



Norway
grants

MODEL PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEC OSÓB STARSZYCH I OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI



Projekt „Wzmocnienie systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec seniorów i osób niepełnosprawnych w Krakowie” realizowany w ramach Programu „Sprawiedliwość” i finansowany z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021

MODEL PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEK OSÓB STARSZYCH I OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Projekt „Wzmocnienie systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec seniorów i osób niepełnosprawnych w Krakowie” realizowany w ramach programu „Sprawiedliwość” i finansowany z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014–2021


Spis treści

I.	WPROWADZENIE	3
	I.1. Ogólna charakterystyka modelu.....	4
	I.2. Cel modelu.....	4
	I.3. Charakterystyka demograficzno-społeczna osób starszych.....	5
	I.4. Charakterystyka demograficzno-społeczna osób z niepełnosprawnościami.....	6
II.	CZYM JEST PRZEMOC? DEFINICJE, RODZAJE, CZYNNIKI RYZYKA, SKALA PROBLEMU, PRZECIWDZIAŁANIE	9
	II.1. Definicja przemocy.....	10
	II.2. Rodzaje przemocy.....	10
	II.3. Czynniki ryzyka.....	12
	II.3.1. Przemoc wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnością, w tym seniorów w Krakowie – skalazjawiska.....	14
III.	WSPARCIE INSTYTUCJONALNE	17
	III.1. Przegląd ofert wsparcia dla seniorów w gminie miejskiej Kraków.....	18
	III.2. Formy wsparcia dla seniorów przewlekle chorych i z orzeczoną niepełnosprawnością.....	19
	III.3. Formy pomocy przeznaczone dla osób z niepełnosprawnością oraz rodzin wychowujących dziecko z niepełnosprawnością.....	20
IV.	PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY DOMOWEJ W GMINIE MIEJSKIEJ KRAKÓW	23
V.	GRUPY DOCELOWE	27
	V.1. Osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami i osoby starsze z niepełnosprawnościami.....	28
	V.2. Rodziny, opiekunowie osób starszych, osób z niepełnosprawnościami.....	29
	V.3. Profesjonaliści zajmujący się osobami starszymi lub osobami z niepełnosprawnościami.....	30
VI.	MODEL PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE WOBEC OSÓB STARSZYCH ORAZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	33
	VI.1. Działania skierowane do specjalistów realizujących działania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie lub bezpośrednio pracujących z osobami starszymi oraz z niepełnosprawnościami.....	34
	VI.2. Działania skierowane do osób starszych z niepełnosprawnościami.....	36
	VI.3. Działania skierowane do rodzin oraz opiekunów nieformalnych osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami.....	38
VII.	SCENARIUSZ ZEROZMÓW	41
	VII.1. Scenariusz 1. Temat: NIE dla Ciebie – TAK dla mnie.....	42
	VII.2. Scenariusz 2. Temat: Ja i moje granice, czyli o spójności w myślach, uczuciach i zachowaniu.....	43
	VII.3. Scenariusz 3. Temat: Odzłoci do przemocy.....	44
	VII.4. Scenariusz 4. Temat: Kształtowanie wizerunku dzieci z niepełnosprawnościami.....	45
	VII.5. Scenariusz 5. Temat: Kto się kryje pod diagnozą, czyli o profilaktyce zachowań dyskryminacyjnych.....	46
	VII.6. Scenariusz 6. Temat: Góral odowa przemocy.....	47
	VII.7. Scenariusz 7. Temat: Otoczenie przemocą – jakimamy wpływ?.....	48
	VII.8. Scenariusz 8. Temat: Zgłaszać czy nie zgłaszać? – dylematy opiekunów osób starszych dot. przemocy w rodzinie.....	49
	VII.9. Scenariusz 9. Temat: Oczyszcz szeroko otwarte – przemoc w rodzinie.....	51
	VII.10. Załączniki do scenariuszy zajęć.....	53
VIII.	BIBLIOGRAFIA	61



I. WPROWADZENIE

Przemoc wobec osób z niepełnosprawnościami i starszych jest istotnym problemem społecznym. Choć o zjawisku przemocy w ostatnich dekadach mówi się coraz więcej, za sprawą licznych badań naukowych, kampanii społecznych, artykułów prasowych, spotów radiowych i telewizyjnych, przemoc nadal najczęściej jest utożsamiana z krzywdzeniem kobiet i dzieci. Tymczasem dotyczy ona wszystkich grup społecznych i osób w każdym wieku. Zagrożenia wynikające m.in. ze specyfiki funkcjonowania, stopnia samodzielności i zależności od innych sprawiają, że seniorzy i osoby z niepełnosprawnością są na nią szczególnie narażeni. Związek między starszym wiekiem, niepełnosprawnością wynikającą ze stanu zdrowia, a prawdopodobieństwem wystąpienia przemocy jest zjawiskiem złożonym, uwarunkowanym wieloma czynnikami, które warto szczegółowo przeanalizować. Pozwoli to na wypracowanie strategii postępowania minimalizujących poziom narażenia na przemoc seniorów i osób z niepełnosprawnościami, wśród których liczną grupę stanowią również osoby starsze.



I.1. Ogólna charakterystyka modelu

Niniejszy model stanowi podsumowanie realizacji projektu pn. „Wzmocnienie systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec seniorów i osób niepełnosprawnych w Krakowie” realizowanego w ramach programu „Sprawiedliwość” i finansowanego z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014–2021. Jego celem jest zwiększenie skuteczności przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnościami oraz zmniejszenie skali tego zjawiska w gminie miejskiej Kraków. Projekt realizowany jest przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie w partnerstwie z Chrześcijańskim Stowarzyszeniem Osób Niepełnosprawnych, Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko”.

Założone rezultaty działań podejmowanych w ramach projektu to:

- rozwój lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec seniorów i osób z niepełnosprawnościami,
- rozwój profilaktyki w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnościami,
- wzrost kompetencji specjalistów podejmujących interwencje w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec wskazanych grup.

Model stanowi efekt pracy zespołu zadaniowego składającego się z pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie oraz pracowników organizacji pozarządowej – Chrześcijańskiego Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych, Ich Rodzin i Przyjaciół „Ognisko”, która jest partnerem w projekcie, przy konsultacji merytorycznej eksperta zewnętrznego prof. dr hab. Beaty Tobiasz-Adamczyk.

Model obejmuje charakterystykę oraz dane o skali zjawiska przemocy, identyfikację osób doznających przemocy ze względu na istotne cechy społeczno-demograficzne, prezentację istniejącej infrastruktury oraz systemu wsparcia osób starszych i z niepełnosprawnościami, charakterystykę funkcjonowania poszczególnych elementów systemu przeciwdziałania przemocy w gminie miejskiej Kraków oraz przedstawienie działań skierowanych do specjalistów realizujących zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej lub bezpośrednio pracujących z osobami z niepełnosprawnością i seniorami, działań skierowanych do osób starszych i z niepełnosprawnościami oraz do ich rodzin i opiekunów. Model zawiera również scenariusze warsztatów i spotkań informacyjno-edukacyjnych przeznaczonych dla trzech różnych grup odbiorców – osób z niepełnosprawnością i starszych, rodzin i opiekunów tych osób, a także przedstawicieli służb i instytucji.

I.2. Cel modelu

Model przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec seniorów i osób z niepełnosprawnościami w Krakowie jest narzędziem, które ma służyć poprawie funkcjonowania lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie poprzez wprowadzenie działań skierowanych do:

- specjalistów realizujących zadania w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec osób starszych oraz osób z niepełnosprawnością,
- specjalistów świadczących usługi wsparcia dla seniorów oraz osób z niepełnosprawnością,
- wszystkich mieszkańców gminy miejskiej Kraków ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych, osób z niepełnosprawnością oraz ich rodzin i opiekunów.

Głównym celem modelu jest zintensyfikowanie działań na poziomie profilaktycznym poprzez wzmocnienie czynników chroniących i eliminowanie czynników ryzyka wystąpienia przemocy wobec osób starszych i z niepełnosprawnością. Model uwzględnia działania mające na celu podniesienie świadomości społecznej dotyczącej problemu przemocy wobec wskazanych grup oraz wzrost kompetencji profesjonalistów. Zakłada się, że poprzez działania ujęte w modelu społeczność lokalna gminy miejskiej Kraków, w tym osoby starsze i z niepełnosprawnością, ich rodziny i opiekunowie, uzyskają informacje pozwalające szybciej i skuteczniej rozpoznawać i reagować na przejawy krzywdzenia, specjaliści podniosą swoje kompetencje w zakresie przeciwdziałania przemocy, a dodatkowo wzmocni się współpraca interdyscyplinarna. Usprawnienie współpracy podmiotów tworzących system przeciwdziałania przemocy wobec osób, które ze względu na słabszą kondycję fizyczną czy szczególne potrzeby są na nią bardziej narażone, stanowi istotny czynnik zapobiegania przemocy.

Celami szczegółowymi modelu są:

- rozwijanie lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnością,
- opracowanie czytelnego wzorca postępowania w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnością w gminie miejskiej Kraków,
- zwiększenie dostępności usług wsparcia oferowanych na terenie gminy miejskiej Kraków,
- ułatwienie identyfikacji osób doznających przemocy,

- zwiększenie świadomości i wiedzy w zakresie rozpoznawania przemocy wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnością oraz reagowania na nią,
- podniesienie kompetencji specjalistów podejmujących interwencje w obszarze przeciwdziałania przemocy w domowej.

I.3. Charakterystyka demograficzno-społeczna osób starszych

Granica osiągnięcia wieku, w którym człowiek uznawany jest za osobę starszą, jest dość płynna i na przestrzeni lat ulegała przesunięciom z uwagi na przedłużenie średniej długości życia. Najczęściej za początek okresu starości wskazuje się osiągnięcie 60. roku życia. W ten sposób osobę starszą definiuje ustawa z 11 września 2015 roku o osobach starszych¹ czy też klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia, dokonująca dodatkowo podziału starości na wiek podeszły (między 60. a 75. rokiem życia), starczy (75–90 lat) oraz sędziwy (powyżej 90. roku życia).

Niezależnie od wieku chronologicznego „wiek starszy” jest pojęciem wielowymiarowym, zróżnicowanym w zależności od kontekstu kulturowego i odnosi się do warunków fizycznych, stanu zdrowia psychicznego, aktywności w życiu społecznym, jak również definiowany jest przez kluczowe wydarzenie, jakim jest przejście na emeryturę, które znacząco może wpłynąć na jakość dalszego życia.

Osoby starsze są populacją bardzo zróżnicowaną, a przebieg procesu starzenia się jest w znaczący sposób zależny od wcześniejszych uwarunkowań, związanych ze statusem społeczno-ekonomicznym, stylem życia, pełnionymi funkcjami społecznymi, przynależnością do grup społecznych, siecią relacji społecznych. Te uwarunkowania, kumulujące się na przestrzeni życia, decydują nie tylko o długości procesu starzenia się, ale i o chorobowości, poziomie sprawności, samodzielności w czynnościach dnia codziennego, autonomii decyzji i kontrolowaniu swojego życia. Jednocześnie wyznaczają stopień zależności od innych, zasoby psychospołeczne oraz różnego rodzaju wsparcie pochodzące z sieci relacji społecznych². Kluczową kwestią w ocenie jakości życia osób starszych jest właśnie stopień ich samodzielności i uzależnienia od innych, oznaczający zarówno samodzielność ich funkcjonowania w czynnościach dnia codziennego, jak i samodzielność ekonomiczną i możliwość kontrolowania własnego życia oraz podejmowania decyzji dotyczących własnej sytuacji życiowej.

Porównując wyniki spisów powszechnych z roku 2011 i z roku 2021, można zauważyć bardzo szybki proces starzenia się ludności. Wzrost odsetka ludzi starszych w społeczeństwach jest nieuniknioną konsekwencją długookresowych przemian dwóch składowych ruchu naturalnego – rozrodzności i umieralności. Dla pełniejszego obrazu tego procesu należy uwzględnić jeszcze zjawisko systematycznego wydłużania się przeciętnego dalszego trwania życia. Według wstępnych wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 w Polsce w ciągu 10 lat wyraźnie zwiększył się odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym – z 16,9% w 2011 roku do 22,3% w 2021, tj. o ponad 5%.

Oznacza to, że w ciągu dekady przybyło blisko 2 mln osób w grupie liczącej 60–65 i więcej lat, a tym samym już więcej niż co piąty mieszkaniec Polski ma ponad 60 lat. Według prognozy demograficznej do roku 2050 populacja ludności w Polsce będzie stawała się coraz starsza. Równoległe do przewidywanego spadku liczby ludności do 34 mln osób w roku 2050 spodziewany jest stały wzrost liczby osób w wieku senioralnym, którzy będą stanowili 40,4% ogółu ludności. W całym okresie prognozy obserwowana będzie większa liczba kobiet niż mężczyzn³.

Z charakterystyki społeczno-demograficznej osób w podeszłym wieku w Polsce, opracowanej przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, wynika, że w końcu 2021 roku 25,8% ludności Polski stanowiły osoby w wieku 60 i więcej lat (ponad 9,8 mln). W stosunku do 2020 roku liczba ta wzrosła o 28,6 tys. osób, tj. o 0,3%. W subpopulacji osób w starszym wieku najliczniejszą grupę (26,3%) stanowią osoby liczące sobie 60–64 lat. Drugą pod względem liczebności grupę stanowią osoby w wieku 65–69 lat (ponad jedna czwarta osób w wieku senioralnym), 16,8% osób starszych jest w wieku co najmniej 80 lat. Wraz z wiekiem zwiększa się również współczynnik feminizacji. W grupie osób liczących 60 i więcej lat na 100 mężczyzn przypada 139 kobiet (dla ludności Polski wskaźnik feminizacji wyniósł 107)⁴.

Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wiekowych, np. w grupie liczącej 60–64 lata kobiety w 2021 roku stanowiły 52,9% zbiorowości, a współczynnik feminizacji wyniósł 113. Wśród osób co najmniej 85-letnich 72,1% to kobiety, a na 100 mężczyzn przypadało ich 259. W strukturze ludności według stanu cywilnego najbardziej liczną grupę stanowią osoby pozostające w związku małżeńskim. Jednakże wraz ze wzrostem wieku tendencja ta ulega znaczącym zmianom. Wśród osób w wieku sędziwym aż dwie trzecie to osoby owdowiałe. Przedstawione tendencje wynikają ze zjawiska wyższej umieralności mężczyzn, która w konsekwencji powoduje częstsze owdowienia kobiet. W rezultacie najczęściej starsi mężczyźni do końca życia pozostają żonaci, a starsze kobiety stają się wdowami.

1. Ustawa z 11 września 2015 roku o osobach starszych, Dz.U. 2015 poz. 1705.

2. *Przemoc wobec osób starszych*, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.

3. *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa–Białystok 2022, online: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf [dostęp: 29.11.2023].

4. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 r.*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2022.

Cechą charakterystyczną starzejącego się organizmu ludzkiego jest zmniejszająca się sprawność zarówno fizyczna, jak i psychiczna. Po przekroczeniu 75. roku życia proces starzenia postępuje stosunkowo szybko, co jednocześnie wymusza zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i usługi opiekuńcze. W przedziale wiekowym 80–85 lat znaczny odsetek osób potrzebuje już najczęściej stałej opieki. Liczba osób starszych wymagających opieki będzie stale wzrastać, a liczba potencjalnych opiekunów stopniowo maleć. W Małopolsce, według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego, do 2050 roku potencjał pielęgnacyjny (tj. stosunek liczby kobiet w wieku 45–64 lat do osób w wieku 80+) zmaleje i będzie wynosić 128 opiekunów na 100 osób potrzebujących opieki w porównaniu do 325 potencjalnych opiekunów rodzinnych w roku 2013⁵.

Naturalną konsekwencją postępującego procesu starzenia się jest pojawiająca się z czasem niepełnosprawność. Wraz z wiekiem nasilają się procesy degeneracyjne i chorobowe, które skutkują ograniczeniem funkcji organizmu. Po osiągnięciu wieku starszego wraz z dalszym upływem czasu nieuchronnie występuje utrata sprawności. Postępujący proces starzenia się społeczności, przy uwzględnieniu towarzyszących tej fazie życia deficytów różnego typu, pozwala postawić hipotezę, że odsetek mieszkańców Polski z niepełnosprawnością w najbliższych latach będzie wzrastał. Należy liczyć się z poważnym narastaniem problemu samodzielnej egzystencji wśród osób starszych, a szczególnie wśród seniorów wymagających pomocy – opieki, leczenia i rehabilitacji. Warto zaznaczyć, że ponad 2,5 mln osób w wieku co najmniej 60 lat określa swój stan zdrowia jako niezadowolający, deklarując problemy zdrowotne długotrwale ograniczające możliwość wykonywania codziennych czynności. Statystyki wskazują, że osoby starsze z niepełnosprawnością stanowią ponad połowę (54%) zbiorowości osób niepełnosprawnych w Polsce. Różnice w długości życia kobiet i mężczyzn powodują przewagę liczebną kobiet w całej populacji osób w wieku 60 lat i więcej, także wśród niepełnosprawnych osób starszych było więcej kobiet i stanowiły one 60% tej grupy⁶.

Badania ankietowe wskazują na zmniejszającą się sieć kontaktów osób starszych, w znacznej mierze zawężoną do grona rodziny, szczególnie w przypadku pojawienia się różnego rodzaju trudności. W takiej sytuacji osoby starsze liczą przede wszystkim na pomoc współmałżonka/współmałżonki lub partnera życiowego (46%) oraz dzieci lub wnuków (42%). W dalszej kolejności liczy się na wsparcie ze strony sąsiadów (niecałe 4%), rodzeństwa (ok. 3%) oraz przyjaciół lub znajomych (2%). Zwraca uwagę fakt nieobecności na liście potencjalnych zasobów pomocy (w przypadku rozwiązywania problemów dnia codziennego) osób z instytucji pomocy społecznej czy organizacji świadczących pomoc seniorom⁷. Odpowiedzialność za opiekę nad osobami starszymi pozostaje nadal na barkach opiekunów rodzinnych, pomimo osłabienia funkcji opiekuńczych rodziny. Wymienione wyżej uwarunkowania demograficzne dowodzą, że zapotrzebowanie seniorów na pomoc ze strony innych osób będzie wzrastać, należy zatem poszukiwać rozwiązań umożliwiających zabezpieczenie potrzeb osób starszych, również w formie instytucjonalnej.

Podsumowując, prognozy demograficzne jednoznacznie potwierdzają:

- dalszy sukcesywny proces starzenia się populacji,
- utrzymywanie się feminizacji wieku starszego, jakkolwiek udział mężczyzn w ogólnej liczbie osób w wieku 65 lat i starszych będzie się zwiększał,
- singularyzację wieku starszego oznaczającą większy odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych,
- podwójne starzenie się, czyli wzrost liczby osób nie tylko w wieku 65 lat i starszych, ale także osób mających 80 i więcej lat⁸.

I.4. Charakterystyka demograficzno-społeczna osób z niepełnosprawnościami

Termin „niepełnosprawność” jest różnorodnie rozumiany i definiowany ze względu na fakt, iż do grupy osób z niepełnosprawnościami zalicza się jednostki o bardzo różnych zaburzeniach i różnym stopniu upośledzenia funkcji bio-psycho społecznych. Nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Klasyfikacja stosowana przez Światową Organizację Zdrowia określa, że do osób niepełnosprawnych zaliczają się osoby z długotrwale obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w korelacji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami. Jest to tzw. społeczne ujęcie niepełnosprawności, które jednak nie ma praktycznego przełożenia w polskim ustawodawstwie, gdzie stosowane są dwie definicje dotyczące niepełnosprawności, koncentrujące się na ujęciu niepełnosprawności jako następstwa choroby lub urazu. Pierwsza z nich wynika z przepisów prawa i dotyczy formalnej kwalifikacji do grupy osób niepełnosprawnych. Natomiast druga, dużo szersza, stosowana jest w sta-

5. *Opiekunowie rodinni osób starszych – problemy, potrzeby wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badania*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków 2015.

6. *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.

7. *Jakość życia osób starszych w Polsce*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020.

8. *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, red. Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki, Beata Tobiasz-Adamczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.

tystyce Głównego Urzędu Statystycznego i obejmuje nie tylko osoby z prawnie ustaloną niepełnosprawnością, ale również te, które orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna). W ramach obowiązujących uregulowań obecnie obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa (regulowane odrębnymi ustawami) – orzecznictwo rentowe prowadzone przez Zakłady Ubezpieczeń Społecznych oraz orzecznictwo prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności dla celów pozarentowych. Oba systemy orzecznictwa pomijają kontekst interakcji osoby z barierami w środowisku i nie biorą pod uwagę złożoności indywidualnego funkcjonowania jednostki, doświadczenia życiowego i jej otoczenia społecznego. Są to jednak obecnie jedyne wymierne źródła danych na temat populacji osób z niepełnosprawnościami w Polsce. Równolegle funkcjonuje system orzekania o specjalnych potrzebach edukacyjnych obejmujący część dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względu na wynikające z niepełnosprawności potrzeby wymagają szczególnego wsparcia w zakresie systemu edukacji.

Orzecznictwo o niepełnosprawności regulują przepisy ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997 roku. Zgodnie z art. 2 ww. ustawy „niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy”⁹. Inaczej definiuje niepełnosprawność Karta Praw Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Sejm uchwałą z dnia 1 sierpnia 1997 roku: osoby niepełnosprawne to osoby, „których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi”¹⁰.

Zgodnie z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych „do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami”¹¹.

Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto definicję niepełnosprawności prawnej, mając jednak świadomość, że populacja osób niepełnosprawnych w Polsce obejmuje osoby o skrajnie zróżnicowanym poziomie samodzielności w funkcjonowaniu i możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych oraz o różnych potrzebach w zakresie wsparcia, które wynikają zarówno ze zdiagnozowanych schorzeń (mogących znaleźć odzwierciedlenie w tzw. przyczynie niepełnosprawności, zakodowanej w symbolu w orzeczeniu), jak też z doświadczenia, historii życiowej, rezultatów podjętych terapii i rehabilitacji. Porównując możliwości i potrzeby osoby o tym samym symbolu i stopniu niepełnosprawności, można napotkać skrajne różnice w tych samych obszarach lub zapotrzebowaniu na wsparcie – pomimo takiej samej „diagnozy”, a w sytuacji niepełnosprawności sprzężonej uznanie jednego lub dwóch schorzeń za wiodące następuje arbitralnie na podstawie przedstawionej dokumentacji. Naprzeciw tym problemom wychodzi ujęcie niepełnosprawności przedstawione w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, ang. International Classification of Functioning, Disability and Health), które składa się z szeregu komplementarnych klasyfikacji dotyczących zdrowia i czynników z nim związanych, zaakceptowanych przez Światową Organizację Zdrowia i polecanych do stosowania we wszystkich krajach świata. ICF jest klasyfikacją cech charakterystycznych dla sytuacji człowieka, uwzględniającą funkcje i struktury ciała, całego organizmu, aktywność i uczestniczenie oraz zdolność i wykonanie z perspektywy jednostki oraz społeczeństwa, biorąc pod uwagę czynniki środowiskowe, indywidualne i społeczne. Wszystkie wymiary są określane ilościowo przy użyciu tej samej ogólnej skali, co pozwala różnicować stopień nasilenia poszczególnych problemów. System ten jest używany przez niektóre organizacje w Polsce (np. Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) i obecnie wciąż pozostaje narzędziem innowacyjnym¹².

Według danych Eurostatu w Polsce pod koniec 2009 roku żyło 8,1 mln osób niepełnosprawnych biologicznie. W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej, a ściślej poziomu ograniczeń, populacja osób niepełnosprawnych w Polsce według GUS może liczyć od 5,3 mln do 9 mln osób. W przypadku dolnej granicy szacunku ujęto wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak również osoby, które miały poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności, a w przypadku górnej granicy – także osoby, które deklarowały jakiegokolwiek ograniczenia, nawet gdy były one niezbyt ważne. Pierwsza szacowana wielkość (5,3 mln osób) prawie dokładnie odpowiada kryteriom, jakie dotąd stosowano przy ustalaniu populacji osób niepełnosprawnych w Polsce (w badaniach ankietowych czy Narodowym Spisie Powszechnym), zaś druga (9 mln) uwzględnia również pełne kryteria niepełnosprawności biologicznej obowiązujące dla statystyki europejskiej¹³.

9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych roku (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776), art. 2.

10. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, § 1.

11. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., art. 1, akapit 2 (Dz.U. 2012 poz. 1169).

12. Anna Wilmońska-Pietruszyńska, Dionizy Bilski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, nr II(7), s. 5–20. Monika Zakrzewska, *Aktywność zawodowa a jakość życia dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, Warszawa 2021.

13. *Definicje niepełnosprawności prawnej i biologicznej*, niepełnosprawni.gov.pl, online: <https://niepełnosprawni.gov.pl/container/niepełnosprawnosci-w-liczbach/dane-demograficzne/Definicje-niepełnosprawnosci-prawnej-i-biologicznej.pdf> [dostęp: 29.11.2023].

Zgodnie ze wstępnymi danymi uzyskanymi w trakcie Narodowego Spisu Powszechnego z 2021 roku¹⁴ osoby z niepełnosprawnością stanowiły 14,3% ludności kraju (5 447 500 osób z niepełnosprawnością). W porównaniu do spisu przeprowadzonego w 2011 roku liczba osób z niepełnosprawnością zwiększyła się zatem o 750,5 tys. Według wyników spisu z 2021 roku wśród ogółu osób z niepełnosprawnością nadal przeważały kobiety – stanowiły 54,9% wobec 45,1% mężczyzn, natomiast w 2011 roku odsetek kobiet z niepełnosprawnością był nieco niższy – 53,9%. Istotne zmiany można zauważyć, analizując poszczególne kategorie osób z niepełnosprawnością. Liczba osób niepełnosprawnych prawnie w 2021 roku wyniosła w Polsce 3 471 200 i zwiększyła się w stosunku do roku 2011 o 339,7 tys. osób. Zwiększyła się też liczba osób niepełnosprawnych tylko biologicznie z 1 565 600 w roku 2011 do 1 976 300 w 2021. W 2021 roku osoby z niepełnosprawnością w województwie małopolskim stanowiły 13,7% ogółu Małopolan, z czego 55,4% to kobiety z niepełnosprawnością. W województwie małopolskim świadczenie z pomocy społecznej w 2021 roku z tytułu niepełnosprawności otrzymało 24 106 osób. Natomiast liczba osób, którym sąd przyznał decyzją wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki, wyniosła 1051¹⁵.

Na podstawie sprawozdań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie można stwierdzić, że do roku 2015 systematycznie wzrastała liczba wydawanych orzeczeń z określonym stopniem niepełnosprawności: z niespełna 7000 w roku 2005 do ponad 9000 na koniec dekady. W 2014 roku takich orzeczeń wydano 9615, a w 2015 – 12 739 (w tym o zaliczeniu do stopnia lekkiego – 2459, do stopnia umiarkowanego – 8565, a do stopnia znacznego – 1715). W 2022 roku zaobserwowano lekki wzrost liczby wydanych orzeczeń w stosunku do roku 2021. W 2022 roku wydano 6815 orzeczeń, w tym: 1379 o zaliczeniu do stopnia lekkiego, 3826 – do stopnia umiarkowanego, 1610 – do stopnia znacznego (osoby powyżej 16. roku życia).

Można zatem zaobserwować wzrost liczby wydanych orzeczeń o prawie 7% w stosunku do roku 2021. W 2022 roku wydano 1102 orzeczenia o zaliczeniu do osób z niepełnosprawnością (dot. osób, które nie ukończyły 16. roku życia). Jest to o 11,5% więcej niż w roku 2021. Znaczącym problemem osób z niepełnosprawnością jest pozostawanie bez pracy. Na dzień 31 grudnia 2022 roku liczba osób z niepełnosprawnością pozostających w rejestrach Grodzkiego Urzędu Pracy uległa zmniejszeniu o 7,2%, tj. o 75 osób, w stosunku do roku 2021.

14. Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021 – Ludność – Dane wstępne – osoby niepełnosprawne ogółem*.

15. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021r.*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2022, s. 321.



II. CZYM JEST PRZEMOC?

DEFINICJE, RODZAJE, CZYNNIKI RYZYKA, SKALA PROBLEMU, PRZECIWDZIAŁANIE



II.1. Definicje przemocy

Znowelizowana ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej definiuje, że jest to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:

- narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
- naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
- powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,
- ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
- istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym działanie lub zaniechanie podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej¹⁶.

W szerszym ujęciu przemoc domowa to zjawisko społeczne dotyczące bezpośrednio ofiar, sprawców i świadków przemocy, w które uwikłane zostają również osoby wspólnie zamieszkujące, najbliższe otoczenie sąsiedzkie oraz zaangażowani w pomoc rodzinie przedstawiciele instytucji mających z nią kontakt. W przypadku osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami Światowa Organizacja Zdrowia określa, że przemoc jest pojedynczym lub powtarzającym się działaniem lub brakiem odpowiednich działań występującym w relacji, w której istnieje oczekiwanie zaufania, powodującym krzywdę lub cierpienie¹⁷.

Wypracowane definicje przemocy wobec osób starszych wskazują na jednorazowe lub powtarzające się zachowania, które prowadzą do zranienia lub ryzyka zranienia podatnej osoby starszej pozostającej pod opieką, których to zachowań dopuszcza się opiekun tejże osoby lub inne osoby, pozostające z nią w relacjach, które powinny być oparte na zaufaniu, a w rzeczywistości są źródłem cierpienia, zranienia lub stresu dla osoby starszej¹⁸. Należy podkreślić, że trudności w jednoznacznym zdefiniowaniu przemocy wobec osób starszych wiążą się z różnorodnością czynników, które mogą być przemocogenne, ustaleniem częstości przemocy i jej natężenia, a także konsekwencji, jakie za sobą pociągają. Złe traktowanie osób starszych to zachowania „destrukcyjne” wobec tych osób, pojawiające się w kontekście relacji opartych na zaufaniu; ich natężenie i częstość powtarzania się prowadzą do fizycznego, psychologicznego, społecznego i finansowego „zranienia” osoby starszej, a ich konsekwencją jest niepotrzebne cierpienie, ból lub złamanie praw osoby starszej i gorsza jakość życia w starszym wieku¹⁹.

II.2. Rodzaje przemocy

Przemoc wobec osób starszych i niepełnosprawnych zazwyczaj przybiera jedną z pięciu form; są to: przemoc fizyczna, przemoc psychiczna lub emocjonalna, wykorzystywanie seksualne, nadużycia finansowe oraz zaniedbanie.

- Przemoc fizyczna definiowana jest jako nieprzypadkowe użycie siły fizycznej powodujące ból, zranienie, obrażenie lub uszkodzenie ciała. Akty przemocy fizycznej obejmują m.in. bicie, popychanie, potrząsanie, szarpanie, uderzanie, policzkowanie, duszenie, wykręcanie rąk. Przemoc fizyczna obejmuje również wszelkie bezprawne, nadmierne lub niepotrzebne użycie środków fizycznych lub chemicznych w celu ograniczenia lub uwięzienia, takie jak karmienie siłą czy stosowanie kar fizycznych. Objawami doświadczania tego typu przemocy są rany, siniaki, nacięcia, uszkodzenia ciała, złamania. Symptomy, które mogą sugerować stosowanie przemocy fizycznej, to m.in. podbiegnięcia krwawe w różnych okolicach ciała, podbite oczy, pręgi i rany na skórze, zwłaszcza te w różnej fazie gojenia, złamania, krwawienia wewnętrzne, ale też np. nagła zmiana zachowania starszej osoby czy niespotykany dotąd brak zgody na odwiedzinę.
- Przemoc psychiczna lub emocjonalna to zachowania, których celem jest wyrządzenie przykrości, dręczenie, wzbudzenie strachu, pozbawianie poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem, doprowadzanie do rozpaczki poprzez groźbę, poniżenie bądź inne niewerbalne akty przemocy. Zalicza się tu dręczenie przyjmujące formę słownego obrażania, znieważanie, obrzucanie obelgami, grożenie, zastraszanie, poniżanie i nękanie, krytykowanie, szykanowanie z powodu wieku czy niepełnosprawności, upokarzanie, wyśmiewanie, domaganie się posłuszeństwa, ograniczanie kontaktów, izolowanie od innych członków rodziny czy znajomych (zakaz opuszczania domu, przyjmowania gości, korzystania z telefonu), odebranie prawa do podejmowania własnych decyzji czy posiadania własnych tajemnic, grożenie porzuceniem lub umieszczeniem

16. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2023 poz. 535).

17. National Center on Elder Abuse, *Statystyki i dane badawcze*, acl.gov.

18. *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych...*, dz. cyt.

19. *Przemoc wobec osób starszych*, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, dz. cyt.

w domu pomocy społecznej. Na stosowanie tej formy przemocy mogą wskazywać przede wszystkim trwanie w ciągłym niepokoju, smutku bądź poruszeniu, skrajne zamknięcie się w sobie, brak komunikatywności i żywych reakcji emocjonalnych oraz nietypowe zachowania, które zwykle przypisuje się demencji, np. zgrzyliwość czy wahania nastrojów. Dodać też trzeba, że osoby starsze lub niepełnosprawne nierzadko bywają wykorzystywane przez osoby najbliższe do wykonywania prac ponad ich siły (codzienna opieka nad wnukami, prowadzenie gospodarstwa domowego, prace polowe) pod groźbą odrzucenia i samotności.

- Wykorzystywanie seksualne dotyczy wszelkiego rodzaju kontaktów seksualnych bez zgody, dokonywanych przy użyciu siły, groźb lub wykorzystywania władzy. Obejmuje m.in. gwałt, molestowanie, obnażanie się, zmuszanie do nieakceptowanych form współżycia, oglądania treści pornograficznych, żartów o charakterze seksualnym. Dotyczy również interakcji seksualnych z osobą niezdolną do wyrażenia świadomej zgody. O występowaniu tego rodzaju przemocy mogą świadczyć m.in. podbiegnięcia krwawe wokół piersi lub narządów płciowych, niewytłumaczalne infekcje narządów płciowych lub choroby weneryczne, krwawienia z narządów rodnych lub z odbytu niewiadomego pochodzenia oraz poplamiona, rozdarta bądź zakrwawiona bielizna.
- Nadużycia finansowe obejmują nieupoważnione lub niewłaściwe wykorzystywanie środków finansowych lub aktywów osoby starszej lub z niepełnosprawnością, w tym m.in. niewłaściwe użycie lub kradzież pieniędzy bądź mienia, przymuszanie do podpisania dokumentów (np. umów lub testamentu). Przemoc ekonomiczna to finansowe lub ekonomiczne uzależnienie ofiary od sprawcy. Jej przykładami są odbieranie renty lub emerytury, kontrolowanie i wydzielanie pieniędzy, fałszowanie podpisu, zmuszanie do podpisywania zobowiązań finansowych, do zmiany testamentu, do przepisywania (darowizn) nieruchomości, dóbr, pieniędzy, fałszerstwo, nadmierne obciążanie kosztami, zabieranie przedmiotów. Informacją o zaistnieniu tego typu przemocy może być: brak pieniędzy, nagłe zmiany w testamencie lub decyzje o wzięciu pożyczki lub kredytu.
- Zaniechanie lub porzucenie, czyli odmowa wypełniania powinności bądź niewywiązywanie się z powinności wobec osoby starszej lub niepełnosprawnej przez osoby odpowiedzialne za zapewnienie opieki, pomocy i schronienia, to np. odmowa podania pożywienia, koniecznych lekarstw, zaniechanie czynności pielęgnacyjnych, higienicznych, brak postępowania rehabilitacyjnego, nieprzeciwdziałanie bólowi, niestosowanie się do poleceń lekarskich, niezapewnienie codziennej pomocy i opieki, niekupowanie przepisanych leków, niekupowanie produktów potrzebnych do przestrzegania zalecanej diety, opóźnianie zgłoszenia do lekarza. Objawami są nagła utrata wagi, niedożywienie, nieleczone odleżyny, zaniechania w higienie osobistej, nieleczone lub zaniebane problemy zdrowotne, wysypki, rany, brak kontaktów społecznych. Porzucenie oznacza opuszczenie starszej osoby przez bliskich odpowiedzialnych za zapewnienie jej opieki. O porzuceniu mówimy w przypadku pozostawienia osoby starszej lub niepełnosprawnej w szpitalu, centrum handlowym bądź innym miejscu publicznym, jak również w przypadku braku odpowiedniej opieki pielęgnarskiej²⁰.

Z kolei National Centre of Elder Abuse (NCEA) wyróżnia sześć form przemocy wobec osób starszych: fizyczną, emocjonalną, seksualną, wykorzystywanie, zaniechanie, porzucenie. Dodatkowo Georgia J. Anetzberger obok wymienionych w innych definicjach form wskazywała też przemoc przy użyciu leków, nieokazywanie szacunku, robienie z osoby starszej „kozła ofiarnego”²¹.

Warto tu również zwrócić uwagę na zjawisko przemocy instytucjonalnej, na którą szczególnie narażone są osoby starsze lub z niepełnosprawnością. W tym pojęciu zawierają się wszystkie podane wyżej rodzaje nadużyć występujące w urzędach, przychodniach, domach pomocy społecznej i innych instytucjach, w szczególności zapewniających całodobową opiekę, a także niedostosowanie systemu bądź zaniechania w procedurach. Osoby starsze i z niepełnosprawnością wskazują na bagatelizowanie ich problemów, ograniczanie należytej im uwagi i czasu, zwracanie się do nich po imieniu pozornie dobrotliwie, okazywanie zniecierpliwienia wobec niepełnosprawności, niedawanie wiary ich skargom i podkreślanie zależności.

W typologii przemocy według WHO pośród jej form wymienia się zarówno te, które są skierowane przez jednostkę na siebie samą, jak i te wynikające z działania innych osób, a także wskazuje się na postawy i zachowania na poziomie społeczności będące działaniami krzywdzącymi pewne osoby lub całe grupy. Wśród wymienianych form przemocy – fizycznej, psychicznej, seksualnej – wyróżnia się także zaniechanie lub przejawy deprivacji, wskazując, że osoby w starszym wieku mogą być ofiarami każdej z nich. Zwraca się uwagę, że zaniechanie i samozaniechanie są zjawiskami złożonymi, a ich ocena nie jest jednoznaczna i niejednokrotnie zaliczenie ich do przemocy wzbudza kontrowersje. Według National Center on Elder Abuse zaniechanie oznacza odmowę lub niepowodzenie (porażkę) w wypełnieniu jakiegokolwiek obowiązku lub powinności wobec osoby zależnej. Zwykle zaniechanie jest utożsamiane z zaniechaniem lub odmową dostarczenia osobie starszej środków potrzebnych do życia, takich jak: pożywienie, woda, ubranie, środki higieny osobistej, leki, ale także z zaniechaniem lub odmową zapewnienia bezpieczeństwa i innych niezbędnych rzeczy, za które odpowiada osoba opiekująca się nią. Z tym terminem wiąże się również pojęcie porzucenia, oznaczające opuszczenie osoby, nad którą sprawowana jest opieka, przez jej opiekuna. Porzucenie osoby starszej może przybierać różne formy: pozostawienie w szpitalu

20. Mirosław Sobkowiak, *Gostyń. Przemoc wobec osób starszych czy niepełnosprawnych to częste zjawisko*, ngo.pl, 25.11.2022, online: <https://publicystyka.ngo.pl/gostyn-przemoc-wobec-osob-starszych-czy-niepelnosprawnych-to-czeste-zjawisko> [dostęp: 29.11.2023].

21. *Zaniechanie i samozaniechanie osób starszych...*, dz. cyt.

lub w innych instytucjach, w centrum handlowym lub w innych miejscach; może być wyrazem subiektywnych odczuć, tzn. osoby w starszym wieku same przyznają, że czują się porzucone. Natomiast przez samozaniechanie rozumie się zachowania osoby starszej, które zagrażają jej zdrowiu lub bezpieczeństwu. Wyrazem samozaniechania są wszelkie zachowania, w których osoba w starszym wieku odmawia sobie lub nie zapewnia sobie odpowiedniego pożywienia, ubrania, higieny osobistej, leków (kiedy są one wskazane) lub bezpiecznej egzystencji.

Ze względu na złożoność sytuacji sprawców zaniedbywania osób starszych spośród form zaniedbywania wyróżnia się zaniedbywanie aktywne, oznaczające intencjonalne zachowania opiekuna nastawione na niezapewnienie opieki lub niezaspokojenie potrzeb osoby starszej, oraz zaniedbywanie pasywne, obejmujące te wszystkie sytuacje, gdy opiekun nie jest w stanie lub nie potrafi wywiązać się z obowiązków związanych z opieką nad osobą w starszym wieku (choroba opiekuna, jego niepełnosprawność, brak umiejętności opieki lub źródeł materialnych umożliwiających jej zapewnienie). W odniesieniu do samozaniechania wskazuje się na brak zewnętrznego sprawcy. Wśród przyczyn samozaniechania wyróżnia się zachowania intencjonalne, związane ze stylem życia, świadomym wyborem, typem osobowości lub wynikające z obawy przed instytucjonalizacją, oraz nieintencjonalne, będące konsekwencją zaburzeń świadomości (demencja), zaburzeń stanu funkcjonalnego, psychicznego (depresja), problemów z alkoholem, stresujących wydarzeń życiowych. Do wskaźników samozaniechania zalicza się: wygląd mieszkania – brak warunków sanitarnych, zbieractwo (gazety, puste pojemniki po żywności), duża liczba zwierząt domowych; wygląd zewnętrzny – brudna odzież, odór ciała, nieobcięte paznokcie i włosy, brudne ciało. Wśród przyczyn samozaniechania wskazuje się także takie zachowania związane ze zdrowiem jak niestosowanie się do zaleceń lekarzy, odmowę przyjmowania leków, niestranie się o sprzęt rehabilitacyjny, zachowania niebezpieczne dla zdrowia, ignorowanie sygnałów i symptomów chorób. Brak reakcji ze strony otoczenia na pojawianie się objawów samozaniechania może doprowadzić osobę w starszym wieku do sytuacji, w której zachowania świadczące o samozaniechaniu będą oznaczać wejście tej osoby w dewiację wtórną (gdzie samozaniechanie wiąże się ze stygmatyzacją, izolacją społeczną i wykluczeniem).

Charakterystyka osób w starszym wieku w większym stopniu zagrożonych zaniedbaniami i samozaniechaniami jednoznacznie dowodzi, że ryzyko to dotyczy odmiennych grup osób starszych, z których jedna, ze względu na stan zdrowia, stwarza swoim opiekunom trudności w wywiązaniu się z prawidłowej opieki lub nie jest w stanie zapewnić sobie właściwej opieki i samodzielnie zadbać o swoje potrzeby. Natomiast druga grupa osób starszych, których dotyczy wyższe ryzyko zaniedbania lub samozaniechania, wywodzi się ze środowisk dotkniętych również innymi przejawami patologii społecznych²².

Według ogólnopolskich badań PolSenior 5,9% badanych osób starszych potwierdziło stosowanie wobec nich jakiejś formy przemocy, przy czym częściej dotyczyło to kobiet (6,8%) niż mężczyzn (5,0%). Według danych ważonych częstość przemocy wobec osób starszych w Polsce wynosiła 7,1% (7,9% w odniesieniu do kobiet i 5,9% wobec mężczyzn). Najczęściej stosowanymi formami przemocy wobec osób starszych były przemoc werbalna i psychiczna (5,4%) w postaci znieważania, wyzywania, ośmieszania lub lekceważenia. Zgłoszone przejawy przemocy fizycznej to: bicie, kopanie, duszenie, okaleczenia (0,4% badanych), popychanie lub szturchanie (1,1%). Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni stawały się ofiarami znieważenia (6,3% vs 4,5%). Odsetek wszystkich form przemocy wobec osób starszych był najwyższy w najmłodszych grupach wiekowych, obejmujących osoby mające 65–69 lat (7,9%) i 70–74 lata (7,3%) i malał w grupach w wieku powyżej 80 lat (80–84 lata – 5,0%; 85–90 lat – 5,1%; 90 lat i więcej – 2,8%)²³.

II.3. Czynniki ryzyka

Omawiane powyżej aspekty przemocy wobec osób starszych i niepełnosprawnych wymagają szerszego ujęcia z perspektywy wiktymologicznej. Warto w tym miejscu wspomnieć o uwarunkowaniach społeczno-kulturowych, zgodnie z którymi często prezentuje się seniorów i osoby z niepełnosprawnością jako wątłych, słabych, zależnych, bezbronnych, niepotrzebnych albo roszczeniowych, złośliwych. Ważną kwestią jest izolacja społeczna osób starszych i z niepełnosprawnością oraz związany z tym brak wsparcia. Osoby starsze z mniejszą ilością zasobów psychospołecznych (niższy poziom pozytywnego wsparcia) bądź większą ilością deficytów psychospołecznych (wyższy poziom krytyki ze strony bliskich czy odczuwanie izolacji społecznej) są bardziej podatne na doznawanie przemocy, a nadużycia w przypadku tych osób wydają się szczególnie szkodliwe dla ich samopoczucia psychicznego. Pozytywne wsparcie społeczne zmniejsza ryzyko nadużyć, z kolei negatywne zachowania osób z najbliższego otoczenia mogą to ryzyko potęgować. Wśród czynników ryzyka zwiększających występowanie zachowań agresywnych wobec osób starszych i z niepełnosprawnością wyróżniamy również demencję, zaburzenia psychiczne, a także płeć żeńską oraz wiek powyżej 74 lat²⁴.

22. Beata Tobiasz-Adamczyk, Marzena Florek, Piotr Brzyski, Monika Brzyska, Tomasz Ocetkiewicz, *Zaniedbywanie i samozaniechanie wśród osób starszych w opinii pracowników socjalnych i medycznych*, „Gerontologia Polska” 2008, t. 16, nr 3, s. 169–179.

23. Tamże.

24. Marta Makara-Studzińska, Katarzyna Sosnowska, *Przemoc wobec osób starszych – przegląd badań*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2012, vol. 12, nr 1, s. 57–61.

Pojedynczy czynnik nie wyjaśnia, z jakiego powodu osoba znajduje się w grupie wyższego ryzyka zagrożenia krzywdzeniem i doznawania krzywdzenia. Przemoc jest rezultatem wielu połączonych ze sobą uwarunkowań, natomiast czynniki ją determinujące mogą być odmienne w zależności od rodzaju przemocy. Na poziomie indywidualnym wskazuje się takie aspekty jak: historia osoby, uwarunkowania biologiczne, doznawanie przemocy w dzieciństwie, zaburzenia psychiczne, problemy alkoholowe, używanie substancji psychoaktywnych, przemoc i historia agresji w odniesieniu do bycia ofiarą lub krycia sprawcy. Relacje międzyludzkie również mogą wpływać na ryzyko zachowań związanych z przemocą. Do czynników ryzyka związanych z miejscem zamieszkania lub przynależnością zalicza się wysoki stopień bezrobocia, ruchliwość społeczną, gęstość zaludnienia. Z kolei czynniki społeczne decydują, jak przemoc jest traktowana, czy jest zakazana, czy społeczne i kulturowe wzory zachowań traktują przemoc jako sposób rozwiązywania problemów i dominacji nad innymi²⁵.

Istotną kwestią związaną z narażaniem osób starszych i z niepełnosprawnością na przemoc jest stopień ich zależności od opiekunów, co stanowi kolejny ważny czynnik ryzyka. Badania wskazują, że przepracowanie, nadmiar obowiązków, stres opiekunów znacznie zwiększa ryzyko skrzywdzenia przez nich osoby, nad którą sprawują opiekę. Prawdopodobieństwo złego traktowania osoby starszej lub z niepełnosprawnością przez opiekuna zwiększa się, gdy opiekun jest osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych, z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami w stanie emocjonalnym, brakiem doświadczenia w sprawowaniu opieki, nieposiadającą pieniędzy, gdy opiekun był ofiarą przemocy w dzieciństwie, gdy jest osobą zestresowaną, wyizolowaną społecznie, niezdolną do współczucia, nieczułą, zależną finansowo, posiadającą nierealistyczne oczekiwania, będącą nadmiernie krytyczną, niechętnie zajmującą się opieką. Z kolei czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo stania się ofiarą przemocy są: zaawansowany wiek, płeć żeńska, wysoki stopień zależności, występowanie problemu alkoholowego, wyizolowanie, zaburzone relacje społeczne, doznawanie krzywdzenia w przeszłości, posiadanie nierealistycznych oczekiwań. Ryzyko narażenia na przemoc występuje również w sytuacjach, kiedy zarówno sprawca, jak i ofiara mają niewielką sieć relacji społecznych²⁶.

Inna typologia jako czynniki ryzyka przemocy kierowanej wobec seniorów wskazuje: zły stan zdrowia i funkcjonalne zaburzenia u osób starszych, które redukcją ich zdolność do szukania pomocy; zaburzenia funkcji poznawczych – wyższe prawdopodobieństwo doznawania przemocy występuje w odniesieniu do osób z demencją, a ich agresja w stosunku do opiekuna i destrukcyjne zachowania będące wynikiem demencji mogą sprzyjać przemocy; uzależnienie od używek ze strony opiekuna lub choroba psychiczna – przemoc jest tu wynikiem choroby lub uzależnienia; zależność sprawcy przemocy od osoby starszej – przemoc jest rezultatem zależności od zasobów (finansowych, mieszkaniowych lub innych), które posiada ofiara; wspólne zamieszkiwanie – przemoc rzadziej dotyka osoby mieszkające samotnie; czynniki zewnętrzne wywołujące stres – trudne wydarzenia życiowe, problemy finansowe powodują wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia przemocy; izolacja społeczna – seniorzy z małą liczbą kontaktów są częściej ofiarami przemocy, a izolacja zmniejsza szansę jej wykrycia; historia przemocy we wcześniejszych okresach życia²⁷.

Poza mechanizmami związanymi z charakterystyką indywidualną ofiary i sprawcy przemocy oraz mechanizmami funkcjonującymi w systemie rodzinnym istotnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia przemocy są mechanizmy funkcjonujące na poziomie społeczno-kulturowym. Osoby starsze przez otoczenie społeczne są postrzegane jako słabe, niezaradne, zależne od środowiska i wymagające opieki. Te stereotypy i przekonania często pozostają nieuświadomione, przez co sprzyjają stosowaniu przemocy. Należy więc podkreślić, że zjawisko przemocy, bez względu na wiek osoby będącej ofiarą, jest uwarunkowane wieloczynnikowo. Zależy bowiem od czynników indywidualnych, rodzinnych, a także społeczno-kulturowych²⁸.

Do oceny ograniczeń i dysfunkcji osób starszych oraz osób z niepełnosprawnością postużyć może m.in. skala Katza, czyli Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego (ADL), która umożliwia określenie zdolności osób do radzenia sobie z codziennymi czynnościami w środowisku domowym. Powyższa skala obejmuje ocenę samodzielności w zakresie sześciu podstawowych czynności życiowych: kąpanie się / ubieranie się i rozbieranie / korzystanie z toalety / wstawanie z łóżka / jedzenie / kontrolowane oddawanie moczu i stolca. Personel medyczny lub sama osoba dokonuje oceny każdej z tych czynności, określając, czy jest w stanie samodzielnie ją wykonać; jeżeli tak, otrzymuje 1 punkt, a jeśli nie – 0. Ostatecznie dana osoba może uzyskać od 0 do 6 punktów – interpretacja wyniku przedstawia się następująco: 5–6 punktów oznacza pełną sprawność; 3–4 punktów umiarkowaną sprawność; 2 punkty lub niżej – niesprawność, czyli całkowitą niesamodzielność i potrzebę stałej opieki ze strony innych osób.

25. *Przemoc wobec osób starszych*, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, dz. cyt.

26. Tamże.

27. Typologia według M. Lachs i K. Pillemer za: *Przemoc wobec osób starszych*, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.

28. Joanna Mordawska, *Zjawisko przemocy wobec osób starszych – skala problemu, czynniki ryzyka, metody przeciwdziałania*, w: *Osoba doświadczająca przemocy w świecie milczenia czy wsparcia? Refleksje interpersonalne*, Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2017, s. 126–137.

II.3.1. Przemoc wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnością, w tym seniorów w Krakowie – skala zjawiska

W przypadku podejrzenia, że osoba doświadcza przemocy w rodzinie, przedstawiciel jednej z pięciu instytucji, tj. policji, pomocy społecznej, oświaty, ochrony zdrowia lub komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, wszczyna procedurę Niebieskie Karty. Jest to początek bezpośredniej pracy z rodzinami, która ma na celu przerwanie przemocy w rodzinie oraz udzielenie stosownej pomocy jej członkom. Działania te realizują członkowie grup diagnostyczno-pomocowych (przed nowelizacją ustawy – grup roboczych), w skład których wchodzi przedstawiciele instytucji będący w bezpośrednim kontakcie z rodziną, m.in. przedstawiciele MOPS, policji, oświaty, ochrony zdrowia, a także kuratorzy i psycholodzy.

W 2022 roku w Krakowie pracownicy socjalni wszczęli 304 procedury Niebieskie Karty, a z innych instytucji zobowiązanych do wszczęcia procedury do przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie wpłynęło 537 „Niebieskich Kart”, w tym: 450 – z Policji, 56 – od przedstawicieli oświaty, 26 – od przedstawicieli ochrony zdrowia, 5 – z Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, co w sumie daje 841 „Niebieskich Kart”. W 2022 roku realizowane były łącznie 1194 procedury Niebieskie Karty wszczęte w 2022 roku oraz procedury kontynuowane z lat ubiegłych. W przypadku 853 procedur Niebieskie Karty czynności zostały zakończone z uwagi na ustanie przemocy w rodzinie lub brak zasadności podejmowania dalszych działań w ramach procedury. Jednocześnie liczba procedur Niebieskie Karty, w których osoby starsze (60 lat i więcej) wskazane zostały jako doświadczające przemocy w rodzinie, wyniosła 284, co stanowiło 33,8% wszystkich wszczętych procedur. Z kolei liczba procedur, w których osoby z niepełnosprawnością zostały wskazane jako doświadczające przemocy w rodzinie, wyniosła 35. Działaniami w związku z przemocą objętych zostało 3188 osób z 1076 rodzin, w tym 89 osób niepełnosprawnych.

W 2018 roku, w ramach projektu „Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych – wyzwania dla opiekunów formalnych i nieformalnych oraz dla profesjonalistów medycznych i społecznych systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej”, przeprowadzono badanie, którego głównym celem była próba odpowiedzi na pytanie o częstość występowania zarówno zaniedbania, jak i samozaniedbania wśród osób starszych, uwzględniając charakterystykę demograficzno-społeczną oraz szeroki kontekst uwarunkowań zdrowotnych, medycznych, psychologicznych i społecznych. Określenie ryzyka stania się przez osobę starszą ofiarą zaniedbywania przez otoczenie i ofiarą samozaniedbania ma istotne znaczenie w kontekście skuteczności działania profesjonalistów związanych z sektorem opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, którzy są zobowiązani do świadczenia/udzielania formalnej opieki i pomocy osobom starszym²⁹.

Badanie zostało przeprowadzone w trzech grupach osób starszych, tj. wśród losowo wybranych przedstawicieli populacji ogólnej, wśród pacjentów szpitalnych oraz wśród osób korzystających z pomocy społecznej, i miało charakter przekrojowy – objęto nim 2001 osób w wieku 65 lat i starszych, mieszkających w środowisku domowym w Małopolsce, 585 pacjentów szpitali w Krakowie i Suchej Beskidzkiej oraz 308 osób starszych korzystających z systemu pomocy społecznej województwa małopolskiego.

W badaniach przeprowadzonych na losowo wybranej próbie 412 kobiet 65-letnich i starszych, mieszkających na terenie Krakowa, 14,1% spośród nich potwierdziło bycie ofiarą przemocy fizycznej i/lub psychicznej. Wśród kobiet, które poświadczyły obecność przemocy w swoim życiu, 67,3% doświadczyło gróźb słownych, a 60,0% zastraszania lub poniżania, bicia i znęcania się fizycznego. Ograniczenia wolności doznało 20% badanych, a świadkiem niszczenia przedmiotów było 14,5%.

Według badań, którymi objęto 518 mieszkańców Krakowa w wieku 65 lat i starszych, na przemoc fizyczną kobiety były narażone dwukrotnie częściej niż mężczyźni (69,2% vs 30,8%), przemoc fizyczna występowała w podobnym odsetku w dwóch grupach wiekowych, tj. u osób poniżej 70. roku życia oraz u osób w wieku 71–75 lat (46,2%), i w zdecydowanie niższym odsetku u badanych w wieku 75 lat i starszych (7,7%). Przemoc fizyczną najczęściej potwierdzali badani z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym (53,8%), rzadziej osoby o wyższym poziomie wykształcenia. Ofiarami przemocy najczęściej były wdowy (53,8%) oraz osoby pozostające w związkach małżeńskich (30,8%). Zamieszkiwanie z różnymi członkami rodziny w najwyższym stopniu sprzyjało narażeniu na przemoc fizyczną (61,5%), podobnie jak mała sieć relacji społecznych (46,2%).

Narażenie na przemoc psychiczną również w dwukrotnie wyższym stopniu dotyczyło kobiet (69,8% vs 30,2%), w najwyższym stopniu osób w wieku 71–75 lat, o najniższym poziomie wykształcenia, badanych owdowiałych (51,2%) lub pozostających w związkach małżeńskich (37,2%), mieszkających samotnie (42,9%) i posiadających niewielką sieć relacji społecznych.

Wykorzystywanie finansowe także było częściej zgłaszane w tej grupie badanych przez kobiety (68% vs 32,0%), najczęściej przez osoby w wieku 71–75 lat (56,0%), w najniższym stopniu przez osoby z wykształceniem uniwersyteckim, osoby owdowiałe (52,0%) lub pozostające w związku małżeńskim (44,0%), zamieszkujące samotnie (43,5%), posiadające małą sieć relacji społecznych (52,9%).

29. Beata Tobiasz-Adamczyk, Katarzyna Zawisza, Anata Łapczuk, Agata Stodolska, Marzena Florek, *Zaniedbanie i samozaniedbanie na tle innych form przemocy*, w: *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, red. Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki, Beata Tobiasz-Adamczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019, s. 57–90.

Przeprowadzona analiza nie tylko pokazała obecność różnych form przemocy w życiu badanych osób starszych, przede wszystkim kobiet, ale także wyraźnie dowiodła istnienia powiązań między narażeniem na różne formy przemocy a zjawiskami zaniedbania i samozaniedbania. Uzyskane dane pozwalają na stwierdzenie, że złe traktowanie osób starszych ma charakter wielowymiarowy, stąd granica pomiędzy poszczególnymi formami przemocy jest trudna, a wręcz czasami niemożliwa do określenia. Zaniedbanie i samozaniedbanie mogą być konsekwencją innych form przemocy, ale oba te zjawiska mogą także potęgować natężenie innych przejawów złego traktowania osób starszych.



III. WSPARCIE INSTYTUCJONALNE

Starzenie się ludności powoduje, że samorządy muszą w wielu obszarach życia społecznego planować i podejmować działania, które ułatwią funkcjonowanie osobom starszym i z niepełnosprawnościami. Stanowią one różnorodną grupę, mają różne potrzeby, dlatego stworzenie im przyjaznych warunków do życia staje się coraz większym wyzwaniem. Warto zwrócić uwagę, że część osób starszych jest równocześnie osobami z niepełnosprawnościami, co dodatkowo ma wpływ na ich potrzeby oraz sposób funkcjonowania.

W Krakowie osoby w wieku poprodukcyjnym, zgodnie z danymi statystycznymi, stanowią 22,3% ogółu mieszkańców. Gmina Miejska Kraków w wielu obszarach podejmuje działania, które mają ułatwić życie codzienne seniorom i osobom z niepełnosprawnością, objąć potrzebujących wsparciem, ale też umożliwić im różnorodną aktywność. Oferta dla nich przeznaczona jest różnorodna, mieszczą się w niej zarówno formy pomocy związane z udzieleniem wsparcia i zapewnieniem właściwej opieki, jak również usługi kulturalne, rozrywkowe czy edukacyjne. W realizacji zadań z zakresu wsparcia i opieki nad seniorami i osobami z niepełnosprawnością biorą udział podmioty publiczne oraz organizacje pozarządowe, które również wykonują wiele zadań zleconych przez Gminę.

III.1. Przegląd ofert wsparcia dla seniorów w gminie miejskiej Kraków

- Oferta edukacyjna dla krakowian 60+ to przede wszystkim Uniwersytety Trzeciego Wieku, Centra Aktywności Seniora (CAS), które działają w każdej dzielnicy Krakowa. Uniwersytety Trzeciego Wieku mają za zadanie intelektualne aktywizowanie seniorów, ułatwianie im kontaktów z instytucjami, poszerzanie wiedzy, a przede wszystkim podtrzymywanie więzi społecznych. Zajęcia organizowane przez Centra Aktywności pozwalają seniorom rozwijać swoje zainteresowania i nabywać nowe umiejętności. Dzięki nim osoby starsze zrywają z nudą oraz biernym sposobem spędzania wolnego czasu. W ramach CAS prowadzona jest nauka nowoczesnych technologii, organizowane są kursy komputerowe, nauka angielskiego, zajęcia sportowe, warsztaty zdrowego żywienia czy wolontariat. Ponadto w ofercie edukacyjnej dla seniorów biorą udział inne podmioty, takie jak centra kultury, które oferują m.in. spotkania z twórcami, koncerty, warsztaty artystyczne czy warsztaty rozwoju osobistego, a także zwiedzanie ciekawych miejsc w Krakowie.
- W ramach oferty kulturalnej seniorzy mogą brać udział w koncertach, warsztatach, wykładach z różnych dziedzin sztuki (malarstwo, fotografia, śpiew, taniec). Ponadto Miasto Kraków rokrocznie organizuje koncert dla seniorów, który stanowi podsumowanie Jesieni Krakowskiego Seniora, czyli cyklu wydarzeń sportowych, rekreacyjnych i artystycznych, aktywizujących starszych mieszkańców Krakowa z różnych środowisk i o różnych zainteresowaniach. Z myślą o seniorach tworzone są specjalne programy telewizyjne w Telewizji Kraków oraz audycje radiowe. Wydawany jest również „Głos Seniora”.
- Krakowscy seniorzy oraz osoby z niepełnosprawnością mają możliwość skorzystania z pomocy w naprawach drobnych usterek w mieszkaniu w ramach bezpłatnego programu „Złota rączka”.
- W ramach realizowania polityki społecznej działa Rada Krakowskich Seniorów, której zadaniem jest przede wszystkim komunikowanie potrzeb osób starszych. Rada pełni również funkcję doradczą i konsultacyjną wobec organów Gminy Miejskiej Kraków. Jej celem jest zapewnienie seniorom wpływu na sprawy dotyczące społeczności lokalnej, w tym najstarszego pokolenia.
- Uruchomiony został telefon zaufania oraz infolinia dla seniorów.
- Gmina Miejska Kraków podejmuje szereg inicjatyw mających na celu objęcie seniorów szerokim wsparciem w obszarze zdrowia i opieki. Przeglądając się inicjatywom związanym ze zdrowiem, warto zwrócić uwagę na akcję pod nazwą „Koperta życia”, która jest skierowana do osób starszych, samotnych i przewlekle chorych. Polega ona na umieszczeniu w specjalnej kopercie informacji o stanie zdrowia, schorzeniach, przyjmowanych lekach, aby ułatwić służbom medycznym podjęcie właściwego leczenia na wypadek sytuacji zagrażającej zdrowiu i życiu.
- Osobom starszym oferowane jest różnorodne wsparcie i pomoc w codziennym funkcjonowaniu, a także proponowane są zajęcia aktywizujące i edukacyjne w placówkach dziennych i całodobowych, w zależności od ich potrzeb i stanu zdrowia.
- Na terenie miasta działają dzienne ośrodki wsparcia – w placówkach tego rodzaju udziela się pomocy seniorom, którzy nie wymagają opieki całodobowej, ale ze względu na swoje problemy potrzebują asysty w codziennym funkcjonowaniu. Placówki oferują opiekę w ciągu dnia, w tym posiłki, rehabilitację, zajęcia kulturalno-oświatowe, terapię zajęciową grupową i indywidualną dla podtrzymywania kondycji psychofizycznej, psychoterapię i wspólne spędzanie wolnego czasu z innymi osobami starszymi. Wszystkie zajęcia odbywają się pod opieką doświadczonych specjalistów – pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych, fizykoterapeutów, a także psychologów. W Krakowie do tego typu ośrodków zaliczamy: miejskie dzienne domy pomocy społecznej i ośrodki wsparcia dla osób starszych. W placówkach zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku przez 8 godzin dziennie. Innym rodzajem ośrodków wsparcia są kluby samopomocy, które oferują zajęcia przez 6 godzin dziennie codziennie poza weekendami. W ich programach są zajęcia gimnastyki, warsztaty plastyczne, zajęcia komputerowe, wspólne gotowanie i spotkania okolicznościowe, wyjazdy integracyjne. W ramach klubów odbywają się zajęcia z terapii zajęciowej, propagowane jest wspólne czytanie książek i prasy, gry towarzyskie, organizowanie wyjść do kin i teatrów, wypoczynek i rekreacja, działanie na rzecz uprawiania amatorskiej działalności artystycznej, organizowanie wystaw, wernisaży prac uczestników. W klubach organizowane są również pogadanki i dyskusje na temat zdrowia, higieny, ekologii, prawa, bezpieczeństwa, a także okolicznościowe spotkania towarzyskie czy literackie.
- Mieszkańcom, którzy z powodu wieku, choroby lub z innych przyczyn wymagają pomocy innych osób (której są pozbawieni), zapewnia się wsparcie w formie usług opiekuńczych, świadczonych w miejscu zamieszkania. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Z takiej formy pomocy mogą skorzystać głównie osoby samotne, ale też osoby posiadające rodzinę, która nie jest w stanie na co dzień zaspokajać tego typu potrzeb seniora.
- Na terenie Krakowa opieka całodobowa oferowana jest przez domy pomocy społecznej oraz placówki zapewniające całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku. Domy te zaspokajają niezbędne potrzeby bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne.

- Jedną z form opieki są rodzinne domy pomocy. W przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoba wymagająca pomocy innych osób z powodu wieku lub niepełnosprawności może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w ramach rodzinnego domu pomocy. Rodzinny dom pomocy stanowi formę oferowania usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób, z powodu wieku lub niepełnosprawności wymagających wsparcia w tej formie.
- Mieszkania treningowe lub wspomagane, przeznaczone m.in. dla osób w podeszłym wieku, stanowią formę całodobowej pomocy dla seniorów w ich codziennym funkcjonowaniu oraz zapewnienia wsparcia specjalistów.

III.2. Formy wsparcia dla seniorów przewlekle chorych i z orzeczoną niepełnosprawnością

- Opiekę hospicyjną i długoterminową zapewniają zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL). Są one przeznaczone dla osób chorych, które mają ograniczone możliwości wykonywania czynności codziennych lub też są całkowicie leżące. W ramach ZOL osoby objęte są kompleksową i profesjonalną pielęgnacją, specjalistyczną obserwacją, całodobową opieką oraz rehabilitacją. Pacjenci przebywający w ZOL mają zapewnioną całodobową opiekę lekarza, pielęgniarki, opiekuna medycznego. Zgodnie z wymogami NFZ zakłady takie powinny również zabezpieczać rehabilitację pacjenta. Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są realizowane w warunkach: stacjonarnych (w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej), domowych (w hospicjach domowych) oraz ambulatoryjnych (w poradni medycyny paliatywnej).
- Do usług świadczonych w ramach NFZ należy długoterminowa pielęgniarska opieka domowa, z której mogą skorzystać osoby przewlekle chore somatycznie i psychosomatycznie oraz osoby chorujące psychicznie, które nie korzystają ze świadczeń zakładów opiekuńczo-leczniczych czy hospicjów. Pielęgniarka, która odwiedza chorego w domu, realizuje zalecenia wskazane przez lekarza POZ. Pomaga osobie chorej oraz jej bliskim nauczyć się zasad radzenia sobie z niesprawnością wynikającą z choroby, uczy zasad pielęgnacji oraz pomaga w pozyskaniu sprzętu, który jest niezbędny do pielęgnacji i rehabilitacji chorego.
- Seniorzy z orzeczoną niepełnosprawnością na terenie miasta mogą korzystać z dodatkowych udogodnień, takich jak wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego czy karta parkingowa uprawniająca do parkowania w miejscach uprzywilejowanych. Ponadto mogą korzystać z dofinansowania w ramach środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
- Usługi opiekuńcze przyznawane są osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, jednak jest jej pozbawiona. Usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, natomiast rodzina, niezamieszkujący wspólnie małżonek, krewni, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Wymiar i zakres świadczonych usług określany jest indywidualnie, w zależności od sytuacji, stanu zdrowia oraz zgłaszanych potrzeb przez samą osobę objętą usługami bądź jej rodzinę.
- Pomoc, dzięki której osoby w podeszłym wieku mogą zaspokajać potrzebę kontaktu oraz integracji społecznej, świadczą ośrodki wsparcia dziennego pobytu. Z tej formy wsparcia mogą korzystać osoby, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. Placówki te oferują opiekę w ciągu dnia, w tym posiłki, rehabilitację, zajęcia kulturalno-oświatowe, terapię zajęciową grupową i indywidualną dla podtrzymywania kondycji psychofizycznej, psychoterapię i spędzanie wolnego czasu wspólnie z innymi osobami starszymi.
- Mieszkania chronione wspierane dla osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych są pomocą wpisującą się w procesy deinstytucjonalizacji wsparcia mającego na celu zapewnienie opieki osobom starszym w warunkach zbliżonych do domowych. Pobyt w mieszkaniu chronionym może być przyznany osobie, która ze względu na wiek lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki.
- Podstawowym rodzajem instytucji świadczących całodobową opiekę są domy pomocy społecznej, których zadaniem jest zaspokojenie niezbędnych potrzeb bytowych i opiekuńczych osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji z powodu wieku, schorzeń lub niepełnosprawności, której jednocześnie nie można zapewnić niezbędnej opieki oraz pomocy w miejscu zamieszkania i która nie kwalifikuje się do leczenia szpitalnego. Organizacja domu oraz świadczony zakres usług musi uwzględniać w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. Na terenie gminy miejskiej Kraków funkcjonują placówki kilku typów, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, tj. dla osób w podeszłym wieku, dla osób przewlekle somatycznie chorych, dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną, dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, dla osób uzależnionych od alkoholu, dla osób z niepełnosprawnością fizyczną.

III.3. Formy pomocy przeznaczone dla osób z niepełnosprawnością oraz rodzin wychowujących dziecko z niepełnosprawnością

- Stale rozwijane są usługi opieki wytchnieniowej realizowane w ramach różnorodnych programów i projektów, m.in. programu „Opieka wytchnieniowa”, zadania publicznego pn. „Opieka odciążeniowa w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej oraz wsparcie doradczo-informacyjne opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych i ich podopiecznych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków” czy – w ramach partnerstwa w projekcie unijnym – Krakowskiego Centrum Informacji i Wsparcia dla Opiekunów Osób Niesamodzielnych.
- Kompleksowym wsparciem dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością jest program „Za życiem”, który na poziomie gminy umożliwia uzyskanie wsparcia asystenta rodziny, poradnictwa psychologicznego i prawnego oraz pomocy wytchnieniowej. W ramach programu „Za życiem” w Krakowie prowadzony jest m.in. Klub Rodzica z dzieckiem do lat 3 o specjalnych potrzebach rozwojowych. To miejsce, w którym dzieci i rodzice oraz osoby oczekujące na potomstwo mogą się spotkać, wymienić doświadczeniami, otrzymać wsparcie, zdobyć wiedzę, zwiększyć kompetencje rodzicielskie, rozwijać umiejętności dzieci oraz tworzyć nieformalne grupy wsparcia. Adresatami tej formy pomocy są zamieszkujący na terenie gminy miejskiej Kraków rodzice oraz opiekunowie prawni lub faktyczni i ich dzieci do lat 3 ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi oraz osoby oczekujące na potomstwo. W ofercie klubu znajdują się zajęcia muzyczne, ruchowe z elementami ruchu rozwijającego, rękodzielnicze z elementami sensoplastyki, ogólnorozwojowe. Ważnym elementem jest wsparcie specjalistów prowadzących spotkania oraz warsztaty, w szczególności z obszaru związanego z rozwojem dzieci do lat 3. Dodatkowo prowadzone są konsultacje indywidualne z psychologiem, pedagogiem specjalnym, logopedą.
- W gminie miejskiej Kraków działają poradnie psychologiczno-pedagogiczne, które m.in. wydają opinie lub orzeczenia dla zapewnienia dzieciom najwłaściwszej formy kształcenia, uwzględniającej ich stan zdrowia i potrzeby. Taką formą wsparcia jest wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – jest to wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku i jego rodzinie od chwili wykrycia niepełnosprawności do momentu podjęcia nauki w szkole podstawowej. Zorganizowane zajęcia mają za zadanie skorygowanie stwierdzonych u dziecka nieprawidłowości w rozwoju. W ramach udzielanej pomocy rodzina otrzymuje precyzyjne informacje na temat stanu zdrowia dziecka, możliwości wsparcia i właściwych działań wychowawczych. Gmina Miejska Kraków wspomaga rodziny z dziećmi z niepełnosprawnością również poprzez tworzenie dla nich przedszkoli specjalnych, w których dzieci otrzymują wsparcie adekwatne do ich potrzeb i specyfiki stanu zdrowia. Ponadto w przedszkolach publicznych oraz niepublicznych tworzone są miejsca integracyjne dla dzieci z niepełnosprawnością, które współuczestniczą w zajęciach z rówieśnikami. Zadania w zakresie opieki nad dziećmi z niepełnosprawnością przejmują również organizacje pozarządowe, wspierając i uzupełniając tym samym ofertę Gminy.
- W Krakowie działają szkoły specjalne oraz szkoły integracyjne, do których uczęszczają dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością, zarówno intelektualną, jak i somatyczną. Szkoły zapewniają odpowiednio wykwalifikowanych specjalistów, którzy oferują dzieciom i ich rodzinom profesjonalne wsparcie i pomoc. Szkoły te są przystosowane do potrzeb dzieci z niepełnosprawnością zarówno pod względem merytorycznym, jak i technicznym.
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie udziela wsparcia rodzinom z dziećmi z niepełnosprawnością, oferując usługę asystenta w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością. W zakresie obowiązków asystenta znajdują się: sprawowanie opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością na czas nieobecności rodzica, pomoc dziecku w nauce i/lub przyswojeniu podstawowych umiejętności życiowych i społecznych; towarzyszenie rodzicowi w czynnościach opiekuńczych, w kontaktach ze służbą zdrowia czy innymi podmiotami istotnymi dla rozwoju dziecka, o ile stan dziecka wymaga pomocy rodzica i drugiej osoby lub rodzic jest w sytuacji zdrowotnej uzasadniającej pomoc osoby trzeciej; udzielanie rodzicom informacji na temat pozyskiwania wiedzy o formach i podmiotach mogących udzielić pomocy dziecku, np. o zajęciach specjalistycznych, ośrodkach świadczących pomoc, udzielanie rodzicom informacji na temat możliwości samopomocy, realizacja działań na rzecz rodziny, np. reprezentowanie jej interesów w instytucjach, działania związane z uzyskaniem dostępu do usług, z których rodziny mogłyby dodatkowo skorzystać.
- Gmina Miejska Kraków organizuje dzieciom z niepełnosprawnością bezpłatny transport i opiekę w czasie przewozu do najbliższego przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej lub innej formy wychowania przedszkolnego oraz do szkół.
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności oraz świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi obejmują czynności polegające m.in. na uczeniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz na wspieraniu procesu leczenia.

- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie realizuje projekt „Zawsze rodzina”, w ramach którego świadczone są usługi specjalistyczne dla rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością. Usługi obejmują takie działania jak: odprowadzanie i przyprowadzanie dziecka z niepełnosprawnością do i z przedszkola lub szkoły, przejęcie czasowej opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością z zapewnieniem niezbędnych potrzeb życiowych w celu umożliwienia rodzicom załatwienia spraw związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia oraz placówek rehabilitacyjnych, wsparcie i trening w zakresie uzgadniania i pilnowania terminów badań, zabiegów, wizyt u lekarza, ułatwienie dostępu do edukacji i kultury, kształtowanie pozytywnych relacji w rodzinie oraz odpowiednich postaw wobec dziecka z niepełnosprawnością, pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych: poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne.
- Zadaniami z zakresu aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami w Grodzkim Urzędzie Pracy w Krakowie zajmuje się Referat Aktywizacji Osób z Niepełnosprawnością, który pomaga osobom z niepełnosprawnością w poszukiwaniu zatrudnienia, świadczy usługi poradnictwa zawodowego oraz realizuje programy z zakresu rehabilitacji zawodowej finansowane ze środków PFRON.
- Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) są placówkami oferującymi rehabilitację społeczną i zawodową w zakresie pozyskiwania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia dla osób z niepełnosprawnościami. Rehabilitacja w WTZ prowadzona jest z użyciem różnych form i technik terapii w ramach istniejących w placówkach pracowni, np. pracowni gospodarstwa domowego, pracowni krawieckiej, pracowni plastycznej oraz pracowni komputerowej i edukacyjnej.
- Ofertą skierowaną do osób w wieku aktywności zawodowej jest indywidualny trening kompetencji społecznych prowadzony na zlecenie Gminy Kraków przez organizację pozarządową. Celem treningu jest uczenie i rozwijanie u osoby z niepełnosprawnością umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, towarzyszenie w czynnościach wspierających proces leczenia, wspomaganie kształtowania i utrzymywania właściwych relacji z otoczeniem, wspomaganie procesu nawiązywania i utrzymywania kontaktu z instytucjami i organizacjami społecznymi, doradztwo w zakresie uzyskania specjalistycznej pomocy dotyczącej przekwalifikowania zawodowego, kontaktów społecznych, usług medycznych, rehabilitacyjnych, kulturalnych, rekreacji i integracji ze środowiskiem, wspomaganie w zrozumieniu i radzeniu sobie ze zmieniającymi się realiami życia społeczno-zawodowego.
- W gminie miejskiej Kraków działają kluby integracji społecznej, które oferują osobom z niepełnosprawnością pomoc w aktywizacji zawodowej i społecznej. Przykładem jest funkcjonowanie Klubu Integracji Społecznej dla niepełnosprawnych niepracujących mieszkańców gminy miejskiej Kraków.
- Dzięki środkom z PFRON osoby z niepełnosprawnością mogą uczestniczyć w turnusach rehabilitacyjnych. Jest to zorganizowana forma aktywnej rehabilitacji zawodowej i społecznej połączona z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa sprawności psychofizycznej oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, m.in. poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych.
- Osobom z niepełnosprawnością, które są bierne zawodowo, Gmina Miejska Kraków oferuje wsparcie poprzez działalność środowiskowych domów samopomocy (ŚDS). Placówki zapewniają codzienne wsparcie osobom z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną. Są w nich prowadzone działania mające na celu nabycie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania. Placówki są otwarte od poniedziałku do piątku przez 8 godzin dziennie.
- Osobom z niepełnosprawnością, które z uwagi na stan zdrowia mają trudności w codziennym funkcjonowaniu i zaspokajaniu podstawowych potrzeb, oferowane są usługi opiekuńcze realizowane w miejscu zamieszkania.
- Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej stanowi formę pomocy dorosłym z orzeczonym umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności oraz dzieciom z orzeczoną niepełnosprawnością łącznie ze wskazaniem w pkt. 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności dot. konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Asystencja osobista daje realne możliwości korzystania z prawa do niezależnego życia poprzez zapewnienie osobie z niepełnosprawnościami dostępu do podstawowych usług i infrastruktury miasta. W szczególności dotyczy to tworzenia warunków sprzyjających korzystaniu przez osoby z niepełnosprawnościami z różnorodnych usług świadczonych na poziomie lokalnej społeczności (wydarzeń kulturalnych, rozrywkowych, sportowych, programów zdrowotnych, rehabilitacji medycznej) z uwzględnieniem szczególnych wymagań i potrzeb wynikających ze specyfiki stanu zdrowia.
- Środowiskowe domy samopomocy to ośrodki wsparcia dla osób z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, w tym przewlekle psychicznie chorych oraz z niepełnosprawnością intelektualną. ŚDS to jednostki organizacyjne pomocy społecznej zapewniające w systemie dziennym różnorodne formy wsparcia, m.in. treningi umiejętności życia codziennego, treningi umiejętności społecznych i interpersonalnych, terapię zajęciową oraz poradnictwo psychologiczne i socjalne, psychoedukację. Podstawowe założenie powyższego wsparcia stanowi utrzymanie osoby w jej naturalnym środowisku i przeciwdziałanie instytucjonalizacji

rozumianej jako umieszczanie osoby w placówce opieki całodobowej. Specyfika środowiskowych domów samopomocy polega m.in. na tym, że uczestnictwo w oferowanych zajęciach może stanowić wsparcie dla rehabilitacji psychiatrycznej w środowisku poprzez konkretne programy rehabilitacyjne.

- Mieszkania chronione wspierane dla osób z zaburzeniami psychicznymi stanowią uzupełnienie form wsparcia skierowanych do tej grupy osób, a ich nadrzędnym celem jest zapobieganie utrwalaniu zależności klientów od instytucji pomocowych. W trakcie pobytu w mieszkaniu chronionym osobom z zaburzeniami psychicznymi udzielane jest wsparcie w zakresie poprawy kontaktów społecznych, przywrócenia możliwości pełnienia ról społecznych oraz zapewnienia bezpiecznego, całodobowego zakwaterowania. Wsparcie w wykonywaniu codziennych obowiązków w połączeniu z treningiem umiejętności społecznych może prowadzić do częściowego lub całkowitego usamodzielnienia.

IV. PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY

DOMOWEJ W GMINIE MIEJSKIEJ KRAKÓW

Zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie są realizowane w oparciu o ustawę z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej i rozporządzenie Rady Ministrów z 6 września 2023 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy Niebieska Karta, a także w ramach Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie dla Gminy Miejskiej Kraków na lata 2021–2027, przyjętego uchwałą nr LX/1778/21 Rady Miasta Krakowa z dnia 30 czerwca 2021 roku. W realizację programu zaangażowani zostali członkowie Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz przedstawiciele instytucji reprezentowanych w zespole. Funkcjonujący od 2011 roku Zespół Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie zajmuje się realizacją działań zarówno na poziomie ogólnomiejskim – Zespół Strategiczny, jak i na poziomie dzielnic – dziewięć zespołów ds. działań lokalnych (ZDL), których obszar działania pokrywa się z rejonami, w jakich działają poszczególne filie MOPS.

Realizacja Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie w 2022 roku odbywała się poprzez:

- zapewnienie wsparcia dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie, w tym zapewnienie schronienia osobom doświadczającym przemocy w rodzinie,
- prowadzenie grup wsparcia dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie,
- udzielanie poradnictwa psychologicznego i prawnego dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie,
- podejmowanie działań informacyjno-edukacyjnych z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- prowadzenie oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie,
- organizację szkoleń oraz superwizji dla pracowników instytucji zobowiązanych do przeciwdziałania przemocy w rodzinie w gminie miejskiej Kraków.

Osoby dotknięte przemocą w rodzinie miały możliwość korzystania z dostępnych na terenie Krakowa form wsparcia, terapii i poradnictwa. W stosunku do osób, wobec których istniało podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, podejmowane oddziaływania polegały m.in. na wizytach pracowników socjalnych w miejscu zamieszkania rodziny, motywowaniu osób stosujących przemoc w rodzinie do zmiany zachowania wobec najbliższych oraz do uczestnictwa w spotkaniach grupy korekcyjno-edukacyjnej. Rodzinom, w których wystąpił problem przemocy, udzielono również pomocy finansowej i rzeczowej. W 2022 roku MOPS na podstawie decyzji administracyjnych przyznał pomoc dla 280 rodzin objętych procedurą „Niebieskie Karty”.

Aktualnie w gminie miejskiej Kraków podejmowane są oddziaływania na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej na podstawie art. 9a ust. 1, 2 i 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2021 poz. 1249). 14 września 2023 roku powołany został Zespół Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej, który funkcjonuje na podstawie uchwały nr CXV/3087/23 Rady Miasta Krakowa z dnia 5 lipca 2023 roku w sprawie określenia trybu i sposobu powoływania i odwoływania członków Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej. Zarządzeniem nr 2634/2023 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 12 września 2023 roku w sprawie powołania Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej został ustalony skład Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy Domowej, którego 32 członków jest przedstawicielami instytucji określonych w art. 9a ust. 3 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej, tj. jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania

problemów alkoholowych, policji, oświaty, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych, są to również kuratorzy sądowi oraz reprezentanci krakowskich instytucji działających w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie, kierujący jednostkami organizacyjnymi Urzędu Miasta Krakowa, a także przedstawiciele Żandarmerii Wojskowej.

W Krakowie realizowany jest obecnie Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie dla Gminy Miejskiej Kraków na lata 2021–2027, który swoimi oddziaływaniami nawiązuje do działań podejmowanych w latach ubiegłych. Celem nadrzędnym ww. programu jest zwiększenie skuteczności przeciwdziałania przemocy domowej oraz zmniejszenie skali tego zjawiska na terenie gminy miejskiej Kraków poprzez budowanie spójnego systemu wsparcia społecznego dla rodzin dotkniętych przemocą, wyznaczanie dalszych kierunków rozwijania różnorodnych form pomocy dla rodzin dotkniętych przemocą, jak również tworzenie warunków sprzyjających dalszemu podnoszeniu poziomu świadomości i wrażliwości społecznej na zjawisko przemocy domowej. Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie dla Gminy Miejskiej Kraków powstał w oparciu o ustawę z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”. Wśród kluczowych wniosków i rekomendacji Programu wskazano, iż jeden z najważniejszych obszarów przeciwdziałania przemocy w rodzinie stanowić będą oddziaływania adresowane do najmłodszej i najstarszej grupy poszkodowanych w wyniku przemocy domowej, wobec czego za jeden z podstawowych celów programu uznano zwiększenie dostępności i skuteczności form pomocy oraz zapewnienie bezpieczeństwa dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie z uwzględnieniem specyfiki potrzeb osób zależnych, w szczególności dzieci, osób z niepełnosprawnością oraz seniorów.

Działania skierowane do rodzin dotkniętych przemocą inicjuje procedura „Niebieskie Karty”, do wszczęcia której uprawnieni są m.in. przedstawiciele policji, pomocy społecznej, oświaty, ochrony zdrowia i komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych. W gminie miejskiej Kraków, w każdej sytuacji wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”, współpraca z rodziną prowadzona jest w ramach grup diagnostyczno-pomocowych powoływanych przez Zespół Interdyscyplinarny, które tworzone są zazwyczaj przez pracowników socjalnych, funkcjonariuszy policji, pedagogów krakowskich szkół, a także kuratorów, przedstawicieli ochrony zdrowia, Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz innych instytucji lub organizacji, które mogą udzielić właściwej pomocy i wsparcia członkom rodziny celem zatrzymania przemocy. Członkowie grup diagnostyczno-pomocowych spotykają się regularnie na posiedzeniach organizowanych najczęściej w siedzibach filii MOPS w Krakowie, na które zapraszane są też zarówno osoby wskazane w procedurze „Niebieskie Karty” jako dotknięte przemocą domową, jak i osoby, co do których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc domową. Członkowie grup diagnostyczno-pomocowych podejmują także indywidualnie współpracę z rodzinami, w których realizowana jest procedura, diagnozują sytuację rodziny, potrzeby i oczekiwania osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, oraz uruchamiają działania pomocowe. Pracownicy socjalni oraz funkcjonariusze policji monitorują sytuację rodziny, weryfikując stan jej bezpieczeństwa zwykle poprzez bezpośredni kontakt z członkami rodziny w miejscu ich zamieszkania. Prace grupy diagnostyczno-pomocowej trwają do momentu stwierdzenia ustania przemocy domowej lub braku zasadności realizacji procedury w sytuacji danej rodziny.

Pracownicy socjalni MOPS realizują działania pomocowe oraz pracę socjalną mające na celu wsparcie osoby doświadczającej przemocy domowej. Podejmowane oddziaływania koncentrują się na wzmacnianiu poczucia bezpieczeństwa takich osób m.in. poprzez wskazywanie sposobów reagowania w przypadku wystąpienia zachowań przemocowych ze strony członka rodziny, informowaniu o przysługujących uprawnieniach, motywowaniu do skorzystania ze wsparcia specjalistycznego. Oddziaływania pracowników socjalnych MOPS mają również stanowić wsparcie w rozwiązywaniu innych problemów związanych z przemocą domową, celem zmiany funkcjonowania rodziny w taki sposób, by jej członkowie mogli żyć w środowisku wolnym od przemocy. W przypadku rodzin doświadczających przemocy, w których są dzieci, analizowana jest także sytuacja opiekuńczo-wychowawcza, zaś w przypadku stwierdzenia trudności w tym obszarze rodzina może zostać objęta odpowiednim wsparciem, np. w postaci usług asystenta rodziny.

Równoległe z oddziaływaniami adresowanymi do osób dotkniętych przemocą domową realizowane są również działania skierowane do osób stosujących przemoc domową, polegające na konfrontowaniu tych osób z konsekwencjami karnymi przemocy, ukazywaniu jej negatywnego wpływu na innych członków rodziny, motywowaniu tych osób do zmiany swoich zachowań i postaw wobec przemocy, m.in. poprzez uczestnictwo w programie korekcyjno-edukacyjnym. Oddziaływania w ramach programu korekcyjno-edukacyjnego dla osób stosujących przemoc w rodzinie prowadzi Ośrodek Interwencji Kryzysowej (od 2016 roku). W ramach programu odbywają się konsultacje indywidualne oraz spotkania grupowe dla osób stosujących przemoc domową prowadzone przez dwoje specjalistów, obejmujące cykl 40 dwugodzinnych spotkań. W 2022 roku skonsultowanych zostało 66 osób skierowanych przez grupy robocze lub pracowników socjalnych MOPS. W cotygodniowych spotkaniach grupowych uczestniczyło 14 osób, z których 7 ukończyło pełen cykl programu. Ponadto odbyło się 179 spotkań w ramach konsultacji indywidualnych. W związku z występującymi sytuacjami nadużywania alkoholu przez osoby, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, członkowie grupy roboczej skierowali w 2022 roku 183 wnioski do MKRPA w sprawie podjęcia działań zmierzających do leczenia osoby z problemem alkoholowym. W przypadku wystąpienia okoliczności mogących świadczyć o popełnieniu przestępstwa grupa robocza zawiadamia właściwe organy – w 2022 roku takich zawiadomień złożono 131.

Nadmienić należy, że w chwili obecnej brak jest wypracowanych specyficznych narzędzi i rozwiązań w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie adresowanych bezpośrednio do osób starszych oraz niepełnosprawnych, które w specjalny sposób uwzględniałyby potrzeby oraz możliwości tych grup osób. Uzasadnione w tym miejscu jest jednak przywołanie treści § 25 Instrukcji stosowania procedury „Niebieskie Karty” przez pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie oraz zasad postępowania w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie z 18 kwietnia 2019 roku, określającej czynności wykonywane „w sytuacji, gdy pracownik MOPS podejmuje interwencję, w toku której stwierdza, że osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, jest osoba w podeszłym wieku niebędąca w stanie samodzielnie poruszać się lub wykonywać czynności samoobsługowych, lub osoba z niepełnosprawnością, a zachodzi konieczność zapewnienia schronienia innego od dotychczasowego miejsca pobytu”. Powyższy zapis wskazuje, iż należy wówczas na miejscu zdarzenia wezwać policję, jak również, jeżeli zachodzi taka konieczność, zespół ratownictwa medycznego w celu postawienia diagnozy medycznej i rozstrzygnięcia ewentualnej konieczności hospitalizacji. Jeżeli nie zachodzi konieczność hospitalizacji, należy w dalszej kolejności ustalić możliwość znalezienia schronienia dla danej osoby na terenie Krakowa u osoby najbliższej bądź innej wskazanej osoby, która będzie w stanie zapewnić jej bezpieczeństwo. W przypadku braku możliwości uzyskania schronienia w powyższy sposób, osobę można umieścić interwencyjnie w jednym z domów pomocy społecznej wskazanych w pkt. IV załącznika nr 5 do Instrukcji, po wcześniejszym kontakcie i uzyskaniu zgody od Kierownika Działu Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia. Jednocześnie w zależności od okoliczności należy wypełnić z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową (o ile jest to możliwe), formularz Niebieska Karta – A. Jeżeli stan zdrowia lub zagrożenia życia lub zdrowia osoby nie pozwala na wykonanie tych czynności, wypełnienie formularza następuje po nawiązaniu bezpośredniego kontaktu z tą osobą bądź po ustaniu przyczyny uniemożliwiającej jego wypełnienie. Po ustaniu zagrożenia związanego z wystąpieniem przemocy domowej osoba powinna powrócić do swojego miejsca zamieszkania. W przypadku stwierdzonej potrzeby zapewnienia pomocy w formie skierowania osoby do domu pomocy społecznej równocześnie należy podjąć czynności zmierzające do wydania stosownej decyzji o umieszczeniu w placówce. Jeżeli osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, nie wyraża zgody na opuszczenie lokalu oraz udanie się do bezpiecznego miejsca, należy zaplanować czynności mające na celu monitorowanie bezpieczeństwa takiej osoby przez pracowników MOPS oraz inne instytucje, które mogą zostać zaangażowane w pomoc rodzinie.

Na terenie miasta Krakowa funkcjonuje Specjalistyczny Ośrodek Wsparcia dla Osób Doznających Przemocy Domowej, który jest całodobową placówką udzielającą specjalistycznej pomocy osobom doświadczającym przemocy domowej, w tym zapewniającą 25 miejsc schronienia na okres do 3 miesięcy (z możliwością przedłużenia pobytu w uzasadnionych przypadkach). Istotnym jest fakt, iż w ośrodku zapewnione jest kompleksowe wsparcie specjalistyczne dla osób tam przebywających, w tym pomoc psychologiczna, prawna, pedagogiczna oraz pomoc pracownika socjalnego. Prowadzone są ponadto grupy wsparcia, grupy terapeutyczne, a także terapia indywidualna ukierunkowana na wsparcie osoby doświadczającej przemocy domowej oraz nabycie umiejętności ochrony przed osobą stosującą przemoc domową. Pomoc jest udzielana bezpłatnie – nie jest wymagane skierowanie ani decyzje administracyjne w tym zakresie. Do SOW zgłaszać się mogą osoby doświadczające przemocy z terenu całego kraju. W 2022 roku z całodobowej pomocy w SOW skorzystały 74 osoby (37 osób dorosłych oraz 37 dzieci), a z pomocy ambulatoryjnej 616 osób. Prowadzenie ośrodka zostało zlecone przez Gminę Miejską Kraków podmiotowi niepublicznemu wyłonionemu w trybie otwartego konkursu ofert (Caritas Archidiecezji Krakowskiej).

Poradnictwo dla osób oraz rodzin doświadczających przemocy domowej dodatkowo było realizowane na zlecenie Gminy Miejskiej Kraków przez 4 ośrodki poradnictwa i terapii rodzin prowadzone przez Stowarzyszenie Siemacha oraz Stowarzyszenie Dobrej Nadziei. We wskazanym obszarze działania podejmowały również krakowskie poradnie psychologiczno-pedagogiczne poprzez realizację „Szkoły dla rodziców”, warsztatów i konsultacji profilaktycznych, a także spotkań w ramach terapii indywidualnej oraz rodzinnej.

W zakresie poradnictwa prawnego osoby oraz rodziny doświadczające przemocy w rodzinie mogą korzystać z funkcjonujących na terenie gminy miejskiej Kraków punktów nieodpłatnej pomocy prawnej.

Działający w Krakowie Ośrodek Interwencji Kryzysowej świadczy kompleksową pomoc psychologiczną dla osób i rodzin w sytuacji kryzysu, w tym również kryzysu związanego z wystąpieniem przemocy domowej. W 2022 roku ze schronienia w OIK ze względu na przemoc domową skorzystało 20 osób, udzielono również pomocy 605 osobom dotkniętym problemem przemocy. W OIK realizowany był ponadto projekt pn. „Rozszerzenie zakresu pomocy psychologicznej dla osób zagrożonych przemocą i doświadczających przemocy” współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020. Z bezpłatnego wsparcia mogły skorzystać osoby doświadczające przemocy w bliskich relacjach rodzinnych i partnerskich lub nią zagrożone, które zamieszkują, pracują lub uczą się na terenie Krakowa. Pomoc skierowana jest zarówno do osób dorosłych, jak też dzieci oraz młodzieży. Beneficjenci, w zależności od potrzeb, mogą skorzystać ze wsparcia terapeutycznego indywidualnego, terapii par lub rodzin, wsparcia grupowego dla dorosłych, psychoedukacyjnego dla dzieci lub konsultacji psychiatrycznych.

Istotnym obszarem oddziaływań o charakterze profilaktycznym są realizowane corocznie działania informacyjno-edukacyjne skierowane do ogółu społeczności lokalnej oraz instytucji działających na rzecz mieszkańców gminy, mające na celu wzrost społecznej wrażliwości i świadomości odnośnie do zjawiska przemocy domowej oraz zwiększenie zaangażowania zarówno profesjonalistów, jak i mieszkańców Krakowa w przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. W ramach powyższych działań przekazywane są przede wszystkim informacje na temat zjawiska przemocy, dostępnych form pomocowych na terenie Krakowa oraz sposobów reagowania w sytuacji wystąpienia przemocy domowej. Dystrybuowane są również materiały informacyjno-edukacyjne w celu upowszechniania wiedzy dotyczącej przemocy domowej. W roku 2022 zrealizowane zostały 133 działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym dotyczące problematyki przeciwdziałania przemocy domowej, skierowane m.in. do społeczności lokalnej, seniorów, grup zawodowych.

W ramach rozwijania społecznej wrażliwości wobec osób doświadczających przemocy realizowano na terenie Krakowa kampanie społeczne. W 2022 roku były to kampanie pn. „Bądźmy wrażliwi” oraz „Przemoc wobec dzieci – zapobiegamy, chronimy, pomagamy”. W ramach tych kampanii m.in. wyemitowano 3 audycje radiowe „Pierwszy krok” w Polskim Radiu Kraków (poświęcone przemocy domowej ze szczególnym uwzględnieniem rodzin cudzoziemskich oraz sytuacji dzieci); zrealizowano zdjęcia do 3 filmów informacyjno-edukacyjnych dotyczących osób doświadczających przemocy, osób stosujących przemoc oraz świadków przemocy; przygotowano wkładkę tematyczną, która została opublikowana w dwutygodniku KRAKÓW.PL (opracowano 4 artykuły w ramach wkładki tematycznej poświęcone zjawisku przemocy w rodzinach różnokulturowych ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji dzieci); opracowano 2 rodzaje ulotek w języku ukraińskim (z uwagi na konflikt zbrojny na terenie Ukrainy oraz napływ do Krakowa uchodźców wojennych) oraz zakupiono 3 zestawy materiałów profilaktycznych z zakresu przemocy domowej, przemocy rówieśniczej oraz uzależnień behawioralnych. We wrześniu 2022 roku zrealizowano ponadto konferencję oraz seminaria pn. „Przemoc wobec dzieci – zapobiegamy, chronimy, pomagamy”. W konferencji wzięło udział 125 osób. Byli to przedstawiciele m.in. podmiotów zobowiązanych do wszczynania procedury „Niebieskie Karty”, przedstawiciele NGO, placówek wsparcia dziennego, opiekuńczo-wychowawczych, kuratorów, ośrodków poradnictwa. Omówiono wówczas tematykę przemocy wobec dzieci z uwzględnieniem aspektów prawnych ochrony dziecka, przemocy seksualnej wobec dzieci, zapobiegania wtórnej wiktyimizacji dziecka krzywdzonego. Przeprowadzono 8 seminariów w formie online, na które zgłosiło się ponad 250 osób. Podczas tych seminariów omawiano m.in. zagadnienia związane profilaktyką przemocy wobec dzieci, czynnikami ryzyka krzywdzenia dziecka, konsekwencjami dorastania w rodzinie z problemem alkoholowym, ochroną dzieci przed wykorzystywaniem seksualnym.

Dla specjalistów pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy zorganizowano szkolenie pn. „Praktyczne aspekty pracy grupy roboczej”, które odbyło się w podziale na 2 grupy po 18 uczestników. W trakcie szkolenia omówiono skuteczną organizację pracy, motywowanie specjalistów do podejmowania działań zgodnych z ich kompetencjami, omówiono metody prowadzenia spotkań dla osób doświadczających przemocy domowej, narzędzia diagnozy sytuacji osoby doświadczającej przemocy, konstruowanie oraz realizację planu pomocy osobie doświadczającej przemocy, metody prowadzenia spotkań dla osób stosujących przemoc domową. Zrealizowano ponadto – z udziałem 32 osób (przedstawiciele MOPS, oświata, NGO, policja) – szkolenie pn. „Przemoc w rodzinie z uwzględnieniem różnic kulturowych oraz kryzysu uchodźczego”. Zakres szkolenia obejmował metodykę pracy z osobami doświadczającymi traumy wojennej oraz przegląd systemowych rozwiązań wspierających uchodźców w kryzysie. Szkolenie zostało sfinansowane ze środków przekazanych przez UNICEF.


Ważnym elementem przeciwdziałania przemocy domowej jest wsparcie specjalistów pracujących w tym obszarze w zakresie doskonalenia zawodowego, w związku z czym przez cały rok 2022 prowadzono superwizję grupową ukierunkowaną na poszerzenie wiedzy, doskonalenie indywidualnych umiejętności pracowników w zakresie diagnozy sytuacji osoby lub rodziny dotkniętej przemocą. Superwizja realizowana była w cyklu 10 spotkań w podziale na 3 grupy, tj. przewodniczących ZDL, pracowników MOPS oraz członków grup roboczych i Zespołu Interdyscyplinarnego.

Problematyka przeciwdziałania przemocy domowej wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnością zdaje się pomimo wszystko wciąż ustępować miejsca zagadnieniom związanym np. z przeciwdziałaniem przemocy wobec dzieci i nadal jest zbyt często pomijana w publicznej dyskusji. Kwestii zachowań przemocowych wobec osób starszych, jak również ze strony osób starszych, nie sposób nie rozpatrywać w ścisłym powiązaniu z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu tych osób, wynikającymi z podeszłego wieku, niejednokrotnie z zależnością od innych osób, ich sytuacją zdrowotną, współwystępującymi schorzeniami i zaburzeniami (również psychicznymi), ale także z problemem braku świadomości doznawania przemocy u dużej części starszego pokolenia. Nadmienić jednak należy, iż w 2019 roku została zorganizowana interdyscyplinarna konferencja pn. „Przemoc w rodzinie wobec osób starszych”, w której wzięły udział 154 osoby, w tym pracownicy oświaty, kuratorzy, przedstawiciele policji, organizacji pozarządowych, ochrony zdrowia, instytucji pomagających seniorom, członkowie Zespołu Interdyscyplinarnego i grup roboczych oraz pracownicy socjalni. W 2019 roku w ramach kampanii społecznej „Bądźmy wrażliwi!” studenci Krakowskiej Szkoły Filmowej im. Wojciecha Jerzego Hasa bezpłatnie przygotowali spot ilustrujący dramat doświadczania przez seniorów przemocy w rodzinie – spot następnie emitowano w porządku komunikacji miejskiej, został również udostępniony na stronach internetowych www.krakow.pl i www.mops.krakow.pl oraz na platformie YouTube.



V. GRUPY DOCELOWE

W modelu przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnościami wyróżniono następujące grupy jego odbiorców:

- osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami i seniorzy z niepełnosprawnościami,
 - rodziny i opiekunowie formalni i faktyczni osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami,
 - profesjonaliści realizujący zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy, w szczególności: przedstawiciele instytucji pomocy społecznej, policji, edukacji, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych.
- 

V.1. Osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami i osoby starsze z niepełnosprawnościami

Przemoc wobec osób starszych, osób z niepełnosprawnościami i seniorów z niepełnosprawnościami jest niewątpliwie zjawiskiem częstym, aczkolwiek słabo poznanym ze względu na swoją specyfikę. Oszacowanie rzeczywistych rozmiarów przemocy napotyka w tym przypadku na liczne trudności, w tym barierę związaną z ograniczeniami mobilności fizycznej i społecznej bezpośrednio wpływającą na możliwości ujawniania aktów przemocy. Zdecydowanie można jednak założyć, że niepełnosprawność i podeszły wiek znacznie podwyższają poziom zagrożenia przemocą domową. Zasadność takiego podejścia potwierdzają m.in. wnioski z przeprowadzanych analiz wskazujące, że niepełnosprawne kobiety częściej doznają przemocy niż kobiety sprawne. Zaobserwowano również, iż wśród seniorów ofiarami przemocy częściej są osoby z niepełnosprawnością fizyczną lub umysłową. Dane wskazują, że najczęściej sprawcami przemocy są osoby z najbliższego środowiska rodzinnego i opiekunowie. Z kolei brak świadomości doświadczania przemocy lub brak wiedzy, gdzie szukać pomocy stanowią istotną przeszkodę w poszukiwaniu rozwiązań trudnej sytuacji. Dodatkowo działają mechanizmy charakterystyczne dla zjawiska przemocy, takie jak wstyd przed przyznaniem się do bycia ofiarą, lęk przed wyjawieniem tajemnicy i konsekwencją w postaci eskalacji konfliktu oraz nadzieja, że sprawca zaprzestanie stosowania przemocy³⁰.

Badania wskazują, że w krajach rozwiniętych przemoc doświadczą od 13,5 do 28,8% seniorów, a w krajach rozwijających się 44,6% osób starszych. Najczęstsze jej formy to przemoc psychiczna i przemoc finansowa³¹. Warto również przywołać wyniki jednych z pierwszych badań, z lat 90. XX wieku, poświęconych tematyce przemocy wobec osób starszych w Polsce, które pokazały, że seniorzy najczęściej doświadczają braku opieki, izolowania od spraw rodziny i zaniedbania emocjonalnego, które było szczególnie wysokie w grupie kobiet³². Z kolei badania przeprowadzone w latach 2001–2003 w Krakowie wśród kobiet po 65. roku życia wskazują, że 14,1% z nich doświadczyło przemocy fizycznej lub psychicznej, z czego 67,3% doświadczyło przemocy w postaci gróźb, zastraszania lub poniżania, 60% bicia lub znęcenia fizycznego, 20% ograniczenia wolności, 14,5% zmuszania do współżycia oraz 14,5% niszczenia mienia. Najczęściej sprawcą był partner (76%), a prawdopodobną przyczyną jego zachowania było nadużywanie alkoholu (61,8%) i rys osobowościowy (23,6%)³³.

Problem przemocy wobec osób starszych jest również powszechnym problemem w placówkach opieki długoterminowej. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych na grupie pensjonariuszy powyżej 65. roku życia wskazują, że 24,3% z nich przynajmniej raz doświadczyło przemocy fizycznej ze strony pracowników. Do przemocy częściej dochodziło wobec osób o słabej kondycji fizycznej, bez możliwości samodzielnego poruszania się, z poważnymi trudnościami komunikacyjnymi, którzy wymagali stałej opieki³⁴.

Według raportu z badania pn. „Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy wobec osób starszych i osób niepełnosprawnych”, przeprowadzonego w ramach projektu predefiniowanego „Przeciwdziałanie przemocy wobec osób starszych i osób niepełnosprawnych”³⁵ finansowanego z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014–2021 i realizowanego w ramach programu „Sprawiedliwość” we wrześniu 2022 roku na terenie Polski: „Zdecydowana większość respondentów doświadczyła w swoim życiu różnego rodzaju przemocy. Przemoc ta przyjmowała w ich doświadczeniach i historiach ich życia różnorodne rodzaje, formy i przejawy. Wśród osób niepełnosprawnych najczęściej wskazywana była przemoc psychiczna (jej doznawanie zadeklarowało 78,1% osób z niepełnosprawnościami biorących udział w badaniu) oraz fizyczna (57,8%); w przypadku osób starszych – przemoc psychiczna (87,3%) oraz fizyczna (43,1%) i ekonomiczna (43,1%). Podobnie w przypadku i osób starszych, i osób z niepełnosprawnościami – przemoc psychiczna (70,2%) oraz fizyczna (45,2%) i ekonomiczna (41,1%). Jednocześnie, jak pokazały historie życia respondentów wywiadów jakościowych, niemalże zawsze różne formy przemocy łączą się ze sobą i są stosowane razem lub naprzemiennie przez tę samą osobę”.

Badaniem tym objęto ponad 4 tys. osób, z czego 720 stanowiły osoby starsze i z niepełnosprawnością (496 ankietowo online, 224 osoby drogą wywiadów indywidualnych). Jego wyniki wskazują, że współcześnie przemoc w Polsce jest zjawiskiem praktycznie powszechnym, znanym i dobrze identyfikowalnym – szczególnie wśród ludzi młodych, co stanowi znaczącą odmianę względem sytuacji z lat 90. ubiegłego wieku, kiedy można było mówić o bardzo

30. *Przemoc wobec osób starszych*, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, dz. cyt.

31. Metaanaliza badań przeprowadzonych od roku 1990 do roku 2011 opracowana przez R. Sooryanarayanę, W.Y. Choo i N.N. Hairi, za: Joanna Mordawska, *Zjawisko przemocy wobec osób starszych...*, dz. cyt.

32. Badania M. Halickiej przeprowadzone na grupie 600 osób pomiędzy 60. a 80. rokiem życia zamieszkujących w Białymstoku, za: Joanna Mordawska, *Zjawisko przemocy wobec osób starszych...*, dz. cyt.

33. Barbara Woźniak, Monika Brzyska, *Przemoc wobec osób starszych – przegląd badań prowadzonych w Polsce*, w: *Przemoc wobec osób starszych*, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009, s. 74.

34. Joanna Mordawska, *Zjawisko przemocy wobec osób starszych...*, dz. cyt.

35. Piotr Chomczyński, Przemysław Frąckowiak, Andrzej Kacprzak, Maciej Maj, Maciej Mroczek, *Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy wobec osób starszych i osób niepełnosprawnych*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2022, https://www.researchgate.net/publication/366192374_RAPORT_Ogolnopolska_diagnoza_zjawiska_przemocy_wobec_osob_starszych_i_osob_niepelnosprawnych [dostęp: 29.11.2023].

słabym poznaniu tego zjawiska³⁶. Prawdopodobnie przyczyniły się do tego rozwój technologiczny, szybki przepływ informacji oraz wysoka dostępność do środków bezpośredniej komunikacji. Sama jednak skala przemocy wobec osób starszych i z niepełnosprawnościami w Polsce pozostaje nadal obszarem niedoszacowanym – według wspomnianego raportu w tej grupie tylko jedna na trzy osoby zdecydowała się ujawnić przemoc w swoim otoczeniu, gdy była jej świadkiem. Badania wykazały także, iż ogólny poziom kompetencji w zakresie rozpoznawania przemocy, wiedzy na temat tego zjawiska i jego mechanizmów oraz dostępnej pomocy w tej grupie osób jest niewielki, co niewątpliwie wpływa zarówno na rozpoznawalność, jak też na zgłaszalność incydentów przemocy.

Osoby z niepełnosprawnościami cechuje niewątpliwie duża faktyczna zależność od opiekunów, wyuczona bierność będąca skutkiem odbierania decyzyjności i towarzysząca temu niska świadomość swoich praw i możliwości. Zwłaszcza w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną mamy do czynienia z częstym postrzeganiem dorosłych osób z niepełnosprawnością jako dzieci, a co za tym idzie do odmawiania im praw charakterystycznych dla dorosłych, związanych z samostanowieniem, przyjmowaniem odpowiedzialności i niezależnym kierowaniem swoim życiem. Są to cechy, które wydają się być wspólne zarówno dla grupy osób z niepełnosprawnością, jak też dla osób starszych i starszych niepełnosprawnych. Wyżej wspomniany raport podkreśla, że osoby z niepełnosprawnością i starsze doznają przemocy w różnych formach, przy czym najczęściej jest to przemoc psychiczna (zdecydowana większość badanych), fizyczna (ponad 50%) oraz zaniedbanie i przemoc ekonomiczna. Wskazuje to, iż niepełnosprawność i podeszły wiek znacznie podwyższają poziom zagrożenia przemocą. Zaobserwowano również, iż wśród seniorów ofiarami przemocy częściej są osoby niepełnosprawne, co pokazuje, że każdy z tych czynników – zarówno podeszły wiek, jak też niepełnosprawność – jako stawiający osobę w sytuacji zależności od otoczenia, jest wystarczający, aby wyraźnie zwiększyć ryzyko wystąpienia przemocy.

W ramach pracy nad niniejszym modelem przeprowadzono badanie dotyczące rozumienia i postrzegania zjawiska przemocy wśród dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, w którym wzięło udział 71 dorosłych osób. Wyniki badania potwierdziły powyższe tezy dotyczące zależności i braku decyzyjności – zdecydowana większość (84,3%) badanych mieszka z rodzicami, tylko 59,4% deklaruje, iż samodzielnie decyduje o tym, co spożywa na śniadanie. Prawie 30% badanych zadeklarowało, że nie wie, czym jest przemoc, co niejako potwierdziło się w pytaniach związanych z rozpoznawaniem jej rodzajów (fizyczna, seksualna, psychiczna, ekonomiczna, zaniedbanie, cyberprzemoc). Około 30% badanych wskazywało błędną ilustrację sytuacji, przy czym największą trafność w rozpoznaniu rodzaju przemocy uzyskano przy ilustracji obrazującej cyberprzemoc.

Fakt, że zależność i brak umiejętności rozpoznawania nadużyć przy jednoczesnych niskich możliwościach poznawczych to główne czynniki będące okolicznościami sprzyjającymi przemocy, potwierdzają też dane wskazujące, że wśród seniorów ofiarami przemocy częściej są osoby doświadczające ograniczeń fizycznych i intelektualnych. Z kolei sprawcami przemocy najczęściej są osoby z najbliższego środowiska rodzinnego i opiekunowie, a główną jej przyczyną są ograniczone możliwości respektowania swoich praw oraz zależność od otoczenia. Charakterystyczny dla tych grup brak świadomości doświadczania przemocy i wiedzy, gdzie szukać pomocy w sytuacji odczucia krzywdy, stanowią istotną barierę w poszukiwaniu rozwiązań trudnej sytuacji. Dodatkowo działają mechanizmy typowe dla zjawiska przemocy, charakterystyczne bez względu na wiek czy samodzielność ofiary, takie jak wstyd przed przyznaniem się do bycia ofiarą, lęk przed wyjawieniem tajemnicy i konsekwencją w postaci eskalacji konfliktu, oraz nadzieja, że sprawca zaprzestanie stosowania przemocy³⁷.

V.2. Rodziny, opiekunowie osób starszych, osób z niepełnosprawnościami

W badaniach i literaturze dotyczącej problematyki osób starszych, przewlekle chorych czy z niepełnosprawnością pojawiają się pojęcia „opiekun rodzinny” lub „opiekun nieformalny”. W Polsce nie istnieją powszechnie obowiązujące definicje tych pojęć. Zakłada się jednak, że „opieka rodzinna” jest pojęciem węższym niż „opieka nieformalna”, która obejmuje też pomoc ze strony wolontariuszy, sąsiadów i innych osób ze środowiska lokalnego.

Rodziny oraz opiekunowie nieformalni osób starszych, osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych z niepełnosprawnościami również są adresatami wdrażanego projektu. Grupy te nie są jednorodne, nawet w obrębie każdej z nich występuje wiele różnic. Należy w ramach opracowywanego modelu zastanowić się, czym te grupy mogą się charakteryzować, jakie mają wspólne i odrębne cechy, aby dostosować do nich odpowiednie rodzaje narzędzi, tak by wdrażany model przyniósł oczekiwane rezultaty.

Jednymi z beneficjentów modelu mają być rodziny osób starszych i osób z niepełnosprawnościami. Już na wstępie, przyglądając się opiekunom rodzinnym, możemy stwierdzić, że w tej grupie mogą być zarówno osoby młode (opiekujące się dziećmi z niepełnosprawnością), jak i osoby starsze (opiekujące się swoimi rodzicami lub niepełnosprawnymi dziećmi, które również są już dorosłe), o różnym poziomie intelektualnym, różnym doświadczeniu życiowym, wykształceniu czy poziomie ekonomicznym. Każda z rodzin może charakteryzować się również innym stopniem empatii. W wielu przypadkach możemy dostrzec skrajne postawy rodzin wobec osób starszych, jak

36. *Przemoc wobec osób starszych*, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, dz. cyt.

37. Tamże.

i tych z niepełnosprawnością. Rodziny te może charakteryzować nadopiekuńczość, która nie pozwala na rozwój lub samostanowienie osób, którymi się opiekują, albo postawa całkowitego odrzucenia i nie przyjmowania do wiadomości ograniczeń wynikających z niepełnosprawności lub wieku osób, którymi się zajmują. Istotny element, który również może wpływać na postawy rodzin, wiąże się z doświadczeniem wyniesionym z domu. Warto wziąć pod uwagę także to, czy osoby te jako dzieci nie były krzywdzone. Takie doświadczenie życiowe może negatywnie wpłynąć na ich postawy wobec osób zależnych. Rodziny opiekujące się osobami starszymi są często czynne zawodowo, co potencjalnie może wpływać na ich postawy oraz możliwości wsparcia swoich podopiecznych (tj. brak czasu, zniecierpliwienie, trudności w zrozumieniu ograniczeń, a także przeciążenie obowiązkami, przeciążenie emocjonalne). Zdarza się również, że rodziny sprawujące opiekę nad osobami z niepełnosprawnością bądź starszymi izolują te osoby kierowane poczuciem wstydu. Sami z racji pełnionych obowiązków opiekuńczych mogą również podlegać izolacji społecznej.

Kolejną grupą, do której adresowany jest model, są opiekunowie nieformalni osób starszych, osób z niepełnosprawnościami i tych, u których współistnieje niepełnosprawność wynikająca z chorób i wieku. Opiekuna nieformalnego można zdefiniować jako osobę pełnoletnią, która nie jest zawodowym opiekunem medycznym. Tak jak w przypadku rodzin, również ta grupa jest niejednorodna pod względem wykształcenia, wieku, poziomu zaangażowania w opiekę. Można natomiast założyć, że u tych osób występuje większy poziom empatii, ponieważ podejmując się opieki nad osobami zależnymi, robią to dobrowolnie. Jednak z uwagi na obciążenie związane z opieką nad osobami zależnymi te osoby również mogą doświadczać zmęczenia, przeciążenia emocjonalnego czy wręcz wypalenia. Opiekunowie nieformalni mogą posiadać niskie kompetencje wynikające z braku wiedzy i umiejętności w zakresie sprawowania opieki nad konkretną grupą podopiecznych, a tym samym może wynikać z tego niska jakość świadczonych przez nich usług. Tak jak rodziny sprawujące opiekę nad osobami zależnymi, tak też opiekunowie nieformalni mogą prezentować niewłaściwe postawy wobec swoich podopiecznych, które mogą być wynikiem wcześniejszych doświadczeń życiowych, np. doświadczenia przemocy. Zarówno opiekunowie rodzinni, jak i opiekunowie nieformalni mogą ponosić duże koszty emocjonalne sprawowania opieki nad osobami zależnymi.

V.3. Profesjonaliści zajmujący się osobami starszymi lub osobami z niepełnosprawnościami

Istotną grupę odbiorców modelu stanowić będą przedstawiciele instytucji szczególnie zaangażowanych w przeciwdziałanie przemocy domowej, co wynika z obowiązujących przepisów i regulacji prawnych dot. m.in. realizacji procedury „Niebieskie Karty”, tj. przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty, ochrony zdrowia oraz organizacji pozarządowych. Najwłaściwszym więc wydaje się przedstawienie powyższych grup zawodowych poprzez funkcję, jaką pełnią podczas realizacji procedury „Niebieskie Karty”.

Do najważniejszych zadań funkcjonariusza policji należy m.in. podejmowanie niezbędnych czynności zapewniających ochronę życia, zdrowia i mienia osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą domową, podejmowanie działań mających na celu zapobieganie zagrożeniom mogącym występować w rodzinie, w szczególności poprzez składanie systematycznych wizyt sprawdzających stan bezpieczeństwa osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, oraz przeprowadzanie z osobą, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc domową, rozmów, w szczególności dotyczących odpowiedzialności karnej za znęcanie się fizyczne lub psychiczne i pouczenie jej o konieczności zachowania zgodnego z prawem i zasadami współżycia społecznego, jak również w razie konieczności zastosowanie środków przymusu bezpośredniego i zatrzymania.

Przedstawiciel ochrony zdrowia (w tym przypadku osobą uprawnioną do działań w ramach procedury jest osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny) każdorazowo udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, informacji o możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia oraz informacji o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej. Ponadto, jeżeli z uwagi na stan zdrowia osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, wymaga przewiezienia jej do podmiotu leczniczego, przedstawiciel podmiotu leczniczego, do którego osoba ta została przewieziona, uruchamia procedurę „Niebieskie Karty”.

Pracownik socjalny jednostki organizacyjnej pomocy społecznej przede wszystkim diagnozuje sytuację i potrzeby osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, udziela kompleksowych informacji o możliwościach uzyskania pomocy (w szczególności psychologicznej, prawnej, socjalnej i pedagogicznej) oraz wsparcia, w tym informacji o instytucjach i podmiotach świadczących specjalistyczną pomoc, wskazuje możliwości podjęcia dalszych działań mających na celu poprawę sytuacji osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, zapewnia schronienie w całodobowej placówce świadczącej pomoc specja-

listy, jak również może prowadzić z osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc domową, rozmowy dotyczące konsekwencji stosowania przemocy domowej, udzielać im informacji o możliwościach podjęcia leczenia lub terapii i o możliwościach udziału w specjalistycznych grupach korekcyjno-edukacyjnych.

Nadmienić należy, iż podobne możliwości pomocowe oraz kompetencje w ramach procedury posiadają przedstawiciele gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, jednak w ich przypadku obszar oddziaływań wydaje się koncentrować głównie wokół profilaktyki i diagnostyki problemów uzależnienia oraz prowadzenia dalszych czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego.

Pozostałą grupę specjalistów stanowią osoby zatrudnione w instytucjonalnych formach wsparcia dla osób starszych i osób z niepełnosprawnością, zarówno w placówkach pobytu dziennego, takich jak np. miejski dzienny dom pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, jak również w placówkach zapewniających pomoc całodobową, takich jak domy pomocy społecznej, mieszkania treningowe i wspomagane. Wśród nich należy wymienić m.in. pracowników socjalnych, opiekunów, terapeutów zajęciowych czy rehabilitantów/pielęgniarki. Pracownicy socjalni udzielają wsparcia pensjonariuszom i uczestnikom w sprawach socjalno-bytowych, biorą udział w ich adaptacji oraz rozpoznaniu potrzeb i problemów tych osób. Zadaniem opiekunów jest wsparcie w zaspokajaniu potrzeb bio-psycho społecznych podopiecznych różnych placówek pomocy społecznej. Terapeuci zajęciowi wspomagają i aktywizują osoby chore oraz z niepełnosprawnościami poprzez zastosowanie różnych metod, form oraz technik terapii zajęciowej w procesie kompleksowej rehabilitacji, wspierają podopiecznych w przystosowaniu do życia w społeczności instytucjonalnej oraz w środowisku. Rehabilitanci są osobami pomagającymi w utrzymaniu sprawności fizycznej oraz samodzielności w czynnościach dnia codziennego.

Osoby zawodowo zajmujące się osobami starszymi lub z niepełnosprawnościami, wielokrotnie świadczące pomoc usługową na ich rzecz, są w wielu przypadkach w częstym, regularnym kontakcie z nimi, stanowiąc niejednokrotnie rodzaj łącznika ze światem zewnętrznym. Nie sposób nie zwrócić więc uwagi również na trudności oraz obciążenie psychiczne towarzyszące współpracy z osobami, u których występują problemy związane z podeszłym wiekiem lub wszelakimi niepełnosprawnościami.


Podstawowe założenie systemu stanowi zapewnienie możliwości jak najdłuższego funkcjonowania osób starszych i z niepełnosprawnością w ich środowisku oraz zapobieganie instytucjonalizacji. Całodobowe, instytucjonalne formy opieki wydają się stanowić konieczność wyłącznie w sytuacji braku możliwości zabezpieczenia skutecznego wsparcia w miejscu zamieszkania osoby. Z uwagi na powyższe dotychczas podejmowane działania zmierzały do zróżnicowania systemu wsparcia osób starszych i osób z niepełnosprawnością, aby zapewnić ofertę pomocową dostosowaną do stanu zdrowia oraz sytuacji rodzinnej i bytowej każdej z osób wymagającej takiego wsparcia. Pomoc osobom starszym i osobom z niepełnosprawnością, zarówno ta świadczona w formie zinstytucjonalizowanej, jak i ta o charakterze środowiskowym, wymaga od specjalistów przede wszystkim odpowiedniego przygotowania, stosownej wiedzy i umiejętności, ale także bieżącego wsparcia podczas realizacji ich obowiązków zawodowych.



VI. MODEL PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE

WOBEC OSÓB STARSZYCH ORAZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Model zaleca podejmowanie działań skierowanych do następujących grup odbiorców:

- profesjonalistów zawodowo zajmujących się zadaniami z obszaru przeciwdziałania przemocy w rodzinie lub realizujących usługi z zakresu wspierania osób starszych i osób z niepełnosprawnością,
 - osób starszych, osób z niepełnosprawnością i seniorów z niepełnosprawnością,
 - rodzin oraz opiekunów osób starszych i osób z niepełnosprawnością.
- 

VI.1. Działania skierowane do specjalistów realizujących działania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie lub bezpośrednio pracujących z osobami starszymi oraz z niepełnosprawnościami

Rozpoznanie przemocy w rodzinie, której ofiarą jest osoba zależna, wymaga świadomości problemu, wiedzy, co to zjawisko oznacza, oraz znajomości czynników ryzyka w zakresie przemocy. Trudności w rozpoznawaniu przemocy wśród osób starszych i z niepełnosprawnościami wynikają z obawy przed fałszywym, złym rozpoznawaniem tego zjawiska, niskiej świadomości samych osób krzywdzonych, że doświadczają krzywdzenia, braku odpowiedniego postępowania w przypadku stwierdzenia przemocy. Ponadto uważa się, że zidentyfikowane przypadki przemocy dotyczą tylko 16% ogółu ofiar tego zjawiska, a zdecydowana większość pozostaje nierozpoznana. Poziom niezgłaszania aktów przemocy jest bardzo wysoki i wynikać może z wielu przyczyn: obaw i lęków osoby krzywdzonej przed eskalacją przemocy, nadziei, że stosunki w rodzinie poprawią się, braku zaufania do instytucji pomocowych, braku świadomości, że doznaje się krzywdzenia. Osoby starsze i z niepełnosprawnościami często nie wiedzą, gdzie mogą szukać pomocy, są osobami samotnymi, odizolowanymi od otoczenia, czują się też bezsilne i bezradne, nierzadko są również zależne od sprawców.

Pierwotna prewencja przemocy oznacza działania na poziomie społecznym i lokalnym we współpracy międzysektorowej: instytucji pomocy społecznej, policji, służby zdrowia, organizacji pozarządowych. Na poziomie świadomości społecznej konieczne jest promowanie braku tolerancji dla przemocy, w tym zwiększenia świadomości zagrożeń związanych z przemocą wśród osób starszych i z niepełnosprawnościami. Instytucje związane z ochroną zdrowia i pomocą społeczną powinny mieć narzędzia służące rozpoznawaniu przemocy i podejmowaniu skutecznych działań zapobiegawczych, a przepisy prawa i polityka społeczna powinny chronić seniorów i osoby z niepełnosprawnościami.

Omawiając rodzaje specjalistów zaangażowanych w przeciwdziałanie przemocy domowej, wyróżnia się przede wszystkim: policję, pomoc społeczną, komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, ochronę zdrowia, organizacje pozarządowe. Ich działania w dużej mierze powinny skupiać się na interdyscyplinarnej współpracy zmierzającej do efektywnego przeciwdziałania przemocy domowej przy jednoczesnym zapewnieniu osobom doznającym krzywdzenia wszechstronnej pomocy. Wskazuje się na dwa filary działań instytucji – pierwszym z nich jest pomoc w zakresie doraźnych interwencji, drugim zaś pomoc psychologiczna, terapeutyczna, materialna, finansowa i prawna. Żaden z tych dwóch elementów nie powinien być rozpatrywany osobno. Oparcie się wyłącznie na jednym z nich nie pozwoli na zapewnienie ofiarom przemocy adekwatnego wsparcia umożliwiającego wyjście z trudnej sytuacji³⁸. Z tego względu wspieranie kadry świadczącej usługi w obszarze przeciwdziałania przemocy stanowi istotny czynnik gwarantujący skuteczność i efektywność oraz wysoką jakość tychże usług.

Model rekomenduje budowanie kompleksowego systemu wsparcia lokalnych profesjonalistów w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, który powinien zawierać elementy edukacji, jak również formy wsparcia i pracy z wypaleniem zawodowym. Wśród działań w tym zakresie można wyróżnić:

- zapewnienie możliwości rozwoju zawodowego, w szczególności upowszechnianie superwizji jako kluczowego instrumentu wsparcia zawodów pomocowych, a także wprowadzanie mechanizmów motywujących do korzystania z tego rodzaju wsparcia;
- organizowanie cyklicznych szkoleń szczegółowo dopasowanych do potrzeb i oczekiwań specjalistów – wdrożenie racjonalnych, efektywnych i zintegrowanych działań prewencyjnych w obszarze przeciwdziałania przemocy wymaga posiadania aktualnej i rzetelnej wiedzy o tym zjawisku oraz o jego uwarunkowaniach prawnych, społecznych i kulturowych. Stałe podnoszenie poziomu wiedzy powinno być standardem postępowania specjalistów realizujących zadania w tym obszarze. Dotyczy to pracowników sektora pomocy społecznej, policji, ochrony zdrowia oraz wielu innych instytucji mających na co dzień kontakt z osobami starszymi i z niepełnosprawnościami. Kluczowym jest określenie poziomu wiedzy, jakim na ten temat dysponuje personel różnych instytucji, w szczególności z zakresu gerontologii i przemocy wobec osób z niepełnosprawnościami i starszych. Wyraźnie widoczna jest potrzeba pogłębiania wiedzy poprzez uczestnictwo w szkoleniach, konferencjach, warsztatach, seminariach, których tematyka obejmuje kwestie specyfiki funkcjonowania osób starszych i z niepełnosprawnościami, standardów postępowania w pracy z tą grupą klientów. Istotne jest również uwrażliwienie na temat nadużyć i zaniedbań wobec osób w podeszłym wieku i z niepełnosprawnościami. Potrzeba zatem długofalowych i interdyscyplinarnych działań edukacyjnych, które upowszechnią wiedzę na temat zagrożeń w starości, ich specyfiki, zasadniczych cech i sposobów pracy z osobami nimi dotkniętymi. Wskazuje się na potrzebę wypracowania konkretnych standardów tego typu szkoleń. Niejednorodność oferty firm zajmujących się szkoleniami personelu różnych instytucji powoduje powstawanie znacznych rozbieżności w poziomie szkoleń o tej samej tematyce. Niezbędne jest zatem wypracowanie konkretnych standardów, które byłyby przestrzegane w działalności edukacyjnej na rzecz podniesienia kwalifikacji pracowników służb publicznych mających kontakt z osobami starszymi i z niepełnosprawnościami;

38. Małgorzata Halicka, Jerzy Halicki, Emilia Kramkowska, *Przemoc wobec starszych kobiet w związkach małżeńskich/partnerskich*, Raport krajowy Polska, 2010.

- wzmocnienie współpracy interdyscyplinarnej oraz międzyinstytucjonalnej – tego rodzaju kooperacja wymaga usprawnienia, co jest koniecznym warunkiem sprawnego funkcjonowania systemu przeciwdziałania przemocy. W tym kontekście należy zaznaczyć, że skuteczne rozwiązywanie problemów społecznych wymaga pracy bazującej na zaufaniu i relacjach międzyludzkich. Warto dodać, że chodzi tu m.in. o relacje między różnymi instytucjami publicznymi, ale również o współpracę z organizacjami pozarządowymi. Skuteczne działania wymagają zbudowania współpracy w szerszym kontekście oraz włączenia w nią różnych aktorów i środowiska. Z pewnością wszelkie plany i przedsięwzięcia o wymiarze strategicznym powinny być realizowane w dłuższej perspektywie czasowej, w sposób interdyscyplinarny oraz we współpracy z przedstawicielami różnych środowisk. Na poziomie lokalnym zalecane jest budowanie możliwie dużej koalicji na rzecz rozwiązywania problemu przemocy. Z pewnością takie partnerstwo powinno bazować na szeroko zakrojonej partycypacji i współpracy wielosektorowej – z udziałem instytucji publicznych, organizacji pozarządowych, podmiotów ekonomii społecznej, przedsiębiorców, a także lokalnych mediów. Konieczność nawiązania przez instytucje publiczne współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób starszych i z niepełnosprawnościami jest kolejnym działaniem profilaktycznym w przeciwdziałaniu przemocy i dobrym sposobem na wsparcie zaplecza systemowego. Zadania organizacji pozarządowych stanowią uzupełnienie działań instytucji publicznych, szczególnie w zakresie profilaktyki. Akcje podejmowane przez fundacje w formie kampanii z wykorzystaniem różnorodnych kanałów przekazu docierają do szerokiej grupy odbiorców, uświadamiają istnienie problemu i wskazują sposoby przeciwdziałania zjawisku przemocy. Ich działalność często stymuluje odpowiednie agendy rządowe do podjęcia aktywności;
- wymiana doświadczeń oraz dobrych praktyk jest ważnym obszarem wspierania profesjonalistów, rozwijającym ich warsztat pracy. Istotne jest organizowanie konferencji i spotkań dyskusyjnych, podczas których poruszane są problemy znajdujące się w polu ich zainteresowań, wymiana poglądów, doświadczeń, jakie każdy z uczestników danego spotkania zdobywa w pracy zawodowej czy też różnorodnej działalności społecznej. Może to skutkować licznymi spostrzeżeniami na temat sposobów udoskonalenia systemu przeciwdziałania przemocy;
- potrzebę zbierania danych o osobach niepełnosprawnych doświadczających przemocy (brak bazy danych powoduje niewidoczność zjawiska, postulowane jest poszerzenie kategorii osoby stosującej przemoc o opiekuna) i badań dotyczących problemu;
- opracowanie standardów, kodeksów, przewodników zapewniających wysoką jakość pomocy – w tym np. identyfikację niepełnosprawności jako czynnika w ocenie ryzyka występowania przemocy;
- powoływanie zespołów interdyscyplinarnych, które zajmowałyby się problemami ludzi starszych i z niepełnosprawnościami i które przyczyniałyby się do wieloaspektowego rozpatrywania trudności towarzyszących ich życiu i wypracowywania sposobów udzielania profesjonalnej pomocy. W ich skład powinni wchodzić przedstawiciele różnych instytucji, np. pomocy społecznej, służby zdrowia, policji, organizacji pozarządowych, jak też sami seniorzy i osoby z niepełnosprawnościami. Zespoły mogłyby być także skutecznym forum dla dyskusji dotyczących poszukiwania najlepszych rozwiązań w obszarze wspierania osób starszych i z niepełnosprawnościami oraz chronienia ich przed krzywdzeniem, a także środowiskiem rozpowszechniającym informacje o instytucjach, w których można uzyskać specjalistyczną pomoc;
- warto sięgnąć do doświadczeń i rozwiązań stosowanych w innych krajach. Pojawiające się od niedawna praktyki reagowania na przemoc wobec osób z niepełnosprawnościami, jak np. projekt badawczy przeprowadzony w Wiktorii w Australii czy program Disability Services ASAP (Austin, Teksas) w USA, kładą nacisk na konieczność ścisłej współpracy pomiędzy „pomagaczami” i instytucjami z obszarów przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz pomocy osobom niepełnosprawnym, w tym na znajomość oferty pomocowej w obydwu obszarach.

W ramach realizacji projektu, dążąc do podniesienia kompetencji specjalistów – przedstawicieli służb i instytucji działających w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej oraz służb i instytucji świadczących usługi wsparcia dla osób starszych i z niepełnosprawnościami – zorganizowano cykl szkoleń, w których wzięło udział 192 specjalistów. Szkolenia obejmowały 4 obszary tematyczne:

- zjawisko przemocy wobec osób starszych – ujęcie wiktymologiczne, skala problemu, aspekty prawne, psychospołeczna perspektywa postrzegania starości, znaczenie relacji międzypokoleniowych, pozycja seniora w rodzinie, czynniki wystąpienia przemocy, zależności między społeczno-demograficznymi cechami ofiar i sprawców;
- przemoc wobec osób z niepełnosprawnościami, przewlekle chorych – rozpoznawanie i reagowanie, mity i stereotypy o przemocy wobec osób z niepełnosprawnościami, charakterystyka emocjonalnego krzywdzenia osób przewlekle chorych, rozpoznawanie przemocy i strategia interwencji;
- przemoc wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną – specyfika całościowych zaburzeń rozwoju, czynniki ryzyka doświadczania przemocy w kontekście problemów w komunikowaniu się i relacjach interpersonalnych, utrwalonych przekonań marginalizujących potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich wiarygodność;
- profilaktyka przemocy wobec osób starszych i z niepełnosprawnościami – pojęcie profilaktyki, jej wpływ na kształtowanie świadomości społecznej, planowanie strategii działań profilaktycznych, wymiana doświadczeń, poznanie dobrych praktyk.

Na zakończenie działań projektowych, w celu upowszechnienia i rozpropagowania modelu, zostanie zorganizowana konferencja pn. „Przemoc jest bliżej, niż myślisz”, kierowana do 200 przedstawicieli służb i instytucji. Wystąpienia, skoncentrowane wokół problemu przemocy wobec osób starszych i osób z niepełnosprawnościami, jej rozpoznawania i strategii postępowania, mają na celu również rozwijanie i wzmacnianie współpracy interdyscyplinarnej oraz wzrost poziomu integracji krakowskiego środowiska zajmującego się przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie.

VI.2. Działania skierowane do osób starszych i z niepełnosprawnościami

W ramach realizacji projektu prowadzono działania mające na celu zidentyfikowanie form przemocy, jakim najczęściej podlegają grupy docelowe objęte projektem, poznanie poziomu wiedzy na temat zjawiska przemocy wśród przedstawicieli tych grup, a także ustalenie optymalnej ścieżki profilaktyki i interwencji w sytuacji zidentyfikowania przemocy. W obu grupach docelowych wyłoniono właściwe dla nich wspólne cechy zwiększające narażenie na wystąpienie przemocy, takie jak: izolacja społeczna i zależność od otoczenia, stereotypowe przekonania dotyczące ich funkcjonowania oraz potrzeb i praw, postawy otoczenia deprecjonujące zdolność do podejmowania decyzji i obniżające autonomię, niska świadomość przysługujących praw oraz brak umiejętności rozpoznania i nazywania przemocy u samych zainteresowanych. W sytuacji wystąpienia przemocy w grupie osób z niepełnosprawnościami i starszych szczególnie obecny jest też strach dotyczący konsekwencji zgłoszenia przemocy, wstyd i pragnienie ochrony sprawców, od których są realnie zależni, oraz lęk przed odrzuceniem i eskalacją przemocy w konsekwencji jej ujawnienia. Obie te grupy podlegają także faktycznym ograniczeniom fizycznym i poznawczym, które skutkują zarówno trudnościami w rozpoznaniu samej przemocy, jak też w nazwaniu i zgłoszeniu jej. W odpowiedzi na te problemy w ramach projektu zrealizowano warsztaty dla 60 osób z niepełnosprawnością intelektualną – uczestników krakowskich dziennych ośrodków wsparcia – środowiskowych domów samopomocy, warsztatów terapii zajęciowej i uczniów jednej ze szkół specjalnych. Zorganizowane warsztaty pozwoliły zwiększyć umiejętności rozpoznawania przemocy i reagowania na jej wystąpienie osób z niepełnosprawnością intelektualną, dając uczestnikom wiedzę na temat przemocy i świadomość swoich praw oraz umożliwiając przećwiczenie reagowania w sytuacji potencjalnej przemocy w bezpiecznych warunkach warsztatów. Warsztaty zostały poprzedzone ankietą badającą poziom wiedzy tej grupy osób na temat przemocy, umiejętność nazywania i identyfikowania rodzajów przemocy oraz poziom autonomii i decyzyjności w różnych obszarach życia codziennego. W badaniu wzięło udział 71 osób i potwierdziło ono tezy dotyczące niskiego poziomu wiedzy tej grupy na temat przemocy, a także zależności i ograniczonej autonomii w działaniu oraz trudności w określaniu swoich granic i egzekwowaniu potrzeb związanych z samodzielnością.

Działania projektowe kierowano również do osób znajdujących się jako profesjonalści w kręgu bliskich osób wspierających osoby starsze oraz z niepełnosprawnościami. Prowadzone działania były skierowane na opracowanie optymalnej ścieżki przeciwdziałania przemocy wśród osób z tych dwóch grup – przez oddziaływanie na samych zainteresowanych, ale także przez działania skierowane do środowiska profesjonalistów, tak aby zarówno odbiorcy działań, jak też ich opiekunowie zwiększyli wiedzę oraz umiejętności rozpoznawania przemocy, a gdy już dojdzie do jej identyfikacji – umieli podjąć działania, aby skutecznie wspierać swoich podopiecznych w poprawie ich sytuacji.

Opracowano także scenariusze warsztatów/spotkań edukacyjnych do wykorzystania w czasie spotkań z grupami osób z niepełnosprawnościami, osób starszych, spotkań z rodzinami i opiekunami oraz z osobami wspierającymi grupy zagrożone przemocą w ramach swoich obowiązków służbowych. Prowadzono także szereg działań edukacyjnych dla profesjonalistów mających na co dzień kontakt z osobami z grup zagrożonych przemocą, w tym szkolenia podnoszące świadomość zjawiska przemocy w grupach osób starszych oraz z niepełnosprawnościami dotyczące zjawiska przemocy wobec osób starszych, profilaktyki przemocy, dzieci z niepełnosprawnościami oraz osób przewlekłe chorujących, w czasie których zwracano uwagę na psychologiczne skutki przemocy oraz możliwości zapobiegania jej. W wyniku realizowanych działań profesjonalści pracujący na co dzień z osobami z grup docelowych mogli zapoznać się z zagadnieniami dotyczącymi zjawiska przemocy oraz specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością oraz osób starszych w tej szczególnej sytuacji.

Zgodnie z wnioskami i rekomendacjami znajdującymi się w dokumencie przygotowanym przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 r.* zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie, a także doświadczenia związane ze zjawiskiem pandemii COVID 19 wymagają dostosowania prowadzonej polityki publicznej do stale zmieniających się potrzeb i oczekiwań osób starszych. Odpowiedzią na ten proces jest aktywna polityka społeczna wobec seniorów realizowana zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym. W nadchodzących latach niezbędny jest więc dalszy rozwój oferty usług i zajęć skierowanych do osób starszych, w szczególności przeciwdziałających marginalizacji, separacji i samotności, wzmacniających samodzielność oraz gwarantujących pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Wyzwaniem jest także zadbanie o dobrą kondycję psychofizyczną seniorów – zintensyfikowanie działań z zakresu profilaktyki

zdrowotnej, a generalnie – przedłużanie, w miarę możliwości, okresu niezależności seniorów i zachowania przez nich umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych i kryzysowych.

Niewątpliwie przemoc jest zjawiskiem bardzo złożonym i poza głównymi wskazanymi czynnikami jest jeszcze wiele innych elementów, które mogą wpływać zarówno na doświadczenie przemocy w ww. grupach, jak też na jej identyfikowalność i ujawnialność. W związku z przedstawionymi danymi szczególnej wagi nabierają działania obejmujące szeroko pojętą edukację antyprzemocową tych grup społecznych – począwszy od wzmacniania samodzielności i umiejętności korzystania ze swoich praw, rozpoznawania i prawidłowego identyfikowania przemocy, przez doskonalenie umiejętności miękkich umożliwiających stawianie czoła trudnej sytuacji, aż po umiejętność zapewnienia sobie wsparcia, żeby zatrzymać działanie przemocowe.

Model przeciwdziałania przemocy wobec osób starszych i z niepełnosprawnościami obejmuje specyfikę funkcjonowania seniorów i osób z niepełnosprawnościami, ich potrzeby i oczekiwania, nie koncentrując się wyłącznie na ich zależności oraz braku samodzielności. Z tego względu wśród działań zalecanych w obszarze wspierania osób starszych i z niepełnosprawnościami w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej wskazuje się:

- zapewnienie fizycznego dostępu do usług i wiedzy (chodzi tu zarówno o dostosowanie architektoniczne, jak i dostępność językową do informacji dla osób o różnych rodzajach niepełnosprawności – odpowiednie materiały informacyjne, przystosowanie strony internetowej tak, by mogły z niej korzystać osoby z niepełnosprawnościami);
- profilaktykę/edukację osób z niepełnosprawnościami z zakresu bezpieczeństwa osobistego i życia seksualnego. Zbyt wiele z tych osób nie korzysta z edukacji dotyczącej życia seksualnego, tworzenia bezpiecznych związków, dbania o własne bezpieczeństwo. Stąd często nie mają one wystarczającej wiedzy o swoim ciele, zdrowych związkach i sposobach radzenia sobie z przemocą. Dlatego część programów przeciwdziałających przemocy skupia się na edukacji w tym właśnie zakresie;
- konieczność głębszego zainteresowania się poszczególnymi przypadkami (osoby z niepełnosprawnością mogą potrzebować intensywniejszego i dłużej trwającego wsparcia, w tym pomocy w rozwiązaniu wielu dodatkowych problemów, jak np. zapewnienie dostępu do innych usług związanych z niepełnosprawnością; może to nawet oznaczać odbudowywanie całego systemu wsparcia/kontaktów w nowym miejscu zamieszkania);
- aktywny udział seniorów i osób z niepełnosprawnością w projektowaniu polityki społecznej i usług pomocowych;
- stworzenie kompleksowego systemu wsparcia niesamodzielnych osób starszych oraz ich opiekunów, np. poprzez uregulowanie prawne ryzyka niesamodzielności – określenie kryteriów i stopni niesamodzielności, a także profesjonalizację usług w tym zakresie;
- organizację dziennych form opieki dla osób z zaburzeniami poznawczymi, rozwój i zwiększenie dostępu do kompleksowej opieki geriatrycznej;
- stworzenie warunków do aktywnego starzenia się społeczeństwa, umożliwiających wydłużanie okresu samodzielności i uwzględnianie w politykach publicznych podejścia międzypokoleniowego;
- kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie, poprawę wizerunku osoby starszej, zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat starości oraz przeciwdziałanie negatywnym stereotypom starości;
- realizację spójnej polityki społecznej wobec osób starszych przez wszystkie instytucje publiczne oraz partnerów społecznych przy wykorzystaniu istniejących zasobów organizacyjnych, kompetencyjnych oraz samopomocy;
- uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej, sportowej i religijnej;
- promocję zdrowia, profilaktykę chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- organizowanie pomocy sąsiedzkiej, wolontaryjnej;
- zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych;
- zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych;
- poprawę komunikacji z osobami starszymi w instytucjach publicznych poprzez stosowanie tzw. prostego modelu komunikacji, w którym jasno określone jest, kto jest nadawcą, a kto odbiorcą, wiadomość przekazywana jest w sposób prosty, bezpośredni, jasny i zrozumiały;
- opracowanie dokumentu wyznaczającego zasady profesjonalnej komunikacji z osobą starszą;
- osiągnięcie dostępności publicznych stron internetowych i usług elektronicznych oraz propagowanie projektowania zorientowanego na użytkownika;
- podnoszenie poziomu aktywności społecznej osób starszych oraz wspieranie funkcjonowania i rozwoju organizacji zrzeszających osoby starsze;
- realizację kampanii, akcji i innych działań profilaktycznych dotyczących edukacji, mających na celu przeciwdziałanie przemocy wobec osób starszych poprzez: prowadzenie kampanii społeczno-informacyjnych

uświadamiających, jakie zachowania są zachowaniami przemocowymi; wspieranie organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ruchów czy lokalnych inicjatyw, stojących na straży praw osób starszych; prowadzenie działań edukacyjnych w sektorze pomocy społecznej, służbie zdrowia, służbach porządku publicznego, w placówkach, które na co dzień mają kontakt z osobami starszymi, w placówkach edukacyjnych, a także wśród samych seniorów na temat przemocy wobec osób starszych;

- tworzenie w całym kraju sieci poradnictwa dla osób starszych doznających przemocy w miejscu zamieszkania. Sieć poradnictwa oraz spójny system wsparcia pozwoli na dostarczenie osobom starszym doznającym przemocy w miejscu zamieszkania niezbędnej pomocy pozwalającej na minimalizowanie konsekwencji tego zjawiska oraz na poprawę kondycji fizycznej i psychicznej seniorów;
- tworzenie systemu szkoleń na temat osób starszych, przemocy i komunikacji interpersonalnej w placówkach oświatowych, instytucjach pomocy społecznej, opieki medycznej, organach ścigania i wymiaru sprawiedliwości.

VI.3. Działania skierowane do rodzin oraz opiekunów nieformalnych osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami

Opieka nad osobami niesamodzielnymi w Polsce w znaczącym stopniu opiera się na opiece nieformalnej – opiekunami osoby zależnej są zazwyczaj członkowie jej rodziny lub inne bliskie osoby. Zgodnie z wynikami uzyskanymi w ramach badania PolSenior2 opieka nad osobami niesamodzielnymi w Polsce jest przede wszystkim zadaniem rodziny. Zdecydowana większość respondentów (ponad 90% spośród niemal 1400 osób starszych) wskazywała członków rodziny jako głównych dawców usług opiekuńczych. Niemal co dziesiąta osoba deklaruje, że wsparcie w tym zakresie jest jej udzielane przez sąsiadów, przyjaciół i znajomych. Niemal 6% respondentów odpowiadających na pytania dotyczące opieki nieformalnej podało, iż korzysta z pomocy opiekunek i opiekunów w ramach wsparcia usługowego z ośrodków pomocy społecznej. Do przyczyn takiej sytuacji należą przede wszystkim tradycyjne stosunki rodzinne oraz wysoki współczynnik współzamieszkania (częste przypadki zamieszkiwania osób starszych ze swoimi dziećmi). Należy podkreślić, że większość opiekunów nieformalnych nie posiada wystarczającej wiedzy i umiejętności do właściwego sprawowania opieki domowej nad swoim starszym, niesamodzielnym bliskim. Może to niejednokrotnie prowadzić nie tylko do wystąpienia dodatkowych problemów zdrowotnych u osoby chorej, ale również do pogorszenia stanu zdrowia opiekuna – fizycznego i psychicznego (np. na skutek nieumiejętnego dźwigania osoby leżącej, a także przeciążenia opieką). Opiekunom osób zależnych niejednokrotnie brakuje wiedzy na temat dostępnych form pomocy i opieki oraz specyfiki samej choroby, a także możliwości uzyskania porady i wsparcia emocjonalnego w codziennym radzeniu sobie z ciężarem choroby i opieki. Znajomość objawów (w tym zmian emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych) i perspektywy dalszego postępowania choroby oraz dostępnych form pomocy może w znaczący sposób wpływać na jakość życia zarówno opiekuna, jak i samego chorego. Może m.in. zmniejszać poczucie bezradności towarzyszące chorobie oraz wspierać aktywne radzenie sobie z codziennymi problemami z nią związanymi. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca, aby opiekunowie osób z demencją mieli dostęp do niedrogich, sprawdzonych i dobrze zaprojektowanych narzędzi internetowych, które pozwolą im zdobyć potrzebne umiejętności, szkolenia i wsparcie, gdziekolwiek się znajdują³⁹. W związku z powyższym należy zwrócić uwagę na kondycję opiekunów rodzinnych poprzez wprowadzanie zmian w dotychczasowym systemie zabezpieczenia społecznego oraz rozbudowanie systemów wsparcia środowiskowego.

Punktem wyjścia modelu jest przyjęcie założenia, że najskuteczniejszym działaniem w zakresie wzmocnienia systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie wobec seniorów i osób z niepełnosprawnością jest prowadzenie szeroko rozumianych działań profilaktycznych. W takiej perspektywie profilaktyka polega przede wszystkim na kreowaniu odpowiedniej polityki społecznej i upowszechnieniu wiedzy na temat zjawiska przemocy w społeczeństwie, a poprzez to tworzenie środowisk, które będą uczulone na krzywdzenie. Istotną grupą są rodziny osób starszych i z niepełnosprawnością oraz ich opiekunowie nieformalni. W działaniach profilaktycznych należy wziąć pod uwagę czynniki, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia zachowań przemocowych, jak również te, które mogą mieć charakter przeciwdziałający i chroniący przed wystąpieniem zjawiska przemocy.

Wśród działań skierowanych do rodziców i opiekunów osób starszych i z niepełnosprawnością można wymienić te mające na celu:

- wzrost poziomu wiedzy i umiejętności opiekunów poprzez organizację szkoleń dla opiekunów ukierunkowanych na podniesienie kompetencji opiekuńczych tych osób, a tym samym poprawę jakości i usprawnienie opieki udzielanej w domu;

39. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, [www.gov.pl](https://www.gov.pl/web/mswia/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2021--2025), online: <https://www.gov.pl/web/mswia/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2021--2025> [dostęp: 29.11.2023].

- rozwój sieci wsparcia poprzez tworzenie grup wsparcia i samopomocowych;
- tworzenie systemu szkoleń i nabywania kwalifikacji w celu uzyskania kompetencji umożliwiających opiekę nad niesamodzielnymi osobami starszymi i z niepełnosprawnościami;
- rozwijanie systemu wsparcia dla rodzin i opiekunów niesamodzielnych osób starszych i z niepełnosprawnością przez instytucje publiczne, zapewnienie opieki psychologicznej dla bliskich osoby starszej i z niepełnosprawnością;
- zwrócenie uwagi na psychologiczne funkcjonowanie opiekunów oraz poprawę jakości ich funkcjonowania (m.in. pod względem psychologicznym) w sytuacji sprawowania długotrwałej opieki nad osobą zależną;
- udostępnianie informacji, tworzenie baz wiedzy na temat możliwych form wsparcia, pomocy usługowej, na przykładzie projektu realizowanego w gminie miejskiej Kraków pn. „Rodzicu, nie jesteś sam!”, w ramach którego tzw. przewodniczki, tj. osoby zatrudnione w szpitalach, przekazują rodzicom informacje o miejscach udzielania bezpośredniego wsparcia, dostępie do różnorodnych form pomocy funkcjonujących na terenie gminy miejskiej Kraków oraz udzielają indywidualnych porad dostosowanych do potrzeb danej osoby;
- realizowanie działań profilaktycznych skierowanych do rodzin z małymi dziećmi z niepełnosprawnością w ramach zadań poradni psychologiczno-pedagogicznych i ośrodków prowadzących wczesne wspomaganie przez psychologów i pedagogów. Powinny one obejmować tematykę prawidłowej komunikacji, wyrażania własnych potrzeb i odczytywania potrzeb dzieci z niepełnosprawnością, wskazując, jakie czynniki sprzyjają zjawisku przemocy (np. stres, przemęczenie, wypalenie), a jakie są czynnikami chroniącymi;
- uświadomienie, że ważną rolę w oddziaływaniach profilaktycznych wobec rodziców mają do odegrania placówki oświatowe – przedszkola oraz szkoły. Istotnym faktem jest to, że placówki wsparcia dziennego znają środowiska, w jakich wychowywane są dzieci, a znając środowisko rodzinne dzieci, łatwiej mogą podjąć adekwatne do możliwości danego środowiska działania: informacyjne, edukacyjne;
- prowadzenie działań profilaktycznych o charakterze długofalowym, a nie w formule akcyjnej czy incydentalnej;
- otrzymywanie wsparcia przez rodziny osób starszych czy dorosłych z niepełnosprawnością w placówkach wsparcia dziennego przeznaczonych dla osób starszych i dorosłych z niepełnosprawnością, do których uczęszczają te osoby. Bardziej problematyczne wydaje się objęcie profilaktyką opiekunów, którzy przejmują opiekę nad osobami zależnymi, ale nie w ramach obowiązków zawodowych czy wynikających z więzi rodzinnych. Trudniej jest od takich osób oczekiwać zaangażowania się w dodatkowe aktywności związane z uczestnictwem w działaniach profilaktycznych. Wobec tych osób najbardziej adekwatną formą działań profilaktycznych będzie tzw. profilaktyka pierwszorzędowa, czyli w skali makro;
- w ramach zapobiegania przemocy na poziomie ogólnym wykorzystywanie ulotek, filmów edukacyjnych czy animacji w środkach komunikacji zbiorowej, audycji radiowych, a także artykułów w prasie lub czasopiśmie wydawanych przez UMK;
- organizowanie warsztatów profilaktycznych dla rodzin poświęconych komunikacji w rodzinie, radzeniu sobie ze stresem, problemowi wypalenia w opiece, asertywności, umiejętności uzewnętrzniania uczuć, wzmacnianiu czynników chroniących przed przemocą, możliwości pojawiania się nietypowych zachowań u osób z niepełnosprawnością w zależności od posiadanych schorzeń i sposobów reagowania;
- tak istotny element w radzeniu sobie w opiece nad osobami starszymi jak przekazywanie wiedzy psychologicznej odnośnie do procesu starzenia się i zachodzących zmian osobowościowych czy w obrębie CUN, które mogą rzutować na codzienne funkcjonowanie osób starszych, ich relacje ze środowiskiem i najbliższym otoczeniem;
- profesjonalne wsparcie rodzin sprawujących opiekę domową – poradnictwo, konsultacje, treningi umiejętności opiekunów nieformalnych (świadczone przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i pracowników socjalnych) oraz inne działania na rzecz podnoszenia jakości opieki domowej;
- wprowadzenie różnych form okresowego odciążenia członków rodziny sprawujących osobistą opiekę nad niesamodzielną osobą starszą i z niepełnosprawnością, rozwijanie usług o charakterze opieki wytchnieniowej – dawanie opiekunom możliwości odpoczynku, który sprzyja budowaniu prawidłowych relacji, zapobiega wypaleniu oraz obniża ryzyko wystąpienia zachowań przemocowych.

VII. SCENARIUSZE ROZMÓW

- Jak wspierać osoby z niepełnosprawnościami i osoby starsze w trudach codziennego życia?
- Jak chronić osoby starsze przed przemocą?
- Jak reagować, gdy mamy podejrzenia, że wobec osoby z niepełnosprawnością stosowana jest przemoc?
- Co zrobić z poczuciem bezradności, gdy obserwujemy przemoc bądź słyszymy o niej?

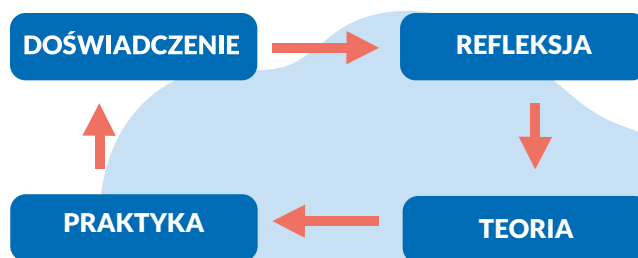
Na te i inne pytania odpowiadają przygotowane przez dr Barbarę Superson materiały szkoleniowe. Oczywiście jest to tylko kropla w morzu potrzeb, ale wierzę, że kropla drąży skałę i lepiej zrobić cokolwiek, niż nie zrobić nic. Szczególnie w związku z przemocą w rodzinie.

Najlepszymi realizatorami profilaktyki w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie jesteście właśnie wy! Z góry dziękuję za zainteresowanie tym ważnym społecznie tematem. Pedagodzy, asystenci, pracownicy socjalni, przedstawiciele służb, rodzice i opiekunowie. Wy wszyscy każdego dnia zdajecie sobie sprawę z trudności, z jakimi borykają się rodziny osób z niepełnosprawnościami czy mające pod opieką starszego, schorowanego członka rodziny. Wy wszyscy już jesteście bohaterami, którzy nie zamiatają trudności pod dywan, a z odwagą podejmują temat.

Życzę wam wielu owocnych spotkań. Niech te warsztaty będą okazją do przyjrzenia się zjawisku przemocy w rodzinie, ale nie poprzez szukanie winnych, tylko dostrzeżenie szerszej perspektywy i zobaczenie, co REALNIE możemy zrobić, by przeciwdziałać przemocy. Skupimy się raczej na tym, jak unikać rozniecenia ognia, niż na tym, jak gasić wielkie pożary.

Jeśli na co dzień macie bliski kontakt z osobą z niepełnosprawnością bądź osobą starszą, to te materiały pomogą Wam w zaaranżowaniu indywidualnych bądź grupowych spotkań podejmujących temat szeroko pojmowanej profilaktyki przemocy. Takie spotkania są też okazją, by rozwijać samoświadomość i tworzyć solidne fundamenty zdrowych relacji, które pomagają chronić się przed przemocą.

W scenariuszach odnajdziecie zasady uczenia się zgodne z cyklem Davida Kolba, czyli przedstawienia danej umiejętności bądź wiedzy poprzez **doświadczenie** (konkretne ćwiczenie, karty rozwoju), **refleksję** nad tym (własne odczucia, pierwsze wnioski z ćwiczenia), **teorię** (usystematyzowanie wniosków w kontekście szerszej teorii, tzw. konceptualizacja) oraz **praktykę** (zastanowienie się, co możecie z tego ćwiczenia wyciągnąć dla siebie, jak wykorzystać to w swojej pracy, w domu). Dużo tu pytań, na które zwykle nie ma prostych odpowiedzi. Wspólnie możemy jednak znaleźć wiele inspirujących strategii. I to jest właśnie moc spotkań w gronie praktyków!



Rys. 1. Cykl Kolba

W scenariuszach przewijają się również metody autorstwa Marshalla Rosenberga, znane jako porozumienie bez przemocy (ang. *nonviolent communication* – NVC). Jednym z narzędzi, do którego często będziemy wracać w trakcie omawiania scenariuszy, jest język, którym posługujemy się w kontakcie z innymi. Język, dzięki któremu budujemy lub niszczyliśmy własne relacje. Sami decydujemy, czy wybieramy język serca, czy język przemocy. Ta metoda składa się z czterech kroków, które zmieniają nasz styl mówienia: (1) obserwacja, (2) nazwanie uczuć, (3) wyrażenie potrzeb, (4) wyrażenie prośby. Marshall Rosenberg pisał, że porozumienie bez przemocy to „nasz naturalnie współodczuwający stan, jaki osiągamy, gdy przemoc ustąpiła już z naszego serca”. I taka komunikacja to podstawa profilaktyki, przyjaznej profilaktyki.

VII.1. Scenariusz 1

Temat: NIE dla ciebie – TAK dla mnie

Grupa odbiorców: dzieci z niepełnosprawnościami (ok. 8–13 lat)

Cele:

- zapoznanie dzieci z pojęciem granic,
- pokazanie, jak dbać o swoje granice,
- ukazanie, jakie konsekwencje powoduje niedostrzeganie i nieszanowanie własnych granic,
- rozwój świadomości swojej cielesności.

Metody i formy pracy: rozmowa indywidualna, uzupełnianie karty rozwoju „Moja strefa komfortu”

Pomoce: wydrukowana karta rozwoju (załącznik 1), długopis/kredki

Czas trwania: ok. 60 min, w zależności od potrzeb dziecka

Przebieg spotkania:

1. Wprowadzenie

„No, babci nie dasz buziaczka?”, „Nie przesadzaj, chyba mogę ci umyć głowę?”, „Co z ciebie taka nietykalska?” – każdy z nas zapewne słyszał niejednokrotnie takie komunikaty. Sam był ich nadawcą, a może kierowano je do niego w wieku dziecięcym. To zdania, które bardzo mocno naruszają granice dziecka.

Granice mogą być rozumiane z wielu perspektyw:

- fizyczne, czyli nasze granice intymności;
- intelektualne, które umożliwiają odróżnianie potrzeb własnych od potrzeb innych osób;
- emocjonalne, dzięki którym potrafimy rozróżnić i wyrażać uczucia pojawiające się w kontekście określonej sytuacji (np. reakcji na kogoś lub coś);
- duchowe, odnoszące się do wiary, systemu wartości i przekonań;
- wolności osobistej, które określają prawo do odrębności i rozwoju, jak również wybierania własnych dróg (Ewa Tyralik-Kulpa, *Uwaga! Złość*).

Granice dzieci są często przekraczane, a ich obrona traktowana jako niegrzeczność, nieposłuszeństwo lub bezzasadny upór. Jak pokazać dziecku, że nie musi zawsze być na „tak”, że jego ciało należy do niego? Szczególnie gdy jest dzieckiem z niepełnosprawnością i jest zależne w bezpośredni, fizyczny sposób od swojego rodzica, brata, asystenta czy po prostu innej osoby. Część dzieci z niepełnosprawnościami boryka się z trudnościami w tzw. integracji sensorycznej, czyli odbiorem i przetwarzaniem doptywających do nich sygnałów. Dla dzieci o dużej nadwrażliwości na bodźce dotykowe ciągły kontakt fizyczny, np. na korytarzu szkolnym, może być źródłem dużej frustracji, z którą nie zawsze wiedzą, jak sobie poradzić. Małe dzieci z reguły nie potrafią znaleźć źródła swojej złości i są przez to niesprawiedliwie oceniane przez otoczenie.

2. Rozmowa

Pytania wprowadzające:

- Co to znaczy przytulać kogoś?
- Czy lubisz przytulanie?
- Kiedy nie masz ochoty na przytulanie?

3. Karta rozwoju „Moja strefa komfortu”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją.

4. Rozmowa

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Co czułeś(-aś), wypełniając tę kartę? (refleksja)
- Jakie granice warto wyznaczać? Co dają ludziom te granice? (teoria, nawiązanie do wprowadzenia)

- Co z tego ćwiczenia wyniesiesz dla siebie? (praktyka)
- Co możesz powiedzieć, gdy ktoś spoza okręgu chce cię przytulić, a ty nie masz na to ochoty?

Polecane książki:

- Ewa Tyralik-Kulpa, *Uwaga! Złość.*
- Jesper Juul, *O granicach. Kompetentne relacje z dzieckiem.*
- Jarek Żyliński, *Granice dzieci i dorosłych.*

VII.2. Scenariusz 2

Temat: Ja i moje granice, czyli o spójności w myślach, uczuciach i zachowaniu

Grupa odbiorców: osoby dorosłe z niepełnosprawnościami (* dla osób z niepełnosprawnością intelektualną mogą to być zbyt trudne zadania)

Cele:

- zwrócenie uwagi na to, jak myśli wpływają na uczucia i zachowanie;
- pokazanie, że każdy ma prawo do stawiania własnych granic;
- nauka asertywnego komunikowania granic;
- rozwijanie świadomości swoich potrzeb;
- profilaktyka przemocy.

Metody i formy pracy: praca indywidualna lub w małej grupie, rozmowa, uzupełnianie karty rozwoju „Myślę – czuję – robię”, uzupełnianie karty rozwoju „UFO”.

Pomoce: wydrukowana karta rozwoju „Myślę – czuję – robię” (załącznik 2), wydrukowana karta rozwoju „UFO” (załącznik 3), długopisy, karteczki samoprzylepne

Czas trwania: ok. 60 min, w zależności od potrzeb uczestnika(-ów)

Przebieg spotkania:

1. Wprowadzenie

Jednym z najbardziej efektywnych sposobów przeciwdziałania przemocy jest szeroko definiowana psychoedukacja, ale też rozwój samoświadomości. Dzisiaj omówimy, jak funkcjonuje tzw. triada poznawcza, dzięki której możemy się przyjrzeć niechcianym myślom, zachowaniom czy uczuciom.

2. Karta rozwoju „Myślę – czuję – robię”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją.

3. Omówienie ćwiczenia

Te trzy rodzaje myśli to tzw. TRIADA POZNAWCZA: myśli o SOBIE, o tym, CO ROBIMY, i o tym, jak się z tym CZUJEMY. Te rodzaje myśli pojawiają się często i mają duży wpływ na nasze samopoczucie. To potężne narzędzie, które jest odpowiedzią na to, co nam się przydarza, ale czasami bywa tak, że to nasz pogląd może wam podcinać skrzydła w codziennym życiu.

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czułeś(-aś) w tym ćwiczeniu?
- Jakie wnioski wyciągniesz z tego ćwiczenia?
- Jak możesz tę wiedzę wykorzystać w swoim życiu?

Warto pokazać uczestnikom, że czasem nasze myśli są zniekształcone. Przykładowe błędy w myśleniu:

- Wybiórcze postrzeganie, czyli uznawanie jakichkolwiek pozytywnych aspektów sytuacji jako nieistotnych lub podważanie ich (np. dziewczyna na wózku na wieść o tym, że chłopak proponuje jej randkę, myśli: „Pewnie z nikim innym nie może się umówić”).
- Wyolbrzymianie, czyli myślenie w kategorii „wszystko albo nic”, nie istnieje continuum, a tylko skrajności (albo jest super, albo beznadziejnie), czasem drobne niedociągnięcia to nie środek continuum, tylko totalna klęska (np. po kłótni z asystentką myślisz: „To koniec, ona mnie nie cierpi, już nigdy do mnie nie przyjdzie”).
- Bycie więźniem zawyżonych oczekiwań, czyli stawianie sobie poprzeczki tak wysoko, że prawdopodobnie nie damy rady jej przeskoczyć, przez co czujemy się gorsi (np. „Muszę się bardziej starać na fizjoterapii”, „Nie mogę się tak nad sobą użalać, nie tylko ja jeżdżę na wózku”).

Takie myśli i przekonania są bezużyteczne i demotywujące. Przykładowo przekonanie: „Wszystko, co robię, musi być doskonałe”, może prowadzić do założenia, że to, co robisz, nigdy nie jest wystarczająco dobre, a w efekcie możesz się czuć nieszczęśliwy(-a), wciąż na nowo próbując zrobić coś jeszcze lepiej. Przekonanie: „Nikt mnie nie lubi”, może prowadzić do założenia, że lepiej się izolować od innych, bo mogą cię odrzucić. To może wzbudzać smutek lub gniew, że inni są tacy, jacy są.

4. Karta rozwoju „UFO”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją.

5. Rozmowa

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Co czujesz(-aś), wypełniając tę kartę? (refleksja)
- Czy takie mówienie o swoich uczuciach ma dla ciebie sens? (teoria, nawiązanie do triady poznawczej)
- Co z tego ćwiczenia wyniesiesz dla siebie? (praktyka)

Polecane książki:

- Paul Stallard, *Czujesz tak, jak myślisz.*

VII.3. Scenariusz 3

Temat: Od złości do przemocy

Grupa odbiorców: rodzice dzieci z niepełnosprawnościami

Cele:

- strategię nieprzemocowego pokazywania dzieciom granic;
- nabycie umiejętności asertywnego przekazywania komunikatów;
- kształtowanie zdrowych relacji między dziećmi a rodzicami;
- pokazanie, że odpowiednia komunikacja to także profilaktyka przemocy w rodzinie.

Metody i formy pracy: wykład, uzupełnianie karty rozwoju „UFO”, burza mózgów, dyskusja, praca w grupach

Pomoce: wydrukowana karta rozwoju „UFO” (załącznik 3), flipchart, pisaki, długopisy

Układ sali: krzesła ustawione w półokrąg/okrąg, flipchart obok miejsca trenera

Czas trwania: 60 min

Przebieg spotkania:

1. Runda rozpoczynająca: prezentacja uczestników

Trener się przedstawia i krótko nakreśla tematykę oraz formę zajęć.

Następnie zgodnie z jego instrukcją każdy z uczestników odpowiada na pytania zapisane na flipcharcie:

- Jak masz na imię?
- Co sprawiło, że zgłosiłeś(-aś) się na ten warsztat?

2. Wprowadzenie

Czy dziecku trzeba stawiać granice? Oczywiście – jednogłośnie odpowiedzą pewnie wszyscy dorośli. Pytanie kluczowe brzmi zatem: jak je stawiać? Przez lata pokutował w pedagogice autorytarny styl wychowania, który często miał niewiele wspólnego z szacunkiem okazywanym dziecku. Aktualnie dużo mówi się o podejściu w nurcie porozumienia bez przemocy, gdzie główny akcent kładzie się na POKAZYWANIE dziecku granic, a nie na ich stawianie. Jaka to różnica? Sami zobaczcie:

- *Natychmiast umyj te zęby. Liczę do trzech!!!*

albo

- *Chciałabym, żebyś umył zęby, żeby były zdrowe i mocne, by można było nimi zjadać smakołyki. Boję się, że jeśli nie będziesz ich mył, to mogą się popsuć. Chcesz, żebym ci pomogła, czy sam umyjesz?*

Jakie widzicie różnice w tych komunikatach? (osoba trener zapisuje spostrzeżenia na flipcharcie z oznaczeniem „autorytarnie” vs. „NVC”)

Zwrócenie uwagi na to, że w komunikatach bez przemocy mówimy o swoich uczuciach, nie oceniamy drugiej osoby, nie obwiniamy jej, nie stosujemy manipulacji. Mówimy o sobie, a nie o niej, np. „Złoszczę się, gdy ty... (zachowanie)”, „Nie lubię, gdy... (zachowanie)”.

3. Burza mózgów

Dobrze, ale teraz pytanie, czy dzieciom z niepełnosprawnościami należy pokazywać takie same granice, jakich oczekujemy od dzieci rozwijających się normatywnie?

- Przywołajcie sytuacje, w których zastanawialiście się, czy nie zrezygnować z jakiejś zasady, pokazania granicy.
- Podajcie przykłady. (zapisujemy na flipcharcie)
- Jakie uczucia za tym stały? (zapisujemy na flipcharcie)

4. Omówienie

Poruszenie tematu złości, która pojawia się w rodzicach, kiedy nie zdają sobie sprawy z własnych granic, pozwalają je przekraczać, nie pilnują ich.

5. Karta rozwoju „UFO”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją.

6. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czuliście podczas wypełniania tej karty?
- Czy łatwo wam było ułożyć komunikat UFO?
- Co z tego ćwiczenia wyniesiecie dla siebie?
- Jaki związek ma odpowiednia komunikacja z profilaktyką przemocy?

7. Ćwiczenie

Rodzice w grupach (3–4-osobowych) zapisują pomysły na zasady, które chcą, by obowiązywały w ich domu, i na których przestrzeganiu im zależy.

Wspólne omówienie, w jaki sposób poinformować dzieci o tych zasadach (odwołanie się do komunikatów UFO).

8. Podsumowanie

Pytanie do uczestników:

Co z tych warsztatów wyniesiecie dla siebie?

Polecane książki:

- Dana Landis, Kim Paleg, Mathew McKay, Patrick Fanning, *Kiedy twoja złość krzywdzi dziecko*.
- Monika Szczepanik, *Jak zrozumieć się w rodzinie*.

VII.4. Scenariusz 4

Temat: Kształtowanie wizerunku dzieci z niepełnosprawnościami

Grupa odbiorców: pedagodzy

Cele:

- przeciwdziałanie zachowaniom stereotypizującym i dyskryminującym;
- zwrócenie uwagi na zasoby dziecka, a nie na jego deficyty;
- pokazanie diagnozy funkcjonalnej;
- przeciwdziałanie przemocy poprzez budowanie zdrowego poczucia własnej wartości.

Metody i formy pracy: praca indywidualna, dyskusja, uzupełnianie karty rozwoju „Orzeł”, uzupełnianie karty rozwoju „Szukam rozwiązania”

Pomoce: wydrukowana karta rozwoju „Orzeł” (załącznik 4), wydrukowana karta rozwoju „Szukam rozwiązania” (załącznik 5), flipchart, pisaki, kartki

Układ sali: krzesła ustawione w półokrąg/okrąg, flipchart obok miejsca trenera

Czas trwania: 90 min

Przebieg spotkania:

1. Runda rozpoczynająca: prezentacja uczestników

Trener się przedstawia i krótko nakreśla tematykę oraz formę zajęć. Następnie zgodnie z jego instrukcją każdy z uczestników odpowiada na pytania zapisane na flipcharcie:

- Jak masz na imię?
- Gdzie i z kim pracujesz?
- Co sprawiło, że zgłosiłeś(-aś) się na ten warsztat?

2. Wprowadzenie

Przemoc wiąże się z frustracją. W grupie dzieci warto ograniczać sytuacje związane z frustracją wynikającą z niewiedzy, że dzieci z daną niepełnosprawnością mogą zachowywać się nieco inaczej (np. echolalie u dzieci ze spektrum autyzmu). W tym celu dobrze organizować spotkania integracyjne, a także otwarcie rozmawiać z uczniami o niepełnosprawności, pokazując, że inny nie znaczy gorszy, a potencjalne trudności są często niezależne od woli dziecka z niepełnosprawnością (np. echolalia).

3. Praca w grupach

Uczestnicy dobierają się w pary. Każdy pedagog przez 3 minuty opowiada drugiemu o jakimś dziecku z niepełnosprawnością, z którym pracował. Druga osoba uważnie słucha. Potem następuje zamiana (kolejne 3 minuty).

Na forum grupy pedagodzy opowiadają, czego się dowiedzieli od rozmówcy, a trener zapisuje na flipcharcie, czy dana wypowiedź bazowała głównie na zasobach dziecka, czy na jego deficytach (na flipcharcie dwie kolumny: zasoby i deficyty). Omówienie ćwiczenia.

4. Karta rozwoju „Orzeł”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją.

5. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czuliście podczas tego ćwiczenia? Czy było łatwo wydobyć zasoby dziecka?
- W jaki sposób to ćwiczenie wpłynęło na wasze myślenie o dzieciach z niepełnosprawnościami?
- Jak możecie wykorzystać wiedzę w swojej pracy?

6. Karta rozwoju „Szukam rozwiązania”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją, w grupach 2–3-osobowych.

7. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czuliście podczas tego ćwiczenia?
- Czy łatwo było rozwiązać to zadanie?
- Jak możecie wykorzystać wiedzę w swojej pracy?

Polecane książki:

- Seria książeczek *One są wśród nas*, <http://bc.ore.edu.pl/dlibra/collectiondescription?dirids=20>.

VII.5. Scenariusz 5

Temat: Kto się kryje pod diagnozą, czyli o profilaktyce zachowań dyskryminacyjnych

Grupa odbiorców: pracownicy socjalni

Cele:

- nabywanie umiejętności rozpoznawania stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji względem osób z niepełnosprawnościami;
- przeciwdziałanie zachowaniom dyskryminacyjnym;
- rozwijanie empatii i tolerancji wśród pracowników socjalnych.

Metody i formy pracy: studium przypadku, praca w grupach, praca indywidualna, dyskusja, uzupełnianie karty rozwoju „Orzeł”

Pomoce: film *Normalny facet, który lubi sport* (12'32”), projektor, rzutnik, ekran, wydrukowana karta rozwoju „Orzeł” (załącznik 4), karteczki samoprzylepne, flamastry, flipchart, arkusze A4, długopisy

Układ sali: krzesła ustawione w półokrąg/okrąg, flipchart obok miejsca trenera

Czas trwania: 60 min

Przebieg spotkania:

1. Runda rozpoczynająca: prezentacja uczestników

Trener się przedstawia i krótko nakreśla tematykę oraz formę zajęć. Następnie zgodnie z jego instrukcją każdy z uczestników odpowiada na pytania zapisane na flipcharcie:

- Jak masz na imię?

- Gdzie i z kim pracujesz?
- Co sprawiło, że zgłosiłeś(-aś) się na ten warsztat?

2. Ćwiczenie „Kto się kryje pod diagnozą – historia Robina”

Trener prosi uczestników o wypisanie na małych karteczkach wszystkich swoich skojarzeń z zespołem Downa. Następnie zbiera karteczki od uczestników i przykleja na flipcharcie. Omawia skojarzenia, zwracając uwagę na to, czy nie pojawiły się jakieś stereotypy.

Trener zapowiada krótki materiał filmowy o mężczyźnie z zespołem Downa. Po projekcji filmu uczestnicy zostają podzieleni na 4 grupy, w których mają za zadanie podyskutować o chorobach, które wzbudzają w nich lęk lub niechęć, które sprawiają, że nie mają ochoty nawiązywać relacji z takimi osobami. Trener podkreśla, że najczęściej stereotypy mają swoje źródło w lęku i niewiedzy, więc to normalne, że choroby słabo nam znane mogą budzić nasze lęki.

3. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czuliście podczas tego ćwiczenia?
- Jak podsumowałibyscie tę część naszych warsztatów?
- Co z tego ćwiczenia wyciągniecie dla siebie?

4. Karta rozwoju „Orzeł”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją.

5. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czuliście podczas tego ćwiczenia? Czy było łatwo wydobyć zasoby dziecka?
- W jaki sposób to ćwiczenie wpłynęło na wasze myślenie o dzieciach z niepełnosprawnościami?
- Jak możecie wykorzystać wiedzę w swojej pracy?

Polecane książki:

- Seria książeczek *One są wśród nas*, <http://bc.ore.edu.pl/dlibra/collectiondescription?dirids=20>

VII.6. Scenariusz 6. Temat: Góra lodowa przemocy

Grupa odbiorców: policjanci

Cele:

- rozwijanie świadomości dot. potencjalnych źródeł przemocy;
- profilaktyka zachowań przemocowych.

Metody i formy pracy: wykład, uzupełnianie karty rozwoju „Góra lodowa przemocy”, dyskusja, analiza przypadku.

Pomoce: wydrukowana karta rozwoju „Góra lodowa przemocy” (załącznik 6), flipchart, kartki, pisaki

Czas trwania: 90 min

Przebieg spotkania:

1. Runda rozpoczynająca: prezentacja uczestników

Trener się przedstawia i krótko nakreśla tematykę oraz formę zajęć. Następnie zgodnie z jego instrukcją każdy z uczestników odpowiada na pytania zapisane na flipcharcie:

- Jak masz na imię?
- Gdzie i z kim pracujesz?
- Co sprawiło, że zgłosiłeś(-aś) się na ten warsztat?

2. Wprowadzenie

Ofiary nadużyć boją się umieszczenia w tzw. domach starców, wstydzą się postępowania swoich oprawców, jeśli są oni członkami rodziny, oraz brakuje im wewnętrznej, psychicznej determinacji, by zgłosić incydent np. na policję. Osoby, które doznają przemocy ze strony synów czy córek, często o tym nie mówią, bo uważają, że to ich porażka wychowawcza, wstydzą się tego. Łatwiej przyznać się do przemocy ze strony męża albo żony niż do przemocy ze strony tych, których się urodziło i wychowało. Sytuacja krzywdzonej osoby starszej jest bardzo trudna, wielowątkowa. Często dodatkowo komplikuje ją zależność materialna, mieszkaniowa czy emocjonalna.

„W tej kategorii ciemna liczba przypadków przemocy wobec seniorów jest szczególnie trudna do ujawnienia z uwagi na to, iż osoby starsze nierzadko przebywają pod opieką tych, którzy je krzywdzą, a fakty te są skrzętnie

ukrywane przez członków rodziny. O większości przypadków przemocy, której ofiarami w swoich domach są osoby starsze, schorowane i zależne od innych członków rodziny, możemy się nigdy nie dowiedzieć. Nie ujawnimy ich, jeśli nie będziemy posiadali wiedzy i umiejętności dostrzegania, identyfikowania sygnałów świadczących o przemoc, jeśli będziemy dawać przyzwolenie na zachowania przekraczające normy współżycia społecznego". (Źródło: *Informacje o problemie przemocy wobec osób starszych schorowanych i niepełnosprawnych*, podlaska.policja.gov.pl, online: <https://podlaska.policja.gov.pl/pod/dzialania/prewencja/programy-profilaktyczn/pomoc-a-nie-przemoc/50399,Informacje-o-problemie-przemocy-wobec-osob-starszych-schorowanych-i-niepelnospra.html>).

Przemoc zawsze ma swoją przyczynę. Jej źródła są czasem bardziej, a czasem mniej oczywiste. Zapraszam do zapoznania się z krótką informacją medialną dotyczącą jednej z sytuacji przemocowych:

„Wczoraj przed godziną 21.00 oficer dyżurny policji został powiadomiony o awanturze domowej w jednej z rodzin. Policjanci natychmiast pojechali pod wskazany adres. Gdy weszli do mieszkania, awantura domowa trwała w najlepsze. Jak się okazało, to 42-letni mężczyzna wszczął awanturę z żoną, czego świadkiem była 75-letnia matka sprawcy, poruszająca się na wózku. W trakcie kłótni mężczyzna zachowywał się agresywnie wobec żony, kopał i szarpał. Funkcjonariusze zatrzymali mężczyznę w policyjnym areszcie. 42-latek miał 1,5 promila alkoholu w organizmie.

Odizolowanie sprawcy, który stwarza bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia swoich bliskich, pozwoliło zapewnić bezpieczeństwo członkom rodziny. Rodzina została dodatkowo objęta procedurą Niebieskiej Karty”.

3. Karta rozwoju „Góra lodowa przemocy”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją.

4. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia (można zapisywać na flipcharcie najważniejsze wnioski):

- Jak się czuliście, szukając potencjalnych źródeł przemocy?
- Na które z nich najczęściej zwracacie uwagę?
- Jak myślicie: jakie są najczęstsze przyczyny przemocy w rodzinie?
- O jakich źródłach przemocy zapomina się przy interwencjach?
- Dlaczego starsi ludzie nie apelują o pomoc?
- Co z tego ćwiczenia wyniesiecie dla siebie?

5. Podsumowanie

„W badaniu przeprowadzonym na zlecenie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej trzydzieści procent – czyli ponad dziewięć milionów – dorosłych Polaków potwierdziło, że było sprawcami przemocy w rodzinie. Siemnaście procent skrzywdziło bliskich kilka razy, a trzy procent wielokrotnie. Mężczyźni katują żony i dzieci. Bici synowie dorastają i znęcają się nad swoimi partnerkami i dziećmi. Krzywdzone dziewczynki wpadają w szpony toksycznych mężów. Dorosłe dzieci dręczą zniedołężniałych rodziców. Silniejsi terroryzują słabszych, zdrowi niepełnosprawnych, ci, którzy mają władzę, kontrolują i ranią swoich podopiecznych. Przez nasze domy płynie rzeka agresji, bólu, cierpienia i nienawiści. Oficjalne statystyki to wierzchołek góry lodowej” – Jacek Hołub.

Pytanie do uczestników:

Z czym kończycie dzisiejszy warsztat?

Polecane książki:

- Jacek Hołub, *Beze mnie jesteś nikim. Przemoc w polskich domach*.

VII.7. Scenariusz 7

Temat: Otoczeni przemocą – jaki mamy wpływ?

Grupa odbiorców: opiekunowie osób z niepełnosprawnościami

Cele:

- zrozumienie potencjalnych psychologicznych mechanizmów przemocy
- w rodzinie;
- nieuleganie stereotypom dot. sprawcy;
- rozwijanie świadomości komunikacji bez przemocy.

Metody i formy pracy: uzupełnianie karty rozwoju „Komunikacja bez przemocy/z przemocą”, dyskusja, materiał audiowizualny

Pomoce: wydrukowana karta rozwoju „Komunikacja bez przemocy/z przemocą” (załącznik 7), projektor, ekran, długopisy

Układ sali: krzesła ustawione w półokrąg/okrąg

Czas trwania: 60 min

Przebieg spotkania:

1. Runda rozpoczynająca: prezentacja uczestników

Trener się przedstawia i krótko nakreśla tematykę oraz formę zajęć. Następnie zgodnie z jego instrukcją każdy z uczestników odpowiada na pytania zapisane na flipcharcie:

- Jak masz na imię?
- Gdzie i z kim pracujesz?
- Co sprawiło, że zgłosiłeś(-aś) się na ten warsztat?

2. Wprowadzenie

Typowy sprawca przemocy według badań: mężczyzna, podstawowe wykształcenie, nie pracuje zawodowo, nadużywa alkoholu. Czynniki predysponujące do zachowań agresywnych w rodzinie: złe warunki materialne, obniżona sprawność intelektualna sprawcy, zaburzenia emocjonalne. Dominujące cechy osobowości sprawców przemocy: niedojrzałość emocjonalna, egocentryzm, impulsywność, niska samoocena, brak empatii i emocjonalnego ciepła, sztywność osobowości i poglądów (Liszka-Kisielewska, 2021).

3. Karta rozwoju „Komunikacja bez przemocy / z przemocą”

Trener prosi uczestników o wypełnienie karty rozwoju zgodnie z instrukcją.

4. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czuliście podczas wypełniania tej karty?
- Co z tego ćwiczenia wyniesiecie dla siebie?
- Jaki związek ma odpowiednia komunikacja z profilaktyką przemocy?

5. Podsumowanie

Według Raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę z 2022 roku aż 60% badanych zetknęło się z sytuacją krzywdzenia dziecka. Znaczna część świadków pozostała wobec tych zachowań bierna. Projekcja spotu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (link: <https://youtu.be/eZoicoAwSQk>).

Pytanie do uczestników:

Co jest najtrudniejsze w podjęciu decyzji o zgłoszeniu przemocy?

Polecane książki:

- *Jak rozpoznać dziecko krzywdzone?*, red. Anna Grajcarek.

VII.8. Scenariusz 8

Temat: Zgłaszać czy nie zgłaszać? – dylematy opiekunów osób starszych dot. przemocy w rodzinie

Grupa odbiorców: opiekunowie osób starszych

Cele:

- uświadomienie konsekwencji niepodjęcia działań z pozycji świadka przemocy;
- odróżnienie decyzji osobistej od obowiązku społecznego.

Metody i formy pracy: materiał audiowizualny, praca w grupach, burza mózgów, dyskusja

Pomoce: projektor, ekran, długopisy, karteczki samoprzylepne

Czas trwania: 45 min

Przebieg spotkania:

1. Runda rozpoczynająca: prezentacja uczestników

Trener się przedstawia i krótko nakreśla tematykę oraz formę zajęć. Następnie zgodnie z jego instrukcją każdy z uczestników odpowiada na pytania zapisane na flipcharcie:

- Jak masz na imię?
- Gdzie i z kim pracujesz?
- Co sprawiło, że zgłosiłeś(-aś) się na ten warsztat?

2. Projekcja spotu Fundacji dla Seniora „STOP przemocy wobec osób starszych”

Link: <https://youtu.be/A0U9jkQvUI0>

3. Krótki wykład

Główne formy przemocy to:

- izolowanie;
- zabieranie pieniędzy (np. emerytury czy renty);
- wytykanie choroby i niepełnosprawności;
- szantażowanie, groźby, wyzwiska;
- ograniczanie swobody decyzji;
- straszenie oddaniem do domu opieki;
- wmawianie choroby psychicznej;
- wymuszanie zmian w testamentcie;
- obciążanie zawyżonymi kosztami (np. kredytami lub pożyczkami);
- skłanianie do darowizn;
- zaniedbywanie, niezapewnianie jedzenia, leków, higieny osobistej, opieki medycznej;
- opuszczanie przez opiekunów, pozostawianie bez opieki.

(Źródło: *Reaguj na przemoc wobec osób starszych*, pacjent.gov.pl, online: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/reaguj-na-przemoc-wobec-osob-starszych>).

4. Burza mózgów

Uczestnicy na karteczkach samoprzylepnych wypisują, co jest najtrudniejsze w zgłoszeniu przemocy domowej wobec osoby starszej. Jakie towarzyszą temu obawy? Lęki? Wątpliwości? Wszystko, co przychodzi im do głowy, gdy myślą, że mieliby zgłosić taki incydent odpowiedniej instytucji, np. policji.

5. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czuliście, wykonując to ćwiczenie?
- Jaka jest różnica między decyzją osobistą a obowiązkiem społecznym czy prawnym?
- Czy zgłoszenie przemocy jest twoim wyborem czy obowiązkiem? (poniżej umocowanie prawne)
- Co z tego ćwiczenia wyniesiecie dla siebie?

USTAWA z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Art. 12. [Obowiązek zawiadomienia o przestępstwie z użyciem przemocy]

1) Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.

2) Osoby będące świadkami przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

6. Podsumowanie

Jak reagować, gdy wiem, że osoba, którą się opiekuję, jest ofiarą przemocy domowej?

Przemoc, która pozostaje bez reakcji, eskaluje i staje się coraz bardziej dotkliwa dla ofiary. W rodzinie sprzyja jej „tajemnica czterech ścian”. Dlatego trzeba reagować, aby przerwać milczenie i pomóc osobom krzywdzonym.

Jeśli doświadczasz krzywdy ze strony bliskich lub podejrzewasz, że osoba starsza doznaje przemocy w rodzinie, nie czekaj – działaj! Wykorzystaj jedno z rozwiązań:

- powiedz o tym komuś, komu ufasz;
- poproś o pomoc specjalistów: ośrodek pomocy społecznej, policję lub organizację pozarządową (fundację albo stowarzyszenie);
- zadzwoń do Fundacji Projekt Starsi: **537 375 505**.

Fundacja Projekt Starsi od sześciu lat pomaga osobom starszym, ofiarom przemocy. Udziela wsparcia psychologicznego i prawnego poprzez konsultacje. Prowadzi grupę wsparcia. Zgłasza i monitoruje przypadki krzywdzenia starszych. Działalność stacjonarna dotyczy głównie mieszkańców Warszawy. Telefoniczna – osób całej Polski.

(Źródło: *Reaguj na przemoc wobec osób starszych*, pacjent.gov.pl, online: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/reaguj-na-przemoc-wobec-osob-starszych>).

Pytanie do uczestników:

Z czym kończycie ten warsztat? Co z tego wyniesiecie dla siebie?

VII.9. Scenariusz 9

Temat: Oczy szeroko otwarte – przemoc w rodzinie

Grupa odbiorców: nauczyciele

Cele:

- pokazanie, jak przemoc w rodzinie może oddziaływać na dziecko;
- ukazanie mechanizmu samospełniającego się proroctwa.

Metody i formy pracy: praca indywidualna, praca grupowa, dyskusja, wykład, uzupełnianie karty rozwoju „Perspektywa nauczyciela”, uzupełnianie karty rozwoju „Perspektywa dziecka”, uzupełnianie karty rozwoju „Obiektywne informacje”

Pomoce: wydrukowana karta rozwoju „Perspektywa nauczyciela” (załącznik 8), wydrukowana karta rozwoju „Perspektywa dziecka” (załącznik 9), wydrukowana karta rozwoju „Obiektywne informacje” (załącznik 10), kartki, długopisy

Czas trwania: 90 min

Przebieg spotkania:

1. Runda rozpoczynająca: prezentacja uczestników

Trener się przedstawia i krótko nakreśla tematykę oraz formę zajęć. Następnie zgodnie z jego instrukcją każdy z uczestników odpowiada na pytania zapisane na flipcharcie:

- Jak masz na imię?
- Gdzie i z kim pracujesz?
- Co sprawiło, że zgłosiłeś(-aś) się na ten warsztat?

2. Karta rozwoju „Perspektywa nauczyciela”, karta rozwoju „Perspektywa dziecka”, karta rozwoju „Obiektywne informacje”

Trener prosi uczestników o podzielenie się na 3 grupy i wspólne wypełnienie trzech kart rozwoju zgodnie z instrukcją.

3. Omówienie ćwiczenia na flipcharcie, w formie tabeli

	NAUCZYCIEL	DZIECKO	OBIEKTYWIZM
Jaka była twoja pierwsza myśl o Marlenie?			
Jak czujesz, co w Marlenie najtrudniej byłoby ci tolerować?			
Jak oceniasz szanse na sukces szkolny Marleny?			
Czy Marlena mogłaby zostać przewodniczącą klasy?			
Jak oceniasz zdolności intelektualne Marleny?			
Jakie uczucia wzbudza w tobie Marlena?			
Jak myślisz, co może być powodem problemów Marleny?			

4. Dyskusja

Pytania do omówienia ćwiczenia:

- Jak się czuliście podczas tego ćwiczenia? Czy było łatwo odpowiadać na te pytania?
- Które aspekty rozwoju Marleny są istotne z punktu widzenia jej trudności szkolnych?
- W jaki sposób to ćwiczenie wpłynęło na wasze postrzeganie przemocy w rodzinie?
- Jak możecie wykorzystać wiedzę w swojej pracy?

5. Krótki wykład – omówienie teoretyczne

Samospełniające się proroctwo (badania Rosenthala i Jacobson, 1968) to zjawisko mówiące o tym, że ludzie mają określone oczekiwania dotyczące innej osoby, co wpływa na ich postępowanie względem tej osoby, które powoduje, że zachowuje się ona zgodnie z ich wyjściowymi oczekiwaniami (Aronson, Wilson, Akert, 1997).

Kiedy nauczyciel otrzyma informację, że uczeń jest zdolny, to:

- a) oczekuje (samospełniające się proroctwo) od niego zachowań, które wiążą się z zachowaniem zdolnej osoby;
- b) swoim postępowaniem wzmacnia u niego cechy i zachowania związane z inteligencją, sukcesem, dobrymi wynikami.

Ostatecznie uczeń w rzeczywistości staje się lepszy i obiektywnie zalicza się do uczniów z najwyższymi osiągnięciami.

„Kiedy nauczyciele oczekiwali, że pewne dzieci wykażą większy rozwój intelektualny, te dzieci rzeczywiście wykazywały większy rozwój intelektualny” (Rosenthal, Jacobson, 1968).

Jak to się dzieje?

Nauczyciel **UWAŻA** (przekonanie), że dane dzieci są zdolne lub leniwe. Nauczyciel **ODNOSI SIĘ** (zachowanie) do tych dzieci w taki sposób, że stają się w określony sposób aktywne (wszak są to dzieci, które zaliczył do grupy sukcesu). Kierunek negatywny to efekt Golema, a pozytywny to efekt Pigmaliona:

- Efekt Golema: tendencja do automatycznego negatywnego przypisywania cech osobowościowych na podstawie negatywnego wrażenia.

Przykład: oceniam nowo poznanego ucznia jako niekulturalnego i agresywnego. Będę skłonna myśleć o nim, że jest także np. leniwy i mniej inteligentny.

- Efekt Pigmaliona: spełnianie się pozytywnego oczekiwania wobec kogoś, dlatego że to pozytywne oczekiwanie sobie wytworzyliśmy.

Przykład: wspomniane badania Rosenthala i Jacobson (1968).

6. Podsumowanie

Pytanie do uczestników:

Z czym kończycie dzisiejszy warsztat?

Polecane książki:

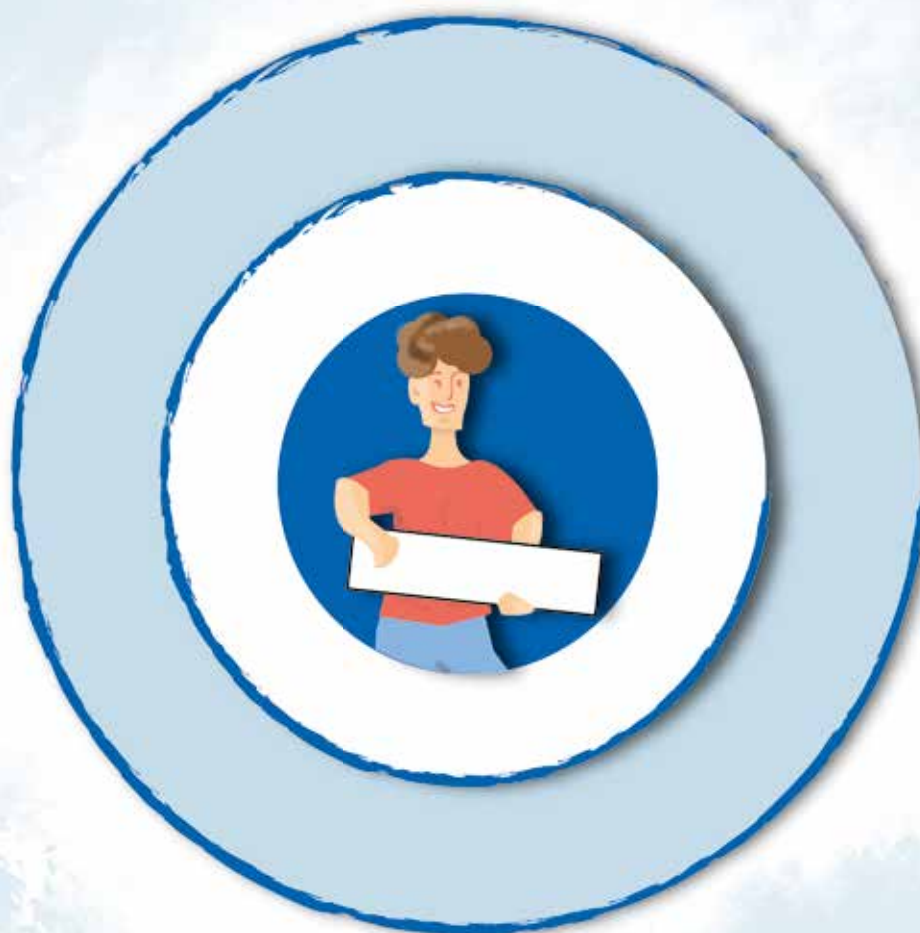
- Theresa Comito, *Przemoc, której nie widać*.

VII.10. Załączniki do scenariuszy zajęć ZAŁĄCZNIK 1. Karta rozwoju „Moja strefa komfortu”

Instrukcja:

- w środku zapisz swoje imię;
- w pierwszym kręgu, najbliżej ciebie, wpisz osoby, z którymi lubisz przebywać blisko, przytulać się do nich, które mogą ci pomóc np. w skorzystaniu z toalety;
- w drugim kręgu wpisz osoby, z którymi bardzo się lubisz, ale nie chcesz, aby cię przytulały, całowały;
- poza okręgiem wpisz osoby, których dotyku sobie nie życzysz.

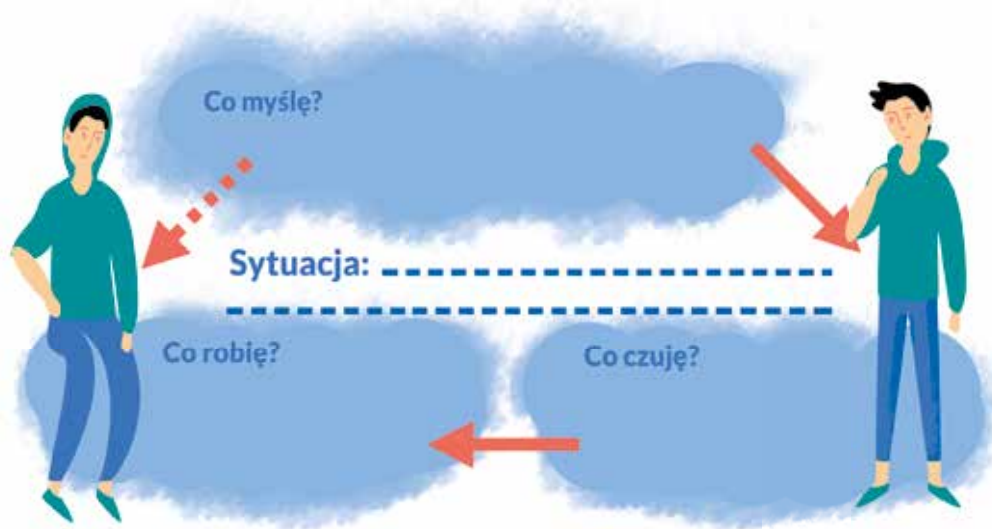
MOJA STREFA KOMFORTU



ZAŁĄCZNIK 2. Karta rozwoju „Myślę – czuję – robię”

Instrukcja:

- wyobraź sobie sytuację, gdy ktoś zmusza cię do zrobienia czegoś, na co nie masz ochoty; zapisz ją na środku (SYTUACJA);
- wymień wszystkie uczucia, które pojawiają się wtedy w twojej głowie (co czuję?);
- następnie zapisz, jakie myśli ci towarzyszą (co myślę?);
- a teraz pomyśl, jak się zachowałeś(-aś)/zachowujesz w tej sytuacji (co robię?).



ZAŁĄCZNIK 3. Karta rozwoju „UFO”

Przykładowy komunikat: Złoszczę się (uczucie), gdy nalegasz, żebym dokończyła zupę, a ja już naprawdę nie jestem głodna (fakt). Proszę, pozwól mi jeść tyle, ile potrzebuję (oczekiwanie).

Przypomnij sobie sytuację, w której chciałeś(-aś) komuś czegoś odmówić, w której coś działo się wbrew twojej woli.

Sytuacja:

.....
.....

Komunikat:

Uczucia:

.....
.....

Fakty:

.....
.....

Oczekiwania:

.....
.....

ZAŁĄCZNIK 4. Karta rozwoju „Orzeł”

Pewien człowiek znalazł jajko orła. Zabrał je i włożył do gniazda kurzego w zagrodzie. Orzełek wylął się ze stadem kurcząt i wyrósł wraz z nimi. Orzeł przez całe życie zachowywał się jak kury z podwórka, myśląc, że jest podwórkowym kogutem. Drapał w ziemi, szukając glist i robaków. Piał i gdał. Potrafił nawet trzepotać skrzydłami i fruwać kilka metrów w powietrzu. No bo przecież, czy nie tak właśnie fruwać koguty? Minęły lata i orzeł zestarzał się. Pewnego dnia zauważył wysoko nad sobą, na czystym niebie wspaniałego ptaka. Płynął elegancko i majestatycznie wśród prądów powietrza, ledwo poruszając potężnymi, złocistymi skrzydłami. Stary orzeł patrzył w górę oszołomiony.

– Co to jest? – zapytał kurę stojącą obok.

– To jest orzeł, król ptaków – odrzekła kura. – Ale nie myśl o tym. Ty i ja jesteśmy inni niż on.

Tak więc orzeł więcej o tym nie myślał. I umarł, wierząc, że jest kogutem w zagrodzie”.

(Anthony de Mello, ze zbioru *Śpiew ptaka*)

Imiędziecka:.....

Zasoby:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jak wykorzystać te zasoby w pracy z dzieckiem?

.....

.....

ZAŁĄCZNIK 5. Karta rozwoju „Szukam rozwiązania”

Instrukcja: w odpowiednie kolumny tabeli wpisz problematyczne dla ciebie ZACHOWANIE dziecka, następnie zastanów się, jakie może być tego ŹRÓDŁO, jaka byłaby twoja REAKCJA na to zachowanie i jak chciałbyś(-abyś) o takich sytuacjach mówić innym dzieciom na forum klasy (NARRACJA).

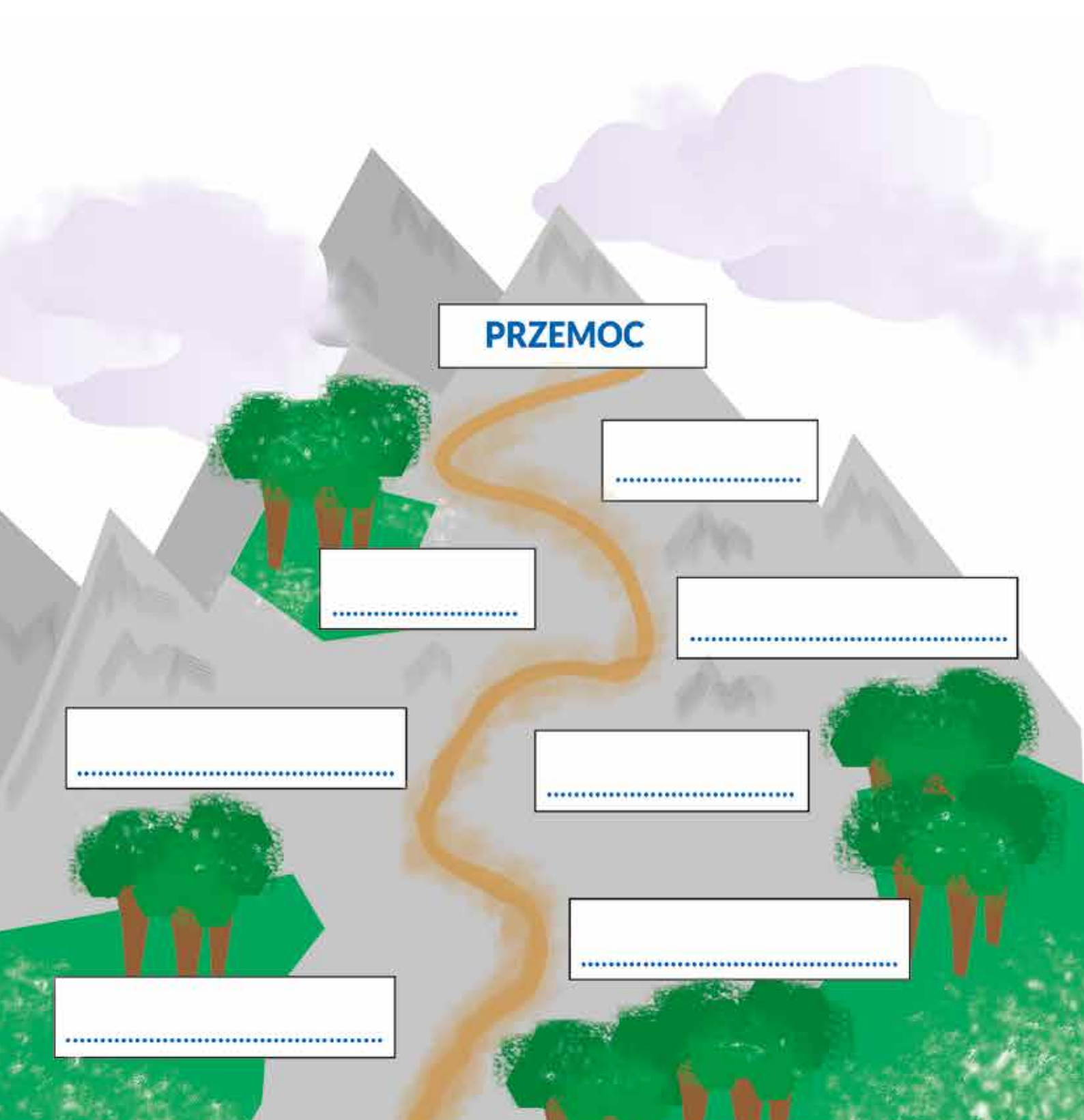
ZACHOWANIE Opis zachowania dziecka, z którym mam trudność	ŹRÓDŁO Z czego to może wynikać?	REAKCJA Jak zareagować na takie zachowanie?	NARRACJA Jaką informację dać dzieciom?

ZAŁĄCZNIK 6. Karta rozwoju „Góra lodowa przemocy”

Instrukcja: zastanów się, jakie mogą być ukryte źródła przemocy w rodzinie.

Pytania pomocnicze:

- Jak się czuliście, szukając potencjalnych źródeł przemocy?
- Na które z nich najczęściej zwracacie uwagę?
- Jak myślicie: jakie są najczęstsze przyczyny przemocy w rodzinie?
- O jakich źródłach przemocy zapomina się przy interwencjach?
- Dlaczego starsi ludzie nie apelują o pomoc?
- Co z tego ćwiczenia wyniesiecie dla siebie



ZAŁĄCZNIK 7. Karta rozwoju „Komunikacja bez przemocy / z przemocą”

Prawda czy mit? Zapiszcie, jakie uczucie wzbudzają w was poniższe komunikaty.
Czy są wam bliskie? Czy kojarzą wam się z jakąś realną sytuacją? Jak zareagować, gdy słyszycie taki komunikat?

Każdy sprawca był kiedyś ofiarą przemocy. Trzeba go zrozumieć i nie robić takiej afery. Stara się.

Uczucia:.....

Reakcja:.....

Od jednego klapsa jeszcze nikomu nic się nie stało.

Uczucia:.....

Reakcja:.....

Dziecko musi znać granice, jak mnie nie słucha, to ja go też nie będę słuchał(a).

Uczucia:.....

Reakcja:.....

To dziecko jest tak denerwujące i nieznośne, że ja się nie dziwię, że ojciec czasem nie wytrzyma i uderzy.

Uczucia:.....

Reakcja:.....

ZAŁĄCZNIK 8. Karta rozwoju „Perspektywa nauczyciela”

Nazywasz się Jadwiga Nowak. Od trzech miesięcy jesteś nauczycielką matematyki w jednej ze szkół podstawowych w Krakowie. Niemal od początku września słyszysz w pokoju nauczycielskim narzekania i skargi na jedną z uczennic klasy siódmej. Od pewnego czasu nauczyciele zaobserwowali coraz częstsze wybuchy złości uczennicy. Marlena rano spóźnia się na lekcje. Bywa na tyle rozdrażniona, że odrzuca wymagania stawiane przez nauczycieli w trakcie zajęć (np. nie chce podejść do tablicy, by rozwiązać zadanie z matematyki). Swoim zachowaniem prowokuje wściekłość i gniew nie tylko nauczycieli, ale i rówieśników. Zrzuca winę na innych, notorycznie kłamie, przez co jest coraz mniej lubiana w klasie. Marlena jest często rozproszona na lekcjach, okazuje niezadowolenie z każdej porażki, ma problemy z koncentracją. Nauczyciele twierdzą, że zmieniła się od wakacji, poprzednio chodziła do innej klasy, która się rozpadła, ponieważ wiele dzieci zmieniło szkołę po wprowadzeniu nowej reformy. Nauczyciele wspominają Marlenę jako cichą i grzeczną. Nie wiesz zbyt wiele o rodzinie uczennicy, tyle tylko, że jest raczej skromna i korzysta z pomocy finansowej Rady Rodziców.

Dziś na lekcji Marlena wyprowadziła cię z równowagi. Odmówiła rozwiązania zadania, a potem ostentacyjnie położyła głowę na ławce i nie reagowała na twoje prośby. Powiedziałaś jej, że to brak szacunku, ale nic to nie dało. Zapowiedziałaś zgłoszenie zachowania pani dyrektor.

1. Jaka była twoja pierwsza myśl o Marlenie?

.....

2. Jak czujesz, co w Marlenie najtrudniej byłoby ci tolerować?

.....

.....

3. Jak oceniasz szanse na sukces szkolny Marleny? (zaznacz na linii)

Niskie  Wysokie

4. Czy Marlena mogłaby zostać przewodniczącą klasy?

.....

5. Jak oceniasz w skali 1–6 (gdzie 1 to niskie, a 6 to wysokie) zdolności intelektualne Marleny?

[1] [2] [3] [4] [5] [6]

6. Jakie uczucia wzbudza w tobie Marlena?

.....

7. Jak myślisz, co może być powodem problemów Marleny?

.....

ZAŁĄCZNIK 9. Karta rozwoju „Perspektywa dziecka”

Masz na imię Marlena, masz 13 lat i chodzisz do siódmej klasy. Miałaś do tej pory bardzo fajną klasę, która trochę się rozpadła, bo wielu uczniów zmieniło szkołę po wprowadzeniu nowej reformy. Choć nie jesteś duszą towarzystwa, to miałaś dwie dobre koleżanki, z którymi spędzałaś czas, również po szkole. Niestety poszły do innej szkoły, do której twoi rodzice nie pozwolili ci pójść, ponieważ trzeba byłoby dojeżdżać, a – jak twierdzą – nie mają na to pieniędzy. Jesteś na nich zła, bo widzisz, że na alkohol tata ma pieniądze, ale nie na szkołę dla ciebie. W nowej klasie okazało się, że trudno ci znaleźć pokrewną duszę, a na integracyjną zieloną szkołę nie pojechałaś. Ciężko było ci nawiązać z kimś kontakt. Rozmawiasz z dwoma, trzema osobami, ale najczęściej siedzisz sama. Stwierdziłaś, że oni chyba są jacyś dziwni, i właściwie to już nie masz ochoty na żadne wielkie przyjaźnie. Do tego wszystkiego sytuacja w domu uległa znacznemu pogorszeniu, ponieważ twój tata został zwolniony z pracy z powodu alkoholizmu i niewywiązywania się z obowiązków. Mama pracuje dorywczo, sprząta w pobliskiej agroturystyce. Po utracie pracy ojciec zaczął więcej pić. Nie masz własnego pokoju, a tata często wraca późno i zaczyna się awanturować – nie bije, ale głośno krzyczy i grozi mamie. Dzisiaj obudził cię po pierwszej w nocy. Kłócił się z mamą, a ty z nerwów nie mogłaś spać. Rano z trudem podniosłaś się do szkoły. Na lekcji nie zrozumiałaś zadania z matematyki, a pani zwróciła ci uwagę w sposób, który bardzo cię zabolął, mówiąc, że nie masz do niej szacunku, wylegając się na ławce. Nie miałaś ochoty wchodzić w tę dyskusję, więc zakryłaś twarz i stwierdziłaś, że masz dość, nie masz siły i nie będziesz się tłumaczyć. Nauczycielka powiedziała, że zgłosi sprawę pani dyrektor.

Wczuwając się w sytuację Marleny, spróbujcie odpowiedzieć na poniższe pytania:

1. Co myślisz o sobie?

.....

2. Jak myślisz, co najbardziej drażni nauczycieli w twoim zachowaniu?

.....

3. Jak oceniasz swoje szanse na sukces szkolny? (zaznacz na linii)

Niskie  Wysokie

4. Czy mogłabyś zostać przewodniczącą klasy?

.....

5. Jak oceniasz w skali 1–6 (gdzie 1 to niskie, a 6 to wysokie) swoje zdolności intelektualne?

[1] [2] [3] [4] [5] [6]

6. Jaka jest twoja samoocena?

.....

7. Jak myślisz, co jest powodem twoich problemów szkolnych?

.....

ZAŁĄCZNIK 10. Karta Rozwoju „Obiektywne informacje”

Marlena od września uczęszcza do siódmej klasy szkoły podstawowej. Mieszka w małej miejscowości pod Krakowem. Pochodzi z rodziny pełnej, ma trójkę młodszego rodzeństwa. Marlena lubi malować, a szczególnie projektować ubrania. Interesuje się również makijażem, chętnie ćwiczy na sobie i koleżankach. Od pewnego czasu nauczyciele zaobserwowali coraz częstsze wybuchy złości dziewczynki w szkole. Marlena rano spóźnia się na zajęcia. Bywa rozdrażniona, odrzuca wymagania dorosłych i łamie ustalone reguły. Swoim zachowaniem prowokuje wściekłość i gniew koleżanek i kolegów z klasy. Zrzuca winę na innych, kłamie, przez co jest coraz mniej lubiana w klasie. Marlena jest często rozproszona na lekcjach, okazuje niezadowolenie z każdej porażki, ma problemy z koncentracją. Ostatnio została również przyłapana na paleniu papierosów.

Niepokojące zachowanie Marleny zwróciło uwagę prawie wszystkich nauczycieli uczących w tej klasie. Wychowawca i pedagog szkolny na godzinie wychowawczej przeprowadzili badanie socjometryczne, a także poprosili uczniów o zaznaczenie na „drzewie przeżyć” swojego miejsca w klasie.



Z zebranych informacji wynikało, że Marlena czuje się samotna, nieakceptowana, odrzucona przez rówieśników, nie jest z nikim związana emocjonalnie.

Nauczyciel zaprosił matkę Marleny na rozmowę do szkoły i podzielił się obserwacjami. Okazało się, że z początkiem roku szkolnego sytuacja w domu Marleny uległa znacznemu pogorszeniu, ponieważ tata dziewczynki został zwolniony z pracy z powodu alkoholizmu i niewywiązywania się z obowiązków. Mama pracuje dorywczo, sprząta w pobliskiej agroturystyce. Po utracie pracy ojciec Marleny zaczął więcej pić. Dziewczynka nie ma własnego pokoju. Często jest świadkiem przemocy słownej ojca w stosunku do matki. Z wywiadu przeprowadzonego z matką wynikało, że Marlena wcześniej nie sprawiała większych problemów wychowawczych. Miała bardzo fajną klasę, która się rozpadła po wprowadzeniu reformy szkolnej. Miała tam swoje koleżanki. W obecnej klasie trudno jej znaleźć pokrewną duszę. Teraz mama zauważa nieodpowiednie zachowanie córki również w domu: Marlena stała się bardziej rozkojarzona, impulsywna i krnąbrna. Często na pytanie, jak było w szkole, reaguje agresywnie, opryskliwie. Matka stwierdziła, że już sobie z nią nie radzi.

1. Jaka była twoja pierwsza myśl o Marlenie?

.....

2. Jak czujesz, co w Marlenie najtrudniej byłoby ci tolerować?

.....

3. Jak oceniasz szanse na sukces szkolny Marleny? (zaznacz na linii)

Niskie  Wysokie

4. Czy Marlena mogłaby zostać przewodniczącą klasy?

.....

5. Jak oceniasz w skali 1–6 (gdzie 1 to niskie, a 6 to wysokie) zdolności intelektualne Marleny?

[1] [2] [3] [4] [5] [6]

6. Jakie uczucia wzbudza w tobie Marlena?

.....

7. Jak myślisz, co może być powodem problemów Marleny?

.....

.....

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Halicka M., Halicki J., Kramkowska E., *Przemoc wobec starszych kobiet w związkach małżeńskich/partnerskich*, Raport krajowy Polska, 2010.
2. *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.
3. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 r.*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2022.
4. *Jakość życia osób starszych w Polsce*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020.
5. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., art. 1, akapit 2 (Dz.U. 2012 poz. 1169).
6. Makara-Studzińska M., Sosnowska K., *Przemoc wobec osób starszych – przegląd badań*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2012, vol. 12, nr 1, s. 57–61.
7. Mordawska J., *Zjawisko przemocy wobec osób starszych – skala problemu, czynniki ryzyka, metody przeciwdziałania*, w: *Osoba doświadczająca przemocy w świecie milczenia czy wsparcia? Refleksje interpersonalne*, Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2017, s. 126–137.
8. *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badania*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków 2015.
9. *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2018.
10. *Przemoc wobec osób starszych*, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
11. Tobiasz-Adamczyk B., Zawisza K., Łapczuk A., Stodolska A., Florek M., *Zaniedbanie i samozaniedbanie na tle innych form przemocy*, w: *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, red. Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki, Beata Tobiasz-Adamczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019, s. 57–90.
12. Tobiasz-Adamczyk B., Florek M., Brzyski M., Brzyska M., Ocetkiewicz T., *Zaniedbywanie i samozaniedbywanie wśród osób starszych w opinii pracowników socjalnych i medycznych*, „Gerontologia Polska” 2008, t. 16, nr 3, s. 169–179.
13. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych.
14. Ustawa z 11 września 2015 roku o osobach starszych (Dz.U. 2015 poz. 1705).
15. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. 2023 poz. 535).
16. Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2013, nr II(7), s. 5–20.
17. Zakrzewska M., *Aktywność zawodowa a jakość życia dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, Warszawa 2021.
18. *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, red. Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki, Beata Tobiasz-Adamczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.

Strony i artykuły internetowe:

19. Chomczyński P., Frąckowiak P., Kacprzak A., Maj M., Mroczek M., *Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy wobec osób starszych i osób niepełnosprawnych*, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2022, https://www.researchgate.net/publication/366192374_RAPORT_Ogolnopolska_diagnoza_zjawiska_przemocy_wobec_osob_starszych_i_osob_niepelnosprawnych [dostęp: 29.11.2023].
20. *Definicje niepełnosprawności prawnej i biologicznej*, niepelnosprawni.gov.pl, online: <https://niepelnosprawni.gov.pl/container/niepelnosprawnosci-w-liczbach/dane-demograficzne/Definicje-niepelnosprawnosci-prawnej-i-biologicznej.pdf> [dostęp: 29.11.2023].
21. *Materiały szkoleniowe: „Przemoc wobec osób zależnych”*, rops.krakow.pl, online: https://rops.krakow.pl/pliki/Polityka_spoeczna/Szkolenia_przemoc/Materialy___Przemoc_wobec_os__b_zale__nych_.pdf [dostęp: 29.11.2023].
22. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025*, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, www.gov.pl, online: <https://www.gov.pl/web/mswia/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2021--2025> [dostęp: 29.11.2023].
23. National Center on Elder Abuse, *Statystyki i dane badawcze*, acl.gov.
24. Sobkowiak M., *Gostyń. Przemoc wobec osób starszych czy niepełnosprawnych to częste zjawisko*, ngo.pl, 25.11.2022, online: <https://publicystyka.ngo.pl/gostyn-przemoc-wobec-osob-starszych-czy-niepelnosprawnych-to-czeste-zjawisko> [dostęp: 29.11.2023].
25. *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku, Warszawa–Białystok 2022, online: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/4/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2021_r.pdf [dostęp: 29.11.2023].

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Krakowie**

**ul. Józefińska 14
30-529 Kraków**

Sekretariat tel. 12 616-53-03

Punkt Informacyjny tel. 12 616-54-08

fax +48 12 616-53-06

e-mail: do@mops.krakow.pl

www.mops.krakow.pl