciljeva i želja.“ (35). Kvaliteta života prediktor je zdravlja, usmjerena na vođene zdravog života, i na savladavanje morbiditeta. Pokazatelj dobre kvalitete življenja u ljudi starije životne dobi upravo su zdravstveno stanje i funkcionalna sposobnost, kao i osjećaj pripadnosti, prihvaćenosti i održavanje socijalnih odnosa, adekvatna razina socijalne podrške, riješenost financijskog pitanja i pitanja stanovanja (36). Ukoliko starija osoba želi svoju starost kvalitetno proživjeti, a mentalno i fizičko zdravlje je dovoljno dobro služi, utoliko će se oko toga trebati potruditi, kreirajući i strukturirajući svoje slobodno vrijeme. Tada možemo govoriti o pojmu aktivnog starenja, kao koncipiranom idejnom projektu socijalne politike, koji polazi od perspektive kako je aktivan život usko povezan s drugim visoko cijenjenim vrijednostima, poput poboljšanog zdravlja, osjećaja zadovoljstva samim sobom, osobne samostalnosti, te kvalitete života u punini (2). Aktivno starenje može se prezentirati kroz tri segmenta:

- produženje radnoga vijeka, što posljedično vodi kasnijem odlasku u mirovinu
- cjeloživotno obrazovanje, čiji je glavni cilj prilagodba na nove radne uvijete i promijenjene životne okolnosti
- uključenost i aktivno sudjelovanje u društvenom i kulturnom životu zajednice (2).

Sažeto rečeno aktivno starenje pokušava uspostaviti „socijalnu koheziju“, koja pak podrazumijeva preobrazbu društva, na način da ga oblikuje kako bi postalo otvoreno i za one skupine koje su zbog predrasuda i neshvaćanja većine marginalizirane. Na taj način se

ostvaruje uključivanje starije populacije u postojeću društvenu strukturu, te oni dobivaju na važnosti, što kasnije rezultira boljim psihičkim zdravljem, i kvalitetom u cjelini (2). Upravo je naklonjenost društva prema starijim osobama potrebna kako bi samouvjereno izgradili i radili na svojoj samostalnosti, a posljedično i društvo od njihove samostalnosti ima velike koristi, kako ekonomske, tako i one javnozdravstvene.

1.6. Starosna diskriminacija

Diskriminacija je sociološki pojam koji podrazumijeva neopravdanu i proizvoljnu podjelu društva na skupine koje imaju ili pak nemaju pravo na isti društveni postupak, te se shodno s tim prema pojedincima ponaša povoljnije u odnosu na druge (37). Više je osnova po kojima stanovništvo može biti podijeljeno. S obzirom na to možemo govoriti o spolnoj, dobnoj, nacionalnoj, obrazovnoj i ostalim vrstama diskriminacije, a među njima bi se svakako pronašla i dobna diskriminacija. Dobna tj. starosna diskriminacija kao takva najviše pogađa stariju populaciju, iako ne smijemo zanemariti i diskriminirajuće segmente prema mlađim dobnim skupinama – tako će se npr. kod zaposlenja na mlade osobe gledati kao na one neiskusne, dok će starije za taj rad biti neefikasne (38). Prema istraživanjima Europske komisije diskriminacija na osnovu životne dobi smatra se najčešćim oblikom diskriminacije u Europskoj Uniji, a neki autori drže kako je ujedno i najkompleksniji i najštetniji oblik diskriminacije, jer je općeprihvaćena kao nešto neizbježno i potpuno normalno (39, 40). U prilog sve većoj zastupljenosti dobne diskriminacije ide i činjenica da danas ima sve manje obitelji u kojima živi nekoliko generacije, čime se potiče i čini segregacija starijeg stanovništva. Sve to posljedično vodi do slabijeg poznavanja samih starijih generacija i njihovih potreba, stoga i ne čudi što je stereotipizacija i diskriminacija konačan rezultat.

1.6.1. Predrasude

Ako je nešto lako imati, onda su to zasigurno predrasude. Često puta i ne znamo da smo skloni nekim predrasudama, dok nam životna situacija ne pokaže drugačije. Po svojoj definiciji predrasude su unaprijed donesen sud o nekome ili nečemu, bilo da je pozitivan ili češće negativan, bez prethodno stečenog iskustva na temelju kojeg bismo mogli izvest konačan zaključak (41). Njihova bitna karakteristika je generalizacija, tako će se npr. član određene grupe ljudi promatrati isključivo kao cjelina, isključujući i zanemarujući karakteristike po kojim se taj član razlikuje od ostatka. Možemo razlikovati četiri uzroka predrasuda koje posljedično vode diskriminaciji određene skupine ljudi. Prvi među njima je socijalna kognicija, tj. način na koji mislimo, što znači da procesuiranje i organizacija svih informacija s kojima raspoložemo po pitanju predmeta kojeg sudimo, pa i samo naše

ponašanje prema istom biva popraćeno predrasudama. Ljudska sklonost kategoriziranja i grupiranja informacija ishodno stvara shemu po kojoj kasnije lakše dolazimo do zaključaka o nekome ili nečemu. Socijalna kategorizacija tj. svrstavanje ljudi na osnovi određenih obilježja u jednu grupu, a drugih u drugu temelj je socijalne kognicije. Za pojedinca koji donosi sud o nekome ili nečemu takva kategorizacija dovodi do „vlastitih“ i „vanjskih“ grupa, gdje se pojedinac s „vlastitom grupom“ identificira, dok onu „vanjsku“ diskriminira stvarajući predrasude o njoj. Poblize rečeno, pojedincu koji ima čvrsto emocionalno utemeljenu predrasudu, nijedno logično objašnjenje neće biti dovoljno dobro i jako kako bi promijenilo njegov stav. Okrivljavanje žrtve drugi je segment predrasude. Ljudi su skloni opravdavati određene događaje, iako su oni možda u svojoj osnovi jako loši, kako bi svijet u kojem žive učinili za sebe sigurnijim mjesto, ili barem napravili privid sigurnijeg mjesta. Shodno tome, žrtvi određene situacije, njezinu karakteru, sposobnostima i sl. pripisuju odgovornost za događaj. Ukoliko se drugoj osobi dogodi nešto loše i nepoželjno, utoliko ćemo osjećati olakšanje jer je nas mimoišlo, ali u istom trenutku i strah da nam se to ne dogodi u budućnosti. U potrebi da se zaštitimo od novonastalog straha posežemo za uvjerenjem kako je žrtva na neki način ipak morala prouzročiti nemili događaj koji ju je zatekao. Nadalje možemo govoriti o teoriji realnog konflikta, kao trećem segmentu predrasuda. Ta teorija se odnosi na način na koji raspoređujemo vlastite resurse, te smatra kako je natjecanje izvor sukoba koji uopće dovodi do stvaranja predrasuda. Ti resursi su društveni status i politička moć za koju se ljudi neprestano natječu, i ukoliko se ne ostvare po zamišljenom planu dolazi do sukoba između grupa, što posljedično vodi diskriminaciji i nasilju. I posljednjim segmentom predrasuda smatra se način na koji mijenjamo svoja uvjerenja i ponašanja pod zamišljenim, ili pak stvarnim pritiskom grupe (42).

1.6.2. Ageism

Konstantno i kontinuirano rastuća stopa starije populacije predstavlja izazov, kako državnoj, tako i globalnoj politici, pozivajući na reorganizaciju iste, kako bi se riješili društveno-ekonomski utjecaji starenja stanovništva. Reorganizacija uključuje potragu alata kojim se ostvaruje adekvatna pomoć starijim osobama, ali ona ujedno upućuje i na potrebu stvaranja načina za uključivanje i vrednovanje resursa i potencijala starije populacije (36). Da bi reorganizacija socijalne politike bila uspješna, potrebno je sagledati psiho-društveni utjecaj demografskog starenja, koji uvelike ovisi o, nažalost, jako proširenim predrasudama i stereotipima kada je u pitanju proces starenja i sama starija populacija. Diskriminirajuće predrasude i stereotipi o starenju, što je zapravo pojednostavljen opis *ageism*-a, osim što

utječu na ponašanje i narušavaju brigu o starijoj populaciji, jako utječu i na osobna iskustva starenja (43). Plod takve društvene atmosfere je negativno samopoimanje starenja koje uključuje smanjenu efikasnost, s izravnim učincima na depresiju, zajedno s posljedicama na tjelesno zdravlje, što se posebno ogleda putem narušenog imunološkog i kardiovaskularnog sustava (44). Brojne su definicije ageism-a, a jedna od najiscrpnijih objašnjava ageism kao „sve negativne ili pozitivne stereotipe, predrasude i/ili diskriminaciju starijih ljudi na temelju njihove kronološke dobi ili na temelju percepcije da su oni „stari“ ili „stariji“ (45). Ako govorimo o ageism-u nemoguće je ne spomenuti i pojam gerontofobije, što bi predstavljalo strah od starenja. Tom strahu su najčešće skloni pojedinci kojima se bliže šezdesete godine, ali na neki način svi ljudi, neovisno o svojoj starosnoj dob mogu razviti taj strah, jer je neminovno da se proces starenja odvija. Zašto je strah od starenja toliko prisutan u društvu možemo zahvaliti četirima faktorima. Prvi od njih je strah od smrti. Sasvim je prirodno da starenjem bivamo bliži smrti, jer godine uvjetuju postepeno ali kontinuirano propadanje organizma. Ipak strah od nepoznatog, koje nastupa neposredno nakon smrti jedna je od najvažnijih komponenti toga straha. Drugi faktor je promicanje i naglašavanje kulture mladih. „Na mladima svijet ostaje!“ izreka je koja prvenstveno usmjerena na motiviranje mladih da ulažu u sebe, svoje sposobnosti i znanje kako bi kao mlada snaga svijet u kojem žive mijenjali na bolje. Ipak, negdje u sjeni te izreke brojni pripadnici starije populacije će se osjetiti beskorisnima i nepotrebnima. Kao treći faktor ističe se ekonomski vid straha od starenja. Umirovljenje znači manja mjesečna primanja, dok troškovi življenja ostaju jednaki. Nerazmjer tih činjenica vodi u financijsku ovisnost o drugomu, što izaziva osjećaj „tereta“ društvu. I kao posljednji faktor koji doprinosi razvoju straha od starenja je sam način na koji se starost u početku razvijala, čiji su ispitanici bili isključivo osobe štićenici centara za skrb, koji su samo jedan mali dio starije populacije, i najčešće se radi o osobama slabijeg socijalnog statusa. Seksizam je pojam, također usko povezan s ageism-om, jer je ženska starija populacija u puno nepovoljnijem položaju nego li muškarci iste starosne dobi.

Ageism je vrlo prisutan i u samom zdravstvenom sustavu, zbog čega stariji ljudi ne dobivaju adekvatnu zdravstvenu skrb oko njihove bolesti ili stanja s kojom se nose. Diskriminirajući stav medicinskog osoblja, kao i studenata medicinskih studija prema starijoj populaciji primjećuje se već u samoj komunikaciji sa starijima, gdje navedeni pokazuju manje strpljenja i poštovanja nego li što to iskazuju prema mlađoj populaciji. Osim komunikacije, daljnje ogledanje diskriminacije prema starijima krije se u samomu izboru liječenja. U slučajevima starijih pacijenata liječnici će se puno lakše odlučiti za radikalnije zahvate, nego

li će za njima posezati kada je u pitanju mlađa populacija. Iz nekog nepoznatog, ali u potpunosti krivog razloga, spašavanje i izlječenje mlađeg života za liječnika ima mnogo veću vrijednost nego li spašavanje i izlječenje starijeg. Da je takva praksa svjedoči i „screening testiranje“ za rano otkrivanje raka dojke, kojeg će liječnici znatno rjeđe preporučiti starijim ženama, nego li mlađima.

Obzirom da je ageism i nasilje nad starijim osobama česta pojava današnjice, i da se taj problem najčešće nalazi van interesne zone ostalog stanovništva potrebna je senzibilizacija i konstantno osvješćivanje javnosti o težini navedenog problema. Neupitno da starenje sa sobom nosi brojna fizička i mentalna ograničenja, ali svakako bi trebalo uzeti u obzir plastičnost pojedinca, pa tako i starije osobe, kada je u pitanju prilagodba na nove situacije i uvijete. Shodno tome, starijoj populaciji treba pružiti priliku sudjelovanja u društvenim aktivnostima, kako bi svojom mudrošću i iskustvom potaknuli, unaprijedili, upotpunili i u konačnici mijenjali opću sliku društva nabolje.

1.7. Nasilje

Iako je samo po sebi loše, nasilje je karakteristika brojnih inteligentnih vrsta, pa tako i karakteristika samog čovječanstva (46). Navedeni paradoks se lako može objasniti osvrnemo li se na prošlost i sagledamo li situacije u kojima je nasilje odigralo presudnu ulogu. Tako su npr. osvajački ratovi jednog naroda protiv drugog bili nužni kako bi se moglo naseliti područje koje je uvjetima pogodnije za život. Čovjekova glad bila je utažena ulovljenim životinjskim plijenom, što je isto prethodno podrazumijevalo nasilje. I još su brojni drugi primjeri koji nasilje opravdavaju kao sredstvo nekog višeg cilja. Ipak, nasilje je češće manifestacija „volje za moći“, u kojoj jedinka teži osjetiti se nadređenom i dominantnijom naspram nekoga drugoga. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije nasilje je namjerno korištenje fizičke sile ili pak moći, koje se realizira akcijom ili prijetnjom prema samomu sebi, drugoj osobi ili skupini ljudi, a to bi posljedično moglo dovesti do ozljede, psihološkog poremećaja, te smrti u konačnici (47). Danas smo upoznati sa brojnim oblicima nasilja, koji se neprestano šire i usavršavaju (48). Samo po sebi nasilje je jedan složen proces i može se promatrati prije svega kao stanje koje u emocionalnom, akcijskom ili motivacijskom smislu izražava nagon, a tek potom kao ljutnja, neprijateljstvo, srdžba i napadanje na osobu (46). Nasilje kao takvo možemo promatrati iz šest različitih vidova, a to su: namjera da se povrijedi ili nanese šteta, intenzitet i trajanje, moć nasilnika, ranjivost žrtve; manjak podrške, te posljedice (49).

1.7.1. Nasilje nad starijim osobama u obitelji

Nasilje u obitelji predmet je interesa tek odnedavno, točnije od 60-ih godina 20. stoljeća kada je otkriven fenomen zlostavljanja djece (50). Dotada se na obiteljsko nasilje gledalo kao na nešto normalno, i društvo po tom pitanju nerijetko pristupa sa stavom „Ne petljati se u njihove probleme.“ „Ne petljanje“ u tuđe probleme dovelo je do toga da se u društvu stvorio vrlo visok prag tolerancije na obiteljsko nasilje. Obiteljsko nasilje podrazumijeva zlorabljenje moći između članova obitelji, čiji su odnosi utemeljeni na nejednakostima. Nasilje u obitelji, s obzirom na to između koga se događa možemo podijeliti na nasilje između bračnih partnera, zanemarivanje i zlostavljanje djece od strane roditelja/skrbnika, nasilje djece usmjereno prema roditeljima, te iskorištavanje i zlostavljanje starijih osoba u obitelji.

Starije osobe su jedna krhka i ranjiva skupina ljudi, sa svojim posebnostima, koje su danas veliki izazov društvu, jer ih se često stereotipizira i bilo to svjesno ili nesvjesno gura na margine društva. Zbog svoje specifičnosti često bivaju meta i žrtve obiteljskog nasilja, koji iako proporcionalno raste s porastom stope starijih osoba u općoj populaciji, i dalje pripada tabu temama. Razlozi zašto je to baš tako su mnogi, a samo neki od njih su osjećaji srama i stida, straha da se ne naruši slika idealne obitelji, osjećaj da ih se neće razumjeti ukoliko opće društvo suoče s nasiljem nad sobom. Obiteljsko nasilje prema starijim osobama okarakterizirano je kao splet ponašanja i ophođenja kojemu je krajnji cilj koordinacija i upravljanje starijima pribjegavajući pritom ponižavanju, maltretiranju, uznemiravanju, manipulaciji i fizičkoj grubosti. „Granny battering“ pojam je s kojim je javnost upoznata 1975. godine, a sinonim je za zlostavljanje starijih osoba, tada prvi put primijećeno i opisano od strane Bakera i Burstona (51). Tek nekoliko godina kasnije, točnije početkom 90-ih godina 20. stoljeća ova tematika biva stavljena pod povećalo, te joj se znanost sve više posvećuje. Posljedice nasilja nad starijim osobama mogu biti jako velike i šarolike, od oštećenja već ionako oslabljenog i narušenog fizičkog i psihičkog zdravlja, preko gubitka kakve takve materijalne sigurnosti koju im pruža mjesečna mirovina, pa sve do same smrti (52).

Svaki oblik obiteljskog zlostavljanja, pa tako i onog nad starijim osobama je složen javnozdravstveni problem, koji zadire u sve segmente ljudskog života i bitno ugrožava njegova osnovna ljudska prava, a nažalost sve je češća pojava modernoga društva (52).

1.7.1.1. Vrste nasilja nad starijim osobama

Govorimo li o pojavnim oblicima nasilja nad starijim osobama tada moramo spomenuti: fizičko, psihičko, materijalno tj. financijsko, spolno i socijalno nasilje.

1.7.1.1.1. Fizičko nasilje

Fizičko nasilje podrazumijeva namjernu upotrebu bilo kakve fizičke sile ili radnje koja posljedično izaziva tjelesnu ozljedu, oštećenje, fizičku ili pak duhovnu bol (53). Široka je lepeza načina fizičkog zlostavljanja, a neka od najčešćih oblika kojima su izložene osobe starije životne dobi su udaranje rukama, nogama ili predmetima, guranje, štipanje, šamaranje, čupanje za kosu, uskraćivanje osnovnih potreba kao što su hrana i tekućina u vidu kažnjavanja, ili pak nasilno hranjenje. Zloupotreba lijekova također je jedan oblik fizičkog nasilja, u kojem starija osoba ili dobiva prekomjernu dozu lijeka, ili joj je pak uskraćeno uopće davanje lijeka. Kupanje bolesnika u hladnoj ili prevrućoj vodi, ograničavanje slobode i prava kretanja bilo prijetnjama, bilo vezivanjem još su jedni u nizu načina fizičkoga zlostavljanja (54). Bilo kakav oblik tjelesnog nasilja tj. primjena fizičke sile bez obzira je li rezultirala nastankom tjelesne ozljede ili ne, po članku 4. kaznenog zakona o zaštiti od nasilja u obitelji smatra se nasiljem (55).

1.7.1.1.2. Psihološko nasilje

Psihološko ili emocionalno zlostavljanje je vrsta nasilja u kojem verbalnim ili neverbalnim postupanjem izravno utječemo na smanjenje samopoštovanja, samopouzdanja i digniteta osoba starije životne dobi (56). Narušavanje psihološkog i emocionalnog integriteta starije osobe često se postiže prijetnjama, bilo onim o upotrebi fizičkog nasilja ukoliko zlostavljač ne bude zadovoljan njihovom poslušnošću, bilo prijetnjama o napuštanju i prepuštanju samima sebi. Izrugivanje, ismijavanje, ponižavanje, laganje, zastrašivanje, oslovljavanje pogrdnim imenima također su oblik psihološkog nasilja. Taj niz možemo nastaviti i s namjernom socijalnom izoliranošću i zabranom posjeta u svrhu uskraćivanja informacija na koje imaju pravo i izbjegavanja provjeravanja tvrdnji o njihovu zlostavljanju (54).

1.7.1.1.3. Financijsko nasilje

Financijsko tj. materijalno zlostavljanje podrazumijeva korištenje novčanih sredstava, imovine ili vlasništva starije osobe na nepošten, neovlašten, neprikladan i zakonski neprihvatljiv način, od čega korist ima isključivo zlostavljač (56). U opus financijskog nasilja ubrajamo manipulaciju i krađu novca, imovine ili mirovine starije osobe, prodaju njihove

imovine ili prijenos vlasništva bez njihova pristanka, zloupotreba date punomoći. Potpisivanje dokumenata u ime starije osobe i otvaranje njene pošte bez prethodnog obavještenja, mijenjanje oporuke, skuplje naplaćivanje pruženih usluga, kao i zabrane odlaska u dom za starije i nemoćne na stalni boravak također spadaju u oblike financijskog zlostavljanja (54).

1.7.1.1.4. Seksualno nasilje

Seksualno nasilje odnosi se na izravnu ili neizravnu uključenost starije osobe u određenu seksualnu aktivnost, bez prethodnog pristanka starije osobe na istu (53). Seksualnim nasiljem smatraju se sve vrste seksualnog napada kao što je silovanje, sodomija, razgolićavanje i fotografiranje osobe. Neprikladno i neželjeno diranje, ljubljenje, prisiljavanje na spolni čin, poticanje gledanja pornografskog sadržaja predstavljaju seksualno iskorištavanje i maltretiranje osobe (56). Žene starije životne dobi su više izložene ovakvom obliku nasilja, nego li muškarci njihovih godina. Najčešće se radi o ženama iznad 70 godina životne dobi, koje su potpuno zavisne o nečijoj skrbi, ili pak imaju jako nizak stupanj nezavisnosti. Upravo su pružatelji njege, bilo da se radi o članovima obitelji, unajmljenim njegovateljima, ili pak zdravstvenim djelatnicima zdravstvenih i socijalnih ustanova, nasilnici koji stariji osobu izlažu seksualnom zlostavljanju.

1.7.1.1.5. Zanemarivanje

Zanemarivanje je također jedna od oblika nasilja koji je jako zastupljen kada su u pitanju osobe starije životne dobi. Naime, radi se o sustavnom i kontinuiranom uskraćivanju pomoći ili njege koja je potrebna starijoj osobi. Očituje se u zanemarivanju osobnih, psihičkih, socijalnih i emocionalnih potreba štićenika, uskraćivanju osnovnih životnih potreština poput hrane, vode, odjeće i lijekova. Zanemarivanje se ogleda i u nepružanju adekvatne pomoći starijoj osobi u svakodnevnim životnim aktivnostima, poput obavljanja osobne higijene, odlaska u zahod ili pak higijena inkontinentnih starijih osoba. Ipak, možda jedan od najtežih primjera zanemarivanja je uskraćivanje neophodnih zdravstvenih i njegovateljskih mjera kojima se može spriječiti razvoj brojnih zdravstvenih problema kao npr. dekubitusa (53).

1.7.1.2. Poricanje nasilja

Poricanje nasilja nije svojstveno samo za žrtve starije životne dobi, već je pojava koja se nažalost javlja s velikom učestalošću među svim žrtvama nasilja, neovisno o tome tko je žrtva i koja je vrsta nasilja u pitanju. Za prijaviti nasilje nad sobom potrebna je velika hrabrost, što je u svojoj osnovi jako poražavajuća činjenica, obzirom da niti jedna osoba ne bi

smjela trpjeti bilo kakvo zlostavljanje. Jedan od glavnih razloga tomu je tradicionalna kultura u kojoj je žrtva odrasla, koja uvelike oblikuje stavove pojedinca. Tako će žrtva često osjećati stid i strah od javnog sramoćenja ukoliko prijavi nasilje. Također se nerijetko događa pojava tzv. štokholmski sindrom emocionalne navezanosti i identifikacije s agresorom žrtve, zbog kojeg opravdava postupke agresora, i strahuje ga prijaviti da ne bi ostala napuštena, nezbrinuta ili da bi tim činom mogla razljutiti svojeg agresora, te samim tim pogoršati ionako već dovoljno loš položaj u kojem se nalazi. Ipak, za starije osobe koje su nepokretne, potpuno zavisne o pomoći drugoga ili pak imaju neki oblik kognitivnih poteškoća za očekivat je da će biti onemogućene prijaviti nasilje nad sobom zbog svojih fizičkih i kognitivnih ograničenja.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je ustanoviti razliku znanja studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija o obiteljskom nasilju nad starijim osobama na temelju prikupljenih podataka i statističke analize. Ispitivanje je provedeno putem ankete gdje se, osim ispitivanja o obiteljskom nasilju nad starijim osobama, ispitalo i imaju li demografski podatci ispitanika utjecaj na rezultate ankete.

2.2. Hipoteze

H1: Postoji nedostatna senzibiliziranost mladih na probleme starijih osoba u svezi obiteljskog nasilja.

H2: Znanja studenata zdravstvenog usmjerenja o obiteljskom nasilju nad starijim osobama su veća nego li u studenata nezdravstvenog usmjerenja.

H3: Studenti nezdravstvenih studija, koji u svojem stalnom kućanstvu imaju i osobe starije životne dobi, svjesniji su problema nasilja s kojima se oni mogu susresti, te samim tim pokazuju veće znanje na tu temu.

3. MATERIJALI I METODE

3.1. Organizacija studije

Presječno istraživanje (anketno ispitivanje). Prema ustroju je istraživanje kvantitativno, a prema obradi podataka kvalitativno.

3.2. Ispitanici

Ispitanici su studenti Sveučilišta u Splitu koji su upisali Odjel zdravstvenih studija, Medicinski fakultet, Filozofski fakultet – učiteljski smjer, Umjetničku akademiju – glazbeni smjer i Pomorski fakultet.

3.3. Mjesto provođenja studije

Istraživanje je provedeno u ustanovama, tj. njihovim ustrojbenim jedinicama (klinike, zavodi, odjeli, laboratoriji, domovi zdravlja, škole...): Odjel zdravstvenih studija, Medicinski fakultet, Filozofski fakultet, Umjetnička akademija i Pomorski fakultet Sveučilišta u Splitu.

3.4. Metoda prikupljanja i obrade podataka

Obradeni podaci prikupljeni su putem online ankete kojoj su pristupili studenti Odjela zdravstvenih studija, Medicinskog fakulteta, Sestrinstva, Filozofskog fakulteta – učiteljski smjer, Umjetničke akademije – glazbeni smjer i Pomorskog fakulteta svih godina.

3.5. Etička načela

Plan istraživanja je u skladu s odredbama članka 16. Etičkog kodeksa Medicinskog fakulteta u Splitu, koje reguliraju istraživanja na ljudima u znanstvenom, istraživačkom i stručnom radu i etičkim načelima Helsinške deklaracije. Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu odobrilo je istraživanje rješenjem broj 2181-198-03-04-21-0042.

3.6. Statistička obrada podataka

U empirijskom dijelu ovog rada koriste se primijenjene metode u biomedicini. Za potrebe ovog istraživanja proveden je anketni upitnik među 757 ispitanika nezdravstvenih studija, te 246 ispitanika zdravstvenih studija. Anketni upitnik proveden među studentima zdravstvenih studija sastoji se od testa znanja. Anketni upitnik proveden među studentima nezdravstvenih studija sastoji se pak od dva dijela – prvi dio koji se odnosi na sociodemografska obilježja, te drugi dio koji predstavlja test znanja istovjetan onome na kojeg su odgovarali studenti zdravstvenih studija. Ispitanici su odabirali odgovor točno/netočno na 10 ponuđenih čestica, koje su prikazane u Tablici 1. Ukoliko ispitanik odabere ispravan odgovor dobiva 10 bodova na svaku česticu, dok u slučaju da odabere neispravan odgovor dobiva 0 bodova. Raspon bodova za svakog ispitanika je 0-100 bodova, odnosno.

Tablica 1. Čestice i potreban odabir

Čestica	Ispravan odabir
1. Stare ljude najčešće zlostavljaju nepoznati ljudi.	Netočno
2. Zlostavljanje starijih osoba se događa samo u nižim društvenim slojevima.	Netočno
3. Starije osobe uvijek preziru svoje zlostavljače i prijavljuju zlostavljanje.	Netočno
4. Nasilje nad starijim osobama je ozbiljan društveni problem.	Točno
5. Starije i mlađe odrasle osobe reaguju slično na zlostavljanje.	Netočno
6. Djeca koja zlostavljaju ostarjele roditelje su najvjerojatnije i sama bila zlostavljana.	Netočno
7. Modeli prevencije i intervencije u slučajevima zlostavljanja djece ne mogu se primijeniti na slučajeve zlostavljanja starih.	Točno
8. Prouzročenje osjećaja straha ili ograničavanje slobode kretanja ili komuniciranja s trećim osobama ne predstavlja nasilje nad starijim osobama.	Netočno
9. Porast broja zlostavljanih starijih osoba se povećava sukladno sve većem udjelu starijih osoba.	Točno
10. Njegovatelji starije osobe zbog prekomjerne konzumacije alkohola mogu zanemariti skrb o starijoj osobi.	Točno

U radu se koriste metode grafičkog i tabelarnog prikazivanja kojima se prezentira struktura odabranih odgovora među ispitanicima. Razlika u strukturi se ispituje χ^2 testom. Kao srednja vrijednost znanja koristi se medijan, dok se kao pokazatelj odstupanja oko srednjih vrijednosti koristi interkvartilni raspon (IQR), te ukupan raspon (Rx). Normalnost razdiobe je prethodno ispitana Kolmogorov-Smirnov testom. Ispitivanje razlika među promatranim skupinama se ispituje Mann-Whitney U test, te Kruskal-Wallis test. Analiza je rađena u statističkom softveru STATISTICA 12 (TIBCO Software Inc., Palo Alto, California).

4. REZULTATI

Anketni upitnik su popunila 1003 studenata, od čega veći broj studenata nezdravstvenih studija, što vidimo u Tablici 2. Točnije, za 3,08 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata obzirom na studij ($P < 0,001$).

Tablica 2. Struktura uzorka prema studiju

	n	%	χ^2	P^*
Nezdravstveni	757	75,47	260,34	<0,001
Zdravstveni	246	24,53		

* χ^2 test

Tablica 3 prikazuje kako najveći broj studenata nezdravstvenih studija pohađa Pomorski studij, odnosno za 2,63 puta je više studenata Pomorskog studija u odnosu na studente UMAS-a, glazbeni odsjek koji su u uzorku najmanje zastupljeni. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata obzirom na vrstu studija ($P < 0,001$).

Tablica 3. Struktura uzorka studenata nezdravstvenih studija prema vrsti studija

	n	%	χ^2	P^*
Filozofski studij, učiteljski odsjek	164	21,66	191,99	<0,001
UMAS, glazbeni odsjek	161	21,27		
Pomorski studij	432	57,07		

* χ^2 test

Najveći broj studenata zdravstvenih studija pohađa OZS studij, te ih je za 1,41 puta više u odnosu na studente medicine koji su u uzorku najmanje zastupljeni, kao što vidimo u Tablici 4. Ispitivanjem nije utvrđena razlika u zastupljenosti studenata obzirom na vrstu studija ($P=0,061$).

Tablica 4. Struktura uzorka studenata zdravstvenih studija prema studiju

	n	%	χ^2	P^*
Medicina	70	28,46	5,58	0,061
Sestrinstvo	77	31,30		
OZS	99	40,24		

* χ^2 test

Podaci o spolu, dobi, broju osoba u kućanstvu, broju osoba u kućanstvu stariji od 65 godina dostupni su za skupnu studenata nezdravstvenih studija.

Tablica 5 prikazuje kako je za 1,15 puta je više studentica nezdravstvenih studija u odnosu na studente. Ispitivanjem nije utvrđena razlika u zastupljenosti studenata obzirom na spol ($P=0,054$).

Tablica 5. Struktura uzorka studenata nezdravstvenih studija prema spolu

Nezdravstveni studij	N	%	χ^2	P^*
Žensko	405	53,50	3,71	0,054
Muško	352	46,50		

* χ^2 test

Srednja vrijednost dobi studenata je 22,00 godine sa interkvartilnim rasponom 20,00 do 23,00 godine, što je vidljivo iz Tablice 6.

Tablica 6. Struktura uzorka studenata nezdravstvenih studija prema dobi

	n	Medijan	IQR	Prosjek	Std.Dev*.
Molimo Vas navedite koliko imate godina.	757	22,00	(20,00-23,00)	21,70	2,42

*Mann-Whitney U test

Srednja vrijednost broja osoba koji žive u kućanstvu je 5,00 sa interkvartilnim rasponom 4,00 do 6,00 osoba, što je vidljivo iz Tablice 7.

Tablica 7. Struktura uzorka studenata nezdravstvenih studija prema broju osoba koji žive u kućanstvu

	n	Medijan	IQR	Prosjek	Std.Dev*.
Koliko osoba, uključujući i Vas, živi u Vašem kućanstvu?	757	5,00	(4,00-6,00)	4,89	3,12

*Mann-Whitney U test

Tablica 8 prikazuje kako u 403 kućanstva ne živi ni jedna osoba starija od 65 godina, dok je u 229 kućanstava jedna osoba, 116 dvije osobe te u 9 kućanstava više od dvije osobe starije od 65 godina. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata obzirom na broj osoba starijih od 65 godina u kućanstvu ($P < 0,001$).

Tablica 8. Struktura uzorka studenata nezdravstvenih studija prema broju osoba starijih od 65 godina

	n	%	χ^2	<i>P</i>*
Nijedna.	403	53,24	449,80	<0,001
1 osoba.	229	30,25		
2 osobe.	116	15,32		
Više od dvije osobe.	9	1,19		

* χ^2 test

4.1. Razina znanja

Za 3,27 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da stare osobe najčešće zlostavljaju nepoznati ljudi. Ispitivanjem nije utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P=0,011$). Za 3,55 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da se zlostavljanje starijih osoba događa samo u nižim društvenim slojevima. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P<0,001$). Za 3,82 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da starije osobe uvijek preziru svoje zlostavljače i prijavljuju zlostavljanje. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P<0,001$). Za 3,87 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da je nasilje nad starijim osobama ozbiljan društveni problem. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P<0,001$). Za 4,54 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da starije i mlađe odrasle osobe reagiraju slično na zlostavljanje. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P<0,001$). Za 4,54 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da djeca koja zlostavljaju ostarjele roditelje su najvjerojatnije i sama bila zlostavljana. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P<0,001$). Za 3,96 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da modeli prevencije i intervencije u slučajevima zlostavljanja djece ne mogu se primijeniti na slučajeve zlostavljanja starih. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P<0,001$). Za 4,30 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da prouzročenje osjećaja straha ili ograničavanje slobode kretanja ili komuniciranja s trećim osobama ne predstavlja nasilje nad starijim osobama. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P<0,001$). Za 4,29 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da porast broja

zlostavljanih starijih osoba se povećava sukladno sve većem udjelu starijih osoba. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P < 0,001$). Za 4,19 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su dali ispravan odgovor na tvrdnju da njegovatelji starije osobe zbog prekomjerne konzumacije alkohola mogu zanemariti skrb o starijoj osobi. Ispitivanjem je utvrđena razlika u zastupljenosti studenata određenog studija obzirom na točnost odgovora ($P < 0,001$).

Tablica 9. Ispravni/neispravni odabiri po tvrdnjama

	Nezdravstveni				Zdravstveni				χ^2	P*
	ispravan odabir		neispravan odabir		ispravan odabir		neispravan odabir			
	n	%	n	%	N	%	n	%		
1. Stare ljude najčešće zlostavljaju nepoznati ljudi.	699	92,34	58	7,66	214	86,99	32	13,01	6,49	0,011
2. Zlostavljanje starijih osoba se događa samo u nižim društvenim slojevima.	720	95,11	37	4,89	203	82,52	43	17,48	40,10	<0,001
3. Starije osobe uvijek preziru svoje zlostavljače i prijavljuju zlostavljanje.	711	93,92	46	6,08	186	75,61	60	24,39	65,88	<0,001
4. Nasilje nad starijim osobama je ozbiljan društveni problem.	724	95,64	33	4,36	187	76,02	59	23,98	85,82	<0,001
5. Starije i mlađe odrasle osobe reagiraju slično na zlostavljanje.	626	82,69	131	17,31	138	56,10	108	43,90	72,36	<0,001
6. Djeca koja zlostavljaju ostarjele roditelje su najvjerojatnije i sama bila zlostavljana.	487	64,33	270	35,67	120	48,78	126	51,22	18,80	<0,001
7. Modeli prevencije i intervencije u slučajevima zlostavljanja djece ne mogu se primijeniti na slučajeve zlostavljanja starih.	598	79,00	159	21,00	151	61,38	95	38,62	30,46	<0,001
8. Prouzročenje osjećaja straha ili ograničavanje slobode kretanja ili komuniciranja s trećim osobama ne predstavlja nasilje nad starijim osobama.	706	93,26	51	6,74	164	66,67	82	33,33	114,18	<0,001
9. Porast broja zlostavljanih starijih osoba se povećava sukladno sve većem udjelu starijih osoba.	652	86,13	105	13,87	152	61,79	94	38,21	69,17	<0,001
10. Njegovatelji starije osobe zbog prekomjerne konzumacije alkohola mogu zanemariti skrb o starijoj osobi.	720	95,11	37	4,89	172	69,92	74	30,08	119,74	<0,001

* χ^2 test

Studenti zdravstvenih studija su imali statistički značajno lošije znanje, čija je razina znanja za 20 bodova manja u odnosu na ispitanike nezdravstvenih studija, što je vidljivo u Tablici 9 ($P < 0,001$).

Tablica 10 prikazuje kako je među ispitanim studentima nezdravstvenih studija najveća razina znanja utvrđena među studentima pomorskog studija, te je veća za 20 bodova u odnosu na znanje utvrđeno u ispitanika filozofskog studija, učiteljski odsjek, te UMAS, glazbenog odsjeka ($P < 0,001$).

Tablica 10. Znanje prema studiju

	Zdravstveni		Nezdravstveni		Z	P*
	Medijan	IQR	Medijan	IQR		
Znanje	70	(50-90)	90	(80-100)	12,28	<0,001

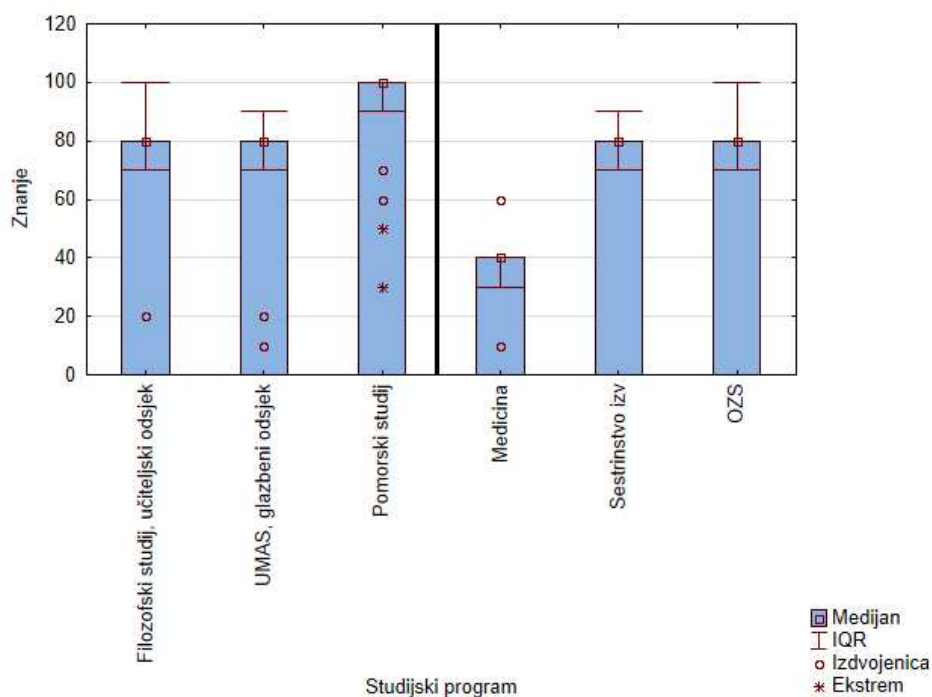
*Mann-Whitney U test

Statistički je utvrđena značajno niža razina znanja među ispitanim studenima medicine, te je za 40 bodova manja u odnosu na ispitanu studentu sestrinstva (izvanredni studij), te ispitanu studentu OZS, što je vidljivo iz Tablice 11 i Slike 1 ($P < 0,001$).

Tablica 11. Znanje prema studiju

Studij	Znanje			H	P*
	Medijan	IQR	Rx		
Nezdravstveni studiji					
Filozofski studij, učiteljski odsjek	80	(70-100)	(20-100)		
UMAS, glazbeni odsjek	80	(70-90)	(10-100)		
Pomorski studij	100	(90-100)	(30-100)	80,32	<0,001
Zdravstveni studiji					
Medicina	40	(30-40)	(10-60)		
Sestrinstvo izv	80	(70-90)	(50-100)		
OZS	80	(70-90)	(40-100)	149,07	<0,001

*Kruskal-Wallis test



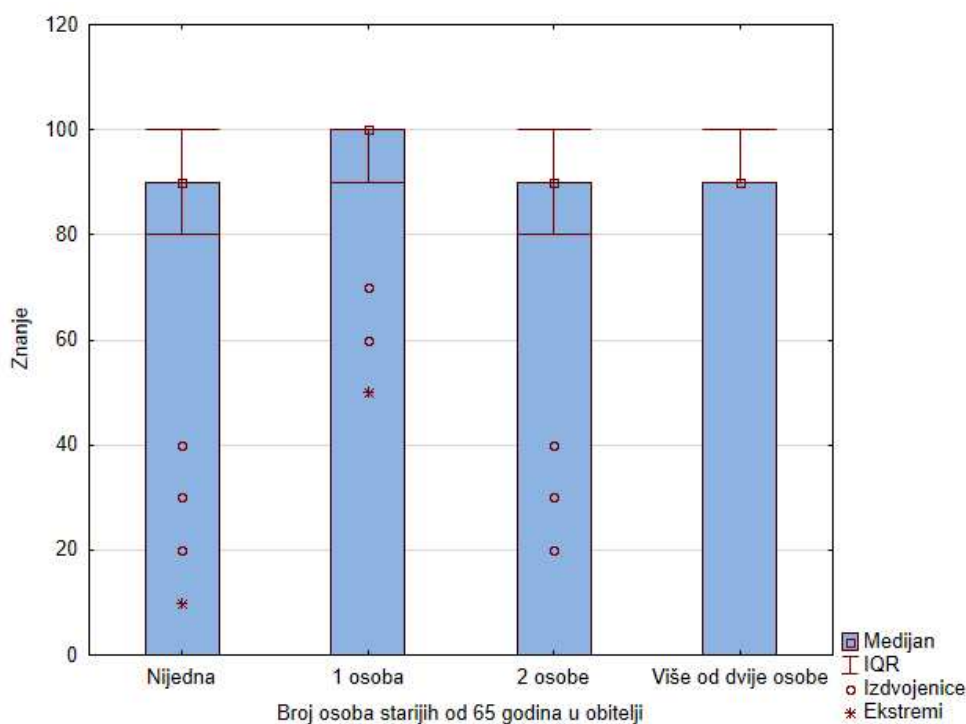
Slika 1. Ispitivanje razlike u znanju s obzirom na studijski program

Srednja razina znanja je najveća među ispitanicima koji imaju jednu osobu starije životne dobi u obitelji (Me=100; IQR=90-100), te je za 10 bodova veća u odnosu na ispitane studente nezdravstvenih studija koji broje niti jednu, te više od jedne osobe starije od 65 godina, te je nakon provedenog ispitivanja utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($P < 0,001$), što je vidljivo iz Tablice 12 i Slike 2.

Tablica 12. Znanje prema broju osoba starijih od 65 godina u obitelji

	Znanje			H	P*
	Medijan	IQR	Rx		
Broj osoba starijih od 65 godina u obitelji					
Nijedna	90	(80-100)	(10-100)		
1 osoba	100	(90-100)	(50-100)		
2 osobe	90	(80-100)	(20-100)		
više od dvije osobe	90	(90-100)	(80-100)	33,60	<0,001

*Kruskal-Wallis test



Slika 9. Ispitivanje razlike u znanju s obzirom na broj osoba starijih od 65 godina u obitelji

5. RASPRAVA

Procjena znanja studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija o nasilju nad starijim osobama unutar obitelji ispitana je „Testom znanja za prepoznavanje nasilja nad starijom osobom u obitelji“, kojeg je osmislila Služba za javnozdravstvenu gerontologiju – Referentnog centra Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba. Ispitanici su studenti splitskog sveučilišta, točnije: Medicinskog fakulteta, različitih studija, te Filozofskog fakulteta, smjer učiteljstvo, Umjetničke akademije, smjer glazba, te Pomorskog fakulteta različitih studija. Studenti Medicinskog fakulteta su odabrani zbog mogućeg prethodnog stečenog znanja iz gerontologije, zbog bliskog doticaja s pacijentima starije životne dobi prilikom nastave koja se odvija u obliku vježbi u KBC-u Split, te zbog pretpostavljene senzibilizacije na stariju populaciju koja je potrebitija opće društvene pomoći nego li mlađi. Studenti preostalih, nezdravstvenih studija odabrani su kako bi predstavljali reprezentativni uzorak većeg udjela populacije, koja prethodno nije mogla steći znanja iz gerontologije, i biti u bliskom kontaktu s pacijentima starije populacije.

Studenti su putem anketnog upitnika iznijeli svoja znanja o prepoznavanju obiteljskog nasilja nad starijim osobama. Anketni upitnik ispunilo je ukupno 1003 studenta, od čega je 757 studenata nezdravstvenih studija, što je statistički značajno više, u usporedni sa 246 studenata zdravstvenih studija. Studenti nezdravstvenih studija su osim anketnog upitnika bili pitani i osnovna demografska pitanja, koja su uključivala dob, spol, broj ukućana, te se tražilo od njih, da ukoliko žive s osobama starije dobi to i navedu, kao i broj osoba starije životne dobi koje su dio stalnog kućanstva. Studentice su pretežno odgovarale na anketni upitnik. Najveći broj studenata ima 22 godine, s tim da je interkvartilni raspon od 20 do 23 godine. Kada govorimo o broju ukućana studenata, njih najviše je navelo kako žive u peteročlanoj obitelji. Najveći broj studenta nezdravstvenih studija izjasnio se kako u kućanstvu nema niti jednu osobu starije životne dobi, njih čak 403. Preostalih 354 studenta u svojem domu imaju starije osobe, od kojih njih 229 u kućanstvu imaju jednu stariju osobu, a njih 116 čak dvije. Više od dvije starije osobe u kućanstvu jako su rijetka pojava, i samo njih devet je navelo ponuđeni odgovor.

Test znanja studenata o obiteljskom nasilju nad starijim osobama koncipiran je u deset pitanja na koje treba dati točan odgovor u vidu odabira „točne“ ili „netočne“ tvrdnje. S obzirom na to, na prvo ponuđeno pitanje tj. tvrdnju da starije ljude najčešće zlostavljaju nepoznati ljudi čak je 3,27 puta više studenata nezdravstvenih studija odabralo „netočno“ kao ujedno i ispravan odgovor u odnosu na studente zdravstvenih studija. Da je to ispravna tvrdnja svjedoče brojni znanstveni radovi na ovu temu, gdje se navodi kako su glavni zlostavljači

starijih osoba upravo njihovi najbliži, bilo da se radi o obitelji, ili pak obiteljskim prijateljima ili poznanicima kojima je na povjerenje pružena briga o starijim osobama u obitelji (57, 58). Istraživanja pokazuju da je najčešći oblik nasilja s kojima se stariji susreću u obitelji psihološki, s udjelom od čak 58,4% (59). Prema Sengstocku upravo su žene zlostavljači koji se najčešće koriste tom vrstom nasilja, dok muški nasilnici više pribjegavaju fizičkomu nasilju (60). Nadalje na tvrdnju o tome kako se nasilje nad starijima događa samo u društvima nižeg socioekonomskog statusa također su za 3,55 puta studenti nezdravstvenih studija pokazali veće znanje odabravši odgovor „netočno“. Naime, istraživanja dokazuju kako je nasilje rašireno u svim društvima diljem svijeta, neovisno o socioekonomskom statusu starije osobe (61). Eventualnu razliku između društava različitog socioekonomskog stanja možemo uočiti u obliku nasilja koji je zastupljeniji. Tako će npr. starija osoba povoljnijega materijalnog tj. financijskog statusa biti na meti i financijskog nasilja, od koje će se iznuđivati novčana sredstva, koristiti punomoć u vlastite svrhe, a ne na dobrobit starije osobe i sl., dok će u društvima nižeg socioekonomskog statusa biti više izraženo nasilje putem zanemarivanja ili pak fizičkog zlostavljanja. Nadalje, na tvrdnju da starije osobe uvijek preziru i prijavljuju nasilje nad sobom, za 3,82 puta više, u odnosu na studente zdravstvenih studija, su studenti nezdravstvenih studija odgovorili ispravnim odgovorom „netočno“. Općenito veliki broj žrtava zlostavljanja, a na poseban način starije osobe ne osjeća slobodu prijaviti nasilje. Razlozi su brojni, poput obzirnosti prema činitelju nasilja, obzirnosti „što će društvo reći?“, strah od usamljenosti, osjećaj srama i stida, osjećaj da ih se neće shvatiti ozbiljno, osjećaj krivnje zbog onoga što im se događa, strah da bi ukoliko prijave nasilje ono moglo postati još intenzivnije i izražajnije. Obzirom na navedene i još brojne druge razloge stariji se ne odlučuju na prijavu nasilja, već biraju trpjeti isto, te čuvati to kao najstrožu obiteljsku tajnu, prikazujući na van privid skladnih obiteljskih odnosa (62). Da je nasilje nad starijima ozbiljan društveni problem ispravno je zaključilo čak 3,87 puta više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na njihove kolege sa zdravstvenih studija. Socijalna politika treba biti usmjerena na podizanje svijesti o potrebama, i o samom statusu starijih osoba u društvu kako bi na jedan način senzibilizirala javnost na probleme s kojima se starija populacija nosi, a jedan od važnijih je svakako prepoznavanje nasilja nad njima. Na tvrdnju kako mlađe i starije osobe slično reaguju na nasilje 4,54 puta više su studenti nezdravstvenih studija odgovorili ispravno. Navedena tvrdnja je netočna, jer starije osobe puno lakše zadobivaju ozljede, i češće će biti potrebite gerijatrijske zdravstvene skrbi. Također, obzirom da se radi o osobama starije životne dobi, u pozamašnom broju slučajeva radi se o žrtvama koje kumulativno godinama bivaju žrtve svojega zlostavljača, tako da su emocionalno i fizički u daleko nezahvalnijem

položaju nego li je to neka mlađa osoba nad kojom se vrši jednak oblik nasilja. Tvrdnja da zlostavljana djeca kasnije postaju zlostavljači svojih roditelja netočna je i studenti nezdravstvenih studija su 4,54 puta više nego li studenti zdravstvenih studija donijeli ispravan zaključak te tvrdnje. Istina je a brojna gerontološkopsihološka istraživanja govore u prilog zlostavljača kao onih koji su velikim postotkom u svojem djetinjstvu bili žrtve nasilja, ali je njihovo nasilje najčešće usmjereno prema djeci i/ili bračnom partneru, a ne prema roditelju. Iz takvih podataka se može iščitati učenje po modelu, gdje je zlostavljač od svojih roditelja usvojio nasilno ponašanje kao nešto normalno, i krenuo ga primjenjivati kada je za to dobio priliku. Potisnuti strah od svojeg zlostavljača jedan je od vjerojatnijih razloga zbog kojih zlostavljana djeca izbjegavaju ikakav kontakt sa svojim roditeljima, te se u svojoj odrasloj dobi ne odlučuju za nasilno ponašanje nad njima. Za 3,96 puta je više studenata nezdravstvenih studija u odnosu na studente zdravstvenih studija koji su zaključili kako tvrdnja da se modeli prevencije i intervencije u slučajevima zlostavljanja djece ne mogu primijeniti na slučajeve zlostavljanja starih osoba. Djeca i odrasli se razlikuju u stupnju kompetencije, privatnosti i prava na autonomiju. Te bitne razlike svakako će automatizmom uvjetovati primjenu različitih modela kojima će se pristupati u pružanju pomoći zlostavljanim osobama. Ispravan odgovor na tvrdnju koja kaže kako prouzročenje osjećaja straha ili ograničavanje slobode kretanja ili komuniciranja s trećim osobama ne predstavlja nasilje nad starijim osobama je „netočno“, a anketnim upitnikom je zabilježeno kako su studenti nezdravstvenih studija za 4,30 puta više ispravno odgovorili na ponuđenu tvrdnju. Objašnjenje se krije u čl. 4 Zakona o zaštiti od obiteljskog nasilja, u kojem navedeni primjeri ograničenja kretanja, kao i zabrana komuniciranja s trećim osobama spadaju u psihički oblik nasilja (55). Točno je kako s povećanim udjelom starije populacije u ukupnom stanovništvu raste i stopa nasilja nad njima, a čak je 4,29 puta više studenata nezdravstvenih studija za razliku od svojih kolega sa zdravstvenih studija tu tvrdnju potvrdilo svojim odgovorom. Naime, Nacionalni centar za zlostavljanje starijih (SAD) objavio je podatke o trendu kretanja prijavljenih slučajeva nasilja nad starijima, kojeg su bilježili liječnici obiteljske medicine. Tako je 1986. godine bilo prijavljeno 117 000 slučajeva nasilja nad starijima, a 2001. godine njih 470 000, što pokazuje porast od čak 30,1%, te ujedno potvrđuje proporcionalan porast nasilja s porastom same populacije starijih osoba (63). Kao zadnje pitanje studentima je ponuđena tvrdnja da njegovatelji koji su pod utjecajem prekomjerne količine alkohola, a ujedno brinu o starijoj osobi mogu zanemariti skrb o istoj, na što su studenti nezdravstvenih studija ponovno pokazali bolji rezultat, i to 4,19 puta više, odabравši „točan“ odgovor kao onaj ispravan. Pojam njegovatelja nije nužno vezan uz zdravstvenog djelatnika kojeg je obitelj

unajmila za brigu oko starije osobe. Njegovatelj je status kojeg može dobiti i član obitelji ukoliko položi određene testove koji garantiraju da je osposobljen za rad s osobom u potrebi, a to su u ovom slučaju starije osobe. Istraživanje provedeno na području SAD-a je pokazalo da 44% muškaraca i 14% žena koji su počinili neki oblik nasilja prema svojim starijim roditeljima je ovisno o alkoholu ili drugim psihoaktivnim tvarima (64).

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju je kako je razina znanja studenata nezdravstvenih studija na temu prepoznavanja obiteljskog nasilja nad starijima za 20 bodova veća od one koju su stekli studenti zdravstvenih studija. Također, među studentima nezdravstvenih studija studenti Pomorskog fakulteta statistički značajno prednjače u znanju, i to za 20 bodova u odnosu na učitelje i glazbenike. Među studentima zdravstvenih studija svojim znanjem se ističu studenti Sestrinstva i ostalih usmjerenja OZS-a. Pomalo iznenađujuće i neočekivano, studenti medicine su najlošije riješili test znanja o prepoznavanju obiteljskog nasilja nad starijima, i to za čak 40 bodova manje u odnosu na svoje preostale kolege sa zdravstvenih studija, što čini i više nego dovoljnu statistički značajnu razliku.

Studenti koji u svojem kućanstvu imaju jednu stariju osobu pokazuju veći razinu znanja naspram ostalih.

Razina znanja kojeg su ponudili studenti nezdravstvenih studija bolja je nego li u studenata zdravstvenih studija. To nam govori kako je potrebno dodatno poraditi na senzibilizaciji potonjih oko problematike nasilja nad starijima u obitelji. Obzirom da su najlošije znanje pokazali upravo studenti Medicinskoga fakulteta za očekivati je da će u budućnosti trebati pospješiti nastavni program literaturom, vježbama ili pak nekim drugim sadržajem i oblikom nastave, kako bi se znanje o potrebama starijih, kao i o nasilju koje se vrši nad njima upotpunilo i produbilo. Upravo su o tome još 1997. godine govorili Krueger i Patterson, ističući kako ključnu ulogu u otkrivanju zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba imaju upravo zdravstveni i socijalni djelatnici, a sva dotadašnja istraživanja su pokazala kako je znanje tih stručnjaka o ovoj problematici nedovoljno (65).

Treba svakako naglasiti kako provedeno istraživanje ima i svojih manjkavosti tj. ograničenja, koje su sigurno bitno utjecale na konačan rezultat. Jedno od ograničenja je što studenti zdravstvenih studija nisu bili pitani demografska pitanja dobi, spola, broja ukućana, i ima li među njima osoba starije životne dobi. S obzirom na to ne možemo napraviti konkretniju usporedbu sa studentima nezdravstvenih studija kojima su ta pitanja bila postavljena. Također je jedan od ograničavajućih čimbenika sam broj ispitanika. Anketni

upitnik plasiran je svim godinama nezdravstvenih studija, dok su anketni upitnik na zdravstveni studija ispunjali studenti samo prvih godina svojih smjerova. I možda kao najvažnija manjkavost ovog ispitivanja je vrijeme provedbe anketnog upitnika među studentima. Naime, studenti zdravstvenih studija su anketni upitnik ispunjali u siječnju, dok su studenti nezdravstvenih studija anketni upitnik popunjali u razdoblju između svibnja i srpnja. Vrijeme provedbe ispitivanja važno je jer ga možemo promatrati u kontekstu aktualnih događaja koji bitno mogu utjecati na svijest, pa tako i znanja pojedinca. Za primjer se mogu uzeti mediji koji su možda u razdoblju od svibnja do srpnja prenijeli jednu ili više vijesti o nasilju nad starijima, koje su ukoliko su došle u doticaj s ispitanicima ovog istraživanja mogle na jedan način senzibilizirati i probuditi svijest o ovoj problematici, te su shodno tome njihova znanja veća, a samim tim i riješenost testa bolja.

6. ZAKLJUČCI

1. Presječnom istraživanju pristupilo je 1003 studenta sa Sveučilišta u Splitu. Istraživanju je pristupilo 757 studenata nezdravstvenih studija (Pomorski fakultet, Filozofski fakultet – učiteljski smjer, UMAS – glazbeni smjer), te 246 studenta zdravstvenih studija (Medicinski fakultet, OZS).
2. Studenti su pokazali nedostatnu senzibiliziranost na probleme starijih osoba u svezi obiteljskog nasilja.
3. Studenti zdravstvenih studija nisu pokazali veću razinu znanja o obiteljskom nasilju nad starijim osobama u odnosu na studente nezdravstvenih studija.
4. Studenti koji pohađaju nezdravstvene studije pokazali su veću razinu znanja o obiteljskom nasilju nad starijim osobama u odnosu na svoje kolege sa zdravstvenih studija.
5. Studenti Pomorskog fakulteta su pokazali najveću razinu znanja o obiteljskom nasilju nad starijim osobama među studentima nezdravstvenih studija.
6. Studenti Medicinskog fakulteta su pokazali najnižu razinu znanja o obiteljskom nasilju nad starijim osobama među svim studentima zdravstvenih i nezdravstvenih studija koji su sudjelovali u istraživanju.
7. Studenti nezdravstvenih studija koji u svojem kućanstvu imaju jednu stariju osobu pokazali su najveću razinu znanja na navedenu temu.

7. LITERATURA

1. Državni zavod za statistiku [Internet]. dzs.hr; 2021. Stanovništvo prema starosti i spolu [citirano 13. rujna 2021]. Dostupno na: <https://www.dzs.hr/app/rss/piramida-stanovnistva.html#>
2. Puljiz V. Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. Rev.soc.polit. 2015. doi: 10.3935/rsp.v23i1.1281.
3. Perišlin R. Kada se i kako naše ponašanje slaže s našim stavovima? U: Kolesarić V. (Ur.): Uvod – znanstvena i primijenjena psihologija. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske; 1991. str. 175-213.
4. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Ageing process and physiological changes. IntechOpen; 2018. doi: 10.5772/intechopen.76249.
5. Galić S, Tomasović Mrčela N. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek; 2013.
6. World Health Organization [Internet]. WHO; 2021. Geneva: Ageing and health; c2020 [citirano 13. rujna 2021]. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
7. Gilson É. Un objectif de santé publique : le vieillissement durable [A public health goal: sustainable aging]. Med Sci (Paris). 2020. doi: 10.1051/medsci/2020038.
8. Despot Lučanin J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
9. Psihologija, filozofija i razmišljanje o životu [Internet]. hr.sainte-anastasie.org; 2021. Vrste starenja (primarno, sekundarno i tercijarno) [citirano 15. rujna 2021]. Dostupno na: <https://hr.sainte-anastasie.org/articles/medicina-y-salud/tipos-de-envejecimiento-primario-secundario-y-terciario.html>
10. Pečjak V. Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada Prosvjeta; 2001. 248. str.
11. Academia [Internet]. academia.edu; 2021. Gerontologija [citirano 14. rujna 2021]. Dostupno na: <https://www.academia.edu/9730004/GERONTOLOGIJA>
12. Ivančević Ž i sur. MSD Priručnik dijagnostike i terapije. 2. izdanje. Split: Placebo; 2010. str. 2757-61
13. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
14. Sveučilište u Zagrebu - Fakultet hrvatskih studija [Internet]. hrstud.unizg.hr; 2021. Psihologija starenja: starenje pojedinca [citirano 8. rujna 2021]. Dostupno na: https://www.hrstud.unizg.hr/_download/repository/Psihologija_starenja/3%20Starenje%20pojedince_tekst.pdf

15. United Nations [Internet]. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population, Population Division; 2015. World population ageing 2015 [citirano 10. rujna 2021]. Dostupno na:
https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
16. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu – Medicinski fakultet; 2010.
17. Powell J.L. Social theory and aging. 1. izdanje. Lanham; The Rowman and Littlefield Publishing Groups, Inc; 2007.
18. Hrvatska enciklopedija [Internet]. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. [citirano 16. rujna 2021]. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=14510>
19. Bejaković P. Alica Wertheimer-Baletić Demografska teorija, razvoj stanovništva Hrvatske i populacijska politika (izbor radova). Meridijani. 2018; 69(1):73-83.
20. United Nations [Internet]. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population, Population Division; 2019. World population prospects 2019: Highlights [citirano 13. rujna 2021].
Dostupno na: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
21. Nejašmić I, Toskić A. Starenje stanovništva u Hrvatskoj–sadašnje stanje i perspektive. Hrvatski geografski glasnik. 2013; 75.(1.):89-110.
22. Eurostat statistic explained [Internet]. Eurostat statistic explained; 2020. Population age structure by major age groups, 2009 and 2019 (% of the total population) [citirano 6. rujna 2021]. Dostupno na: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2009_and_2019_\(%25_of_the_total_population\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2009_and_2019_(%25_of_the_total_population).png)
23. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske [Internet]. dzs.hr; 2020. PROCJENA stanovništva Republike Hrvatske u 2019. [citirano 6. rujna 2021]. Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2020/07-01-03_01_2020.htm
24. Branson J.S, Branson A, Pozniak K, Tookes J, Schmidt M. The role of family during older adults' living transitions: implications for helping professionals and family counselors. Research Article. 2018. doi: 10.1177/1066480718809418
25. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. 2008. doi: 10.1097/01.

26. Bertić Ž, Telebuh M, Grozdek Čovčić G. Razlike u prilagodbi na umirovljenje s obzirom na samoprocjenu zdravlja i socijalne podrške. Soc. ekol. Zagreb. 2020. doi: 10.17234/SocEkol.30.2.2
27. Havelka M, Despot – Lučanin J. Psihologija starenja. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije; 2007. 428-46 str.
28. Feldhahn S. Samo za žene. 1. izdanje. Split: Verbum; 2018. 114 str.
29. Kvalitativno [Internet]. Kvalitativno.blogspot.com; 2015. Umirovljenje i prilagodba na umirovljenje u starijoj životnoj dobi [citirano 6. rujna 2021]. Dostupno na: <http://kvalitativno.blogspot.com/p/umirovljenje-i-prilagodba-na.html>
30. Converso D, Sottimano I, Guidetti G, Loera B, Cortini M, Viotti S. Aging and work ability: the moderating role of job and personal resources. Front psychol. 2018;8:2262.
31. Eurostat statistic explained [Internet]. Eurostat statistic explained; 2018. Statistika zaposlenosti [citirano 6. rujna 2021]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_statistics/hr&oldid=393182#Stope_zaposlenosti_prema_spolu.2C_dobi_i_razini_obrazovanja
32. Poplašen D, Brumen V, Ulovec Z, Kratochvil M. Indeks radne sposobnosti te morbiditetni profil pripadnika profesionalnih vatrogasnih postrojbi. Sigurnost. 2015;57(2):97-111.
33. Widell Blomé M, Borell J, Håkansson C, Nilsson K. Attitudes toward elderly workers and perceptions of integrated age management practices. International journal of occupational safety and ergonomics. 2018. doi: 10.1080/10803548.2018.1514135.
34. Nilsson K. Conceptualisation of ageing in relation to factors of importance for extending working life – a review. Scand J Public Health. 2016;44(5):490–505.
35. Halauk V. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru. 2013;7:259-69.
36. Brown J, Bowling A, Flynn T.N. Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. European Forum on Population Ageing Research, Department of Sociological Studies. 2004.
37. Hrvatska enciklopedija [Internet]. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. [citirano 10. listopada 2021]. Dostupno na: <https://enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=15411>
38. Zekić Eberhard N. Dobna diskriminacija na hrvatskom tržištu rada u kontekstu socijalne osviještenosti i europskog zakonodavnog okvira. Pravni vjesnik. 2014;30(2):329-344.
39. Dana.europa.eu [Internet]. Directorate-General for Communication, 2021. Special Eurobarometer 317, Discrimination in The EU in 2009. [citirano 13. listopada 2021]. Dostupno na: https://data.europa.eu/data/datasets/s773_71_2_ebs317?locale=en

40. Macnicol J. Ageism and age discrimination, ILC-UK. 2010.
41. Hrvatska enciklopedija [Internet]. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. [citirano 13. listopada 2021]. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=50076>
42. Aronson E, Wilson T.D, Akert R.M. Socijalna psihologija. 4. izdanje. Zagreb: Mate d.o.o.; 2005.
43. Donizzetti AR. Ageism in an aging society: the role of knowledge, anxiety about aging, and stereotypes in young people and adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2019. doi: 10.3390/ijerph16081329.
44. Kim H. The mechanism of ageism: the relationship between perceived ageism and depressive symptoms in later life. Florida: Florida state university - College of social work; 2015.
45. Iversen T.N, Larsen L, Solem P.E. A conceptual analysis of ageism. *Nord. Psychol*. 2009;61:4–22.
46. Čilić M, Janković J. Nasilje. *Socijalne teme*. 2016; 1(3):67-87.
47. World Health Organization [Internet]. WHO; 2021. Violence - a global public health problem [citirano 13. listopada 2021]. Dostupno na: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap1.pdf
48. Buljubašić Kuzmanović V, Milašin A, Vranić T. Ispitivanje učestalosti verbalne agresije kod djece i mladeži. *Život i škola*. 2009; LV(22):116-141.
49. Zečević, I. (2010). Priručnik – program prevencije vršnjačkog nasilja u školama. Banja Luka: NVO “Zdravo da ste”; 2010.
50. Kempe C.H, Silverman F.N, Steele,B.F, Droegemueller W, Silver H.K. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181(1):17-24.
51. McCreadie C. From granny battering to elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1993. doi: 10.1300/J084v05n02_02.
52. Rusac S. Nasilje nad starijim osobama. *Ljetopis socijalnog rada*. 2006;13(2):331-346.
53. Rusac S, Čizmin A. Nasilje nad starijim osobama u ustanovama. *Medica Jadertina*. 2011;41(1-2):51-58.
54. Garner J, Evans S. Institutional abuse of elder adults. London: Royal College of Psychiatrist. 2005;7-12.
55. Narodne novine [Internet]. Hrvatski sabor; 2009. Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji. [citirano 12. listopada 2021]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009_11_137_3314.html
56. Žilić M, Janković J. Nasilje. *Socijalne teme*. 2016; 1(3):67-87.

57. Lachs MS, Pillemer K: Elder abuse. *Lancet*. 2004;2-8:1263-72.
58. Ajduković D, Ajduković M. Nasilje u obitelji: što zdravstveni djelatnici mogu učiniti. *Medicina Fluminensis*. 2010;46(3):292-299.
59. Stevković, Lj., Dimitrijević, J. (2011) Viktimizacija starih u porodičnom i institucionalnom okruženju. U: V. Nikolić-Ristanović, S. Čopić (ur.) *Prava žrtava i EU: Izazovi pružanja pomoći žrtvama*. Beograd: Viktimološko društvo Srbije i Prometej, str. 335–352.
60. Neale A.V, Hwalek M.A, Scott R.O, Stahl C. Validation of the HwalekSengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology*. 1991;10(4):406-415.
61. Pillemer K, Finkelhor D. Causes of elder abuse: Caregiver stress versus problem relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1989;59(2):179–187.
62. Mirić F. Krivičnopravna zaštita starih lica i rizik od njihove viktimizacije kod krivičnih dela sa elementima nasilja u porodici. *Temida*. 2012. doi: 10.2298/TEM1201217M.
63. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med*. 2005; 37(7):481-5.
64. Greenberg J.R, McKinbber M, Raymond J.A. Dependent Adult Children and Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect* . 1990. doi: 10.1300/J084v02n01_05.
65. Krueger P, Patterson C. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. The research subcommittee of the elder abuse and self-neglect task force of hamilton–wentworth. *Canadian Medical Association Journal*. 1997; 157(8):1095-100.

8. SAŽETAK

Cilj: Utvrditi razinu znanja studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu o prepoznavanju nasilja nad starijim osobama u obitelji.

Ispitanici i metode: Istraživanje je obuhvatilo studente Sveučilišta u Splitu, a istraživanju je pristupilo njih 1003. Veći udio studenata čine studenti nezdravstvenih studija, njih 757, dok preostalih 246 pohađa zdravstvene studije. Podaci su dobiveni anketnim upitnikom. Anketni upitnik kojeg su popunjali studenti nezdravstvenih studija sastoji se od dva dijela. Prvi dio se odnosi na sociodemografska obilježja. Drugi dio je test znanja o prepoznavanju obiteljskog nasilja nad starijim osobama. Studenti zdravstvenih studija popunjali su anketni upitnik koji ima samo potonji test znanja.

Rezultati: Postoji statistički značajna razlika u razini znanja o prepoznavanju obiteljskog nasilja nad starijima između studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija. Veću razinu znanja pokazuju studenti nezdravstvenih studija, koji ujedno predstavljaju opću populaciju. Među studentima zdravstvenih studija studenti medicine su pokazali najmanju razinu znanja. Također, studenti koji u svojem kućanstvu imaju barem jednu stariju osobu pokazuju veću razinu znanja, jer su primjerom iz svoje svakodnevnice upoznati kako sa potrebama, tako i popratnim problemima s kojima se stariji nose.

Zaključci: Obzirom da su studenti zdravstvenih studija, a posebice studenti medicine pokazali lošiju razinu znanja o prepoznavanju obiteljskog nasilja nad starijim osobama, nužno je napraviti određene promjene ili nadopuniti edukativni sadržaj iz gerontologije, kako bi se senzibilizirali na potrebe starijih, i kako bi u svojoj praksi uspjeli prepoznati znakove nasilja nad starijima i shodno s tim ispravno postupiti.

9. SUMMARY

Diploma thesis title: Title: Students' knowledge of domestic violence against the elderly: Comparative analysis of students of health and non-health studies at the University of Split

Aim: The aim of the research is to determine the level of knowledge of students of health and non-health studies at the University of Split on recognizing violence against the elderly in the family.

Subjects and methods: The research included students of the University of Split, and 1003 of them joined the research. Most of students are from non-health studies, 757 of them, while the remaining 246 attend health studies. Data were obtained from a survey questionnaire. The survey questionnaire completed by the students of non-health studies consists of two parts. The first part deals with sociodemographic characteristics. The second part is a test of knowledge on recognizing domestic violence against the elderly. Health studies students completed a survey questionnaire that has only the latter knowledge test.

Results: There is a statistically significant difference in the level of knowledge about recognizing domestic violence against the elderly between health and non-health studies students. A higher level of knowledge is shown by students of non-health studies, who also represent the general population. Among health studies students, medical students showed the lowest level of knowledge. Also, students who have at least one elderly person in their household show a higher level of knowledge, because they are familiar with the needs and accompanying problems that older people deal with with an example from their everyday life.

Conclusions: Given that health students, and especially medical students, have shown a poorer level of knowledge about recognizing domestic violence against the elderly, it is necessary to make certain changes or supplement educational content in gerontology, to sensitize to the needs of the elderly, and to succeed in their practice in order to recognize the signs of violence against the elderly and act accordingly.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Petra Rapić

Datum i mjesto rođenja: 6. prosinca 1996. godine, Dubrovnik, Republika Hrvatska

Državljanstvo: hrvatsko, Republika Hrvatska

Adresa stanovanja: Don Bare Poparića 18, 21217 Kaštel Novi

Telefon: + 385 95 505 5325

E-adresa: p.lasic2209@gmail.com

OBRAZOVANJE

2003.-2010. Osnovna škola Kula Norinska, Kula Norinska

2011.-2015. Opća gimnazija Metković, Metković

2015.-2021. Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, studij Medicina

ZNANJA I VJEŠTINE

Pasivno korištenje engleskog jezika

Rad na računalu: Microsoft Office

Vozačka dozvola: B kategorija

AKTIVNOSTI

Demonstratorica na Katedri za histologiju i embriologiju (ak. god. 2016./2017.)