

Starost in demenca kot dejavnika tveganja za izpostavljenost nasilju v družini

Asist. dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., ZD Ljubljana
nena.kopcavar-gucek@zd-lj.si

Nasilje je zloraba moči in vsako kršenje temeljnih človekovih pravic. Nasilje kot destruktivna oblika medčloveških odnosov je nedvomno vsaj tako staro kot pojem družine. V družinskih odnosih lahko pride do vseh vrst nasilja (fizično, spolno, psihično, vključno z zanemarjanjem in s finančnim nasiljem). Najpogostejše nasilje v družini je nasilje v partnerskih odnosih, pojem pa vključuje še nasilje nad otroki (zlorabo otrok) in nasilje nad starejšimi (zlorabo starejših).

Oblike nasilja nad starejšimi

Nasilje in zanemarjanje sta pri starejših vzrok za nepotrebno trpljenje, poškodbe, bolečine, izgubo ali kršitve pravic in slabšo kakovost življenja. Značilnosti duševne zlorabe starejših so besedni spopadi, psovanje in kričanje ter povzročanje trpljenja, čustvenih bolečin in žalosti. Posebne oblike nasilja pri od tuje pomoči odvisnih posameznikov (ne le zaradi starosti, temveč tudi zaradi bolezni, invalidnosti ali drugih razvojnih in osebnih okoliščin) so lahko še medicinska zloraba, zanemarjanje, zapuščenost in ekonomsko nasilje. Zanemarjanje je neizpolnjevanje obveznosti s strani skrbnika, ki mu je bila oseba zaupana v skrbništvo: nepripravljenost zagotavljanja nujno potrebnih dobrin, kot so hrana, voda, obleka, zdravila, osnovna nega in osebna higiena, onemogočanje dostopa do zdravstvene oskrbe, odtegovanje osnovne nege ter zagotavljanja udobja in varnosti. Zapuščenost je

stanje, ko skrbnik starejšo osebo ali bolnika, ki mu je bil zaupan v skrbništvo, zapusti in ga ne obiskuje v bolnišnici, v domu starejših občanov ali v drugi ustanovi.

Dejavniki tveganja za izpostavljenost nasilju pri starejših

Med glavnimi vzroki za nasilje nad starejšimi ženskami so bili brezposelnost odraslih otrok, pomanjkanje socialnih stikov, osamljenost, odvisnost od pomoči, neurejenost odnosov, medgeneracijski konflikt, preobremenjenost, izčrpanost skrbnikov in toleranca do nasilja.

Demenca ni le dejavnik tveganja za izpostavljenost nasilju pri starejših, predstavlja tudi oviro pri prepoznavanju le-tega. Vzpostavljane komunikacije med žrtvijo ter zdravstvenim osebjem in socialnim skrbstvom je oteženo in manj zanesljivo. Nezanesljivost lahko povzročitelji nasilja – skrbniki žrtve izpostavljajo in poudarjajo pri stikih žrtve nasilja s strokovnim osebjem. Osebe z demenco pri svojih skrbnikih sprožajo več nestrpnosti in nepotrpežljivosti kot drugi bolniki. Strah in odvisnost starostnikov od njihovih negovalcev – povzročiteljev nasilja preprečuje razkritje. Telesno nasilje je vedno spremljano s psihičnim nasiljem. Izpostavljenost psihičnemu nasilju pa je v odsotnosti telesnega nasilja zelo težko prepoznati. Starejši žrtve nasilja so tako ujeti v svojo družino, izpostavljeni nasilju, socialno izolirani, izpostavljeni hudemu in nenehnemu stresu, poškodbam ter zvečani umrljivosti.

Naraščajoči delež starejših v populaciji, velika pogostnost nasilja v domačem okolju in visok delež smrti starejših, povzročenih z nasiljem v družini, izpostavljajo pomembno vlogo zdravnika družinske medicine pri odkrivanju nasilja. Starejši s številnimi sočasnimi kroničnimi boleznimi se najpogosteje zatekajo k zdravnikom družinske medicine, ki imajo zaradi kontinuitete, zaupanja in pogostih stikov največjo možnost odkrivanja žrtev nasilja. Podatki kažejo, da v Združenih državah Amerike zdravniki družinske medicine odkrijejo samo 2 odstotka vseh prijavljenih primerov nasilja nad starejšimi.

Posledice nasilja pri starejših

V Evropski uniji nad bi bilo letno 8.300 smrti v skupini starejših nad 60 let posledica nasilja v družini. V primerjavi s posledicami nasilja pri mlajših imajo starejši bolj dolgoročne posledice, postanejo šibkejši, rehabilitacija je daljša in zahtevnejša, poslabša se splošno zdravstveno stanje in urejenost kroničnih bolezni, imajo več zapletov pri zdravljenju in terjajo višjo raven oskrbe. Kot posledica telesnega nasilja so najpogostejše podplutbe, zlomi kosti in poškodbe glave.

Med psihološkimi posledicami nasilja so pogosti hud strah, trpljenje, jeza, anksioznost, izolacija od družine in prijateljev, žalost, občutek nemoči, posttraumatski stres, nizka samopodoba, izguba samozaupanja, samoposkodovanje, samomorilnost.

Razširjenost nasilja nad starejšimi je odvisna od kulture in okolja. Najpogostejši povzročitelji nasilja so partnerji, otroci in skrbniki/negovalci

žrtve. Ženske so bolj izpostavljene nasilju kot moški. Nasilju so bolj izpostavljeni tisti z nižjo izobrazbo in ovdovele, živeči v mestnem okolju, krhki, multimorbidni in tisti s kognitivnimi motnjami (demenco).

Pogostnost izpostavljenosti starejših nasilju

Zaradi različnih časovnih okvirov so izsledki raziskav o pogostnosti nasilja nad starejšimi (osebe v starosti nad 65 let) težko primerljivi, saj so nekateri ocenjevali nasilje »v zadnjem letu« pred raziskavo (Kanada, Združene države Amerike in Nizozemska), drugi »od upokojitve naprej«, v Veliki Britaniji pa so preiskovance spraševali o nasilju »v zadnjih nekaj letih«. Če je upošteevano telesno, duševno, ekonomsko in spolno nasilje ter zanemarjanje, izsledki raziskav v razvitih okoljih kažejo delež nasilja nad starejšimi v domačem okolju od 4 do 6 odstotkov.

V raziskavi iz leta 1993 v Združenih državah Amerike je med 345 negovalci 33 posameznikov (11,9 odstotka) poročalo o lastnem telesnem nasilju nad starejšimi (potiskanje, brcanje, ščipanje, grizenje, udarjanje). Nasprotno je 92 negovalcev poročalo o nasilju starejših nad njimi. Natančnejša analiza je pokazala, da so imeli negovalci žrtve nasilja daljše izkušnje pri delu v zdravstveni negi, dosegli so višje število točk na lestvici za depresijo in negovali so ljudi s hujšo obliko demence kot negovalci, ki niso bili deležni nasilja svojih oskrbovancev.

Raziskava med starejšimi ljudmi, ki živijo doma, je v Evropski uniji (približno 142.900.000 ljudi) v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo odkrila 2,7 odstotka (približno 4 milijone) starejših z izkušnjo fizičnega nasilja, 0,7 odstotka je bilo spolno zlorabljenih (približno 1 milijon), 19,4 odstotka jih je bilo izpostavljenih psihičnemu nasilju (približno 29 milijonov) in 3,8 odstotka ekonomskemu nasilju (približno 6 milijonov).

Nasilje je navedeno kot vzrok za 30 odstotkov vseh smrti pri starejših na leto v EU.

Rezultati raziskav o nasilju nad starejšimi pri nas

V Sloveniji je bilo v zvezi z nasiljem nad starejšimi izvedenih nekaj raziskav. Urad za enake možnosti je leta 2004 izvedel raziskavo z naslovom »Spregovorimo o nasilju nad starejšimi ženskami«. Največ nasilja je bilo odkritega nad osebami v starosti od 75 do 85 let. Ženske žrtve nasilja so opisovale več združenih oblik nasilja, pretežno so imele nižjo izobrazbo, večinoma so bile ovdovele, v 40 odstotkih primerov so živele v skupnih gospodinjstvih, v 83 odstotkih primerov so imele zdravstvene težave oz. so bile gibalno ovirane. Pri moških žrtvah nasilja sta prevladovala telesno in ekonomsko-materialno nasilje. Povzročitelji nasilja so bili v večini družinski člani. Raziskava Inštituta Antona Trstenjaka iz leta 2006 je pokazala, da je bila verjetnost za izpostavljenost nasilju pri starejših v urbanem okolju do 30 odstotkov večja kot v podeželskem. V mednarodnem projektu »Odpravljanje tabuja« so v letih 2007–2009 ugotovili težave pri raziskovanju in ocenjevanju pogostnosti nasilja – pomanjkanje strategij in orodij za prepoznavanje, odkrivanje zlorab in njihovo ustrezno obravnavanje.

V mednarodni raziskavi o nasilju nad starejšimi ženskami »STOPVi.E.W.« je v letih 2009–2011 sodelovala tudi Slovenija. Podatke o nasilju nad starejšimi so zbrali iz različnih virov: leta 2010 naj bi bilo 5.737 primerov kaznivih dejanj z udeležbo vsaj ene oškodovane osebe, starejše od 64 let. Istega leta naj bi bilo zabeleženih 4.631 primerov kaznivih dejanj z udeležbo starejših. Po podatkih Skupnosti centrov za socialno delo je bilo v letu 2010 obravnavanih 195 starejših žrtev nasilja in zlorab, in sicer 152 zaradi duševnega nasilja, 145 zaradi telesne-

ga nasilja, 25 zaradi ekonomskega nasilja, 9 zaradi zanemarjanja in 4 zaradi spolnega nasilja. Na prvih petih mestih med najpogostejšimi oblikami prijavljenega nasilja nad starejšimi ženskami v Sloveniji so bili duševno in ekonomsko nasilje, zanemarjanje, zapuščenost in fizično nasilje, nad starejšimi moškimi pa je bilo prijavljeno samo telesno nasilje. Po podatkih nevladnih organizacij so najpogostejši povzročitelji nasilja trenutni partnerji, družinski člani in negovalci. Zanimiva je primerjava arbitrarne starosti, ki je meja za »starejše« v različnih sodelujočih državah: Bolgarija – 55 let, Francija – 75 let (upoštevajo fiziološko starost in ne mejo za upokojitev), Italija – 75 let (za zdrave), Portugalska in Slovenija – nad 65 let, Španija – nad 64 let. Starost nad 65 let se je v eni izmed raziskav, opravljenih v okolju družinske medicine v Sloveniji, izkazala kot zaščitni dejavnik pred nasiljem v družini.

Je Slovenija prijazna starejšim?

V Sloveniji je bilo v zadnjem času izvedenih nekaj aktivnosti za ozaveščanje, informiranje in izobraževanje laične in strokovne javnosti. Zdravstvo, socialno varstvo, nevladne organizacije in zainteresirana javnost imajo potencial za ustvarjanje mreže za preprečevanje, zdravljenje in podporo ranljivim posameznikom, žrtvam nasilja v družini in ljudem z demenco. Inštitut Antona Trstenjaka premošča medgeneracijske vrzeli in promovira sožitje. Preprečevanje nasilja in zaščita žrtev sta del celostne obravnave, ki mora vključevati tudi skrb za skrbnike starejših – povzročitelje nasilja. Mreža Matija zagotavlja oskrbo na domu in pomoč prostovoljcev in strokovnjakov. Univerza tretjega življenjskega obdobja s kontinuiteto vseživljenjskega učenja in z vzpostavljanjem socialnih stikov omogoča preprečevanje demence. Društvo Spominčica – Alzheimer Slovenija s celostno obravnavo posameznikov z demenco, z ozaveščanjem

laične in strokovne javnosti in s podporo skrbnikom predstavlja pomemben dejavnik v pomoči bolnikom in njihovim družinam. Vsakoletni Dnevi nevroznosti, ki jih organizira društvo Sinapsa, igrajo pomembno vlogo pri širjenju najnovjših spoznanj na področju človeškega uma. Številne druge nevladne organizacije predstavljajo pomemben del opore žrtvam nasilja v družini.

Priporočena literatura:

1. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 1992; (4): 5–58.
2. Comijs HC, Smit JH, Pot AM, Bouter LM, Jonker C et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46: 885–888.
3. Kivela SL, Kõngäs-Saviaro P, Kesti E, Pahkala K, Ijäs ML. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4: 1–18.
4. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305: 998–999.
5. Désy PM, Prohaska TR. The Geriatric Emergency Nursing Education (GENE) course: an evaluation. *Journal of Emergency Nursing*, 2008, 34: 396–402.
6. Eisdorfer C et al. The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *The Gerontologist*, 2003; 43: 521–531.
7. Elliot A, Burgio LD, DeCoster J. Enhancing caregiver health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2010; 58: 30–37.
8. Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 2009; 24: 489–499.
9. Navarro AE, Wilber KH, Yonashiro J. et al. Do we really need another meeting? Lessons from the Los Angeles County Elder Abuse Forensic Center. *The Gerontologist*, 2010; 50: 702–711.
10. Wigglesworth A et al. Findings from an Elder Abuse Forensic Center. *The Gerontologist*, 2006; 46: 277–283.
11. Malks B, Schmidt CM, Austin MJ. Elder abuse prevention: a case study of the Santa Clara County Financial Abuse Specialist Team (FAST) program. *Journal of Gerontological Social Work*, 2002; 39 (3): 23–40.
12. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998; 280:428–432.
13. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8).
14. Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *Journal of the American Geriatric Society*, 1996; 44: 65–70.
15. Perel Levin S. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Geneva: World Health Organisation, 2008.
16. Tomažič K, Zorč A. Nasilje nad starimi, raziskava tiskanih medijev. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2006. Pridobljeno 17. 5. 2011 s spletne strani <http://v2.inst-antonatrstenjaka.si/slike/528-1.pdf>.
17. Japelj Šlajmer M, Blažun H, Kokol P. Breaking the taboo, Nasilje nad starejšimi ženskami v družini: prepoznavanje in ukrepanje. Dunaj, 2009. Pridobljeno 23. 5. 2011 s spletne strani: http://btt.roteskreuz.at/fileadmin/btt/PDFs/Broschuere_slo_web.pdf.
18. Raziskava o nasilju nad starejšimi ženskami STOPVi.E.W. Pridobljeno 15. 8. 2014 s spletne strani: http://www.zdus-zveza.si/docs/STOP%20VI.E.W/766_Porocilo_nasilje_nad_starejsimi_zenskami.pdf.

Častni člani SZD in novoizvoljeni primariji

Polona Lečnik Wallas,
univ. dipl. soc., ZZS

152. redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva (SZD) je letos potekala v Moravskih Toplicah. Naslov strokovne teme je bil Etika na razpotju. **Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., predsednik SZD**, je ob tem dejal, »da je skupščina odprla strokovne dileme, ki so v današnjem času izredno pomembne. Etika sodi med temeljna izhodišča delovanja slehernega zdravstvenega delavca, zlasti zdravnika. Samo zdravnik s kakovostno strokovno usposobljenostjo in izdelanimi etičnimi merili lahko bolniku ponudi najboljšo in varno zdravstveno storitev. Etična



Z okrogle mize.