



MATERIAŁY DLA UCZESTNICZEK I UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

Praca z osobami niepełnosprawnymi i starszymi doznającymi przemocy w rodzinie

Warszawa, luty 2024

Spis treści

1. Diagnoza sytuacji i stopnia zagrożenia	3
2. Diagnoza przyczyn występowania ze strony sprawcy zachowań przemocowych	6
3. Diagnoza potrzeb członków rodziny z problemem przemocy, w tym osób doznających przemocy, osoby starsze i niepełnosprawne oraz osób stosujących przemoc	12
4. Metody interwencji	13
5. Udzielanie wsparcia i pomoc psychoterapeutyczna, prawna, socjalna, pedagogiczna, z zachowaniem zasad podmiotowości i dobrowolności w korzystaniu ze środków oddziaływania	15
6. Monitorowanie sytuacji rodzin z problemem przemocy	19

1. Diagnoza sytuacji i stopnia zagrożenia

W większości społeczeństw granicą starości jest osiągnięcie wieku emerytalnego. Obserwujemy znaczące zmiany demograficzne, które potocznie określa się jako **starzenie się społeczeństwa**. Wydłużenie życia sprawia, że coraz więcej osób ma szansę dożyć wieku, który w przeszłości osiągalni tylko nieliczni. Obecnie przewiduje się, że w 2030 roku w Polsce około 10 mln osób będzie miało powyżej 65 lat. Pozycja społeczna osób starszych zależy od wielu czynników, jednak najsilniejszy wpływ na nią mają **stereotypy dotyczące starości**. Większość z nich **zaprzecza rzeczywistym możliwościom intelektualnym i fizycznym osób starszych, są krzywdzące wobec osób, których dotyczą i przyczyniają się do stygmatyzacji**. Wzmacniają także dyskryminację osób starszych w różnych dziedzinach ich życia.

Świat, w jakim żyjemy, nastawiony jest na aktywność, przedsiębiorczość, przebojowość, podążanie za nowinkami technicznymi itp. Tymczasem **osoby starsze wydają się być poza sferą takiej aktywności**. Wiele z nich przejawia trudności w dostosowaniu się i korzystaniu z różnych form współczesnego (a dla nich nowoczesnego) stylu życia. Szybki postęp cywilizacyjny i rozwój technologii sprawia, że osoby starsze stają się zależne od przedstawicieli młodszego pokolenia. Właśnie to sprawia, że dostrzegamy i sami prezentujemy **postawy przyzwolenia na dyskryminację i złe traktowanie osób starszych**, czyli tzw. **ageizm**. Może on przyjmować różne formy:

- **lekceważenie** – uznawanie, że opinie, wartości i potrzeby osób starszych są mniej ważne i mniej cenne;
- **nadopiekuńczość (paternalizm)** – skłonność do wyręczania osób starszych w wykonywaniu niektórych codziennych czynności, nawet w sytuacji, gdy są one w stanie samodzielnie je wykonywać i nie widzą potrzeby korzystania z pomocy innych;
- **protekcjonalność** – traktowanie osoby starszej jako osoby niezdolnej do samodzielnego funkcjonowania ze względu na ograniczone możliwości mentalne i przekonanie o własnej zdolności do udzielania pomocy;
- **zaniedbanie** – pomijanie (świadome lub nieświadome) istotnych potrzeb fizycznych, psychicznych, emocjonalnych, społecznych czy materialnych osób starszych;
- **izolacja społeczna** – oddzielanie ludzi w podeszłym wieku od reszty społeczeństwa, środowiska czy rodziny;
- **nadużycie finansowe** – niesprawiedliwe, nieuzasadnione lub niezgodne z prawem dysponowanie zasobami będącymi własnością osoby starszej (oszustwa finansowe, wymuszanie kredytów, przejmowanie własności, fikcyjne umowy sprzedaży, darowizny, zachęcanie do spisania testamentu korzystnego dla opiekuna osoby starszej, podrabianie dokumentów itp.);
- **izolacja**;
- **agresja fizyczna**.

Wszystkie te zachowania są przejawami przemocy wobec osób starszych.

Osoby starsze, pytane o najważniejszy problem związany z ich życiem, najczęściej wskazują na swój stan zdrowia. Dobre samopoczucie daje im możliwość względnej autonomii i kontroli nad własnym życiem. Jednak obok problemów zdrowotnych pojawiają się także inne.

Problem	%
Choroby, na które się choruje	62,9
Nowe wzory życia	62,9
Fakt, że najbliżsi odchodzą (śmierć bliskich)	57,8
Trudna sytuacja finansowa, brak pieniędzy na leki	46,7
Brak szacunku dla osób starszych	37,8
Samotność	28,4
Brak pomocy i wsparcia ze strony otoczenia	10,7

Źródło: Tobiasz-Adamczyk, B. *Stan zdrowia i jakość życia osób starszych wiekiem. Badania porównawcze w krajach Europy Centralnej.*

Przemoc wobec starszych jest zjawiskiem tak starym, jak przemoc domowa. Jednak badania i analiza tego problemu rozpoczęły się niespełna 50 lat temu. **Pierwszy przypadek dotyczący przemocy wobec osoby starszej w literaturze opisano w 1975 roku.** W tym samym roku w USA opracowano pierwszy na świecie raport dotyczący przemocy wobec osób starszych, którego celem było pokazanie, jak poważny to problem społeczny. W Europie problemem starszych zaczęto interesować się znacznie później.

Kluczowe znaczenie dla przeciwdziałania przemocy wobec osób starszych było utworzenie w 1997 roku **International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA)**, a następnie opracowanie raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pokazującego m.in. **wpływ przemocy wobec osób starszych na ich stan zdrowia** (2002). Według autorów tego raportu przemoc jest zjawiskiem przewidywalnym i problemem, któremu można zapobiegać.

Statystyki

Według WHO, w Europie **rocznie co najmniej 4 mln osób starszych staje się ofiarami przemocy fizycznej, 6 mln – ekonomicznej, 29 mln – psychicznej i 1 mln - seksualnej.** Są to dane szacunkowe, ponieważ przemoc wobec starszych w wielu środowiskach ciągle pozostaje tematem tabu.

W Polsce, dane pochodzą z analiz dotyczących interwencji Policji z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty” oraz badań prowadzonych przez uczelnie. Najnowsze badania populacyjne zostały przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej¹. Z wniosków z tego badania wynika, że:

„Przemocy fizycznej doznają najczęściej osoby niepełnosprawne – 57,8% respondentów z tej grupy; w następnej kolejności osoby starsze niepełnosprawne – 45%; najrzadziej, ale równie często osoby starsze. Przemocy psychicznej najczęściej doznają osoby starsze 87%, osoby niepełnosprawne 78%. Natomiast osoby starsze niepełnosprawne wskazały, że doznają przemocy psychicznej w 7%. Inaczej wygląda sytuacja w przypadku przemocy seksualnej, której wśród badanych najczęściej doznają osoby niepełnosprawne – co piąty badany z tej grupy; a w dalszej kolejności także co 6 osoba starsza niepełnosprawna oraz co 8 badana osoba starsza. Przemoc ekonomiczna jest najczęściej doznawana przez osoby starsze – 43% i osoby starsze niepełnosprawne 41%. Doznaje jej też co trzecia badana osoba niepełnosprawna. Zaniedbania doznała co trzecia badana osoba starsza, 3% osób starszych niepełnosprawnych i co piąta badana osoba niepełnosprawna.”

¹ Chomczyński, P., Frąckowiak, P., Kacprzak, A., Maj, M., Mroczek, M. *Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy wobec osób starszych i osób niepełnosprawnych. Raport z badań 2022.* Warszawa: MRiPS, 2022.

Zgodnie z definicją zawartą w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej, **przemoc domowa 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:

- a) narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia;
- b) naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną;
- c) powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę;
- d) ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej;
- e) istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej (art. 2 pkt 2).

W 2004 roku, WHO wprowadziło definicję dotyczącą przemocy wobec osób starszych, zgodnie, z którą **przemoc wobec osób starszych to** jednorazowy lub powtarzający się akt, który staje się przyczyną zranienia lub niesie za sobą ryzyko zranień (bez względu na to czy zachowanie jest intencjonalne czy nie), osoby starszej pozostającej w opiece opiekuna lub ze strony innych osób pozostających z nią w relacjach, które powinny zapewnić zaufanie, a w rzeczywistości są źródłem zranienia lub stresu dla osoby starszej.

Przemoc wobec osób starszych – tak samo, jak wobec innych członków rodziny (w tym osób z niepełnosprawnościami) rzadko występuje w jednej formie.

Jedną z najczęstszych form przemocy wobec seniorów jest **zaniedbanie**. Zwykle utożsamiane jest z zaniechaniem lub odmową dostarczenia osobie starszej potrzebnych jej do życia składników takich jak pożywienie, ubranie, higiena osobista, zapewnienie leków, bezpieczeństwa i innych niezbędnych rzeczy, za które odpowiada opiekun osoby starszej. Do zaniedbania zalicza się także **porzucenie (opuszczenie)** osoby starszej przez opiekuna, rodzinę lub inną osobę odpowiedzialną za seniora. Porzucenie może przybierać różne formy. Może to być umieszczenie w szpitalu czy placówce opieki, nieodbieranie z tych placówek, pozostawianie w miejscach publicznych (jako „zagubienie”) czy odrzucenie emocjonalne.

Dwa rodzaje zaniedbania:

- **aktywne** – czyli intencjonalne zachowania opiekuna, mające na celu niezaspokojenie potrzeb osoby starszej;
- **pasywne** – z którym mamy do czynienia, kiedy opiekun nie jest w stanie lub nie potrafi wywiązywać z obowiązków związanych z opieką nad osobą starszą.

Trudno jest jednoznacznie określić skalę tego zjawiska. Przede wszystkim jest to związane z trudnościami dotarcia do osób bezpośrednio narażonych na przemoc oraz brakiem precyzyjnych narzędzi do badania tego zjawiska. Ogromną trudność stanowi także emocjonalna więź między ofiarą i sprawcą przemocy (blisko 70% osób stosujących przemoc to dorosłe dzieci lub współmałżonkowie).

2. Diagnoza przyczyn występowania ze strony sprawcy zachowań przemocowych

Czynniki ryzyka przemocy wobec osób starszych

Badacze zajmujący się problematyką przemocy wobec osób starszych starali się znaleźć odpowiedź na pytanie o to, **dlaczego osoby starsze stają się ofiarami przemocy domowej?** Pojawiały się różne hipotezy, które raz przerzucały odpowiedzialność na osoby doznające przemocy i ich funkcjonowanie, innym razem na chorobę lub zaburzenia osoby, która przemoc stosuje. W efekcie okazało się, że tak jak w przypadku przemocy wobec innych członków rodziny (kobiet czy dzieci) nie można mówić o „przyczynach przemocy”, a jedynie o **czynnikach ryzyka**. Należą do nich:

- a) **historia rodziny** – przemoc jako narzędzie rozwiązywania konfliktów i problemów; zdarza się, że sprawcą przemocy wobec starego rodzica może stać się osoba doznająca przemocy w dzieciństwie;
- b) **choroba/choroby osoby starszej**;
- c) **uzależnienie/używanie środków psychoaktywnych** przez opiekuna;
- d) **wzajemna zależność członków rodziny** (emocjonalna, finansowa);
- e) **wspólne zamieszkiwanie** – w takiej sytuacji pojawia się zwykle więcej napięć i konfliktów powodowanych np. brakiem prywatności;
- f) **izolacja społeczna** – mniejsza ilość kontaktów społecznych zmniejsza szansę na ujawnienie przemocy;
- g) **czynniki związane z tzw. „stresem społecznym”** - trudne sytuacje życiowe i zawodowe, utrata pracy, trudności finansowe, złe warunki mieszkaniowe itp. mogą stać się czynnikiem wywołującym przemoc wobec osoby starszej;
- h) **fizyczne lub psychiczne obciążenie opiekuna** – zły stan zdrowia, obniżenie poziomu funkcjonowania osoby starszej może wymagać ogromnego zaangażowania w sprawowanie nad nią opieki, co powoduje nadmierne obciążenie opiekuna, który z jednej strony może nie radzić sobie z opieką nad podopiecznym, a z drugiej czuje się bezradny, zmęczony i nie dostrzega szans na zmianę, poprawę sytuacji; przemoc może być również wynikiem nieporadzenia sobie z rolą opiekuna osoby starszej; nagłe pogorszenie stanu zdrowia rodzica i konieczność zaopiekowania się nim często jest sytuacją, która zaskakuje i burzy plany życiowe dzieci – potencjalnych opiekunów (może pojawić się wtedy bunt czy sprzeciw, który przekłada się na negatywne relacje z osobą, którą się opiekują).

Czynniki ryzyka przemocy wobec osób z niepełnosprawnością

Podobny zestaw czynników ryzyka odnosi się do przemocy wobec osób z niepełnosprawnością. Te czynniki mogą mieć zarówno charakter osobisty, społeczny, jak i systemowy. Oto kilka czynników, które mogą przyczyniać się do przemocy wobec osób z niepełnosprawnością:

- a) **brak świadomości społecznej**: społeczne stereotypy i brak świadomości na temat niepełnosprawności mogą prowadzić do dyskryminacji i marginalizacji osób z niepełnosprawnością, co z kolei zwiększa ryzyko wystąpienia przemocy;

- b) **zależność od opiekunów:** osoby z niepełnosprawnością często są zależne od opiekunów lub osób sprawujących wobec nich kontrolę, co może stwarzać ryzyko nadużyć w sytuacjach, gdy opiekunowie nadużywają swojej władzy;
- c) **izolacja społeczna:** osoby z niepełnosprawnością mogą być bardziej podatne na przemoc ze względu na swoją izolację społeczną lub ograniczony dostęp do zewnętrznych źródeł wsparcia;
- d) **trudności komunikacyjne:** osoby z niepełnosprawnością często mogą mieć trudności w komunikacji, co może sprawić, że ich sygnały alarmowe dotyczące przemocy nie są rozpoznawane lub są ignorowane;
- e) **brak dostępu do wsparcia i usług:** brak odpowiednich usług wsparcia dla osób z niepełnosprawnością może sprawić, że są one bardziej narażone na przemoc, a także utrudnia im to zgłaszanie przypadków przemocy i szukanie pomocy;
- f) **brak autonomii i samodzielności:** osoby z niepełnosprawnością, które są uzależnione od innych osób w codziennym funkcjonowaniu, mogą mieć ograniczoną kontrolę nad swoim życiem, co może stwarzać sytuacje potencjalnej przemocy;
- g) **trudności w uzyskaniu pomocy prawnej:** osoby z niepełnosprawnościami mogą napotykać trudności w uzyskaniu pomocy prawnej ze względu na swoją sytuację lub z powodu ograniczeń w dostępie do usług prawnych.

Ważne jest, aby społeczeństwo i systemy wsparcia uwzględniały te czynniki ryzyka i podejmowały działania mające na celu zapobieganie przemocy wobec osób z niepełnosprawnościami oraz zapewnienie im odpowiedniego wsparcia i ochrony.

Na co zwracać uwagę mając kontakt z rodziną, w której jest osoba starsza lub niepełnosprawna?

- **Oznaki prawdopodobnej przemocy fizycznej** – siniaki, ślady ucisku, złamania kości, zadrapania, otarcia, wydarte włosy, odmowa zdjęcia ubrania, powtarzające się zranienia, zaniepokojenie kiedy ktoś się zbliża, unikanie kontaktu fizycznego (dotyku, przytulenia).
- **Oznaki prawdopodobnej przemocy emocjonalnej** – niewytłumaczalne wycofanie się z kontaktów społecznych, lęk przed ludźmi, nagły wzrost czujności, nietypowe przygnębienie, mówienie o groźbach ze strony rodziny.
- **Oznaki prawdopodobnej przemocy seksualnej** – siniaki w okolicy piersi lub genitaliów, choroba weneryczna, infekcja genitalna o niewyjaśnionych przyczynach, krwawienia z pochwy lub odbytu o nieznanych przyczynach, rozdarta, poplamiona bielizna, oznaki lęku przy rozbieraniu (np. podczas wizyty lekarskiej).
- **Oznaki prawdopodobnej przemocy ekonomicznej** – niewyjaśnione wypłaty większych kwot przez osoby towarzyszące osobie starszej, niewytłumaczalne zniknięcia pieniędzy lub wartościowych przedmiotów z mieszkania, nagły brak środków na zapłacenie rachunków, wykupienie leków czy zakup żywności.
- **Oznaki prawdopodobnego zaniedbania** – nagła utrata wagi, odwodnienie, niedożywienie, nieleczone odleżyny, zaniedbania w higienie osobistej, nieleczone lub zaniedbane problemy zdrowotne, pozostawianie na dłuższy czas w szpitalu, lub pozostawienie bez opieki w domu.

Przemoc w małżeństwach osób starszych

Zwykle mówi się o przemocy wobec starszych stosowanej przez ich dorosłe dzieci lub opiekunów. Tymczasem **do przemocy dochodzi także pomiędzy małżonkami-seniorami**. W Polsce brakuje tego rodzaju badań, ale przeprowadzone w Niemczech analizy rozmów w telefonach zaufania pokazały, że prawie połowa sprawców przemocy miała ukończone 60 lat, w tym 13% miało powyżej 80 lat.

Tego rodzaju przemoc niczym nie różni się od przemocy w młodszych małżeństwach. I chociaż wydawałoby się, że wraz ze starzeniem się sprawcy powinno nastąpić zmniejszenie zachowań agresywnych u sprawcy, to **w rzeczywistości przemoc wraz z wiekiem sprawcy nasila się**.

Możemy wyróżnić **dwa rodzaje małżeństw-seniorów, w których występuje przemoc domowa**:

- **Małżeństwa, w których przemoc była obecna przed okresem starości** - przemoc pojawiła się tu na początku małżeństwa i w miarę upływu czasu eskalowała. Osoby doznające przemocy miały nadzieję, że „na starość” sprawca zmieni się, uspokoi, że da im wreszcie spokój, bo po prostu nie będzie miał sił. Obserwacje takich rodzin pokazały, że **przemoc domowa narastała, ale jednocześnie zmieniała formę**. Badania przeprowadzone w Austrii pokazały, że starsi partnerzy nadal biją swoje małżonki, ale z upływem czasu „pięść zastąpiła laska”. Poważnym problemem jest także przemoc seksualna wobec osób starszych i trudności z jej ujawnieniem. Z jednej strony, w takich małżeństwach silny jest stereotyp dotyczący spełniania tzw. „obowiązków małżeńskich”, a z drugiej - przekonanie, że starzy ludzie nie uprawiają seksu i obawami ofiar, że nikt im nie uwierzy, że są obiektem napaści seksualnych. Ponadto starsze kobiety rzadziej niż te młodsze poszukują pomocy także z obawy przed zmianami w układzie rodzinnym, w którym tkwią 40-50 i więcej lat.
- **Małżeństwa, w których przemoc pojawiła się wraz ze starzeniem się małżonków** i stanowi konsekwencję starzenia się. Niektórzy badacze uważają, że przemoc może pojawić się w momencie, kiedy ostatnie dziecko wyprowadza się z domu. Rodzice pozostają sami i konieczna jest zmiana, pewnego rodzaju przebudowa relacji między nimi. Czynnikiem ryzyka przemocy mogą być wtedy trudności w komunikacji, które w ekstremalnych sytuacjach mogą doprowadzić do tego, że partnerzy przestają ze sobą rozmawiać, spędzać ze sobą czas itp. Inną sytuacją jest, kiedy do tej pory agresja była skierowana na dzieci i była traktowana jako „metoda wychowawcza”. Kiedy dzieci opuszczają dom, agresja przenosi się na partnera. I wreszcie trzecia, najczęstsza okoliczność, tj. moment przejścia na emeryturę jednego z partnerów. Zwykle oznacza to nowy etap życia, który wymaga przystosowania się do nowych warunków, takich jak brak pracy zawodowej i konieczność zmiany rytmu życia, poczucie nieprzydatności itp. Jeśli ktoś poza pracą nie miał innych aktywności, zainteresowań, hobby, to może być sytuacja trudna i frustrująca, wywołująca napięcie, agresję i przemoc.

Formy przemocy wobec osób starszych

Aktywność / doświadczenie	Formy przemocy
Komunikowanie się	rozkazy, krzyk, obelgi, ignorowanie tego co mówi osoba starsza, zmuszanie do mówienia, brak respektu
Mobilność	zamykanie, przymus leżenia, ograniczanie wychodzenia z domu/pokoju, odmowa pomocy w przemieszczaniu się, uniemożliwianie korzystania z wózka
Funkcje życia	niewłaściwe warunki życia, niewłaściwa odzież, odmowa wezwania lekarza
Higiena osobista	zmuszanie do kąpieli, zakaz kąpieli, narzucanie własnych nawyków higienicznych, brak sanitariatów
Jedzenie i picie	nierespektowanie nawyków, ograniczanie pokarmu, zbyt szybkie karmienie, karmienie potrawami w niewłaściwej temperaturze
Wydalanie	nieuzasadnione cewnikowanie, stałe godziny zmiany pielucho-majtek
Ubieranie się	ukrywanie ubrań, zmuszanie do chodzenia w dresie/szlafroku, niemożność prania
Odpoczynek i sen	zmuszanie do/zabranianie snu, narzucanie pory snu, podawanie środków nasennych
Spędzanie wolnego czasu	sztwywny plan dnia, zniechęcanie do aktywności, brak pomocy w działaniu
Kobiecość, męskość	naruszanie sfery intymnej, wyśmiewanie seksualności, zakaz kontaktów i związków
Świadomość zagrożeń	niepotrzebne unieruchamianie/wiązanie, usunięcie klamek, ciągła kontrola, niebezpieczne warunki
Aktywność społeczna	ograniczanie kontaktu z otoczeniem, pozostawianie w samotności bez opieki, ciągłe towarzyszenie
Doświadczenia życiowe	zakaz trzymania pamiętek, ignorowanie potrzeb religijnych, wyśmiewanie wspomnień

Za: Jaroszewska, E. (2012). Starość i agresja – osoby stare jako ofiary oraz sprawcy przemocy, Problemy Polityki Społecznej, 17, ss. 113-129.

Formy przemocy wobec osób z niepełnosprawnością

Przemoc wobec osób z niepełnosprawnością może przybierać różne formy, zarówno fizyczne, jak i emocjonalne:

- a) **Przemoc fizyczna:** obejmuje to wszelkie działania, które powodują obrażenia fizyczne lub cierpienie fizyczne. Może to być bicie, szarpanie, kopanie, zaniedbywanie w zakresie opieki zdrowotnej, deprywacja snu czy żywności, jak również nadużywanie leków lub narkotyków.
- b) **Przemoc emocjonalna i psychiczna:** ten rodzaj przemocy obejmuje wszelkie działania, które mają na celu zranienie emocjonalne lub psychiczne osoby z niepełnosprawnością. Może to być zastraszanie, poniżanie, wyśmiewanie, wywoływanie poczucia winy, grożenie, izolowanie od innych, manipulacja emocjonalna, czy ignorowanie potrzeb emocjonalnych i psychicznych.

- c) **Przemoc seksualna:** narzucanie niechcianych działań seksualnych lub niewłaściwe zachowania seksualne wobec osoby z niepełnosprawnością. Może to być gwałt, nękające zachowania seksualne, wymuszenie na osobie niepełnosprawnej udziału w niechcianych czynnościach seksualnych czy wykorzystywanie jej z powodu ograniczeń w komunikacji lub mobilności.
- d) **Przemoc ekonomiczna:** polega na kontrolowaniu finansów osoby z niepełnosprawnością, ograniczaniu jej dostępu do pieniędzy lub uniemożliwianiu jej zarabiania. Może to obejmować kontrolę nad kredytami, wydatkami, utrudnianie pracy zawodowej lub kontroli dostępu do zasobów finansowych.
- e) **Przemoc instytucjonalna:** dotyczy sytuacji, w których instytucje, takie jak szpitale, ośrodki rehabilitacyjne, domy opieki czy szkoły, nie zapewniają właściwej opieki, traktują osoby z niepełnosprawnościami jak obiekty, naruszają ich prawa lub ignorują ich potrzeby, co może prowadzić do krzywdy fizycznej, emocjonalnej lub psychicznej.

Zrozumienie różnych form przemocy wobec osób z niepełnosprawnościami jest kluczowe dla zapobiegania i zwalczania tego zjawiska oraz zapewnienia bezpieczeństwa i wsparcia dla osób dotkniętych przemocą. Warto również podkreślić, że przemoc wobec osób z niepełnosprawnością może być trudniejsza do wykrycia i zgłoszenia ze względu na różne bariery, takie jak komunikacyjne czy fizyczne.

Niepełnosprawność

Zgodnie z przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, **niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.**

Niepełnosprawność, zgodnie z kryterium ustawowym, to niemożność efektywnego pełnienia ról społecznych, tj. wypełniania zobowiązania wynikającego z zajmowanej pozycji społecznej przy korzystaniu przez osobę z przysługujących jej przywilejów i praw według bardziej lub mniej określonego wzoru, a więc niemożność bądź trudności w codziennej aktywności i uczestnictwie wynikające z naruszenia sprawności organizmu.

Definicja niepełnosprawności znajduje się także w Konwencji Narodów Zjednoczonych z 13.12.2016 roku. Według tej definicji „*niepełnosprawność to długotrwała, obniżona sprawność fizyczna, umysłowa, intelektualna i sensoryczna człowieka, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami*”.

Przyczyny niezgłaszania przemocy domowej przez osoby starsze i niepełnosprawne, są takie same jak w innych przypadkach:

- strach przed eskalacją przemocy, jeśli ofiara ujawni, że doznaje przemocy;
- nadzieja, że sytuacja w rodzinie poprawi się, a sprawca przemocy zmieni się;
- silna więź emocjonalna ofiary ze sprawcą – szczególnie, kiedy ofiarą jest matka, a sprawcą – dorosłe dziecko;

- wstyd przed ujawnieniem przemy, poczucie bezradności i przekonanie, że nikt nie może im pomóc;
- brak wiedzy, gdzie można uzyskać pomoc;
- całkowita zależność od sprawcy (w tym izolacja społeczna).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przemoc wobec osób starszych jest ważnym problemem zdrowia publicznego. W przeglądzie 52 badań przeprowadzonych w 2017 r. **w 28 krajach z różnych regionów oszacowano, że w ciągu ostatniego roku 1 na 6 osób (15,7%) w wieku 60+ doświadczyła jakiejś formy przemy.** Chociaż rygorystyczne dane są ograniczone, przegląd dostarcza szacunkowych danych dotyczących odsetka osób starszych dotkniętych różnymi rodzajami przemy (patrz tabela).

Dane na temat skali problemu w instytucjach takich jak szpitale, domy opieki i inne placówki opieki długoterminowej są skąpe. Jednakże przegląd ostatnich badań dotyczących molestowania osób starszych w placówkach instytucjonalnych wskazuje, że aż 64,2% pracowników przyznało, że w ciągu ostatniego roku dopuściło się jakiejś formy przemy.

Typ przemy	Przemoc wobec osób starszych w środowiskach społecznych	Przemoc wobec osób starszych w placówkach instytucjonalnych	
	zgłoszone przez osoby starsze	zgłoszone przez osoby starsze i ich pełnomocników	zgłoszone przez personel
Ogółem	15,7%	b/d	64,2%
Przemoc psychologiczna	11,6%	33,4%	32,5%
Przemoc fizyczna	2,6%	14,1%	9,3%
Przemoc ekonomiczna	6,8%	13,8%	b/d
Przemoc seksualna	0,9%	1,9%	0,7%
Zaniedbanie	4,2%	11,6%	12,0%

Źródło: https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1; dostęp: 16.02.2024

3. **Diagnoza potrzeb członków rodziny z problemem przemocy, w tym osób doświadczających przemocy, osób starszych i niepełnosprawnych oraz osób stosujących przemoc**

Diagnoza potrzeb członków rodziny dotkniętych problemem przemocy jest istotnym krokiem w zapewnieniu odpowiedniego wsparcia i interwencji:

Osoby doświadczające przemocy

- **bezpieczeństwo fizyczne i emocjonalne:** określenie poziomu zagrożenia oraz identyfikacja miejsc i sytuacji, w których doświadczają przemocy;
- **wsparcie emocjonalne i psychologiczne:** ocena się obecne potrzeby emocjonalne, objawy stresu pourazowego, depresji, lęku i innych problemów zdrowia psychicznego;
- **dostęp do usług wsparcia:** diagnoza dotyczy dostępności usług takich jak schronienie, wsparcie prawne, terapia psychologiczna i medyczna;
- **edukacja i samodzielność finansowa:** ocena potrzeb związanych z osiągnięciem niezależności finansowej, zdobyciem umiejętności zawodowych i edukacją.

Osoby starsze i niepełnosprawne

- **opieka zdrowotna i wsparcie medyczne:** ocena potrzeb dotyczących opieki zdrowotnej, leczenia chorób przewlekłych i dostępu do opieki pielęgniarskiej;
- **wsparcie w codziennych czynnościach życiowych:** ocena potrzeb związanych z opieką nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi w codziennych czynnościach życiowych, takich jak higiena osobista, ubieranie się, karmienie i pielęgnacja;
- **zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony:** identyfikacja ryzyka nadużyć, zapewnienie odpowiedniej opieki, w tym ochrony przed przemocą.

Osoby stosujące przemoc

- **wsparcie w kontroli zachowań agresywnych:** określenie przyczyn przemocy i identyfikacja czynników ryzyka, które mogą przyczyniać się do agresji;
- **wsparcie psychologiczne i terapia:** zapewnienie wsparcia psychologicznego w celu zrozumienia i kontrolowania impulsów agresywnych oraz rozwijania zdrowych mechanizmów radzenia sobie;
- **edukacja i interwencje edukacyjne:** świadczenie usług edukacyjnych, aby pomóc osobom stosującym przemoc w zrozumieniu konsekwencji swoich zachowań i sposobów ich zmiany.

Diagnoza potrzeb powinna być przeprowadzana przez wykwalifikowanych profesjonalistów, takich jak pracownicy socjalni, psycholodzy, lekarze i terapeuci, a proces ten powinien być holistyczny i dostosowany do indywidualnych potrzeb każdej osoby i rodziny dotkniętej przemocą.

4. Metody interwencji

Interwencja w sytuacji podejrzenia przemocy domowej, w tym wobec osoby starszej lub niepełnosprawnej

Interwencja - włączenie się, wtrącenie się w jakąś sprawę, wywieranie na kogoś wpływu w celu uzyskania określonego efektu.

Cechy interwencji:

- **reaktywność** – tzn. podejmowana jest w wyniku nasilenia nagłej potrzeby działania, którego zaniechanie może powodować negatywne skutki dla osoby lub środowiska;
- **dynamiczny charakter** – szybkość działania, intensywność lub skumulowanie w czasie różnych działań („tu i teraz”);
- **związek z intencjami interwenta** – odbiorca interwencji często jej nie chce lub nie jest w stanie skorzystać z pomocy.

Rodzaje interwencji

a) **Interwencje kryzysowe:**

- natychmiastowa pomoc ofiarom w sytuacjach nagłego zagrożenia, w tym zapewnienie bezpiecznego miejsca schronienia;
- świadczenie wsparcia emocjonalnego i psychologicznego w trakcie kryzysu;
- udzielanie pomocy medycznej w przypadku obrażeń.

b) **Interwencje policyjne:**

- reagowanie na wezwania w sytuacjach przemocy domowej;
- zatrzymanie sprawcy przemocy;
- ochrona ofiary przemocy i zapewnienie bezpieczeństwa.

c) **Interwencje sądowe:**

- wydawanie nakazów sądowych zakazujących kontaktu ze sprawcą przemocy;
- sądowe postępowania ochronne na rzecz ofiar przemocy;
- postępowania sądowe w sprawie oskarżenia sprawcy przemocy.

d) **Wsparcie psychologiczne i terapeutyczne:**

- indywidualne terapie dla ofiar przemocy domowej, w tym terapia traumy;
- terapie rodzinne lub grupowe w celu wsparcia ofiar i ich bliskich;
- programy psychologiczne pomagające ofiarom w radzeniu sobie z przemocą i jej skutkami.

e) **Wsparcie społeczne i praktyczne:**

- pomoc w uzyskaniu zakwaterowania dla ofiar przemocy;
- dostęp do programów pomocy materialnej, takich jak żywność i odzież;
- pomoc w dostępie do usług medycznych i wsparcia zdrowia psychicznego.

f) **Edukacja i świadomość społeczna:**

- programy edukacyjne na temat przemocy domowej i jej skutków;
- kampanie społeczne mające na celu zwiększenie świadomości i zapobieganie przemocy;
- szkolenia dla profesjonalistów, w tym pracowników służby zdrowia, edukacji i prawa, dotyczące identyfikacji i reagowania na przemoc domową.

g) **Zaangażowanie społeczności:**

- programy wspierające zaangażowanie społeczności w zapobieganie przemocy domowej;
- tworzenie sieci wsparcia i koalicji społecznych w celu zwalczania przemocy.

h) **Programy profilaktyczne:**

- działania prewencyjne mające na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia przemocy domowej;
- edukacja dzieci i młodzieży na temat zdrowych relacji i negocjacji.

Interwencje wobec osób doświadczających przemocy domowej powinny być holistyczne i **uwzględniać różnorodne aspekty życia ofiary**, a także uwzględniać indywidualne potrzeby i kontekst każdej sytuacji. Wsparcie powinno być dostosowane do potrzeb ofiar i prowadzone w sposób empatyczny, bezpieczny i skuteczny.

Model interwencji kryzysowej opracowany przez Richarda K. Jamesa i Burla E. Gillilanda

To jeden z najbardziej znanych i wykorzystywanych modeli w pracy z osobami doświadczającymi kryzysów. Główne etapy tego modelu to:

1) **Ocena i zdefiniowanie kryzysu**

Pierwszy etap polega na zrozumieniu natury kryzysu i jego skutków dla osoby doświadczającej kryzysu. W tym celu pracownik interwencji kryzysowej dokonuje oceny sytuacji, identyfikuje czynniki kryzysowe i określa stopień ryzyka dla klienta.

2) **Zapewnienie bezpiecznego środowiska**

Kolejnym krokiem jest zapewnienie bezpiecznego i spokojnego środowiska dla klienta, w którym będzie mógł wyrazić swoje emocje i myśli.

3) **Ustalenie celów interwencji**

W tym etapie pracownik interwencji kryzysowej wspólnie z klientem określa cele, które chce osiągnąć podczas interwencji. Cele te mogą dotyczyć zarówno bezpieczeństwa fizycznego, jak i emocjonalnego klienta.

4) **Przyjęcie i zrozumienie**

Klient jest aktywnie słuchany i rozumiany. Pracownik interwencji kryzysowej okazuje empatię i wspiera klienta w wyrażeniu swoich emocji i potrzeb.

5) **Poszukiwanie alternatyw**

W tej fazie pracownik interwencji kryzysowej pomaga klientowi w identyfikacji alternatywnych sposobów radzenia sobie z kryzysem. Razem z klientem poszukuje się możliwych rozwiązań sytuacji kryzysowej.

6) **Rozwinięcie planu działania**

Na podstawie oceny sytuacji i ustalonych celów, klient i pracownik interwencji kryzysowej opracowują plan działania, który będzie prowadził do rozwiązania kryzysu.

7) **Wdrożenie działań**

W tej fazie plan działania jest wdrażany. Klient podejmuje konkretne kroki w celu rozwiązania problemu kryzysowego, a pracownik interwencji kryzysowej udziela wsparcia i monitoruje postępy.

8) **Ocena i ewaluacja**

Po wdrożeniu działań, pracownik interwencji kryzysowej dokonuje oceny skuteczności interwencji i ewaluacji postępów klienta. Jeśli to konieczne, plan jest modyfikowany lub dostosowywany do bieżących potrzeb klienta.

Model interwencji kryzysowej według R. K. Jamesa i B. E. Gillilanda jest oparty na podejściu humanistycznym i **uwzględnia aktywne zaangażowanie klienta w procesie interwencji oraz respektowanie jego autonomii i godności.**

5. **Udzielanie wsparcia i pomoc psychoterapeutyczna, prawna, socjalna, pedagogiczna z zachowaniem zasad podmiotowości i dobrowolności w korzystaniu ze środków oddziaływania**

W kontakcie z osobą doznającą przemocy domowej koncentrujemy się na dwóch etapach:

1) **DIAGNOZA:**

- analiza form przemocy (fizyczna, psychiczna, ekonomiczna, seksualna, zaniedbanie, cyberprzemoc);
- stopień nasilenia przemocy (pierwszy/ostatni/najbardziej poważny);
- oszacowanie skutków przemocy (konsekwencje – fizyczne, psychiczne, zdrowotne, społeczne itp.);
- ocena rezultatów poszukiwania pomocy – dotychczas podejmowane działania i ich efekty;
- ocena zagrożenia.

2) **PLAN POMOCY:**

- Co może sprawić, że osoba doświadczająca przemocy poczuje się bezpieczniej?
- Na kogo może liczyć osoba doświadczająca przemocy w sytuacji kryzysu?
- Czy miejsce, do którego zamierza się udać jest bezpieczne?
- Czy ma pieniądze/telefon/dokumenty?

Na co zwracać uwagę u osób doznających przemocy domowej?

- bezsenność, trudności z zasypianiem;
- uczucie przygnębienia, smutku, obojętności;
- osłabienie, utrzymujące się zmęczenie;

- zwiększone spożycie alkoholu lub środków uspokajających;
- unikanie wszystkiego co mogłoby przywołać przykre wspomnienia;
- kłopoty z koncentracją;
- złe samopoczucie, obniżony nastrój, apatia;
- problemy somatyczne.

Przed wszystkim: oszacowanie bezpieczeństwa, ryzyka i zagrożenia życia!

Ważne!

Prowadząc rozmowę z osobą doznającą przemocy:

- wyjaśnij cel rozmowy i dlaczego zadajesz takie pytania;
- wykorzystuj narzędzia komunikacji (odzwierciedlenia, pytania otwarte, dowartościowania, podsumowania);
- podkreślaj podmiotowość klienta i jego zasoby (= poczucie sprawczości).

Ponadto:

- zadbaj o czas i miejsce rozmowy;
- rozmawiaj oddzielnie z osobą doznającą przemocy i stosującą przemoc;
- unikaj interpretacji;
- nie obciążaj winą za to, że doznaje przemocy;
- nie zdawaj kilku pytań na raz;
- nie pouczaj, nie wzmacniaj poczucia winy;
- nie obiecuj czegoś, czego nie można będzie spełnić;
- nie konfrontuj tego, co mówi z dotychczas podejmowanymi przez klienta/klientkę działaniami - często nieskutecznymi;
- skup się na zasobach klientki/klienta;
- poinformuj klientkę/klienta o przysługujących prawach;
- poinformuj, gdzie można uzyskać specjalistyczną pomoc (można wręczyć ulotkę lub informator);
- nie namawiaj do pogodzenia się z sytuacją;
- nie namawiaj do zmiany zachowania w stosunku do osoby, która krzywdzi jako gwarancji ustania przemocy.

W kontakcie z osobą stosującą przemoc dokonując diagnozy sytuacji domowej zwracaj uwagę na:

- stosowane formy przemocy;
- posiadanie broni;
- obsesyjne myślenie o partnerze;
- dotychczasowe konsekwencje stosowania przemocy (prawne, rodzinne, moralne);
- przekonania na temat relacji w rodzinie, roli partnera i dzieci;
- konsekwencje doświadczania przemocy u partnera i dzieci;
- używanie substancji psychoaktywnych;
- zagrożenie zabójstwem lub samobójstwem;
- historię wcześniejszych aktów przemocy.

Interwencja w ramach procedury „Niebieskie Karty”

Zgodnie z art. 9d ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej podejmowanie interwencji w środowisku odbywa się na podstawie procedury „Niebieskie Karty” i nie wymaga ona zgody osoby doznającej przemocy domowej, ani osoby stosującej przemoc domową.

Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje **ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez służby w związku z uzasadnionym podejrzeniem stosowania przemocy domowej.**

Wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta” w przypadku powzięcia w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych podejrzenia stosowania przemocy wobec osób doznających przemocy domowej lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez świadka przemocy domowej.

Wszczęcia procedury dokonują:

- pracownik socjalny jednostki organizacyjnej pomocy społecznej;
- funkcjonariusz Policji;
- żołnierz Żandarmerii Wojskowej;
- pracownik socjalny specjalistycznego ośrodka wsparcia dla osób doznających przemocy domowej;
- asystent rodziny;
- nauczyciel wychowawca będący wychowawcą klasy lub nauczyciel znający sytuację domową małoletniego;
- osoby wykonujące zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna;
- przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
- pedagog, psycholog lub terapeuta będący przedstawicielami podmiotów, o których mowa w art. 9a ust. 3 ustawy.

Zgodnie z § 4. Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 6.09.2023r w sprawie procedury „Niebieskie Karty” i wzorów formularzy „Niebieskie Karty”:

- 1) Osoba wszczynająca procedurę dokonuje wstępnej diagnozy sytuacji w związku z zaistnieniem uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy domowej i przeprowadza rozmowę z osobą doznającą przemocy domowej, a także, w miarę możliwości, z osobą stosującą przemoc.
- 2) Rozmowę z osobą doznającą przemocy domowej przeprowadza się w warunkach gwarantujących swobodę wypowiedzi, poszanowanie godności oraz zapewniających bezpieczeństwo.
- 3) Osobie doznającej przemocy domowej przekazuje się informacje w prostym, przejrzystym i przystępnym dla niej języku, z uwzględnieniem stanu i okoliczności, które mogą mieć wpływ na zdolność rozumienia i bycie rozumianym.
- 4) W trakcie rozmowy z osobą stosującą przemoc domową informuje się ją w szczególności o prawnych konsekwencjach stosowania przemocy domowej oraz wskazuje na konieczność zmiany sposobu postępowania.
- 5) Działania, o których mowa w ust. 2 i 4, realizuje się uwzględniając warunki, czynniki i potrzeby, w tym dotyczące osób niepełnosprawnych.

Dodatkowo, jeżeli osoba objęta procedurą „Niebieskie Karty” nie włada językiem polskim w mowie i piśmie lub jest osobą głuchą lub niemą lub występują okoliczności, które mogą mieć wpływ na zdolność rozumienia i bycie rozumianym, członkowie grupy diagnostyczno-pomocowej występują do zespołu interdyscyplinarnego z wnioskiem o zapewnienie udziału tłumacza w czynnościach z osobą objętą procedurą.

W procedurze „Niebieskie Karty” ustawodawca zwraca uwagę na szczególne osoby doznające przemocy domowej. Są to małoletni oraz osoby pełnoletnie nieporadne ze względu na wiek, stan fizyczny lub psychiczny. W takim przypadku:

- działania w ramach procedury przeprowadza się w obecności opiekuna prawnego lub faktycznego lub wskazanej osoby pełnoletniej;
- działania w ramach procedury przeprowadza się w miarę możliwości w obecności psychologa;
- formularz „Niebieskie Karty – B” przekazuje się opiekunowi prawnemu lub faktycznemu lub pełnoletniej osobie wskazanej przez osobę doznającą przemocy domowej, o której mowa w § 5 ust. 2, a w przypadkach, o których mowa w § 5 ust. 4 – osobie najbliższej lub pełnoletniej osobie wskazanej przez osobę doznającą przemocy domowej.

W celu dokonania diagnozy i oceny sytuacji w związku ze zgłoszonym podejrzeniem wystąpienia przemocy domowej (...) powołuje się grupę diagnostyczno-pomocową. Grupę diagnostyczno-pomocową powołuje zespół interdyscyplinarny niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia otrzymania zgłoszenia o podejrzeniu wystąpienia przemocy domowej. **W skład grupy diagnostyczno-pomocowej wchodzi:** pracownik socjalny jednostki organizacyjnej pomocy społecznej i funkcjonariusz policji. W sprawach żołnierzy pełniących czynną służbę wojskową stosujących przemoc domową w skład grupy diagnostyczno-pomocowej wchodzi także żołnierz Żandarmerii Wojskowej. W skład grupy diagnostyczno-pomocowej mogą także wchodzić:

- pracownik socjalny specjalistycznego ośrodka wsparcia dla osób doznających przemocy domowej;
- asystent rodziny;
- nauczyciel wychowawca będący wychowawcą klasy lub nauczyciel znający sytuację domową małoletniego;
- osoby wykonujące zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna;
- przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

W skład grupy diagnostyczno-pomocowej mogą także wchodzić pedagog, psycholog lub terapeuta (...). W sprawach osób stosujących przemoc domową, pozostających pod dozorem lub nadzorem kuratora sądowego, w skład grupy diagnostyczno-pomocowej wchodzi także zawodowy kurator sądowy lub wskazany przez kierownika zespołu kuratorskiej służby sądowej społeczny kurator sądowy.

6. Monitorowanie sytuacji rodzin z problemem przemocy

Po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty” grupa diagnostyczno-pomocowa podejmuje działania monitorujące przez 9 miesięcy. Działania te polegają w szczególności na składaniu wizyt sprawdzających stan bezpieczeństwa w związku z zakończoną procedurą, poradnictwie i wsparciu.

Rodzaj, formę oraz sposób realizacji działań monitorujących określa grupa diagnostyczno-pomocowa.

Możliwe działania monitoringowe:

- **Regularne kontaktowanie się z ofiarami:** policja lub inne odpowiednie służby mogą regularnie kontaktować się z ofiarami przemocy domowej, aby monitorować ich sytuację, udzielać wsparcia i zapewnić pomoc w przypadku kolejnych incydentów.
- **Świadczenie wsparcia psychologicznego i prawnego:** ofiary przemocy domowej mogą potrzebować wsparcia psychologicznego i prawnego nawet po zakończeniu procedury "Niebieskie Karty". Zapewnienie dostępu do profesjonalnej pomocy może być kluczowe dla ich zdrowia psychicznego i bezpieczeństwa.
- **Kontynuacja śledztwa i egzekwowanie przepisów prawnych:** policja może kontynuować śledztwo w przypadku przemocy domowej, zbierając dodatkowe dowody i podejmując odpowiednie kroki prawne wobec sprawcy.
- **Ocena ryzyka i planowanie bezpieczeństwa:** pracownicy społeczni mogą przeprowadzać ocenę ryzyka dla ofiar przemocy domowej oraz pomagać im w opracowywaniu planów bezpieczeństwa, które pomogą im chronić się przed przemocą w przyszłości.
- **Edukacja i prewencja:** kontynuowanie działań edukacyjnych i prewencyjnych mających na celu zwiększenie świadomości społecznej na temat przemocy domowej i dostarczanie informacji na temat dostępnych zasobów i usług wsparcia.
- **Współpraca z innymi instytucjami:** policja, służby społeczne, organizacje pozarządowe i inne instytucje powinny nadal współpracować i wymieniać informacje w celu skutecznej ochrony ofiar przemocy domowej i zapobiegania kolejnym incydentom.

Monitorowanie sytuacji rodzin po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty” wymaga koordynacji działań różnych instytucji oraz indywidualnego podejścia do potrzeb i sytuacji każdej rodziny dotkniętej przemocą.

Oddziaływania wobec osób stosujących przemoc domową (zgodnie z art. 4 ust. 3-5 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej)

Wobec osób stosujących przemoc domową stosuje się przewidziane w ustawie środki mające na celu **zapobieganie ich kontaktowaniu się z osobami doznającymi przemocy domowej** oraz **programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc domową**, a także **programy psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc domową**.

Programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc domową oraz programy psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc domową mają na celu w szczególności powstrzymanie osoby stosującej przemoc domową przed dalszym stosowaniem przemocy oraz rozwijanie umiejętności samokontroli i rozwiązywania problemów bez stosowania przemocy.

Programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc domową oraz programy psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc domową są realizowane w formie spotkań indywidualnych lub grupowych i są prowadzone przez specjalistów w dziedzinie przeciwdziałania przemocy domowej dających gwarancję wysokiej jakości usług, w tym przez psychologów, pedagogów, terapeutów i psychoterapeutów.

Obowiązek reagowania na przemoc

- art. 12 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej: *„Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy domowej, niezwłocznie powiadamiają o tym Policję lub Prokuratora”;*
- art. 304 kodeksu postępowania karnego – §1. społeczny obowiązek powiadomienia prokuratora lub policji, §2 - obowiązek powiadomienia policji lub prokuratury spoczywający na instytucjach państwowych i samorządowych, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu.

Nakazy i zakazy

Żołnierz Żandarmerii Wojskowej i funkcjonariusz Policji mają prawo wydać wobec osoby stosującej przemoc domową w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej, stwarzającej zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby doznającej tej przemocy, nakaz natychmiastowego opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia i zakaz zbliżania się do wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia.

Żołnierze Żandarmerii Wojskowej i funkcjonariusze Policji mają prawo wydać wobec osoby stosującej przemoc domową w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej, stwarzającej zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby doznającej tej przemocy, zakaz zbliżania się do tej osoby

na wyrażoną w metrach odległość lub zakaz kontaktowania się z osobą doznającą przemocy domowej.

Jeżeli osoba doznająca przemocy domowej uczęszcza do szkoły, placówki oświatowej, opiekuńczej lub artystycznej, uprawia sport lub pracuje, żołnierz Żandarmerii Wojskowej lub funkcjonariusz Policji ma prawo wydać wobec osoby stosującej przemoc domową, stwarzającej zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby doznającej tej przemocy, zakaz wstępu na teren szkoły, placówki oświatowej, opiekuńczej lub artystycznej, obiektu sportowego lub miejsca pracy, i przebywania na tym terenie, chyba że osoba stosująca przemoc jest tam zatrudniona lub pobiera naukę.

Warto przeczytać:

- [1] Chomczyński, P., Frąckowiak, P., Kacprzak, A., Maj, M., Mroczek, M. *Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy wobec osób starszych i osób niepełnosprawnych. Raport z badań 2022.* Warszawa: MRiPS, 2022.
https://www.researchgate.net/publication/366192374_RAPORT_Ogolnopolska_diagnoza_zjawi_ska_przemocy_wobec_osob_starszych_i_osob_niepelnosprawnych
- [2] Mordawska, J. (2017). *Zjawisko przemocy wobec osób starszych: skala problemu, czynniki ryzyka, metody przeciwdziałania* [w:] Lewicka-Zelent, A., Maciąg, K. (red.) *Osoba doświadczająca przemocy w świecie milczenia czy wsparcia?: refleksje interpersonalne.* Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel, 126-137.
https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/41797/mordawska_zjawisko_przemocy_wobec_osob_starszych_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [3] Przeperski, J. (2019). *Diagnozowanie zjawiska przemocy domowej – konteksty teoretyczne i praktyczne.* Family Forum 2019. Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, 33-51.
http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_25167_FF_1508
- [4] Rynkowska, D. (2019). *Przemoc wobec osób starszych – sposoby przeciwdziałania.* *Polityka i Społeczeństwo* 1(17), 69-82.
<https://journals.ur.edu.pl/polispol/article/view/606/579>
- [5] Skoczylas, A. (17.10.2023). *Przemoc wobec osób starszych z perspektywy lekarza geriatry.*
<https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/niebieska-akademia-warszawska/przemoc-wobec-osob-starszych-z-perspektywy-lekarza-geriatry>
- [6] Weissbrot-Koziarska, A. (2020). *Nie bij, nie krzycz... O przemocy wobec osób starszych – przegląd badań.* *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 33(1), 137-147.
http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_17951_j_2020_33_1_137-147

Warto odwiedzić:



CHROŃMY STARSZYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
serwis dotyczący przemocy wobec osób starszych i niepełnosprawnych

<https://przemocymowimystop.mrips.gov.pl/>

materiał przygotowany na zlecenie
Ministerstwa Sprawiedliwości

