

## Anna Mirczak, Beata Tobiasz-Adamczyk, Piotr Brzyski, Monika Brzyska

Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

# Rozpoznawanie zjawiska przemocy wobec osób starszych przez pielęgniarki środowiskowe

Identifying of elderly abuse by community nurses

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Przemoc wobec osób starszych (fizyczna, psychiczna, finansowa, porzucenie oraz zaniedbanie) jest narastającym problemem w polskim społeczeństwie. Pielęgniarka środowiskowa jest osobą, która z racji pełnionych funkcji powinna umieć rozpoznać pierwsze symptomy przemocy oraz podjąć skuteczną interwencję.

**Cel pracy.** Celem niniejszej pracy było porównanie percepcji różnych form przemocy przez pielęgniarki środowiskowe i kliniczne oraz zbadanie czynników warunkujących to postrzeżenie.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 184 pielęgniarek (w tym 67 środowiskowych i 117 klinicznych). Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany w Zakładzie Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą modelu regresji logistycznej, z wykorzystaniem pakietu statystycznego IBM SPSS 19 dla Windows.

**Wyniki.** Analiza uzyskanych wyników pokazała, że pielęgniarki środowiskowe rzadziej niż pielęgniarki kliniczne postrzegały zaniedbanie, porzucenie i samozaniedbanie osób starszych jako problem w codziennej pracy. Pielęgniarki środowiskowe rzadziej postrzegały porzucenie jako problem społeczny. Zjawisko przemocy psychicznej wobec osób starszych w Polsce pielęgniarki w wieku powyżej 40 lat o stażu pracy powyżej 20 lat postrzegały jako problem o niewielkim zasięgu. Ryzyko oceny zaniedbania osób starszych jako problemu w codziennej pracy było istotnie wyższe u pielęgniarek posiadających wyższe wykształcenie.

**Wnioski.** Pielęgniarki środowiskowe powinny być szczególnie edukowane w zakresie rozpoznawania zjawiska przemocy wobec osób starszych.

**Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (2): 202–209**

**Słowa kluczowe:** przemoc wobec osób starszych, pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki kliniczne

### ABSTRACT

**Introduction.** Elderly abuse (including all forms like: physical, psychological, financial, abandonment and neglect), has been grown as a social problem in Polish society. Being involved in giving home care by community nurses give them ability to recognize the first signs of elderly abuse and to perform coping strategy in the face of recognized incidents.

**Aim of the study.** The aim of this research was to compare perception of different forms of elderly abuse by community and clinical nurses, and investigate its determinants.

**Material and methods.** The study sample consisted of 67 community nurses and 117 clinical nurses. The research tool was the original questionnaire developed by research team of the Department of Medical Sociology at Jagiellonian University Medical College in Krakow. Statistical analysis was performed using logistic regression model with use of IBM SPSS 19 for Windows.

**Results.** Analysis of results showed that neglect and self-neglect have been reported as a serious problem in everyday care less frequently by community nurses than by clinical nurses. They also more rarely recognized abandonment as a social problem in Poland. Risk of perception of an emotional abuse as a social problem in Poland associated with was significantly lower in nurses aged 40 years and over, whose professional career lasted longer than 20 years. Risk of assessment that neglect of older persons accompanied them in everyday care was supported by nurses with university education.

**Conclusions.** Community nurses should receive special professional training in recognizing the elderly abuse.

**Nursing Topics 2011; 19 (2): 202–209**

**Key words:** elderly abuse, community nurses, clinical nurses

**Adres do korespondencji:** mgr Anna Mirczak, Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Kopernika 7a, 31–034 Kraków, tel.: (12) 423 10 03, e-mail: anna.mirczak@gmail.com

## Wstęp

Personel podstawowej opieki zdrowotnej powinien odgrywać ważną rolę w rozpoznawaniu i zapobieganiu przemocy wobec osób starszych. Szczególne możliwości w tym zakresie mają pielęgniarki środowiskowe, które odwiedzając pacjenta w domu, mogą wykryć to zjawisko we wczesnym jego stadium lub podjąć działania prewencyjne. Ponadto wśród wielu zadań wpisanych w obowiązki pielęgniarki środowiskowej opieka nad ofiarami szeroko rozumianej patologii życia rodzinnego zajmuje szczególne miejsce. W przypadku przemocy domowej wobec osób starszych pielęgniarka środowiskowa z racji pełnionych funkcji powinna umieć ją zidentyfikować oraz pomóc rozwiązać ten problem, tak aby zapewnić ofiarze poczucie bezpieczeństwa i wyeliminować negatywny wpływ sprawcy.

Osoba starsza przebywająca w zamkniętym środowisku domowym, często pozbawiona kontaktu z osobami ze świata zewnętrznego, niejednokrotnie może liczyć tylko na personel medyczny, który powinien wzbudzać zaufanie, aby w przypadku doświadczenia przemocy osoba krzywdzona nie bała lub nie wstydziła się przyznać do tego.

Diagnozowanie jakichkolwiek form przemocy ze wskazaniem sprawcy jest sprawą bardzo delikatną i wymaga niezwykle wyczucia, a zarazem dużej wiedzy w tym zakresie. Wiele dotychczas prowadzonych badań pokazuje, że personel medyczny ma duże trudności w rozpoznawaniu przypadków przemocy. Towarzyszy temu brak pewności siebie przy podejmowaniu decyzji w opisywanych sytuacjach, co niewątpliwie jest spowodowane niedostateczną znajomością specyfiki omawianego problemu, pociągając za sobą nieumiejętność wykrywania tego zjawiska [1].

Należy przy tym pamiętać, że skuteczne zapobieganie przemocy wobec osób w podeszłym wieku to nie tylko identyfikacja zdarzenia, lecz również prowadzenie dokładnej dokumentacji pozwalającej na wszczęcie postępowania karnego w przypadku rozpoznanego incydentu.

Wyniki badań prowadzonych w ciągu ostatnich dekad pokazały, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki nie znają regulacji prawnych zakazujących stosowania wobec osób starszych przemocy w jakiegokolwiek formie oraz nie są świadomi istnienia specjalnych protokołów, których sporządzanie służy do wykrywania podobnych incydentów [2, 3].

Inną ważną kwestią poruszaną w wielu badaniach jest pytanie, dlaczego rozpoznane przypadki przemocy wobec osób starszych są pomijane w raportach sporządzanych przez lekarzy i pielęgniarki. Wśród powodów niezgłaszania przez personel medyczny podejrzeń występowania przemocy domowej najczęściej wymienia się fakt, że przedstawiciele opieki zdrowotnej nie chcą być zamieszani w sprawę (64%), są nieświadomi regulacji prawnych dotyczących raportowania takich in-

cydentów (54%) lub nie potrafią rozpoznać symptomów przemocy podczas wizyt (44%). Inne przyczyny to poważne niejasności w samym definiowaniu przemocy i zaniedbywania osób starszych (41%), brak pewności co do sposobu raportowania takich przypadków (33%), a także zaprzeczanie doświadczanej przemocy przez same ofiary (49%) [4].

Problem przemocy wobec osób starszych jest zaniedbywany nie tylko z powodu braku wiedzy i umiejętności personelu medycznego, ale również z uwagi na fakt, że nie wypracowano do tej pory konkretnych regulacji prawnych wskazujących procedurę postępowania w przypadku rozpoznania takich incydentów. Ignorowaniu przejawów przemocy domowej sprzyja także pasywna postawa, przyjmowana zgodnie z zasadą nieingerowania w cudze sprawy, oraz poczucie, że podjęcie działań nie przyniesie żadnych rezultatów z powodu wadliwie funkcjonującego systemu prawnego.

W świetle ostatnio prowadzonych badań jako jedną ze skuteczniejszych form radzenia sobie z przemocą wobec osób w podeszłym wieku zaleca się przede wszystkim edukowanie personelu medycznego [5]. Podnoszenie świadomości i zwiększanie wiedzy osób zajmujących się profesjonalną opieką nad osobami starszymi, a także opracowanie strategii rozpoznawania przemocy domowej już w momencie jej powstawania było celem projektu *DAPHNE II Breaking the Taboo* realizowanego w Australii, Belgii, Finlandii, Francji, Polsce, Portugalii i Włoszech. Jednym z jego rezultatów było opracowanie broszury: „Przemoc wobec starszych kobiet w rodzinach: rozpoznawanie i działanie”, zawierającej teoretyczne i praktyczne informacje dla pracowników opieki medycznej w kwestii postępowania z osobami starszymi, które stały się ofiarami przemocy domowej [6, 7].

Obecnie niewiele wiadomo, w jakim stopniu personel medyczny, w tym lekarze, pielęgniarki i pracownicy socjalni, są przygotowani do rozpoznawania i diagnozowania przemocy wobec osób starszych, zarówno tych przebywających w zakładach leczniczych, jak i tych mieszkających w środowisku domowym.

## Cel pracy

Celem przedstawionej pracy było porównanie percepcji różnych form przemocy przez pielęgniarki środowiskowe i kliniczne oraz zbadanie czynników warunkujących to postrzeganie.

## Materiał i metody

Prezentowane wyniki stanowią część badań wykonanych w ramach programu „Percepcja przemocy wobec osób starszych wiekiem. Czynniki warunkujące, grupy podwyższonego ryzyka. Ocena zjawiska z perspektywy zawodów włączonych w opiekę nad osobami starszymi wiekiem” (Grant przyznany przez Ministra Nauki i Szkol-

nictwa Wyższego Nr 2187/P01/2006/31), realizowanego w Krakowie w latach 2007–2009 pod kierownictwem prof. Beaty Tobiasz-Adamczyk. Grupę badawczą w ramach tego projektu stanowiło 507 osób zajmujących się zawodowo opieką nad osobami starszymi, w tym 67 pielęgniarek środowiskowych, 117 pielęgniarek klinicznych, 58 lekarzy geriatrów i lekarzy rodzinnych, 125 pracowników Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej oraz 140 pracowników Domów Pomocy Społecznej [8]. Przedstawione poniżej analizy przeprowadzono w grupie pielęgniarek klinicznych i środowiskowych.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany w Zakładzie Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zawierał on pytania dotyczące postrzegania różnych form przemocy wobec osób starszych jako problemu społecznego w Polsce oraz w swojej codziennej pracy. Pod uwagę wzięto przemoc fizyczną, psychiczną/emocjonalną, seksualną oraz finansową, a także porzucenie, zaniedbywanie i samozaniedbanie [8].

Jako czynniki warunkujące percepcję przemocy przez pielęgniarki środowiskowe i kliniczne (kategoria referencyjna w modelach regresji logistycznej) uwzględniono takie zmienne demograficzno-społeczne, jak wiek, staż pracy, wykształcenie i liczbę podopiecznych. Z uwagi na wiek badanych podzielono na trzy kategorie: do 30 lat (kategoria referencyjna), 31–40 lat i po-

wyżej 40 lat. Staż pracy pielęgniarek związany z opieką nad osobami starszymi rozpatrywano w 4 kategoriach: do 5 lat (kategoria referencyjna), 6–10 lat, 11–20 lat oraz powyżej 20 lat. Łączny wpływ wieku i stażu pracy był rozpatrywany jako zmienna o 4 kategoriach: do 30 lat (kategoria referencyjna), 31–40 lat, powyżej 40 lat ze stażem pracy do 20 lat oraz w wieku powyżej 40 lat ze stażem pracy ponad 20 lat.

Poziom wykształcenia przedstawiono jako zmienną binarną, różnicującą osoby o wykształceniu wyższym i o wykształceniu średnim jako kategorię referencyjną.

Analizę statystyczną zebranych wyników badań przeprowadzono za pomocą współczynnika V Kramera, modelu regresji logistycznej z wykorzystaniem pakietu statystycznego IBM SPSS 19 for Windows. Jako poziom istotności dla testowanych hipotez zerowych przyjęto wartość 0,05.

### Wyniki

W grupie pielęgniarek środowiskowych dominowały osoby między 41.–50. rokiem życia, natomiast wśród pielęgniarek klinicznych najliczniejszą kategorię stanowiły osoby w wieku 31–40 lat. Niezależnie od grupy zawodowej większość badanych posiadała wykształcenie średnie. Zarówno w grupie pielęgniarek środowiskowych, jak i klinicznych staż pracy w opiece nad osobą starszą w przypadku większości respondentów wynosił 11–20 lat (tab. 1).

**Tabela 1.** Charakterystyka demograficzno-społeczna badanej grupy (n = 181)

**Table 1.** Socio-demographic characteristics of study group (n = 181)

Kategoria	Grupa zawodowa				V Kramera
	Pielęgniarki środowiskowe		Pielęgniarki kliniczne		
	n = 66	%	n = 115	%	
<b>Płeć</b>					
Kobieta	66	100	114	99,1	V = 0,06
Mężczyzna	0	0	1	0,9	
<b>Wiek</b>					
Do 30 lat	2	3,4	23	20,5	V = 0,32*
31–40 lat	16	27,6	44	39,3	
41–50 lat	27	46,6	36	32,1	
> 50 lat	13	22,4	9	8,0	
<b>Wykształcenie</b>					
Wyższe	10	15,4	24	21,6	V = 0,08
Średnie	55	84,6	87	78,4	
<b>Staż pracy związany z opieką nad osobami starszymi</b>					
Do 5 lat	9	14,3	29	25,7	V = 0,23*
6–10 lat	11	17,5	31	27,4	
11–20 lat	22	34,9	35	31,0	
> 20 lat	21	33,3	18	15,9	

\*p < 0,05

**Tabela 2.** Percepcja różnych form przemocy jako problemu społecznego w Polsce w zależności od grupy zawodowej  
**Table 2.** Perception of different forms of violence as a social problem in Poland, according to occupational group

Forma przemocy	Grupa zawodowa				Iloraz szans
	Pielęgniarki środowiskowe		Pielęgniarki kliniczne		
	n	%	n	%	
Przemoc fizyczna	25	41,7	41	43,6	0,92
Przemoc psychiczna (emocjonalna)	22	36,7	38	41,3	0,82
Zaniedbanie (zaniechanie)	27	45,8	69	65,1	0,45*
Porzucenie	14	23,7	51	52,6	0,28*
Przemoc finansowa	32	52,5	59	57,3	0,82
Samozaniedbanie	27	44,3	67	62,6	0,47*

\*p < 0,05

**Tabela 3.** Percepcja różnych form przemocy jako problemu w codziennej pracy w zależności od grupy zawodowej  
**Table 3.** Perception of different forms of violence as a problem in their daily work according to occupational group

Forma przemocy	Grupa zawodowa				Iloraz szans
	Pielęgniarki środowiskowe		Pielęgniarki kliniczne		
	n	%	n	%	
Przemoc fizyczna	4	6,6	7	6,9	0,95
Przemoc psychiczna (emocjonalna)	5	8,6	10	9,5	0,90
Zaniedbanie (zaniechanie)	8	12,9	39	34,8	0,28*
Porzucenie	5	7,9	23	21,7	0,31*
Przemoc finansowa	12	19,4	21	20,2	0,95
Samozaniedbanie	12	19,0	50	45,0	0,29*

\*p < 0,05

Analiza wyników pokazała, że pielęgniarki środowiskowe rzadziej niż pielęgniarki kliniczne postrzegały zaniedbanie, porzucenie i samozaniedbanie osób starszych jako istotny problem społeczny w Polsce. Pozostałe formy przemocy były postrzegane podobnie przez obie grupy zawodowe (tab. 2).

Zarówno większość pielęgniarek środowiskowych, jak i klinicznych nie postrzegała zaniedbania, porzucenia i samozaniedbania jako problemu w swojej codziennej pracy. Podobne opinie dotyczyły pozostałych form przemocy (tab. 3).

Według modelu regresji logistycznej pielęgniarki w wieku ponad 40 lat, o stażu pracy ponad 20 lat, niezależnie od grupy zawodowej, rzadziej niż pielęgniarki w wieku do 30 lat twierdziły, że przemoc emocjonalna jest problemem społecznym w Polsce (tab. 4).

Analiza modelu regresji logistycznej pokazała również, że ryzyko oceny zaniedbania wobec osób starszych jako problemu w codziennej pracy badanych grup było istotnie mniejsze wśród pielęgniarek środowiskowych.

Niezależnie od grupy zawodowej ryzyko to było również istotnie większe u osób posiadających wyższe wykształcenie w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim (tab. 5).

Pielęgniarki środowiskowe istotnie rzadziej niż pielęgniarki kliniczne twierdziły, że porzucenie jest powszechnym problemem w Polsce. Ryzyko oceny, że porzucenie osób starszych jest problemem społecznym w Polsce, było również istotnie mniejsze w obu grupach zawodowych wśród pielęgniarek ze stażem pracy 11–20 lat w porównaniu z osobami ze stażem krótszym niż 5 lat (tab. 6)

Pielęgniarki środowiskowe postrzegały także istotnie rzadziej niż pielęgniarki kliniczne samozaniedbanie osób starszych jako problem w swojej codziennej pracy. Natomiast niezależnie od przynależności do grupy zawodowej osoby w wieku do 30 lat, w porównaniu z pielęgniarkami w wieku 40 lat i powyżej, istotnie częściej postrzegały samozaniedbanie osób starszych jako problem w codziennej pracy (tab. 7).

**Tabela 4.** Ryzyko oceny przemocy emocjonalnej jako problemu społecznego w Polsce (model regresji logistycznej)  
**Table 4.** Risk of the assessment of emotional abuse as a social problem in Poland (logistic regression model)

	Iloraz szans	Przedział ufności	
Pielęgniarka kliniczna	1		
Pielęgniarka środowiskowa	1,17	0,55	2,51
Wiek do 30 lat	1		
Wiek 31–40 lat	0,47	0,17	1,34
Wiek > 40 lat i staż pracy do 20 lat	0,49	0,17	1,45
Wiek > 40 lat i staż pracy > 20 lat	0,19	0,05	0,66

**Tabela 5.** Ryzyko oceny zaniedbania (zaniechania) wobec osób starszych jako problemu w codziennej pracy w badanej grupie (model regresji logistycznej)

**Table 5.** Risk of the assessment of neglect of the elderly as a problem in their daily work in the study group (logistic regression model)

	Iloraz szans	Przedział ufności	
Pielęgniarka kliniczna	1		
Pielęgniarka środowiskowa	0,29	0,11	0,72
Wykształcenie średnie	1		
Wykształcenie wyższe	2,61	1,09	6,24
Wiek do 30 lat	1		
Wiek 31–40 lat	0,65	0,22	1,89
Wiek > 40 lat i staż pracy do 20 lat	0,44	0,13	1,44
Wiek > 40 lat i staż pracy > 20 lat	1,40	0,43	4,52

Osoby ze stażem pracy ponad 11 lat istotnie rzadziej niż pracujące nie dłużej niż 5 lat odbierały samozaniedbanie osób starszych jako problem powszechnie występujący w Polsce (tab. 8).

Na postrzeganie przemocy finansowej jako problemu społecznego, niezależnie od przynależności do grupy zawodowej, wpływała w sposób istotny liczba podopiecznych. W przypadku pielęgniarek opiekujących się 100 i więcej osobami ryzyko to było ponad 3-krotnie wyższe niż w przypadku pielęgniarek mających pod opieką mniej niż 30 osób (tab. 9).

## Dyskusja

W przedstawionej analizie dokonano porównania percepcji poszczególnych form przemocy przez pielęgniarki środowiskowe i kliniczne jako problemu występującego zarówno w skali kraju, jak i w zakresie ich własnej pracy zawodowej. Określono także czynniki istotnie różnicujące to postrzeganie w zależności od grupy zawodowej.

Zaobserwowano różnicę w postrzeganiu samozaniedbania osób starszych jako problemu społecznego w Pol-

sce między pielęgniarkami środowiskowymi i klinicznymi, która straciła swoją istotność po wystandaryzowaniu modelu regresji logistycznej na wykształcenie i staż pracy. Wskazuje to, że na sposób postrzegania zjawiska samozaniedbania główny wpływ miał właśnie poziom wykształcenia i staż pracy, a nie przynależność do grupy zawodowej.

Inaczej było w przypadku różnicy w postrzeganiu porzucenia jako problemu w Polsce, która pomimo wystandaryzowania modelu regresji logistycznej na staż pracy nie straciła swojej istotności. Sugeruje to, że różnica ta była związana z przynależnością do grupy zawodowej.

Wykazano również, że niezależnie od grupy zawodowej percepcja poszczególnych form przemocy była zdeterminowana przez inne czynniki, takie jak wiek, staż pracy, wykształcenie i liczbę podopiecznych. W przypadku postrzegania przemocy emocjonalnej jako problemu społecznego w Polsce istotne znaczenie miał staż pracy i wiek, który razem z poziomem wykształcenia również istotnie wpływał na postrzeganie zaniedbania jako problemu w codziennej pracy pielęgniarek. Na sposób postrzegania porzucenia i samoza-

**Tabela 6.** Ryzyko oceny porzucenia osób starszych jako problemu społecznego w Polsce (model regresji logistycznej)**Table 6.** Risk of the assessment of abandonment of the elderly as a social problem in Poland (logistic regression model)

	<b>Iloraz szans</b>	<b>Przedział ufności</b>	
Pielęgniarka kliniczna	1		
Pielęgniarka środowiskowa	0,31	0,15	0,65
Staż pracy do 5 lat	1		
Staż pracy 6–10 lat	0,42	0,15	1,17
Staż pracy 11–20 lat	0,35	0,14	0,88
Staż pracy > 20 lat	0,51	0,19	1,40

**Tabela 7.** Ryzyko oceny samozaniedbania osób starszych jako problemu w codziennej pracy w badanej grupie (model regresji logistycznej)**Table 7.** Risk of the assessment of self-neglect of the elderly as a problem in their daily work in the study group (logistic regression model)

	<b>Iloraz szans</b>	<b>Przedział ufności</b>	
Pielęgniarka kliniczna	1		
Pielęgniarka środowiskowa	0,24	0,08	0,78
Wiek do 30 lat	1		
Wiek 31–40 lat	0,43	0,15	1,22
Wiek > 40 lat	0,32	0,11	0,90
Wykształcenie średnie	1		
Wykształcenie wyższe	1,87	0,82	4,29
Do 30 podopiecznych	1		
30–99 podopiecznych	0,90	0,41	1,99
100 i więcej podopiecznych	2,75	0,74	10,23

**Tabela 8.** Ryzyko oceny samozaniedbania osób starszych jako problemu społecznego w Polsce (model regresji logistycznej)**Table 8.** Risk of the assessment of self-neglect of the elderly as a social problem in Poland (logistic regression model)

	<b>Iloraz szans</b>	<b>Przedział ufności</b>	
Pielęgniarka kliniczna	1		
Pielęgniarka środowiskowa	0,57	0,29	1,14
Wykształcenie średnie	1		
Wykształcenie wyższe	2,09	0,86	5,11
Staż pracy do 5 lat	1		
Staż pracy 6–10 lat	0,54	0,19	1,60
Staż pracy 11–20 lat	0,32	0,12	0,85
Staż pracy > 20 lat	0,31	0,10	0,90

**Tabela 9.** Ryzyko oceny przemocy finansowej jako problemu społecznego w Polsce (model regresji logistycznej)  
**Table 9.** Risk of the assessment of financial abuse as a social problem in Poland (logistic regression model)

	Iloraz szans	Przedział ufności	
Pielęgniarka kliniczna	1		
Pielęgniarka środowiskowa	0,54	0,22	1,30
Do 30 podopiecznych	1		
30–99 podopiecznych	1,68	0,80	3,54
100 i więcej podopiecznych	3,14	1,12	8,80

niedbania osób w podeszłym wieku jako problemu w Polsce przez badaną grupę istotnie wpływał staż pracy, natomiast rozpoznawanie przemocy finansowej było zdeterminowane głównie liczbą podopiecznych.

Jak pokazują wyniki badań przeprowadzone na próbie 507 pielęgniarek włączonych w opiekę nad osobami starszymi, przemoc fizyczna była postrzegana w zbliżony sposób przez wszystkich badanych pracowników. Różnice dotyczyły natomiast rozpoznawania pozostałych form przemocy, które pielęgniarki środowiskowe dostrzegały kilkukrotnie rzadziej niż przedstawiciele pozostałych zawodów medycznych. Przemoc psychiczną jako problem społeczny w Polsce pielęgniarki środowiskowe postrzegały 2-krotnie rzadziej niż lekarze i pracownicy socjalni, a jako problem w swojej codziennej pracy 4-krotnie rzadziej. Formą przemocy najrzadziej dostrzeganą w codziennej pracy przez pielęgniarki środowiskowe, w porównaniu z innymi grupami pracowników, było wykorzystanie materialne oraz samozaniedbanie [8].

W badaniach prowadzonych w Kanadzie i Australii dowiedziono, że pielęgniarki mają największy problem w rozpoznawaniu przemocy seksualnej, następnie psychicznej, finansowej i zaniedbania. Natomiast znacznie lepiej radzą sobie z rozpoznawaniem przypadków osób potencjalnie narażonych na przemoc oraz z dokumentowaniem sygnałów świadczących o jej istnieniu [9].

Z analizy dostępnej literatury wynika, że personel pielęgniarski ma trudności we właściwym zdefiniowaniu przemocy wobec osób starszych [10] lub jej definicję uzależnia od intencji sprawcy. Na przykład stosowanie przymusu lub siły w karmieniu pielęgniarki akceptowały, jeśli opiekun chciał w ten sposób zapewnić właściwą, dzienną rację żywieniową swojemu podopiecznemu [11]. Najlepiej i najczęściej rozpoznawaną formą przemocy przez ten personel jest zaniedbywanie, nie mniej dużą trudność stwarza pielęgniarkom rozpoznawanie i diagnozowanie przemocy w miejscu zamieszkania osoby starszej [10, 12].

Austin, który przebadął łącznie 400 pracowników medycznych (lekarze, pielęgniarki) pod względem wie-

dzy i umiejętności rozpoznawania przemocy wobec osób starszych, wykazał, że choć 95% badanych pracowników medycznych postrzega przemoc domową wobec osób starszych jako zjawisko częste, to tylko niecała połowa potrafi ją rozpoznać w swojej codziennej pracy [13]. Zwrócił też uwagę na ogromną rolę personelu medycznego, będącego w częstym i bezpośrednim kontakcie z osobą starszą, w rozpoznawaniu wszelkich form nadużyć.

Personel podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze i pielęgniarki) w badaniach Coma i wsp. jako najczęstszą formę przemocy, której doświadczają osoby starsze, podaje przemoc psychiczną i finansową. Przemoc fizyczna i seksualna została uznana za dość rzadką w przypadku osób starszych [14]. W badaniach tych zaznaczono również, że podstawą skutecznej interwencji i właściwego rozpoznania przemocy wobec seniorów jest edukacja, monitorowanie i wsparcie informacyjne udzielane pracownikom medycznym.

W wielu badaniach podkreśla się rolę edukacji personelu we właściwym postrzeganiu przemocy wobec osób starszych. Daly i Coffey, badając między innymi poziom edukacji pielęgniarek środowiskowych i klinicznych w tym zakresie, wykazali, że większość personelu nie otrzymała żadnych szkoleń na temat rozpoznawania przemocy wśród seniorów, a aż 79% pielęgniarek deklarowało chęć uczestniczenia w takich praktycznych treningach. Natomiast ta część personelu, której udało się dotychczas uczestniczyć w szkoleniach dotyczących zjawiska przemocy wobec osób starszych, przejawiała większą pewność w jej rozpoznawaniu [5].

Problem braku wiedzy i niewystarczających szkoleń na temat rozpoznawania pierwszych symptomów przemocy domowej wobec seniorów dotyczy wielu krajów. Przeprowadzone badania w ramach projektu *Breaking the Taboo* ujawniły, że jej rozpoznawanie należy do najsłabszych stron pracowników medycznych i socjalnych [6, 7]. W raporcie Brytyjskiej Komisji Zdrowia wykazano także, że wiedza na temat przemocy wobec seniorów posiadana przez pielęgniarki i pozostały personel jest niewystarczająca, podobnie jak liczba przeprowadzanych szkoleń w tym zakresie [15].

## Wnioski

1. Pielęgniarki środowiskowe i kliniczne mają świadomość istnienia pewnych form przemocy jako problemu społecznego w Polsce, natomiast rzadziej postrzegają je jako problem w swojej codziennej pracy.
2. W obu analizowanych grupach zawodowych na postrzeganie różnych form przemocy zarówno jako problemu społecznego w Polsce, jak i w codziennej pracy w różny sposób wpływały wiek, staż pracy i liczba podopiecznych.
3. Pielęgniarki środowiskowe powinny być szczególnie edukowane w zakresie rozpoznawania zjawiska przemocy wobec osób starszych.
4. Stosowanie uniwersalnej strategii postępowania w przypadku rozpoznania przemocy wobec osób starszych, dostosowanej do potrzeb pracowników opieki medycznej, w codziennej pracy ułatwiłoby podejmowanie właściwych działań wobec tego zjawiska.

## Piśmiennictwo

1. Meeks-Sjostrom D. A comparison of tree measures of elder abuse. *J. Nurs. Scholarship* 2004; 36: 247–250.
2. Clark-Daniels C.L., Daniels R.S., Baumhover L.A. Physicians' and nurses' responses to abuse of the elderly: a comparative study of two surveys in Alabama. *J. Elder Abuse Negl.* 1990; 1: 57–72.
3. Jones J.S., Veenstra T.R., Seamon J.P., Krohmer J. Elder mistreatment: national survey of emergency physicians. *Ann. Emerg. Med.* 1997; 30, 473–479.
4. Almqvist A., Weiss A., Marcus E.L., Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2010; 51: 86–91.
5. Daly J., Coffey A. Staff perceptions of elder abuse. *Nursingolderpeople* 2010; 22: 33–37.
6. Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M. Omówienie wyników projektu *Breaking the Taboo*. Empowering health and social service professional to combat violence against older women within families. Polska na tle wybranych krajów europejskich. Część 1. *Gerontol. Pol.* 2010; 18: 33–40.
7. Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M. Omówienie wyników projektu *Breaking the Taboo*. Empowering health and social service professional to combat violence against older women within families. Polska na tle wybranych krajów europejskich. Część 2. *Gerontol. Pol.* 2010; 18: 215–221.
8. Tobiasz-Adamczyk B. *Przemoc wobec osób starszych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
9. Trevitt C., Gallagher E. Elderly abuse in Canada and Australia: implications for nurses. *Int. J. Nurs. Stud.* 1996; 33: 651–659.
10. Seveman B., Hallberg I., Norberg A. Identifying and defining abuse of elderly people, as seen by witnesses. *J. Adv. Nurs.* 1993; 18: 1393–1400.
11. Phillips L. Elder abuse — what is it? Who says so? *Geriatr. Nurs.* 1983; 4: 167–170.
12. Blakely B., Dolan R. The relative contributions of occupation groups in the discovery and treatment of elderly abuse and neglect. *J. Gerontol. Social Work* 1991; 17: 183–199.
13. Austin G., Rinker Jr. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2009; 48: 110–115.
14. Coma M., Muñoz J., Postigo P., Ayuso M., Sierra C., Sayrol T. Primary care doctors' and nurses' opinion of elder abuse and neglect. *Gac. Sanit.* 2007; 21: 235–241.
15. House of Commons, Health Select Committee. *Elder abuse, second report of session 2003–2004*. London, The Stationery Office, 2004.