

Barbara Woźniak, Beata Tobiasz-Adamczyk, Monika Brzyska
Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM

Omówienie wyników projektu *Breaking the Taboo. Empowering health and social service professionals to combat violence against older women within families*. Polska na tle wybranych krajów europejskich. Część 1

Discussion of the results of Breaking the Taboo. Empowering health and social service professionals to combat violence against older women within families. Poland in comparison with selected European countries. Part 1

Abstract

Introduction. The aim of *Breaking the Taboo*, a European project was to develop a strategy for recognizing and counteracting violence against older women within families. The target groups of the project were healthcare and social service workers. Violence against older women is still a serious social problem being a consequence of the global ageing process.

Material and methods. During the research phase content analysis was conducted of all available publications concerning abuse of older people followed by survey and in-depth interviews with professionals employed in healthcare and the social service sector, and working with older women. Results were compared with other European partners: Austria, Finland, Italy and Poland. During the awareness-raising phase an educational strategy was developed and implemented among the professionals.

Results. The analysis of statistics concerning the frequency of abuse against older women within families revealed that this kind of violence is a serious problem in all countries which took part in the project. None of the partner countries have legal regulation concerning the problem of elder abuse and/or neglect. Each country has cultural conditions favourable for violence directed against older women. As a result of the research phase, risk factors conducive to abuse and barriers of recognition were identified.

Conclusions. The key strategy which should be undertaken in order to improve the situation of older-aged victims of abuse within families is education aiming to improving competences of those working with older victims, as well as education of family carers and older women themselves.

Gerontol. Pol. 2010; 18, 1: 33–40

key words: older women, violence, abuse, healthcare, social care

Adres do korespondencji:
mgr Barbara Woźniak
Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii
i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM
ul. Kopernika 7a, 31–034 Kraków
tel.: (12) 423 10 03
faks: (12) 422 87 95

Wstęp

Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie problemu przemocy wobec starszych kobiet w Polsce w porównaniu z wybranymi krajami europejskimi (Austria, Finlandia, Włochy) oraz przedstawienie rozwiązań w zakresie rozpoznawania i przeciwdziałania przemocy, stosowanych w tych krajach, w świetle badań przeprowadzonych w ramach projektu *Breaking the Taboo. Empowering health and social service professionals to combat violence against older women within families*. Projekt ten był częścią programu DAPHNE II¹. Jego cele to przede wszystkim:

- podnoszenie świadomości występowania przemocy wobec starszych kobiet w rodzinach;
- poszerzenie wiedzy pracowników instytucji pomocy społecznej i opieki zdrowotnej na temat rozpoznawania przemocy i pomocy jej w zwalczaniu;
- opracowanie działań i materiałów zwiększających świadomość społeczną;
- wypracowanie narzędzi i strategii pozwalających na poprawę wczesnego rozpoznania problemu przemocy oraz wspieranie profesjonalistów w przeciwdziałaniu przemocy i w odpowiednim na nią reagowaniu.

Obecnie przemoc wobec starszych kobiet w rodzinach jest przedmiotem badań naukowych w wielu krajach, na przykład w Izraelu, Niemczech, Stanach Zjednoczonych czy w Wielkiej Brytanii. W niektórych częściach Europy (np. w Polsce, we Włoszech) problematyka ta wciąż określana bywa jako temat tabu, który dopiero zaczyna się pojawiać świadomości publicznej. Według szacunkowych danych dotyczących zakresu zjawiska [1, 2] 4–6% seniorów doświadcza przemocy we własnym domu, co stanowi 70% ogółu przypadków przemocy wobec osób starszych. Według danych opublikowanych przez *National Center on Elder Abuse* w Stanach Zjednoczonych [3] zgłaszana przemoc stanowi 16% wszystkich przypadków — pozostałe 84% to „ciemna liczba”: przemoc niezgłoszona i niezidentyfikowana.

Przemoc wobec osób starszych jest jedną z konsekwencji globalnego procesu starzenia się społeczeństw. Należy zauważyć, że w samej populacji seniorów rośnie liczba osób w wieku bardzo podeszłym, czyli powyżej 80. roku życia (*secondary ageing process*). W wyniku tego zjawiska powiększa się liczba osób starszych zależnych, niepełnosprawnych i słabych, cierpiących z powodu wielochorobowości i zaburzeń psychicznych, wymagających opieki innych — a więc bardziej narażonych na przemoc. Program *Breaking the Taboo* zajmował się kobietami, ponie-

waż płeć jest istotnym czynnikiem ryzyka w przypadku ofiar przemocy [4] — kobiety w każdym wieku są bardziej narażone na przemoc, co jest uwarunkowane przewagą fizyczną mężczyzn, a także czynnikami społeczno-kulturowymi (tradycyjny podział ról i władzy w rodzinie, stereotypy na temat kobiecości i męskości, dyskryminacja na rynku pracy itp.). Kobiety w krajach rozwiniętych żyją dłużej niż mężczyźni, a ich zdrowie w podeszłym wieku jest gorsze, co zwiększa prawdopodobieństwo ich uzależnienia od stałej opieki oraz stanie się ofiarą przemocy ze strony opiekuna.

Materiał i metody

Projekt *Breaking the Taboo* składał się z 2 faz: badawczej i edukacyjnej. W fazie badawczej każdy z partnerów projektu prowadził badania we własnym kraju, które obejmowały 3 techniki badawcze:

- analizę zawartości piśmiennictwa dotyczącego osób starszych pod względem problematyki przemocy: szukano, czy przemoc wobec starszych kobiet to temat poruszany w piśmiennictwie w danym kraju, a także czy istnieją wytyczne dotyczące postępowania w razie stwierdzenia przemocy;
- sondaż opinii (badanie ankietowe) przeprowadzone wśród organizacji zajmujących się opieką medyczną i pomocą społeczną;
- wywiady pogłębione z osobami zawodowo zajmującymi się ofiarami przemocy w rodzinie. Zadaniem każdego z uczestników projektu było również zorganizowanie spotkania ekspertów, których zadaniem było dokonanie oceny merytorycznej przygotowywanych materiałów edukacyjnych.

W Polsce w ramach analizy zawartości przejrzano krajowe bazy danych Biblioteki Narodowej, międzynarodowe bazy danych oraz Internet. Podczas badań ankietowych pocztą elektroniczną rozesłano 420 kwestionariuszy do organizacji zajmujących się pomocą społeczną i opieką zdrowotną oraz do innych organizacji specjalizujących się w walce z przemocą (policja, centra kryzysowe). Do udziału w wywiadach pogłębionych zaproszono osoby pracujące ze starszymi kobietami (pielęgniarki, lekarzy, pracowników pomocy społecznej). Rezultatem fazy badawczej były raporty krajowe, na podstawie których dokonano analiz i porównań sytuacji w poszczególnych krajach partnerskich oraz opracowano strategię edukacyjną, którą następnie wdrożono w Austrii, Finlandii, Polsce i we Włoszech. Dodatkową pomocą przy jej tworzeniu było spotkanie ekspertów europejskich w Wiedniu (luty 2008), gdzie przedyskutowano stan walki z przemocą wobec starszych kobiet w Europie oraz

potrzeby w tym zakresie. Działania podjęte w fazie edukacyjnej omówiono w dyskusji do tego artykułu.

Wyniki

Poniżej przedstawiono wybrane wyniki badań [5–9]² prowadzonych w ramach projektu w Austrii, Finlandii, Polsce i we Włoszech oraz porównanie między tymi krajami.

Częstość występowania przemocy

Analiza danych statystycznych w poszczególnych krajach partnerskich dotyczących występowania przemocy wobec osób starszych potwierdza brak oficjalnych, reprezentatywnych statystyk dotyczących tego zjawiska. Wiedza opiera się jedynie na danych szacunkowych; autorzy raportów krajowych skarżą się na niską wykrywalność zjawiska (dane to jedynie czubek góry lodowej). Autorzy raportu z Finlandii zauważają, że podawane przez nich dane, zgodnie z którymi 7–9% mężczyzn i 2,5–3% kobiet doznaje przemocy, mogą być niemiernodajne, ponieważ starsze osoby rzadko zgłaszają przemoc domową [10]. W Polsce nie prowadzi się oficjalnych statystyk policyjnych, w których brany jest pod uwagę wiek ofiary przemocy — trudno więc oceniać zasięg zjawiska na tej podstawie. W danych Centrum Badania Opinii Społecznej [11] wskazuje się, że 24% kobiet w wieku powyżej 65 lat potwierdziło, że padały ofiarą przemocy psychicznej (wyzwiska, obrażanie) ze strony męża; na podobne zachowania ze strony żon skarży się 22% starszych mężczyzn. Na przemoc fizyczną (popychanie, uderzanie) w związku uskarżało się 8% kobiet i 2% mężczyzn. W Austrii mówi się o „podwójnie ciemnej liczbie” — przemoc domowa wobec starszych kobiet jest rzadko rejestrowana, a same ofiary nie mówią o swoich doświadczeniach [12]. Według raportu włoskiego 4–6% starszych osób pada ofiarą przemocy domowej — w 75% tych przypadków sprawca jest członkiem najbliższej rodziny ofiary. Autorzy zwracają uwagę, że rozmiary przemocy domowej we Włoszech, szczególnie w aspekcie wykorzystywania finansowego, z pewnością są większe niż podają badania.

Uwarunkowania kulturowe

Analizując problem przemocy wobec starszych kobiet, który — w większości przypadków — występuje w rodzinach, należy wziąć pod uwagę uwarunkowania kulturowe, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia więzi rodzinnych w danym społeczeństwie. W Polsce więzi te są postrzegane jako bardzo istotne dla jednostki; istnieją silne poczucie obowiązku

wobec starszych, chorych, niepełnosprawnych rodziców oraz presja ze strony środowiska społecznego w kwestii świadczenia przez dorosłe dzieci opieki potrzebującym seniorom [13]. Przeniesienie osoby w podeszłym wieku przez rodzinę do instytucji opiekuńczej jest doświadczeniem stygmatyzującym (dlatego na to rozwiązanie seniorzy rzadko się decydują, nawet jeżeli miałyby ich ono uchronić przed sprawcą przemocy); również ci, którzy umieszczają swoich starszych rodziców lub dziadków w ośrodkach opiekuńczych, spotykają się z negatywną reakcją ze strony środowiska ze względu na wspomniane społecznie zdefiniowane obowiązki dziecka lub wnuka wobec osoby starszej. W konsekwencji ponad 80% seniorów wymagających długoterminowej opieki pozostaje w domach [14] pod nadzorem członków rodziny, najczęściej niewykwalifikowanych w udzielaniu pomocy lub sprawowaniu opieki nad osobą starszą. Należy dodać, że system wsparcia dla opiekunów rodzinnych jest w Polsce wciąż niewystarczający. Podobna sytuacja występuje we Włoszech, gdzie zakłada się, że to członkowie rodziny są odpowiedzialni za pomoc w trudnych sytuacjach. Rodziny są zmuszone do sprawowania opieki nad zależną starszą osobą, co bardzo często prowadzi do ich przeciążenia; rozwiązanie to badacze określają jako „spychanie odpowiedzialności na innych” — na rodzinę, która nie jest wspierana przez państwo w wysiłkach związanych z opieką [15]. W Austrii, podobnie jak w Polsce, 80% osób starszych pozostaje pod opieką rodzin, co jest rozwiązaniem preferowanym przez seniorów. Fińscy badacze zwracają uwagę, że zależne osoby starsze pozostające w domach dorosłych dzieci zazwyczaj nie mają zbyt wielkich wymagań co do jakości świadczonej im opieki, wynika to bowiem z poczucia winy spowodowanego świadomością ograniczeń, jakie konieczność sprawowania opieki powoduje w życiu opiekuna [16].

Istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia przemocy domowej jest występowanie „stresorów zewnętrznych”, wśród których należy wymienić bezrobocie i ubóstwo. W wyniku transformacji ustrojowej w Polsce nastąpiła pauperyzacja wielu członków społeczeństwa [17], a także — na początku — pogorszenie stanu zdrowia [18]. Dodatkowym problemem, obecnym zarówno w Polsce, jak i w Finlandii, jest nadużywanie alkoholu, któremu towarzyszy przyzwolenie i akceptacja społeczna. Według danych 70% zgłoszonych przypadków przemocy wiąże się z nadużywaniem alkoholu lub innych substancji uzależniających. Z wyjątkiem Finlandii, gdzie w 1989 roku zarejestrowano, działającą na zasadzie wolontariatu, Federa-

cję Schronisk dla Osób Starszych, która między innymi informuje polityków oraz opinię publiczną o problemie przemocy wobec osób starszych [10], w krajach partnerskich *Breaking the Taboo* poziom społecznej świadomości istnienia zjawiska jest niski. Zauważa się także negatywne stereotypy dotyczące osób w podeszłym wieku (podkreślające przede wszystkim „bezużyteczność” tego segmentu społeczeństwa, który — w myśl uprzedzeń — stanowi ciężar dla osób w wieku produkcyjnym) oraz związany z nimi społeczny stygmat. Krzywdzące stereotypy i towarzysząca im dyskryminacja seniorów (ageizm) bywają podzielane nawet przez profesjonalistów pracujących ze starszymi kobietami.

Rozwiązania prawne

Należy zauważyć, że prawo w krajach partnerskich dopiero od niedawna odnosi się do osób starszych jako ofiar przemocy domowej, choć wciąż czyni to w niewystarczającym zakresie. W Finlandii istnieją rozwiązania prawne dotyczące przemocy domowej wobec kobiet, a zwalczaniu przemocy poświęca się programy, tworzone i wdrażane na poziomie centralnym. W ostatnich latach (2003–2007) nasilono szczególnie wysiłki mające na celu poprawę umiejętności profesjonalistów pracujących z ofiarami i sprawcami. Rozwiązania prawne stosowane w Austrii przewidują czasową eksmisję sprawcy przemocy domowej (od 1997 roku). Prawo przewiduje również długoterminową ochronę ofiary przemocy. Działania te nie są jednak skuteczne w odniesieniu do osób zależnych, w przypadkach gdy sprawca jest jednocześnie jedynym opiekunem — w takich sytuacjach prawdopodobieństwo zgłoszenia przemocy i podjęcia odpowiednich kroków prawnych jest niskie. We Włoszech w kodeksie karnym istnieje zapis w sprawie przemocy wobec osób starszych (ze szczególnym uwzględnieniem przemocy fizycznej i porzucenia); co więcej, z myślą o osobach starszych potrzebujących pomocy w zarządzaniu swoimi sprawami w 2004 roku stworzono instytucję „doradcy/administratora” (*amministratore di sostegno*). Zazwyczaj funkcję tę pełni wolontariusz, który pomaga osobie w podeszłym wieku przede wszystkim w zakresie zarządzania własnością i finansami. O przyznanie osobie starszej doradcy wnioskuje pracownicy sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby (np. gdy osoba starsza jest wykorzystywana finansowo przez rodzinę). Podobna instytucja istnieje w Austrii.

W Polsce w rozwiązywanie problemów związanych z przemocą domową instytucje rządowe zaangażo-

wały się w 1992 roku (szczególną uwagę zwrócono na akty przemocy popełniane przez osoby nadużywające alkoholu). W świetle polskiego prawa karne go przemoc w rodzinie stanowi przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności (o czym mówi artykuł 207 kodeksu karnego, paragraf 1) [19]. W lipcu 2005 roku uchwalono Ustawę o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie [20], a we wrześniu 2006 roku opracowano Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie [21]. W Programie wspomina się o osobach starszych jako ofiarach przemocy. Od 1998 roku polska policja posługuje się procedurą Niebieskiej Karty³ [23], którą stosuje się w postaci prowadzenia dokumentacji i standardów postępowania w przypadku podejrzenia bądź stwierdzenia przemocy. Należy zauważyć brak procedur przystosowanych do potrzeb osób starszych [22].

Kontekst występowania przemocy wobec starszych kobiet w rodzinach

W badaniach prowadzonych w ramach projektu *Breaking the Taboo* oraz porównaniach między krajami partnerskimi wykazano, że można wyróżnić kilka czynników składających się na kontekst występowania przemocy wobec starszych kobiet w rodzinie. Pierwszym z nich jest wzajemna zależność członków rodziny. Zarówno austriacki raport, jak i włoski podkreślają, że konieczność świadczenia długoterminowej opieki prowadzi do zmian w funkcjonowaniu całej rodziny, na które składają się: utrata autonomii podopiecznych, wzajemna zależność członków rodziny oraz zamiana ról. Zależność podopiecznego budzi w nim ambiwalentne uczucia, oscylujące między poczuciem wdzięczności a poczuciem winy i złością, co może prowadzić do konfliktów i aktów przemocy [12]. W polskich danych stwierdzono, że nie poczucie zależności opiekuna od podopiecznego, ale raczej emocjonalna, finansowa i mieszkaniowa zależność dorosłego dziecka od starszego rodzica jest czynnikiem ryzyka wystąpienia przemocy wobec osoby w podeszłym wieku [24]. Również historia rodziny, szczególnie w aspekcie międzypokoleniowego przenoszenia przemocy, jest brana pod uwagę w analizach kontekstu przemocy domowej — osoby, które były ofiarami przemocy ze strony rodziców w dzieciństwie, w momencie gdy następuje zamiana ról i relacji władzy, stają się sprawcami przemocy wobec zależnych rodziców. Podobna sytuacja może się pojawić w przypadku współmałżonków: żona, w przeszłości maltretowana przez męża, w chwili kiedy mąż staje się osobą zależną, może wziąć odwet za złe traktowanie. Obok zemsty rolę odgrywa

„uczenie się” przemocy w rodzinie — dzieci w dorosłym życiu powielają wzorce, które wyniosły z domu rodzinnego [3].

Warunki mieszkaniowe to kolejny czynnik ryzyka: brak prywatności, konieczność bycia dyspozycyjnym 24 godziny na dobę, bardzo bliski kontakt, wspólne zamieszkiwanie na małej powierzchni mogą prowadzić do konfliktów i przemocy [12]. Należy tu także wspomnieć o przeciążeniu opiekuna, które również może prowadzić do przemocy. W badaniach prowadzonych w Polsce wykazano, że prawie połowa osób powyżej 65. roku życia potrzebuje pomocy przynajmniej w jednym obowiązku związanym z prowadzeniem gospodarstwa domowego [25]. Około 25% polskich opiekunów rodzinnych osób starszych przyznaje, że w razie potrzeby ma trudności ze znalezieniem pomocy w sprawowaniu opieki ze strony osoby trzeciej, a 10% mówi, że w ogóle nie ma możliwości otrzymania wsparcia od kogokolwiek [26]. Badacze ze wszystkich krajów partnerskich zauważają, że opieka nad zależną osobą w podeszłym wieku wytwarza ogromny stres i przeciążenie, szczególnie w przypadku chorób psychicznych, które powodują zmiany charakteru i zachowań chorego (np. demencja, choroba Alzheimera). Opieka nad taką osobą bywa męcząca i frustrująca, a przeciążenie może prowadzić do aktów przemocy.

Kolejnym ważnym czynnikiem jest — jak zauważają badacze z Austrii i z Polski — izolacja społeczna, która może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem przemocy. W tym drugim przypadku rodzina celowo izoluje się od środowiska społecznego w obawie, że obserwator z zewnątrz mógłby zauważyć oznaki przemocy w rodzinie.

Konsekwencje przemocy można podzielić na ekonomiczne i zdrowotne. Zarówno polski raport, jak i włoski podkreślają zakres konsekwencji zdrowotnych, łącznie ze skłonnościami samobójczymi pojawiającymi się w wyniku cierpień psychicznych wywołanych krzywdą wyrządzoną przez własne dziecko. Inne konsekwencje to spadek poczucia własnej wartości i wycofywanie się z kontaktów interpersonalnych (prowadzące do izolacji społecznej).

Bariery rozpoznawania przemocy i reagowania na przemoc

Profesjonaliści zawodowo zajmujący się starszymi kobietami zazwyczaj są świadomi istnienia problemu przemocy. Badania przeprowadzone w Krakowie przez Tobiasza-Adamczyka [27] pokazały, że pracownicy sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej stykają się w pracy z przemocą fizyczną (prawie 10%

badanych profesjonalistów) oraz z przemocą psychiczną wobec starszych kobiet (prawie 13%); pracownicy ci najczęściej wymieniali zaniedbanie (43%), wykorzystanie finansowe starszych kobiet (28%) oraz porzucenie (18%). W Finlandii pracownicy wymienionych sektorów jako najczęstszą formę przemocy wymieniają wykorzystanie finansowe. W Austrii pracownicy pomocy społecznej i opieki zdrowotnej mają do czynienia ze wszystkimi formami przemocy wobec starszych kobiet; w opinii pracowników mających bezpośredni kontakt ze starszymi kobietami najczęstszymi problemami są zaniedbanie i przemoc psychiczna; najrzadziej wspominano o przemoc seksualnej. Dane z Włoch wskazują, że profesjonaliści medyczni i socjalni nie mają zbyt częstych doświadczeń zawodowych związanych z przemocą wobec starszych kobiet, ale autorzy raportu podkreślają, że w tym kraju przemoc jest problemem „ukrytym”: odbywa się za zamkniętymi drzwiami i często nie jest nigdy ujawniana.

Przemoc wobec starszych kobiet to bardzo złożony problem społeczny. Jedną z największych przeszkód w walce z nim są bariery rozpoznawania i odpowiedniego reagowania na przemoc. W ramach projektu *Breaking the Taboo* rozpoznano wiele takich barier. Źródłem trudności w podejmowaniu walki z przemocą może być brak współpracy ze strony ofiary (milczenie lub zaprzeczanie przemocy) powodowany strachem przed przeniesieniem do domu opieki (związana z tym stygmatyzacja połączona z przekonaniem, że tylko niekochani rodzice trafiają do domów opieki), trudnościami w komunikacji (w przypadku osób cierpiących na demencję czy chorobę Alzheimera), istnieniem silnych więzi emocjonalnych między ofiarą i sprawcą czy strach przed zemstą. Zarówno polski raport, jak i fiński wskazują, że częstą przyczyną milczenia ofiar jest poczucie winy („To ja ją/go tak wychowałam”). Cytat, pochodzący z wywiadów z profesjonalistami, ilustruje niektóre z wymienionych barier: „Była u nas starsza pani, której syn alkoholik odbierał pieniądze, wyzywał, dokuczał... Pracownikom udało się wreszcie ją przekonać, że syn nie ma prawa wykorzystywać jej pieniędzy, znęcać się i odreagowywać na niej własnych stresów. Otoczona opieką pracownika socjalnego wyciszyła się, uspokoiła. Kiedy jednak dowiedziała się, że zgłoszenie sprawy i uruchomienie procedury będzie miało realny skutek w postaci wszczęcia postępowania karnego przeciwko synowi — natychmiast wycofała się z zarzutów — bała się, że syn może się na niej zemścić...” (respondent: pracownik socjalny).

Kolejne przeszkody to różnice w postrzeganiu zjawiska przemocy przez ofiarę i pracownika medycznego/socjalnego: to, co dla profesjonalisty jest patologią, dla ofiary bywa normalnym zachowaniem; starsze ofiary przemocy nie znają też własnych praw. „Bardzo trudno jest wyjaśnić ofiarze, że nie musi być ona zupełnie podległa woli swoich dzieci — sprawców przemocy — i że również ona ma swoje prawa” (respondent: kierownik OPS).

Jedną z najtrudniejszych do pokonania barier rozpoznawania przemocy jest słaba społeczna świadomość istnienia problemu. Problemem jest nie tylko niedostrzeganie przemocy, ale również jej ignorowanie, także przez samych pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Przemoc domowa w wielu kulturach postrzegana jest jako sprawa prywatna, dotycząca tylko członków rodziny — istnieje przekonanie, że w tę sferę nie należy ingerować. Ponadto taka ingerencja może spowodować konflikt pomiędzy rodziną a pracownikiem medycznym lub socjalnym, co w konsekwencji prowadzi do odjęcia profesjonalistom kontaktu z ofiarą przemocy. We wszystkich raportach badawczych podkreślany jest również brak wiedzy na temat adekwatnego reagowania na przemoc. Respondenci w badaniach prowadzonych w krajach partnerskich wielokrotnie podnosili wątek braku odpowiednich szkoleń, brak procedur, ustalonych algorytmów działania czy brak doświadczenia w rozpoznawaniu przemocy skierowanej przeciwko strasznym kobietom. Pracownicy powinni podnosić swoje kwalifikacje (szkolenia w zakresie rozpoznawania i przeciwdziałania), w krajach partnerskich brakuje również szkoleń w zakresie radzenia sobie ze stresem i emocjami w pracy z ofiarami przemocy, a także edukacji w zakresie kompetencji poszczególnych organizacji zajmujących się przemocą: „Profesjonaliści z dziedziny przeciwdziałania przemocy powinni być lepiej wyedukowani i znać kompetencje poszczególnych instytucji” (respondent: oficer policji).

Obok luk w edukacji wielokrotnie podnoszono również kwestię warunków pracy, które mogłyby zostać ulepszone, między innymi poprzez uruchomienie poradnictwa dla młodych pracowników, zapewnienie takiej organizacji struktury zespołów, aby umożliwić komunikację oraz dyskusje zespołowe, zatrudnienie wolontariuszy, a przede wszystkim zapewnienie odpowiedniej ilości czasu przeznaczonego na każdego podopiecznego. Jak zauważył jeden z respondentów: „Nie ma czasu na ludzkie podejście, wejście w środowisko bez konkretnego powodu, aby po prostu zobaczyć, co się dzieje. Raz w miesiącu

idziemy z obowiązku, a to za mało — raz w tygodniu bez zapowiadania — już by coś dało” (respondent: pracownik socjalny).

W Polsce często zgłaszanym problemem był także brak interdyscyplinarnej współpracy między różnymi organizacjami zajmującymi się przemocą wobec starszych osób a pracownikami opieki zdrowotnej. Profesjonaliści medyczni krytykowani byli również z powodu ignorowania problemu przemocy: „Współpraca z opieką zdrowotną nie układa się zbyt dobrze” (respondent: pracownik socjalny); „Bardzo rzadko mamy zgłoszenia od pielęgniarek środowiskowych o starszych osobach potrzebujących pomocy, nie tylko w kontekście przemocy” (respondent: kierownik ośrodka pomocy społecznej).

Dyskusja

Jak wykazano w analizie zawartości publikacji dotyczących przemocy oraz w badaniach wśród profesjonalistów medycznych i socjalnych, przemoc wobec starszych kobiet jest poważnym problemem społecznym w krajach partnerskich projektu i można ją określić jako temat tabu. Mało się o niej pisze i mówi, a niektóre jej formy (np. przemoc seksualna) w ogóle nie istnieją w dyskursie naukowym. Zdecydowanie za mało — w zestawieniu z rozmiarami problemu — prowadzi się badań i szkoleń na temat wykorzystania finansowego i zaniebdania (oraz porzucenia, które jest jego skrajną formą) starszych kobiet: wydaje się, że — nawet wśród profesjonalistów medycznych i socjalnych — wiedza na temat tych form przemocy jest niewystarczająca. Przełamywanie milczenia wokół problemu przemocy powinno być połączone z edukowaniem społeczeństwa, w tym także pracowników sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, dotyczącym wiedzy na temat form przemocy oraz czynników ryzyka jej wystąpienia.

Druga faza realizacji projektu *Breaking the Taboo* obejmowała praktyczne działania, mające być odpowiedzią na zidentyfikowany w fazie badawczej problem niedostatecznej wiedzy i umiejętności profesjonalistów pracujących ze starszymi kobietami w zakresie rozpoznawania i reagowania na przemoc. W ramach tego etapu opracowano broszurę edukacyjną, zatytułowaną *Breaking the Taboo*. Przemoc wobec starszych kobiet w rodzinach: rozpoznawanie i działanie, adresowaną do pracowników sektora opieki medycznej i pomocy społecznej⁴. Kolejnym działaniem było przeprowadzenie warsztatów podnoszących świadomość istnienia przemocy, której ofiarą padają starsze kobiety. W Polsce skupiono się

na rozpoznawaniu przemocy, ponieważ w badaniach przeprowadzone w ramach *Breaking the Taboo* polscy naukowcy wykazali, że rozpoznawanie przemocy jest najsłabszą stroną pracowników medycznych i socjalnych. Praca w ramach warsztatów opierała się na analizie przypadków, a do udziału zaproszono osoby zawodowo zajmujące się starszymi kobietami, które mogą być ofiarami przemocy. W Finlandii i Włoszech przeprowadzono po 3 warsztaty, w Austrii i w Polsce — 4 ze względu na duże zainteresowanie uczestnictwem.

W projekcie wykazano, że konieczne jest podnoszenie świadomości istnienia przemocy wobec starszych kobiet poprzez przeprowadzenie publicznej debaty, mającej na celu ujawnienie i rozwiązanie tego narastającego wraz z procesem starzenia się populacji problemu społecznego. W ramach zainicjowania dyskusji zorganizowano konferencje ogólnokrajowe z udziałem ekspertów. W Polsce konferencja odbyła się 20 marca 2009 roku; w jej trakcie zaproponowano uczestnikom udział w warsztatach na temat przemocy oraz rozdano broszurę. Wszystkie zrealizowane w ramach projektu działania zostały pozytywnie ocenione przez adresatów. Duże zainteresowanie broszurą oraz dyskusje podczas warsztatów i konferencji potwierdzają zapotrzebowanie na wiedzę i umiejętności w zakresie reagowania na przemoc [28]⁵.

Wnioski

Na podstawie wiedzy i doświadczeń zgromadzonych w ramach międzynarodowej współpracy w projekcie *Breaking the Taboo* należy stwierdzić, że aby poprawić sytuację starszych wiekiem ofiar przemocy, konieczne jest podjęcie w krajach partnerskich działań w zakresie:

- wypracowania rozwiązań prawnych umożliwiających skuteczną pomoc ofiarze;
- zintegrowania działań osób profesjonalnie zajmujących się starszymi kobietami — ofiarami przemocy;
- wspierania opiekunów rodzinnych oraz rozbudowa sektora usług opiekuńczych (szczególnie w małych miejscowościach);
- tworzenia ośrodków zapewniających specjalistyczną opiekę starszym ofiarom przemocy;
- podejmowania kampanii społecznych upowszechniających wiedzę na temat przemocy wobec starszych kobiet oraz mających na celu podniesienie roli świadka zdarzenia;
- edukowania starszych kobiet w zakresie znajomości ich praw.

Projekt *Breaking the Taboo. Empowering health and social service professionals to combat violence against older women within families* był finansowany przez Komisję Europejską (DG Justice, Freedom and Security). Numer kontraktowy JLS/2006/DAP-1/276/W 30-CE-0120349/00-46.

Streszczenie

Wstęp. Celem europejskiego projektu *Breaking the Taboo* było wypracowanie strategii rozpoznawania i reagowania na przemoc wobec starszych kobiet w rodzinach. Grupą docelową projektu byli pracownicy medyczni i socjalni. Przemoc wobec starszych kobiet to poważny problem społeczny, który jest konsekwencją między innymi globalnego procesu starzenia się.

Materiał i metody. W fazie badawczej przeprowadzono analizę zawartości publikacji dotyczących przemocy wobec starszych kobiet, badania sondażowe oraz wywiady pogłębione z pracownikami sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, zajmujących się ofiarami przemocy w podeszłym wieku. Przeprowadzono porównanie wyników między Austrią, Finlandią, Polską i Włochami — krajami partnerskimi projektu. W fazie edukacyjnej wypracowano materiały szkoleniowe dla pracowników wymienionych sektorów.

Wyniki. Analiza danych dotyczących częstości występowania przemocy w krajach partnerskich pokazuje, że przemoc wobec starszych kobiet to istotny problem. Żaden z krajów nie dysponuje satysfakcjonującymi rozwiązaniami prawnymi regulującymi sytuację starszych ofiar przemocy. Występowaniu przemocy wobec starszych kobiet w Austrii, Finlandii, Polsce i we Włoszech sprzyjają uwarunkowania kulturowe. Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka występowania przemocy oraz barier rozpoznawania i reagowania na nią wskazanych przez pracowników medycznych i socjalnych.

Wnioski. Kluczowym działaniem podejmowanym w celu poprawy sytuacji ofiar przemocy w podeszłym wieku powinny być działania edukacyjne, obejmujące osoby spotykające się w ramach pracy z ofiarami przemocy (podnoszenie kompetencji), opiekunów rodzinnych oraz same starsze kobiety.

Gerontol. Pol. 2010; 18, 1: 33–40

słowa kluczowe: starsze kobiety, przemoc, opieka zdrowotna, pomoc społeczna

Przypisy

1. Projekt był finansowany przez Komisję Europejską (DG Justice, Freedom and Security). Numer kontraktowy JLS/2006/DAP-1/276/W 30-CE-0120349/00-46. Głównymi partnerami programu były instytucje z Austrii (Instytut Badawczy Austriackiego Czerwonego Krzyża), Finlandii (STAKES), Polski (Zakład Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM) i Włoch (emmeerre). Partnerzy wspierający pochodzili z Belgii (LACHESIS), Francji (ISIS) i Portugalii (CESIS). Koordynatorem był Austriacki Czerwony Krzyż. Ewaluacja: ISIS (Niemcy). Projekt realizowano w latach 2007–2009.
2. Cytowane w analizie wyników badań raporty krajowe (austriacki: Kuss i Schopf 2008, fiński: Luoma i Manderbacka 2008, polski: Tobiasz-Adamczyk i wsp. 2008, włoski: Lucchin i wsp. 2008; raport europejski: Strümpel i Hackl) są dostępne na stronie www.rotaskreuz.at.
3. W procedurze Niebieskiej Karty interwencja rozumiana jest nie tylko jako działanie doraźne, mające na celu zatrzymanie aktualnej przemocy, ale także jako kilka działań skoordynowanych w czasie, dążących do zmiany sytuacji ofiary i rodziny. Procedura polega na współdziałaniu przedstawicieli różnych służb (policja, pomoc społeczna, gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych i in.) oraz ciągłej wymianie informacji między nimi. Policja podejmuje wizyty prewencyjne w domu ofiary, dzielnicowemu w czasie takich wizyt towarzyszy pracownik pomocy społecznej oraz — w przypadku stwierdzenia uzależnienia od alkoholu w rodzinie — również specjalista od rozwiązywania tego typu problemów. Oprócz kontroli stanu bezpieczeństwa ofiary świadczona jest także pomoc psychologiczna, socjalna, materialna, specjalistyczna. W 2004 roku procedurę zaadaptowała pomoc społeczna (www.niebieskalinia.pl).
4. Broszura zostanie omówiona w części II niniejszego artykułu.
5. Więcej informacji o projekcie, w tym materiały z warsztatów oraz konferencji, znajduje się na stronie Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM: www.epi.cm-uj.krakow.pl.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. World report on violence and health. WHO, Genewa 2002.
2. Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO, Genewa 2006.
3. National Center on Elder Abuse, National Elder Abuse Incidence study, USA 1998. www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf.
4. Penhale B. Older women, domestic violence and elder abuse: a review of commonalities, differences and shared approaches. *J. Elder Abuse Neglect*. Int. J. 2003; 15: 163–183.
5. Kuss B., Schopf A. Breaking the Taboo: a study of domestic violence against older people in care relations from the perspective of health and care services in Austria 2008. www.rotaskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/National_Report_Austria.pdf.
6. Luoma M.-L., Manderbacka C. Breaking the Taboo: overview of research phase — Finland 2008. www.rotaskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/National_Report_Finland.pdf.
7. Tobiasz-Adamczyk B., Woźniak B., Brzyska M., Ocetkiewicz T. Breaking the Taboo: overview of research phase — Poland 2008. www.rotaskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/National_Report_Poland.pdf.
8. Lucchin P., Leichsenring K., Arcari B., Selle P. Breaking the Taboo: overview of research phase — Italy 2008. www.rotaskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/National_Report_Italy.pdf.
9. Strümpel C., Hackl C. Breaking the Taboo — European Report 2008. www.rotaskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/European_report.pdf.
10. Kivelä S.-L., Köngäs-Saviaro P., Kesi E., Pahkala K., Ijäs M.-L. Abuse in old age — epidemiological data from Finland. *J. Elder Abuse Neglect* 1992; 4: 1–18.
11. Centrum Badania Opinii Społecznej. Przemoc i konflikty w domu. 2005. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_027_05.PDF.
12. Hörl J., Spannring R. Gewalt gegen alte Menschen. W: G. u. K. Bundesministerium für Soziales (red.). *Gewaltbericht in Österreich*. BMSG, Wien 2001; 305–344.
13. Potoczna M. Wzajemna pomoc, wspólne zamieszkiwanie i odpowiedzialność międzypokoleniowa. W: Warzywoda-Kruszyńska W., Szukalski P. *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
14. Bień B. *Family caregiving for the elderly in Poland*. Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2006.
15. Taccani P. *Sostenere chi cura. Prospettive sociali e sanitarie* 2002; 1: 2–3.
16. Perttu S. Ikäntyneisiin kohdistuva väkivalta näkyväksi. *Haaste* 2006; 3. <http://www.haaste.om.fi/37213.htm>.
17. Misztalska A. Transformacja systemu a samopoczucie zbiorowe. *Kultura i społeczeństwo* 1995; 39: 44.
18. Ostrowska A. Społeczne czynniki warunkujące zachowania prozdrowotne — bilans dekady. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2000; 19: 46–65.
19. Kodeks Karny 1997. <http://prawo.money.pl/akty-prawne/ujednolicone-akty-prawne/kodeksy/kodeks;karny;z;dnia;6;czerwca;1997;r;1997,88,553,DU,410.html>.
20. Ustawa o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie 2005. <http://www.abc.com.pl/serwis/du/2005/1493.htm>.
21. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie 2006. <http://www.mps.gov.pl/indexxt.php?gid=990>.
22. Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A. *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
23. www.niebieskalinia.pl.
24. Halicka M. Elder abuse and neglect in Poland. *J. Elder Abuse Neglect* 1995; 6: 157–169.
25. Bień B. Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: Synak B. (red.). *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002; 35–77.
26. Czekanowski P. Family carers of elderly people. W: Bień B. (red.). *Family caregiving for the elderly in Poland*. Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2006; 85–111.
27. Tobiasz-Adamczyk B. The perception of elder abuse in the work experience of health professionals. *Eur. J. Public Health* 2007; 17: 321.
28. www.epi.cm-uj.krakow.pl.