

PORADNIK OPIEKUNA

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

wsparciedlaopiekuna.pl

WYDANIE BEZPŁATNE

numer 2/2022 (11)



Centrum Wsparcia Opiekunów w Miejskim Centrum Opieki
dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezamieszkalych w Krakowie,
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 44 67 530,
e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

SPIS TREŚCI

<u>Od redakcji</u>	<u>3</u>
<u>Potrzeby, aktywność i zachowania seksualne</u>	<u>4</u>
<u>Obraz seksualności osób niesamodzielnych oraz w okresie późnej starości</u>	<u>7</u>
<u>Czynniki determinujące aktywność seksualną osób niesamodzielnych, osób starszych</u>	<u>10</u>
<u>Stereotypy dotyczące osób starszych i niesamodzielnych</u>	<u>14</u>
<u>Zapobieganie przemocy wobec osób starszych, niesamodzielnych.....</u>	<u>17</u>
<u>Wykrycie przemocy wobec osób starszych, niesamodzielnych.....</u>	<u>21</u>
<u>Opiekunie, zapanuj nad złością i smutkiem</u>	<u>26</u>
<u>Opiekunie, uporać się ze wstydem i samotnością.....</u>	<u>30</u>
<u>Opiekunie, przygotuj się na nieprzewidywalność i uświadom sobie wartość tego, co robisz</u>	<u>32</u>
<u>Opiekunie, poznaj Menadżera Opieki</u>	<u>34</u>

Poradnik opiekuna

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostaniesz z nią sam

Wydawca: Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków, tel. +48 12 4467500, www.mco.krakow.pl

Publikacja bezpłatna, współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Szanowni czytelnicy

Z wielką przyjemnością, w ramach kontynuacji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, przekazujemy do Państwa rąk - opiekunów nieformalnych osób niesamodzielnych - jedenasty numer Kwartalnika w wersji online. Stanowi on alternatywną formę prezentacji treści zawartych na [naszym portalu](#).

Bieżący numer rozpoczynamy od omówienia potrzeb seksualnych i czynników determinujących aktywność seksualną osób niesamodzielnych, przedstawiamy obraz seksualności seniorów. Poruszamy również ważne problemy dotyczące stereotypów wobec osób starszych, zapobiegania przemocy, postępowania w przypadku jej wykrycia.

Podpowiadamy opiekunom nieformalnym, jak radzić sobie ze wstydem, samotnością, złością, smutkiem. Przypominamy o tym, jak dbanie o siebie daje siłę do dbania o innych, a empatia i współczucie – mimo że są motorami pomagania

innym – czasami jednak sprawiają, że opiekunowie sami stają się wyczerpani emocjonalnie i fizycznie przemęczeni.

Zachęcamy do lektury Kwartalnika. Wierzimy, że artykuły zawarte w tym numerze zainteresują Państwa, a wydanie okaże się cennym źródłem wiedzy. Serdecznie zapraszamy do czytania, dzielenia się swoimi doświadczeniami, zadawania pytań. Prosimy pisać pod adres:

centrumwsparcia@mco.krakow.pl.

Życzymy miłej lektury!
Redakcja



Potrzeby, aktywność i zachowania seksualne

Istnieje wiele alternatywnych klasyfikacji etapów życia człowieka – w tym okresie starości. Dla przykładu, według Levinsona jest to wczesna dorosłość (17-22 do 40-45 roku), wiek średni (40-45 do 60-65 lat), późna dorosłość (po 60 r.ż.). Zachodzi potrzeba szerszej edukacji społeczeństwa na temat procesów biologicznych, związanych ze starzeniem się organizmu oraz metod radzenia sobie z narastającymi problemami zdrowotnymi, które przecież nie muszą oznaczać całkowitej rezygnacji z życia seksualnego.

Mówi się też często o aktywnym, zdrowym starzeniu się (active healthy ageing), różnie promując hasło: „dodaj życia w zdrowiu do lat”. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 (i nowej wersji 2021–2025) jako piąty cel operacyjny wymienia się „promocję zdrowego i aktywnego starzenia się”. Wydaje się, że więcej uwagi należałoby poświęcić ocenie ogólnego dobrostanu (well-being) i zadowolenia z życia osób w starszym wieku.

Zadowolenie z życia przekłada się na lepszą samoocenę zdrowia, a w konsekwencji – sprzyja jego wydłużeniu. W przypadku osób po 50. roku życia ważnym czynnikiem wpływającym na zadowolenie z funkcjonowania jest jakość relacji rodzinnych, w tym pozostawanie w związku (mażeńskim lub nieformalnym). Swoją dobrostan najlepiej oceniają osoby będące w związku małżeńskim, w następnej kolejności te razem miesz-

kające bez formalnego związku (kohabitat), dalej plasują się osoby posiadające partnera, z którym nie mieszkają, podczas gdy osoby niemające partnera życiowego są najmniej szczęśliwe i bardziej narażone na ryzyko depresji. Trwalsze związki sprzyjają ograniczeniu uczucia samotności, dają wzajemne wsparcie i poprawiają też sytuację ekonomiczną.

Zadowolenie z życia seksualnego Polaków

Na podstawie najnowszych badań seksualności Polaków (prof. Zbigniewa Izdebskiego z 2017 r.) powstał raport, którego wyniki mogą zaskakiwać. W raporcie widoczne są różnice międzypokoleniowe, które mogą świadczyć o zmianie obyczajowej wśród Polaków. Z badania wynika, że 30- i 40-latkowie stali się podobni do 20-latków i są bardziej zadowoleni ze swojego życia seksualnego, 53% młodych Polaków jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego, a wśród osób w wie-

ku 50+ – jedynie 36%. Według statystyk, większą przyjemność z seksu czerpią mężczyźni (55%), niż kobiety (49%). Badania wskazują także, że co raz więcej kobiet uczęszcza na zajęcia i warsztaty edukacyjne z seksualności, ponieważ chcą zwiększyć swoją świadomość seksualną. Ogólny procent zadowolenia z życia seksualnego Polaków spada, ale jednocześnie wyraźnie widać, że społeczeństwo poszukuje i eksperymentuje w seksie. Raport wskazuje, że długość stosunku spadła z 18 minut do 14 minut, a gra wstępna skróciła się z 20 minut do 15 minut. Wpływ na to ma „korporacyjny” model życia – skoro cały czas się śpieszymy, to w seksie także. Wzrosło zainteresowanie Polaków seksem oralnym i masturbacją zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Ponad 70% mężczyzn i ponad 50% kobiet zgadza się z opinią, że bliskość fizyczna z drugą osobą najlepiej zapobiega samotności. Z kolei około 70% mężczyzn i 60% kobiet wyraża przekonanie, że współżycie w wieku senioralnym, pozbawione lęku przed nieplanowaną ciążą, jest bardziej komfortowe niż we wcześniejszych okresach życia. Seniorzy przejawiają niską akceptację dla kontaktów pozamałżeńskich oraz relacji homoseksualnych.

Seksualność jest elementem całego życia człowieka, badaczom zaś nigdy nie udało się określić limitu wiekowego dla ludzkiej ekspresji seksualnej.

Jak seks wpływa na zdrowie?

Seks wpływa na nasze zdrowie bardzo pozytywnie. Regularne uprawianie seksu poprawia humor, redukuje ból, przyczynia się do obniżenia ciśnienia oraz poprawy pracy serca. Wyrzut hormonów (adrenaliny czy noradrenaliny) sprawia, że serce pompuje krew nawet trzy razy szybciej. Narządy są dużo lepiej ukrwione, a krążąca szybciej w żyłach krew zmniejsza ryzyko zakrzepicy czy zatorowości. Endorfiny, które w trakcie seksu się wydzielają, wpływają pozytywnie na nasze samopoczucie oraz redukują ból i nadciśnienie. Seks obniża także poziom kortyzolu. Wpływa również na układ odpornościowy – przeciwciała, które powstają u osób regularnie uprawiających seks sprawiają, że łatwiej nam uporać się z bakteriami i wirusami, w tym z wirusem grypy. Z kolei oksytocyna, wytwarzana w trakcie orgazmu, wpływa na redukcję bólu.

Seks dobrze wpływa na naszą pamięć i koncentrację, bowiem dobrze dotleniony mózg łatwiej wy-

konuje zadania. Podnosi się także poziom serotoniny, co z kolei działa przeciwdepresyjnie. A dodatkowo należy też wspomnieć, że zwiększony poziom estrogenu wpływa pozytywnie na kolagen w skórze. Oznacza to, że dzięki regularnemu uprawianiu seksu nasza skóra jest bardziej elastyczna i możemy spalić trochę tkanki tłuszczowej!

Seks jest czynnikiem więziotwórczym. Oznacza to, że może łączyć ludzi nie tylko na poziomie fizycznym, ale i emocjonalnym. Dzięki temu bywa doskonałym wzmocnieniem relacji z partnerem. Nie dziwi więc fakt, że wiele par jako jeden z elementów definiujących szczęśliwy związek wymienia właśnie zadowalające życie erotyczne. Niestety, jak większość rzeczy, nie dzieje się to ot tak, po prostu. Żeby mieć naprawdę dobre życie seksualne z ukochanym partnerem, trzeba o nie dbać, jak o wszystko, na czym nam zależy. Dobry seks może być probierzem bliskiej więzi nie tylko w młodości, ale także wtedy, gdy włos na głowie zaczyna się srebrzyć. Udany seks w połączeniu z miłością jest jednym z naszych największych pragnień. Możemy w nim przeżywać więcej niż gdziekolwiek indziej. Spośród Polaków, aż 90% uważa, że to miłość nadaje życiu sens.

Co robić, aby satysfakcjonujący seks zagościł w życiu pełnym miłości?

1. Zaakceptujcie, że to ważne – każdego dnia znajdujemy czas na zażycie leków, witamin, wybór składników diety, aby czuć się dobrze. Podobnie jest z seksem. Warto mu poświęcić kilka chwil każdego dnia, by zyskać na samopoczuciu. Nie mówimy tu o codziennym zbliżeniu. Wystarczy, że każdego dnia przez parę chwil partnerzy skupią się wyłącznie na sobie nawzajem – znajdą czas na rozmowę, posłuchanie muzyki, opowiedzenie dowcipu. Warto też raz na kilka dni wygospodarować kilka godzin na spacer, wyjście do kina, spotkanie w gronie przyjaciół. W czasie samego aktu miłosnego należy mieć czas na grę wstępą, dotykanie się, celebrowanie chwili, cieszenie się swoją obecnością.

2. Trenujcie uważność na co dzień – wiąże się z umiejętnością odbierania pozawerbalnych sygnałów. Nie wszystko potrafimy wyrazić słowami. Wiele osób kojarzy seks z czymś wstydliwym, nie umie o nim mówić, nie potrafi nazywać swoich potrzeb. Dlatego warto uważać, co komuniku-



je ciało partnera i odbierać wysyłane przez niego sygnały. Należy pamiętać, że to, co sprawiało komuś przyjemność wczoraj, wcale nie musi być miłe także dziś. Należy zwracać uwagę, gdzie pojawiają się napięcia, jakie są reakcje ukochanej osoby na nasze pieszczoty, a może są przeciwnie do naszych zamierzeń. Wówczas należy zmienić rodzaj stymulacji. Ważne jest, aby kochać się z empatią, współodczuwając przyjemność płynącą z bliskości.

3. Dbajcie o relacje z ciałem – nie chodzi o związek z ciałem partnera, ale głównie z własnym. Wiele osób nie akceptuje swojego wyglądu, martwi się jak ciało będzie prezentowało się w czasie zbliżenia. Tymczasem nie chodzi o to, czy pasujemy do kanonów piękna. Bliskość, podniecenie, koncentracja na doznaniach zamyka nam oczy na urodę partnera. Dla większości mężczyzn najbardziej podniecający jest widok podnieconej partnerki. Akceptacja niedoskonałości swoich i partnera to droga do pełni szczęścia w grze miłosnej.

4. Szukajcie pozytywnych rozwiązań – nie w tonie pretensji, ale szukania rozwiązań, powiedzenia co możesz dać, a czego potrzebujesz w zmian. Nad relacją i seksualnością trzeba pracować.

Można to robić czytając książki, prasę, oglądając filmy. To zadziała, ale pod warunkiem, że dwie osoby chcą dokonać pozytywnej zmiany. Budowanie bliskości, wprowadzanie zmian w relacji zachodzi powoli – ewolucyjnie, a nie rewolucyjnie. Trzeba być cierpliwym, a czasem warto skorzystać z pomocy specjalisty, by na nowo cieszyć się sobą nawzajem.

5. Miejcie wspólne tajemnice – pomagają zbudować niepowtarzalny klimat związku. Chodzi o czytelne tylko dla związku gesty, słowa, spojrzenia, rytuały. Takim sygnałem może być użycie określonych perfum, dmuchnięcie w ucho, przygotowanie kolacji, wspomnienie z wakacji/weekendu. Wystarczy puścić wodze wyobraźni.

Piśmiennictwo

Hillman J.: *Sexuality and aging: Clinical perspectives*. Springer, New York 2012.

Izdebski Z.: *Zdrowie i życie seksualne Polek i Polaków w wieku 18–49 lat w 2017 roku. Studium badawcze na tle przemian od 1997 roku*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2020.

Izdebski Z.: *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.



Obraz seksualności osób niesamodzielných i w okresie późnej starości

Opinie na temat podejmowania kontaktów seksualnych przez osoby w starszym wieku pełne są stereotypów. Dotyczą one uznawania życia seksualnego osób starszych za niemoralne oraz wskazują na imperatyw koncentrowania się na służeniu kolejnym pokoleniom (np. skupianiu się na wnukach), zamiast na myśleniu o własnych przyjemnościach seksualnych.

Sprawdzono, w jakim stopniu przejęcie negatywnego nastawienia wiąże się z wybranymi wskaźnikami zdrowia i życia seksualnego. Trudno jest tu mówić o jednoznacznej zależności przyczynowo-skutkowej. Można jednak przyjąć hipotezę, że nieuleganie stereotypowemu myśleniu o starości, utrzymanie dobrej kondycji zdrowia fizycznego i psychicznego, podejmowanie prozdrowotnego stylu życia oraz umiejętności budowania i utrzymania szczęśliwych związków synergistycznie oddziałują na możliwości kontynuacji satysfakcjonującego życia seksualnego w wieku dojrzałym (w zakresie i stopniu intensywności, na jaki pozwala fizjologia, postępujące zmiany hormonalne oraz skutki coraz częstszych chorób przewlekłych i przyjmowanych leków). Patrząc z kolei na różnego rodzaju stereotypy społeczne związane ze starzeniem się, warto przywołać wnioski z European Social Survey (ESS) przedstawione w artykule opublikowanym w 2020 roku w „PLoS One”. W rozważaniach autorzy za pod-

stawę teoretyczną przyjęli model (SCM – Stereotype Content Model), w którym zakłada się dwa komponenty myślenia o ludziach starych jako o osobach szczególnie ciepłych i życzliwych (aspekt pozytywny), ale też mających ograniczone możliwości poznawcze (aspekt negatywny). Wykorzystując dane ESS 2008, próbę 54,5 tys. respondentów podzielono wśród 29 krajów europejskich na trzy grupy, uwzględniając przychylny stosunek do starości, negatywne nastawienie i poglądy ambiwalentne. Polska znalazła się w grupie trzeciej z racji pozytywnego poziomu oceny aspektu życzliwości osób starszych i negatywnej oceny ich możliwości intelektualnych. Co więcej, poprzez korelacje z indeksem wdrażania strategii wykazano wspieranie aktywnego starzenia się i to, że bez przełamania stereotypowych poglądów w społeczeństwie trudniej taką strategię wprowadzać.

Seks długo albo rozpatrywano w kategoriach pro-

kreacji i osnuwała go aura tajemniczości, albo był i ciągle jest jeszcze w wielu kulturach tematem tabu. Tym bardziej życie intymne osób starszych nie stanowiło (i często nadal nie stanowi) problematyki podejmowanej przez badaczy. Nie ma się czemu dziwić, skoro jeszcze sto lat temu średnia wieku życia człowieka w Europie Środkowej niewiele przekraczała czterdziestą wiosnę. A zatem problemy osób, które przekraczały okres rozrodczy jawiły się jako marginalne. Seks osób po okresie przekwitania wydaje się zatem konsekwencją wydłużania się życia człowieka. Dopiero ostatnie lata minionego wieku przyniosły nowe doniesienia z badań nad seksualnością seniorów, burząc mity o seksualności osób w późnym okresie dorosłości – czy nawet jej braku. A że dla samych seniorów seksualność jest ważnym aspektem życia, udowodniły badania, z których wynika, że seniorzy nie tylko myślą o seksie, ale także za nim tęsknią. Bez względu na wiek, człowiek zakochuje się tak samo. Zjawiska fizjologiczne i psychiczne związane ze zjawiskiem zakochania są niezależne od wieku. Podobne są uczucia namiętności, fascynacja, potrzeba bliskości.

Życie seksualne jest dla osób starszych istotnym elementem ich życia, wielu z nich jest czynnych seksualnie. Z badań wynika, że wśród siedemdziesięciolatków ponad 60% kobiet i 75% mężczyzn deklaruje aktywność seksualną, z czego prawie dwie trzecie kobiet i trzy czwarte mężczyzn odczuwa satysfakcję. Inne badania obniżają znacznie procent aktywnych seksualnie kobiet po siedemdziesiątce do jednej trzeciej ich populacji. Jeszcze inne badania potwierdzają, że dwie trzecie kobiet czerpie przyjemność ze współżycia i osiąga orgazm, a większość starszych kobiet życzyłaby sobie erotycznych kontaktów, jednak bez ponownego zamążpójścia. Dane o Polakach w późnym okresie dorosłości zamieszczone w raporcie DUREXU wskazują na siedemdziesiąt procent odbywających stosunki płciowe. Zadowolenie z życia seksualnego w badaniach niemieckich spadało wraz z wiekiem, a mniej usatysfakcjonowane okazały się być kobiety. Ale to kobiety mają większe oczekiwania wobec życia, co sprawia, że w okresie późnej dorosłości nie mają partnerów i nie mogą czerpać radości z aktów seksualnych, czasami też brak im odwagi na nowy związek. Także płęć jest zmienną, która różnicuje seniorów w ich seksualności. Różnica między kobietami i mężczyznami w częstotliwości odbywanych stosunków z wiekiem stale się zwiększa – kobiety wcześniej



rezygnują z odbywania stosunków. Problemy związane z zaspokajaniem swoich potrzeb seksualnych stają się istotne szczególnie w przypadku „starości w instytucji”. Personel medyczny i niemedyyczny nie przywiązuje wagi do tej sfery życia. Satysfakcja seksualna także w wieku późnej dorosłości może pozytywnie wpłynąć na samopoczucie, zwiększyć poczucie przydatności, samorealizacji itp. Zaspokajanie potrzeb seksualnych osób starszych staje się zatem istotną treścią dyskursu personelu szpitali, domów pomocy społecznej, domów opieki. Wiedza seksuologiczna oraz postawa otwartości wobec potrzeb seksualnych podopiecznych wydaje się ważnym asumptem do podnoszenia jakości życia seniorów zamieszkujących instytucje opiekuńcze. Ludzie czynni seksualnie dłużej zachowują potencję – bez względu na to, czy wynika to z silnego popędu, cechującego niektórych ludzi w całym ich życiu, czy też z samej aktywności seksualnej.

Ciekawą typologię wyborów strategii zachowań w sferze seksualnej wśród osób starzejących się przedstawiła Cichocka. Wśród tych strategii można wymienić:

¶ Kontynuację zachowań seksualnych w nie-

zmienionej formie – strategia obarczona ryzykiem niepowodzenia, wynikającym z mniejszej wydolności fizycznej partnerów seksualnych. Liczna grupa kobiet w okresie późnej dorosłości pozostaje w abstynencji seksualnej z powodu m.in. problemów z erekcją partnerów. Nierzadko kobiety obciążają siebie winą za niepowodzenia seksualne partnera, upatrując ich przyczyn w spadku własnej atrakcyjności seksualnej oraz kobiecości. Mężczyznom przydaje się utrzymywać aktywność seksualną z dużo młodszymi od siebie partnerkami, które mogą bardziej krytycznie oceniać męską sprawność seksualną, a to prowadzi do obniżenia samooceny w zakresie atrakcyjności fizycznej i seksualnej.

¶ Kontynuację zachowań seksualnych w zmienionej formie – przykładowo może być to stosowanie lubrykantów, leków wspomagających osiągnięcie erekcji, zastąpienie stosunków seksualnych masturbacją lub też ograniczenie aktywności seksualnej do pieszczot. Satysfakcja z tej strategii zależy przede wszystkim od akceptacji dla niej.

¶ Ograniczenie aktywności seksualnej – może

limitować frustracje wynikające z niepowodzeń seksualnych, lecz jej efektywność zależy od tego, czy zastosowane ograniczenie nie pozostaje w znacznej sprzeczności z seksualnymi potrzebami jednostki lub nie godzi zbyt w samoocenę w zakresie atrakcyjności seksualnej.

¶ Wycofanie z aktywności seksualnej – wybór tej strategii może spowodować intensyfikację procesów starzenia się biologicznego, psychicznego, społecznego, podwyższenie ryzyka zachorowań (kłopoty z gruczołem krokowym). Ponadto może doprowadzić do stopniowej rezygnacji z dbania o swoje ciało, wygląd zewnętrzny oraz obniżenia samooceny w zakresie atrakcyjności fizycznej i seksualnej.

Piśmiennictwo:

Cichocka M. Starość i seks. [w:] M. Beisert (red.). Seksualność w cyklu życia człowieka. Wydawnictwo Naukowe PWN. Poznań 2004.

Fabiś A.: Aktywność seksualna osób starszych. [w:] Jodko A. (red.). Tabu seksuologii. Wydawnictwo Akademica Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej. Warszawa 2008.

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Czynniki determinujące aktywność seksualną osób niesamodzielných, osób starszych

Ekspresja seksualności podlega oddziaływaniu wielu czynników, m.in. biologicznych, psychologicznych, społecznych, religijnych, kulturowych, prawnych. W znacznej części społeczeństwa funkcjonuje stereotypowe myślenie o aseksualnej starości. Przeczą temu wyniki coraz częściej publikowanych badań, które były przeprowadzane w wielu krajach.

Jak wynika z raportu „Zdrowie i życie seksualne Polaków w 2017 roku”, połowa respondentów w wieku 50–74 lat we wskazanych w ankiecie ostatnich 4 tygodniach wykazywała aktywność seksualną – oceniając swoją sprawność seksualną, tzn. zdolność do odczuwania pożądania i satysfakcjonującego kontaktu seksualnego – na 68% oceny możliwej do uzyskania.

Przesłaniem tego artykułu jest zauważenie silnego i ważnego **związku zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego z życiem seksualnym**. Jego celem jest przedstawienie wybranych aspektów życia seksualnego osób będących w okresie późnej dorosłości i wczesnej starości. Jest próbą zidentyfikowania uwarunkowań badanego zjawiska, z uwzględnieniem oceny potencjalnego wpływu stereotypów kulturowych na zachowania seksualne starszej części populacji.

Na obecne postawy względem własnej seksualno-

ści i zachowania pokolenia powojennego miał wpływ klimat wychowania, ale nie bez znaczenia pozostał też obecny przekaz kulturowy. Mówiąc i pisząc o osobach starszych, trzeba mieć na uwadze nowe zjawiska, mniej widoczne w poprzednich latach, jak np. rosnący udział związków powrotnych czy przenoszenie sfery życia intymnego do cyberprzestrzeni. Nie należy również zakładać, że jest to tylko domena ludzi młodych. W dokumentach strategicznych na temat polityki senioralnej duży nacisk kładzie się na aspekty ekonomiczne oraz konieczność zapewnienia opieki medycznej i społecznej zwłaszcza osobom najstarszym i o ograniczonej niezależności. Jest to całkowicie uzasadnione, choć minimum uwagi warto też poświęcić psychicznym i emocjonalnym aspektom starzenia się z perspektywy tych, którzy w ten etap życia dopiero wchodzi i w bardziej świadomy sposób przygotowują się do niego. W dobie dyskusji nad konsekwencjami starzenia się społec-

czeństwa i podejmowania licznych starań poprawy jakości życia osób starszych warto nie zapominać o potrzebie bliskości i korzyściach zdrowotnych wynikających z utrzymywania satysfakcjonujących związków niezależnie od wieku.

Zdrowie i jakość życia osób starszych uznane zostały w ostatnich latach za priorytetowe obszary działań zdrowia publicznego w Polsce i w wielu krajach wysoko rozwiniętych, co jest związane z ogólnym starzeniem się społeczeństw. Starzenie się społeczeństwa odbija się na rynku pracy, wpływa na strukturę i funkcjonowanie rodzin oraz stwarza konieczność reorientacji sektora opieki zdrowotnej poprzez stworzenie infrastruktury medycznej odpowiadającej potrzebom ludzi starszych. Osoby w późnej dorosłości oraz we wczesnej i późniejszej starości są jednak bardzo niejednorodną kategorią wiekową, która reprezentuje różne nasilenie problemów zdrowotnych, ale też grupą zróżnicowaną pod względem statusu zawodowego, sytuacji materialnej i rodzinnej. Według wskaźników pozytywnych pojawiających się w opracowaniach, oczekiwana populacyjna długość życia w zdrowiu wynosi obecnie w Polsce około 60,5 roku dla mężczyzn i 64,3 roku dla kobiet. Wiele osób po 60. roku życia może i chce kontynuować dotychczasowy tryb życia. Jednym z paradoksów jest stosunkowo gorsza samoocena zdrowia wśród kobiet niż wśród mężczyzn mimo dłuższego przeciętnego trwania życia w populacji żeńskiej. Utrata współmałżonka nierzadko prowadzi do pojawienia się zespołu wdowca/wdowy. Zespół ten jest efektem wycofania się z aktywności seksualnej. Także niska samoocena w zakresie atrakcyjności seksualnej negatywnie oddziałuje na inicjatywę seksualną osób w okresie późnej dorosłości oraz ich satysfakcję seksualną. Niebagatelny wpływ na częstość stosunków seksualnych, różnorodność stosowanych technik współżycia oraz czerpaną satysfakcję mają mity i stereotypy o seksualności osób starzejących się, takie jak: ludzie starzy są aseksualni i nieatrakcyjni; pozbawieni potrzeb seksualnych i sprawności umożliwiającej ich zaspokojenie; aktywność seksualna nie jest potrzebna i może szkodzić zdrowiu; ludzie starzy wstydzą się pokazywać nagie ciało.

Poza wieloma czynnikami, trzy wydają się być wyjątkowo istotne i decydujące o aktywności seksualnej seniorów: częstotliwość kontaktów płciowych we wcześniejszych fazach życia, zdrowie fizyczne i psychiczne oraz czynniki psychologiczne. Osoby, które w ciągu całego swojego życia

charakteryzują się wysoką aktywnością seksualną, także w okresie późnej dorosłości w mniejszym stopniu redukują swoją aktywność seksualną. A „jest to cecha czysto indywidualna, tak jak w ogóle nasilenie popędu seksualnego przez całe życie. Są w granicach normy ludzie, którzy przez całe życie, od wczesnej młodości wykazują bardzo silny popęd. Są to ci, dla których seks jest wielką wartością i której to aktywności seksualnej poświęcają wiele uwagi i praktycznego działania. Są też inni – rozkład jest zawsze wedle krzywej Gausa – dla których seks nigdy nie stanowi wielkiego problemu, a ich aktywność jest mała, niekiedy śladowa. I tak już pozostanie w starości”. Większość z aktywnych seksualnie seniorów czerpie radość i siłę z kontaktów seksualnych, które mogą być satysfakcjonujące nawet po dziewięćdziesiątym roku życia.

Na aktywność seniorów wpływa także ich kondycja fizyczna, ich stan zdrowia. Nie bez znaczenia jest wpływ wielu chorób, przez to trudnych do zdiagnozowania, których jednocześnie występowanie charakteryzuje ostatni etap życia człowieka. Kłopoty z poruszaniem, wpływ leków na libido oraz problemy specyficzne dla danej płci (problemy z erekcją u mężczyzn, czy „suchość” u kobiet) mogą powodować oziębłość seksualną. Przyczynić się mogą do takiej postawy także zmiany w wyglądzie zewnętrznym. Dla osób starszych akt seksualny jest dużym wysiłkiem fizycznym, na który nie zawsze mogą sobie pozwolić. Niebagatelną rolę na postawę wobec aktywności seksualnej seniorów odgrywa także ich zdrowie psychiczne i czynniki psychologiczne. Depresja jawi się tutaj jako kluczowy problem, który może być wynikiem nie tylko problemów osobistych, sytuacji społecznej czy materialnej, ale także kuracji farmakologicznej. Same problemy seksualne mogą być przyczyną leczenia depresji. Również stereotypy, postrzeganie seksualności przez młodsze generacje nie zachęcają seniorów do erotycznych uniesień. Rozmowy o seksualności wydają się być domeną młodych dorosłych. Młodość jest za młoda, a seniorzy za starzy. Seks seniorów to temat tabu.

Wyniki badań potwierdzają duży wpływ biografii człowieka i roli, jaką we wcześniejszych fazach życia pełnił seks. Starzejący się mężczyźni doświadczają wydłużania się czasu narastania podniecenia seksualnego, słabszych ejakulacji, zwiększonego zapotrzebowania na stymulację. Wraz z wiekiem miewają problemy z erekcją (brak, czę-



ściowa, trudność utrzymania), co spowodowane jest utratą elastyczności naczyń. U kobiet odnotowuje się obniżanie poziomu potrzeb seksualnych w okresie menopauzy, co związane jest z uderzeniami gorąca, potliwością, kłopotami ze snem, wzmożoną męczliwością, atrofią pochwy (skręcanie, zwężanie, obniżanie elastyczności) i słabszą jej lubrykacją. Zmiany te można limitować przez stosowanie lubrykantów, hormonalnej terapii zastępczej, podejmowanie aktywności seksualnej. Regularne zaangażowanie się w zachowania seksualne może przyczynić się do redukcji procesu starzenia się tkanek pochwy i podwyższenie poziomu hormonów płciowych. Na aktywność seksualną seniorów mają wpływ takie choroby, jak: cukrzyca, choroby naczyń obwodowych, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, łagodny przerost gruczołu krokowego, udar mózgu, choroba Alzheimera i Parkinsona, depresja, uzależnienie od alkoholu i nikotyny. Wśród leków negatywnie oddziałujących na seksualność należy wymienić m.in.: niektóre leki moczopędne, przeciwnadciśnieniowe, steroidy, neuroleptyki, benzodiazepiny, leki przeciwdepresyjne.

Ogromne znaczenie ma wychowanie w dzieciń-

stwie, które wiązało seks z winą i grzechem, rozdzielając jednocześnie duszę i ciało, które wcale się nie uzupełniają. Poza tym, ludzie starsi po prostu rezygnują z szukania partnerów, a nie bez znaczenia jest przy tym reakcja najbliższego środowiska, której obawiają się seniorzy. Aktywność seksualna osób starszych jest oczywiście specyficzna dla tej grupy wiekowej. Związana jest ze specyficznymi problemami. „W ostatnich latach coraz częściej ludzie starzy korzystają z terapii substytucyjnej polegającej na podawaniu hormonów z grupy testosteronu. Efekty, według endokrynologów i geriatrów, są pozytywne, przy czym celem jest nie tyle poprawa libido, co zapobieganie osteoporozie. Efektem terapii jest także poprawa sprawności psychicznej, w tym pamięci. U wielu leczonych wzrasta się zainteresowanie seksem, a także poprawia się zdolność do aktywności”. Ponadto, seniorzy korzystają także z środków farmakologicznych, które działają na potencję.

Postawa wobec aktywności seksualnej w późnym okresie dorosłości jest wypadkową zmian w rozwoju człowieka, a więc zmian w znacznym stopniu niezależnych od jednostki oraz zmian wynikających z woli, osobowości jednostki. Podobnie jak w przypadku innych aktywności, postawa wobec seksualności może implikować niezmienioną, zmienioną, ograniczoną aktywnością seksualną lub też całkowitym wycofaniem z życia seksualnego. Wysoka satysfakcja z życia seksualnego jest przede wszystkim domeną osób często odbywających stosunki płciowe i, co może dziwić, osób najstarszych.

Poważnym wyzwaniem jest odpowiednia edukacja społeczeństwa w zakresie różnych aspektów życia seksualnego osób starszych. Wielu dorosłych ma ograniczoną świadomość zmian fizjologicznych, typowo związanych ze starzeniem się i seksualnością (na przykład nie docenia możliwości leczenia zaburzeń erekcji). Brak jest zarazem wiedzy na temat tego, w jakim stopniu przyjmowane leki, w tym leki w sprzedaży odręcznej, mogą pogorszyć funkcje seksualne. Warto również przekonywać starszych pacjentów, że rozmowa o seksualności ze specjalistami może poprawić ich jakość życia. W polskiej rzeczywistości, niestety, lekarze niezbyt chętnie z własnej inicjatywy podejmują rozmowy z pacjentami na temat zdrowia seksualnego, nie dostrzegając jego wartości w kwestii rehabilitacji seksualnej w procesie leczenia.

Niektórzy badacze konkludują: „życie seksualne

dla starszych ludzi ma dobre i złe strony. Do dobrych należy podtrzymanie poczucia „młodości” i zwiększenie wydzielania hormonów płciowych. Z drugiej strony, współżycie płciowe to znaczny wydatek energii, duże obciążenie dla serca, mózgu i naczyń, co dla starszych osób, zwłaszcza dla mężczyzn, może być niebezpieczne”. Niektórzy badacze nie zgadzają się z takim klinicznym podejściem do seksualności osób starszych. Seks seniorów to jeden z czynników wpływających na ich jakość życia. Jeśli sprawność seksualna zanika w szóstej, siódmej czy nawet ósmej dekadzie życia, to wydaje się naturalne podejmować aktywność seksualną do czasu, kiedy jest to możliwe, kiedy natura na to pozwala. Problem odnosi się raczej do pojęcia zmiany, ewolucji w życiu seksualnym, a nie do wstrzemięźliwości. Zmianie ulega hierarchia potrzeb seksualnych. Oczywistym jest fakt, że prokreacja traci na znaczeniu na poczet funkcji rekreacyjnej, gdy zbliżenie fizyczne ma być źródłem przyjemności, radości, odprężenia. Seks ma niebagatelny wpływ na zdrowie człowieka: seniorzy starzeją się wolniej, ich organizm jest bardziej odporny, są zdrowsi psychicznie. Integracyjna rola seksu jawi się jako zespalająca dwoje ludzi, wzmacniająca więzi.

Sztuka miłosna osób starszych także ulega ewolucji. Na znaczeniu zyskują bodźce dotykowe, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Bodźce wzrokowe często ulegają zastąpieniu właśnie dotykowymi. Uruchamianie wyobraźni staje się także jednym z substytutów bodźca wzrokowego. Bodźce słuchowe odgrywają szczególną rolę dla kobiet. To one oczekują wyznań miłosnych, komplementów. Wraz z wiekiem potrzeba ta wśród kobiet wyraźnie zyskuje na znaczeniu. Mężczyźni są mniej podatni na bodźce słuchowe, znaczenia nabierają dopiero podczas samego stosunku. Choć nie należy lekceważyć bodźców zapachowych i smakowych, to w sztuce miłosnej nie mają one dużego znaczenia, choć są osoby, dla których pobudzenie węchowe czy smakowe jest sposobem na urozmaicenie pożycia seksualnego.

Z wiekiem zmienia się katalog problemów życiowych. Także aktywność seksualna może obfitować w kryzysy. Mit tyranii polega na idealizowaniu niedosłego związku z przeszłości, ucieczce w świat fantazji, co negatywnie wpływa na zwią-

zek z rzeczywistym partnerem. Podobnym kryzysem może być idealizowanie przeszłości z rzeczywistym partnerem, uciekanie do przeszłości, a nawet jej zniekształcanie. Kolejnym przykładem może być projekcja własnych oczekiwań i potrzeb. Jest to narzucanie związkom swych dzieci własnych poglądów i oczekiwań wobec życia rodzinnego. Inni znowu uciekają w dewocje. Rozczarowani życiem rodzinnym, małżeńskim, seksualnym szukają zrozumienia w życiu religijnym. Ostatnim przykładem niech będzie negowanie miłości. Przyjęcie postawy negującej istnienie prawdziwej miłości. Emancypacja seniorów w ostatnich latach w Polsce (i nie tylko) jest bardzo widoczna. Powstają stowarzyszenia aktywizujące społecznie seniorów, są na przykład aktywni w pracy wolontaryjnej na rzecz innych osób. Instytucje edukacyjne wypuszczają na rynek oferty skierowane do tej grupy adresatów, uniwersytety trzeciego wieku powstają jak grzyby po deszczu, a potrzeby są jeszcze większe. Seniorzy, świadomi wartości, jakie niesie uczestnictwo w kulturze, na miarę swoich możliwości uczestniczą w wystawach, galeriach, koncertach. Coraz głośniejsze osoby w trzecim wieku artykułują swoje prawa i potrzeby, jednak seksualność człowieka starszego, jak i seksualność w ogóle ciągle nie stanowi zagadnienia, o którym mówi się wystarczająco dużo i stanowczo. Nie ulega wątpliwości, że istnieje potrzeba przeprowadzenia rzetelnych badań nad seksualnością osób w późnym okresie dorosłości, że należy prowadzić dyskurs o życiu seksualnym osób starszych, bo jest to istotna sfera życia człowieka w każdym okresie jego życia. Konkluzją niech będzie prawidłowość: „wprawdzie częstotliwość kontaktów seksualnych u osób w starszym wieku jest mniejsza i wraz z wiekiem maleje, to jednak pragnienie seksu i chęć radowania się nim nie zawsze jest mniejsza”.

Piśmiennictwo

- Fabiś A.: Aktywność seksualna osób starszych. [w:] Jodko A. (red.). Tabu seksuologii. Wydawnictwo Akademica Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej. Warszawa 2008.
- Lew-Starowicz Z.: Seks w jesieni życia. Wydawnictwo Belona. Warszawa 2000.
- Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Stereotypy wobec osób starszych i niesamodzielnych

Stereotypy to stronnicze i tendencyjne uogólnienia/nadgeneralizacje, nieuzasadnione, niemające często odniesienia do rzeczywistości, dotyczące określonej grupy społecznej, kulturowej, religijnej, narodowościowej – jej wyglądu, zachowań, cech osobowości, wartości. Oparte na niekompletnych lub nieprawdziwych informacjach.

Nikt nie rodzi się z nimi. Przekazywane są w ramach tradycji, artykułowane przeważnie w mowie potocznej, podzielane przez ogół społeczeństwa. Przyjęte z góry od innych ludzi, uznawane za prawdziwe, niepodlegające weryfikacji i zmianom lub w niewielkim stopniu podatne na zmiany. Przesadnie uproszczone założenia, poglądy, stwierdzenia, opinie, sądy wartościujące, przejaśkrawione wyobrażenia. Niepostrzeżenie, automatycznie przyjmowane przez nasz mózg. To schematy poznawcze obejmujące wiedzę, oczekiwania i przekonania czerpane od rówieśników, środowiska rodzinnego, nauczycieli, autorytetów, mass mediów. Wpływają na interpretowanie spostrzeżeń w taki sposób, aby ich treść była zgodna ze schematem. Silnie nasycone emocjonalnie, przyjmowane bezrefleksyjnie. Sztywne, trwałe, powszechne. Szufladkują, nadają etykiety/kategorie, stygmatyzują, prowadzą do ostracyzmu. Są skojarzeniami między etykietami grup a ich cechami (np. etykieta „stary człowiek” – cecha/atrybut

„nieaktywny”). Źródłem stereotypów jest brak adekwatnej wiedzy (kojarzenie starości pejoratywnie z licznymi patologiami, a nie z pozytywnym obrazem). Niedobór wiedzy wynika ze społecznych przemian w systemie zorganizowania rodziny – zmiana modelu rodziny wielopokoleniowej na rzecz modelu rodziny nuklearnej (rodzice i dzieci), osłabienie więzi między dziadkami i wnukami, zwiększenie dystansu międzypokoleniowego, trudności w poznawaniu przez młodych ludzi rzeczywistych przejawów starzenia się i zastępowanie rzetelnej informacji społecznymi mitami o starości. Kolejnym źródłem stereotypów jest lęk przed ludźmi starszymi i starością. Bywa on wzmacniany przez kulturę młodości, traktującą starość jako stygmat słabości i braku sił.

Stereotypy dotyczące osób starszych krzywdząco wpływają na ich społeczne funkcjonowanie. Starość wiąże się w nich z niesprawnością psychiczną i fizyczną, podatnością na choroby, biedą, niezadowoleniem, konserwatyzmem poglądów

i nawyków, skłonnością do pouczenia innych, zaniedbaniem, pesymizmem. Rzadziej wiążą się z obrazem „wzorowego dziadka lub babci”, „mędrca”, „liberalnej matki lub ojca rodu”. Należy jednak pamiętać, że w opinii gerontologów nie ma jednolitego typu człowieka starego, a proces starzenia się u każdego przebiega odmiennie. Ważne byśmy wszyscy, a w szczególności osoby zawodowo kontaktujące się z tą grupą społeczną, mieli świadomość, że nasze myślenie o ludziach starszych, niesamodzielnym jest zniekształcone przez stereotypy. Jak wynika z badań TNS OBOP, wbrew stereotypowi, osoby starsze w Polsce nie uważają się za bezradne, 55% badanych twierdzi, że nie ma takich spraw, w których oczekivaliby pomocy. Reszta szukałaby pomocy w przypadku wizyty w urzędzie lub u lekarza. Niemal co czwarta ankietowana starsza osoba szuka dla siebie nowej roli w życiu. Gdyby nie ograniczenia finansowe, wielu z nich chciałoby uprawiać turystykę, brać udział w życiu kulturalnym, spotykać się ze znajomymi. Starsi ludzie gotowi są pomagać dzieciom, osobom chorym, dzielić się swoją wiedzą zawodową.

Należy obalać mity i kierować się faktami w kontakcie z osobami starszymi, niesamodzielnymi.

MIT: Przemoc w rodzinie to „sprawa prywatna”.

FAKT: Przemoc w rodzinie nie jest sprawą prywatną, jest przestępstwem i istotnym problemem społecznym.

MIT: Sprawcy przemocy działają pod wpływem alkoholu.

FAKT: Większość osób stosujących przemoc robi to na trzeźwo.

MIT: Przemoc w rodzinie występuje wyłącznie u ludzi z niższych klas społecznych.

FAKT: Przemoc w rodzinie może dotknąć każdego z nas. Badania wykazują, że osoby stosujące przemoc pochodzą z różnych grup społecznych, niezależnie np. od poziomu wykształcenia.

MIT: Prawdopodobieństwo doświadczenia przemocy ze strony obcego człowieka jest większe niż ze strony członka rodziny.

FAKT: Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem częstszym niż ta, na jaką jesteśmy narażeni na ulicy, w barze lub miejscu pracy.

MIT: Ludzie, którzy używają przemocy są chorzy psychicznie.

FAKT: Nie ma bezpośredniego związku pomiędzy przemocą w rodzinie a chorobą psychiczną. U podłoża przemocy leży dążenie do przejęcia kontroli i pokazania władzy nad ofiarą. Najbardziej typową cechą sprawców przemocy jest ich pozorna normalność. Nieprawdą jest, że przemocy dopuszczają się tylko osoby uzależnione, chore psychicznie, które nie radzą sobie społecznie. Słabość, zależność drugiej osoby bywa wykorzystywana przez osoby „po których nigdy byśmy się tego nie spodziewali”.

MIT: To był jednorazowy incydent, który się nie powtórzy.

FAKT: Przemoc wobec członka rodziny rzadko jest jednorazowym incydentem. Zazwyczaj jest tylko pierwszym ogniwem w łańcuchu nasilającej się przemocy.

MIT: Ofiary przemocy muszą zrobić coś, żeby „zasłużyć” sobie na przemoc.

FAKT: Nikt nie zasługuje na zniewagi i bicie. Wielu sprawców przemocy stawia swoim ofiarom absurdalne wymagania i oczekuje od nich rzeczy niewykonalnych. Dla sprawcy każdy pretekst jest dobry.

MIT: Prośzenie dzieci o pieniądze, występowanie o alimenty jest poniżające.

FAKT: Obowiązek alimentacyjny dotyczy dorosłych dzieci rodziców, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Instytucje pomocy społecznej udzielają pomocy tylko w sytuacji, gdy osoby zobowiązane ustawowo do wspierania członków rodziny nie są w stanie skutecznie tego zrobić.

MIT: Korzystanie z pomocy społecznej to wstyd.

FAKT: Pomoc społeczna oferuje wiele rodzajów pomocy osobom i rodzinom, które z różnych powodów znalazły się w trudnej sytuacji życiowej. Każdy z nas może znaleźć się w takiej sytuacji bez swojej winy. Obok świadczeń pieniężnych, pomoc społeczna oferuje także innego rodzaju pomoc, na przykład w postaci pracy socjalnej lub specjalistycznego poradnictwa.

Zespół stereotypów i uprzedzeń (postawa niechęci, skłaniająca do unikania) wobec grup wiekowych (głównie starszych) określany jest mianem **ageizmu**. Przejawem ageizmu bywa np. nierówność w dostępie do zatrudnienia; odmowa zastosowania kosztownego leczenia; przemoc; limitowanie dostępu seniorów do protez, sprzętu rehabilitacyjnego, badań i programów profilaktycz-

nych, wyjazdów sanatoryjnych; trywializowanie i marginalizowanie dolegliwości seniorów, zwłaszcza kobiet, tłumaczenie ich zaburzeniami psychosomatycznymi.

Konsekwencje stereotypów starości:

- ¶ ageistowskie dowcipy, obrazujące starość jako kres zdolności umysłowych, atrakcyjności, sprawności seksualnej, prowadzące do nieprzyznawania się do swojego wieku; obiektem żartów stają się częściej kobiety niż mężczyźni, co wynika ze zjawiska podwójnego standardu starzenia się; atrakcyjność mężczyzn oceniana jest na podstawie oceny ich osiągnięć i zamożności, natomiast atrakcyjność kobiet wiązana bywa zazwyczaj z młodym wyglądem i witalnością; w konsekwencji starzejące się kobiety oceniane są jako mniej atrakcyjne i poddawane większej presji, aby zachować szczupłą sylwetkę; co ciekawe rzadziej mają nadwagę czy otyłość niż mężczyźni w tym wieku;
- ¶ seniorzy rzadko bywają bohaterami filmów fabularnych i programów rozrywkowych;
- ¶ dyskryminacja na rynku pracy, w zakresie udziału osób starszych w szkoleniach, kursach, treningach kompetencji;
- ¶ epatowanie młodością, promowany „kult ciała” prowadzi do przekonania, że seniorzy powinni dążyć do eliminowania oznak starzenia się (zmarszczki, siwe włosy) tak, jakby starość ze swoimi atrybutami była stanem wstydlwym i niepożądanym; może prowadzić do izolacji społecznej, wycofywania się z różnych obszarów aktywności; oczekiwania społeczne nie są spójne: z jednej strony oczekuje się od seniorów zabiegów odmładzających, z drugiej strony bywają obiektem żartów i niskiej akceptacji społecznej z tego powodu;
- ¶ naduprzejmość – mówienie do seniorów wolniej, głośniej, używając prostszej składni wypowiedzi;
- ¶ lekceważenie – przekonanie, że potrzeby osób starszych są mniej ważne;
- ¶ segregacja – oddzielanie seniorów od pozostałych członków społeczności, przez skupianie ich na np. wyodrębnionym terytorium;
- ¶ zaniedbanie – przykładem może być niezapewnienie osobom starszym informacji na temat

przysługujących im praw, np. socjalnych, zdrowotnych, w sferze usług i handlu (reklamacja wadliwych towarów, mała czcionka na opakowaniach, ulotkach);

- ¶ nadopiekuńczość – skłonność do wyręczania seniorów w wykonywaniu przez nich codziennych czynności;
- ¶ infantylizacja i protekcjonalizm – oznaczają traktowanie osób starszych tak, jak traktuje się małe dzieci, niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania.

Przeciwdziałanie stereotypom i ageizmowi:

- ¶ edukacja społeczna,
- ¶ rozwój tolerancji,
- ¶ zmiany legislacyjne.

Modele zmiany stereotypów:

- ¶ kumulacyjny – systematyczne dostarczanie jednostce informacji niezgodnej z żywionym przez nią stereotypem,
- ¶ rozcieńczania – osłabienie spójności stereotypu dzięki dostarczeniu jednostce informacji neutralnych na temat stereotypizowanej przez nią grupy,
- ¶ radykalnej zmiany – podanie jednostce informacji pozostającej w znacznej sprzeczności z żywionym przez nią stereotypem.

Hipoteza kontaktu – między posługującymi się stereotypami przedstawicielami odmiennych grup społecznych może prowadzić do osłabiania (dostarczenie niepowtarzalnych jednostek wchodzących w skład stereotypizowanej grupy) lub wzmacniania stereotypów (uczestnicy kontaktu mogą widzieć się jako „wyjątki potwierdzające regułę” lub jako „odmieńców”). Skutek interakcji zależeć będzie głównie od jej uczestników oraz kontekstu sytuacyjnego.

Eliminowanie stereotypów starości jest warte podejmowania, gdyż odbierają one przedstawicielom tej grupy wiekowej prawo do podmiotowości i indywidualnego traktowania.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Zapobieganie przemocy wobec osób starszych i niesamodzielnych

W kontekście doświadczeń przemocowych osób w wieku senioralnym lub osób niesamodzielnych, rozróżnienie rodzajów przemocy i posiadanie wiedzy na ich temat ma duże znaczenie w prewencji przemocy i jej kryzysowi. Nieudzielenie wsparcia niekiedy wynika z braku wiedzy na temat możliwości wystąpienia problemów, jak również z braku rozumienia jego specyfiki.

Zapobieganie przemocy wobec osób starszych jest bardzo ważnym zagadnieniem w starzejącym się społeczeństwie, chociaż dopiero w ostatnich latach zjawisko to zaczęło być postrzegane jako ogólnoswiatowy problem. W kwietniu 2002 roku, w Madrycie, wszystkie kraje ONZ przyjęły dokument pod nazwą United Nation International Plan of Action, w którym jasno podkreśla się wagę zapobiegania temu problemowi i wskazuje, że ochrona osób starszych przed przemocą należy do Powszechnych Praw Człowieka.

We wspomnianej deklaracji zwraca się uwagę na kilka istotnych zagadnień związanych ze zjawiskiem przemocy wobec osób starszych:

- ¶ Brak reakcji w przypadku rozpoznania przemocy wobec osób starszych jest często spowodowany brakiem odpowiednich narzędzi prawnych.
- ¶ Zapobieganie przemocy wobec osób starszych

wymaga zaangażowania wielu środowisk społecznych.

- ¶ Pracownicy ochrony zdrowia pierwszego kontaktu odgrywają zasadniczą rolę w reagowaniu na przemoc wobec osób starszych – choć, paradoksalnie, to oni często nie rozpoznają tych przypadków.
- ¶ Edukacja i rozpowszechnianie informacji za pośrednictwem mediów mają istotne znaczenie w przeciwdziałaniu przemocy wobec osób starszych, dotyczy to zarówno edukacji profesjonalistów, jak i całego społeczeństwa (przełamywanie tabu i obalanie stereotypów istniejących w stosunku do ludzi starszych).

Ludzie starsi nie chcą mówić o przemocy w swoim życiu

- ¶ Ogromnym problemem jest niechęć krzywdzonych osób starszych do ujawniania przemocy jakiej doświadczają ze strony swoich dzieci,

wnuków, współmałżonków. Poczucie obowiązku chronienia ich, wspierania powoduje znoszenie cierpienia w milczeniu. Starzy rodzice nierzadko czują się odpowiedzialni za zachowanie swoich dorosłych dzieci, zgodnie z przekonaniem, że tak sobie je wychowali. Wiąże się to ze wstydem. Ważne jest, by zachęcać ich do zmiany takiego myślenia.

- ¶ Osoby starsze, które nie akceptują swojej sytuacji, po przejściu na emeryturę, zagubione w poczuciu swojej społecznej roli, czasem samotne, częściej cierpią z powodu objawów depresji – dotyczy ona 30% tej populacji. To przypadłość, którą powinno się leczyć, a nie traktować jako naturalną w tym wieku. Stan depresji utrudnia człowiekowi wprowadzanie zmian w swoim życiu, ogranicza aktywność i powoduje często trwanie w trudnej sytuacji, która wtedy wydaje się bez wyjścia.
- ¶ Każda przemoc dziejąca się w rodzinie ma tzw. przebieg cykliczny – poza okresami, gdy krzywdzi, sprawca miewa lepsze dni, kiedy dobrze traktuje ofiarę, jest oddany, ciepły, rozumiejący. To bardzo przywiązuje zależnego od sprawcy krzywdzonego człowieka i daje złudną nadzieję na trwałą poprawę relacji oraz że stosowanie wobec niego nadużyć są incydentalne i wkrótce się skończą.
- ¶ Typowe zachowanie sprawcy wiąże się obarczaniem ofiary winą. Uderzył, pchnął, wyzywał, bo „znowu czegoś chcesz”, „nie dajesz mi spokoju”, „pobrudziłeś się” itp. Ciągłe powtarzanie tego wywołuje w pokrzywdzonym przekonanie, że gdyby był inny, bardziej sprawny, samodzielny, pomocny sytuacja poprawiłaby się – czuje się więc winny.
- ¶ Osoby krzywdzone, zależne od sprawcy, boją się konsekwencji ujawnienia przemy. Odczuwają strach przed całkowitym odrzuceniem, przed eskalacją agresji.

Wsparcie instytucjonalne

Osoby udzielające pomocy osobom starszym powinny posiadać podstawowe informacje na temat instytucji państwowych, których zadaniem jest udzielanie pomocy tej grupie społecznej. Opieka nad osobami starszymi w Polsce sprawowana jest poprzez dwa uzupełniające się systemy: system opieki zdrowotnej oraz system pomocy społecznej. Lekarz rodzinny jest kluczową postacią w opiece nad osobami starszymi. Lekarze przy-

mują w przychodniach i gabinetach, a także przyjeżdżają na wizyty domowe. Opieka zdrowotna w formie wizyt w domu pacjenta jest też realizowana przez pielęgniarki rodzinne/środowiskowe, które prowadzą pielęgnację zarówno w przypadku ostrych zachorowań, jak i schorzeń przewlekłych, wymagających opieki długoterminowej nad obłożnie i przewlekle chorym. W ramach ubezpieczenia w NFZ przysługują również świadczenia takie, jak: leczenie w sanatorium, pobyty na turnusach rehabilitacyjnych, bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego oraz zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Oddziały dla przewlekle chorych tworzone w szpitalach (obok typowych oddziałów szpitalnych, realizujących opiekę w ostrych przypadkach) zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską nad pacjentami, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia, natomiast ich stan zdrowia nie pozwala na wypis do domu. Wszystkie świadczenia realizowane w szpitalu (łącznie z kosztami hotelowymi) są dla pacjenta bezpłatne.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, przeznaczone są dla pacjentów wymagających długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZOL jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania. W ZOL udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne osobom, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego. Celem zakładu jest objęcie całodobową opieką osób niewymagających hospitalizacji, które ze względu na zły stan zdrowia i trudną sytuację rodzinną nie mogą przebywać w środowisku domowym. Personel medyczny i leczenie są finansowane ze środków NFZ, natomiast pacjent częściowo ponosi koszty hotelowe do wysokości 70% swoich dochodów (tzn. emerytury lub renty).

W **zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO)** prowadzona jest opieka całodobowa, obejmująca świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego. Do ZPO przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarstwa, niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej. Warunkiem przyjęcia pacjenta do ZPO jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania. Podobnie jak

w ZOL personel medyczny i leczenie są finansowane ze środków (NFZ), natomiast pacjent częściowo ponosi koszty hotelowe do wysokości 70% własnych dochodów. Pobyt pacjenta ma charakter tymczasowy w ZPO, zwykle ograniczony jest do kilku tygodni.

Hospicja zapewniają całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską dla nieuleczalnie chorych w terminalnym okresie życia. Zasadniczym celem tego typu placówki jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez leczenie objawowe, zwalczanie bólu, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, wspomaganie rodziny w czasie trwania choroby i po śmierci pacjenta. W hospicjum wszystkie świadczenia realizowane są bezpłatnie. Na bazie hospicjum często są organizowane poradnie i wyjazdowe zespoły opieki paliatywnej.

Należy pamiętać o podstawowych prawach osób korzystających z opieki zdrowotnej, opisanych w tzw. **Karcie Praw Pacjenta**. Wskazuje się w niej m.in., że pacjent ma prawo do: 1) uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu; 2) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych; 3) udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania osoby, której dokumentacja ta może być dostarczona; 4) decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o jego stanie zdrowia.

Świadczeniem pomocy społecznej zajmują się przede wszystkim instytucje samorządowe gminne i powiatowe. Osoba potrzebująca pomocy powinna zgłosić się w pierwszej kolejności do Ośrodka Pomocy Społecznej w jej gminie. Pomoc społeczna w Polsce działa na zasadach określonych w ustawie z dnia 12.03.2004 roku. Prawo do niektórych świadczeń z pomocy społecznej, w szczególności świadczeń pieniężnych, uzależnione jest od wysokości dochodu osoby lub rodziny ubiegającej się o to świadczenie, czyli od tzw. kryterium dochodowego.

Zadania pomocy społecznej w stosunku do osób starszych, mieszkających w środowisku domowym są realizowane przez:

- ¶ pracownika socjalnego w zakresie diagnozowania sytuacji materialnej i rodzinnej (przede

wszystkim stopnia niesprawności i ubóstwa osoby starszej) w celu ustalenia wskazań do przyznania pomocy społecznej;

- ¶ opiekuna środowiskowego w zakresie usług opiekuńczych;
- ¶ personel specjalistyczny (pielęgniarkę, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego itp.) w zakresie usług opiekuńczych specjalistycznych.

Pomoc społeczna przyznawana jest osobom starszym w formie:

1. Świadczeń pieniężnych:

- ¶ zasiłek stały – w przypadku niskich dochodów;
- ¶ zasiłek okresowy (np. z powodu przyczyn przejściowych, jak długotrwała choroba, bezrobocie);
- ¶ zasiłek celowy (np. chorobowy, mieszkaniowy, na pokrycie kosztów żywności, odzieży, opału).

2. Świadczeń niepieniężnych:

a) pomoc środowiskowa – udzielana w miejscu zamieszkania osoby lub rodziny:

– praca socjalna – jest działaniem na rzecz popra-



wy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym poprzez:

- ¶ prowadzenie indywidualnej pracy z klientem/rodziną, skierowanej na zapobieganie pogłębianiu się dysfunkcji, minimalizowaniu skutków przemocy, motywowanie do zmiany sytuacji;
- ¶ realizowanie zaplanowanego procesu pracy socjalnej z udziałem klienta;
- ¶ towarzyszenie w pokonywaniu bieżących trudności;
- ¶ monitorowanie środowisk zagrożonych przemocą poprzez systematyczne wizyty w środowisku w ramach realizacji procedury „Niebieskie Karty”;
- ¶ przeciwdziałanie izolacji społecznej.

– poradnictwo specjalistyczne – prawne, psychologiczne, rodzinne.

– interwencja kryzysowa – udzielana możliwie najszybciej osobie, która znalazła się w sytuacji kryzysu. To forma pomocy, z której często korzystają osoby doznające przemocy ze strony osoby bliskiej, wspólnie zamieszkującej. Wiąże się z udzieleniem pomocy psychologicznej i odizolowaniem sprawcy od osób krzywdzonych (w polskich warunkach polega na przeniesieniu osoby krzywdzonej do bezpiecznego miejsca, np. schroniska).

Praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne i interwencja kryzysowa dostępne są dla każdej osoby potrzebującej pomocy, bez względu na jej dochód.

b. pomoc zakładowa – udzielana w postaci umieszczenia osoby potrzebującej w określonej placówce pomocy społecznej:

– **Ośrodki wsparcia** (np. Dzienny Dom Pomocy, Schronisko) – zajmują się świadczeniem usług opiekuńczych, zaspokajaniem podstawowych potrzeb bytowych, poradnictwem, pracą socjalną. Obecna ustawa o pomocy społecznej poświęca niewiele uwagi tym placówkom. Są one zaliczane do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej dziennego pobytu, niemniej ośrodki te mogą prowadzić całodobowe miejsca okresowego pobytu. Prowadzone są przez gminy i powiaty.

– **Rodzinne Domy Pomocy** – zajmują się świadczeniem usług całodobowych dla starszych ludzi. Skierowanie do RDP następuje na wniosek osoby zainteresowanej, którą po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego rozpatruje kierownik ośrodka pomocy społecznej. Zawiera on umowę z osobą prowadzącą dom, która określa wydatki na świadczone przez dom usługi. W RDP może przebywać od 3 do 8 osób. Pobyt w RDP jest odpłatny, a wysokość miesięcznej opłaty określone jest w decyzji o skierowaniu do placówki.

– **Domy Pomocy Społecznej (DPS)** – opieka prowadzona jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, który powinien realizować: usługi opiekuńcze, pielęgnację, terapię zajęciową, rehabilitację, psychoterapię, pracę socjalną. Domy pomocy społecznej zapewniają całodobową opiekę pielęgniarzek i opiekunów DPS oraz usługi opiekuńcze specjalistyczne dla przewlekle somatycznie chorych, dla przewlekle psychicznie chorych, dla niepełnosprawnych fizycznie oraz dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie.

Piśmiennictwo:

Muszałik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.



Wykrycie przemocy wobec osób starszych, niesamodzielnych

Jeżeli podejrzewasz, że osoba starsza jest ofiarą przemocy – porozmawiaj z nią, udziel wsparcia, zaoferuj osobistą pomoc. Większość ofiar milczy ze wstydu, strachu, bezradności lub też z niewiedzy o swoich prawach. Pozostaje też często pod presją sprawców bądź członka rodziny.

Moment, kiedy krzywdzona osoba zaczyna mówić o swoich doświadczeniach, bywa dla niej bardzo trudny, dlatego ważne jest potraktowanie jej z uwagą i zrozumieniem. Osoba krzywdzona powinna się przede wszystkim dowiedzieć od Ciebie, że nie jest winna temu co się dzieje, że za przemoc odpowiedzialny jest zawsze sprawca. Twoje współczucie, wsparcie może być decydujące dla jej dalszych decyzji. Informacji o przemocy nie można pozostawić, zbyć, zapomnieć. Sprawca, który czuje się bezkarny, działa coraz okrutniej, a to może zagrażać zdrowiu, a nawet życiu krzywdzonego. Ujawnienie tajemnicy o dziejącej się przemocy budzi zawsze niezadowolenie sprawcy, który z reguły wszystkiemu zaprzecza, winą obarczając krzywdzonego. Sprawca dba przecież, by jego postęпки miały miejsce bez obecności świadków.

Jeśli bezpieczeństwo osoby krzywdzonej jest zagrożone, należy działać jak najszybciej, by unieвозмоżliwić kontakt ze sprawcą. Polega to na prze-

prowadzeniu się osoby krzywdzonej do schroniska. W Polsce zakaz zbliżania się sprawcy do ofiary praktycznie nie jest orzekany. Osoba doświadczająca przemocy powinna w sytuacji zagrożenia wzywać Policję. Poinformuj ją, że zarówno przemoc psychiczna, jak i fizyczna jest przestępstwem i że zgłoszenie sprawy policji jest jedynym sposobem na pociągnięcie sprawcy do odpowiedzialności karnej. Wskaż instytucje lub organizacje udzielające bezpłatnych porad psychologicznych oraz prawnych, zaproponuj skorzystanie z pomocy medycznej. Nie miej wątpliwości, czy należy „wtrącać się” w życie drugiego człowieka, dla osoby starszej twoje postępowanie może być jedyną szansą na zmianę sytuacji. Postawa polegająca na udawaniu, że problemu nie ma, że to nie twój problem jest najgorszym rozwiązaniem. Ważne pytanie, na które należy sobie odpowiedzieć brzmi: czy potrafisz żyć ze świadomością, że konsekwencją twojej bezczynności jest krzywda wyrządzana drugiemu człowiekowi? Jeżeli własne spostrzeżenia, intuicja, donie-

sienia osób trzecich wywołają w tobie przekonanie, że ktoś jest krzywdzony i potrzebuje pomocy, nie bądź obojętny. Gdy chodzi o życie lub zdrowie drugiego człowieka, działaj rozsądnie, racjonalnie, zdecydowanie.

Poniższe informacje przybliżą Ci przebieg procedury karnej, zmierzającej do wykrycia i ukarania sprawcy przemocy. Aby do tego doszło, konieczne jest złożenie zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa. Przepisy kodeksu karnego pokazują, jakie mogą być zarzuty postawione sprawcy przemocy: Ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 156 k.k.); Inne uszkodzenie ciała (art. 157 k.k.); Narażenie na niebezpieczeństwo (art. 160 k.k.); Pozbawienie wolności (art. 189 k.k.); Groźba karalna (art. 190 k.k.); Zmuszenie (art. 191 k.k.); Znęcanie się (art. 207 k.k.); Porzucenie (art. 210 k.k.); Uprowadzenie (art. 211 k.k.); Naruszenie nietykalności (art. 217 k.k.); Kradzież (art. 278 k.k.).

Obowiązek powiadomienia właściwych organów o swoich podejrzeniach lub popełnionym przestępstwie to przede wszystkim obowiązek społeczny, realizowany dobrowolnie, wynikający z wrażliwości i przekonania, że nie wolno być obojętnym na krzywdę drugiego człowieka. Co więcej, jest to pożądana postawa społeczna, której kształtowanie popiera ustawodawca i daje temu wyraz w kodeksie postępowania karnego. „Každy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję” (art. 304 § 1 k.p.k.). Powinność ta spoczywa na każdym z nas (na rodzinie, sąsiadach, osobach zrzeszonych w „Klubach Seniora” albo wspólnotach wyznaniowych), a także na pracownikach placówek ochrony zdrowia, ośrodków pomocy społecznej, fundacji, stowarzyszeń. W sytuacjach szczególnych, gdy mamy do czynienia z przestępstwami o dużym ciężarze gatunkowym (np. zabójstwem), obowiązek społeczny staje się zagrożonym sankcją obowiązkiem prawnym. Obowiązek prawny dotyczy instytucji państwowych i samorządowych, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu. Są one zobowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję.

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Jej artykuł 12 mówi, że osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o popełnieniu prze-

stępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, powinny niezwłocznie zawiadomić o tym Policję lub prokuratora. W polskim prawie karnym zasadą jest ściganie przestępstw z urzędu (z oskarżenia publicznego). Zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa jest podstawową i wystarczającą przesłanką do wszczęcia postępowania w sprawach ściganych z urzędu. Zawiadomienie to wystarczy, aby Policja lub prokuratura wszczęła i prowadziła postępowanie w celu wykrycia i ukarania sprawcy.

Do przestępstw ściganych z urzędu należą: znęcanie się nad osobą najbliższą (art. 207 k.k.), obejmujące zarówno przemoc fizyczną (np. bicie, szarpanie, policzkowanie, karmienie z użyciem siły), jak i psychiczną (szantażowanie, poniżanie, straszenie); przemoc lub groźba bezprawna w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia (art. 191 k.k.), np. utrudnianie opuszczania domu, zabranianie kontaktów ze znajomymi; ciężki uszczerbek na zdrowiu (np. pozbawienia człowieka wzroku, słuchu) lub inne ciężki kalectwo (art. 156 k.k.); inne naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia na okres powyżej 7 dni (art. 157 k.k.).

Warto również wiedzieć, że istnieje kategoria **przestępstw ściganych z oskarżenia prywatnego**. Wówczas tylko pokrzywdzony może złożyć skargę i dopiero wtedy postępowanie zostanie wszczęte. Taka sytuacja ma miejsce w razie: umyślnego lub nieumyślnego naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia trwającego nie dłużej niż 7 dni (art. 157 § 2 i 3 k.k.) lub naruszenia nietykalności cielesnej (art. 217 k.k.).

Jest jeszcze kategoria **przestępstw ściganych na wniosek pokrzywdzonego**. Po złożeniu wniosku ściganie toczy się z urzędu, np. zgwałcenie (art. 197 k.k.).

W trakcie prowadzenia dochodzenia organy ścigania mają za zadanie wyjaśnić wszystkie okoliczności, zebrać i zabezpieczyć dowody popełnienia przestępstwa. Bywa, że dokumentacja jest jedynym dowodem, że osoba była lub jest ofiarą przemocy. Przy licznych obciążeniach biurokacją, brakuje czasu na dokładne opisy w kartach pacjentów lub podopiecznych. Często od pracowników ochrony zdrowia, pracowników socjalnych, opiekunów formalnych zależy waga przedstawionych w sądzie dowodów, a co za tym idzie – dalszy los osoby pokrzywdzonej. Dlatego pamiętać należy o robieniu dokładnych opisów w pro-



wadzonej dokumentacji:

- ¶ jeżeli jesteś lekarką/lekarzem, pamiętaj o dokładnym wypełnieniu karty;
- ¶ jeżeli jesteś pielęgniarką/pielęgniarem, opiekunką/opiekunem, pamiętaj o odnotowaniu swoich spostrzeżeń, informacji uzyskanych od pacjenta, odnotuj, że zgłosiłaś swoje spostrzeżenia lekarzowi;
- ¶ jeżeli jesteś pracownikiem socjalnym, pamiętaj o dokładnym wypełnieniu kartoteki;
- ¶ jeżeli jesteś kuratorem, pamiętaj o dokładnym wypełnieniu karty czynności;
- ¶ jeżeli jesteś kuratorem społecznym, możesz również zgłosić swoje spostrzeżenia kuratorowi zawodowemu;
- ¶ jeżeli jesteś policjantem, pamiętaj o dokładnym sporządzeniu notatki służbowej i wypełnieniu Niebieskiej Karty.

Ważne jest, by zapisać: z jakim problemem dana osoba zwróciła się, datę, kiedy się zwróciła, kiedy miało miejsce zdarzenie, o jakim opowiadała, kto brał w nim udział. Jeżeli osoba ta ma obrażenia fizyczne (np. jest posiniaczona, pobita, kuleje), ma potargane bądź brudne ubranie – należy to

opisać. Jeżeli masz jakieś wątpliwości, to możesz skonsultować się z inną instytucją, zapytać, co najlepiej zrobić w danej sytuacji. Jednakże Twoje wątpliwości nie zwalniają Cię z odpowiedzialności i konieczności działania. Najbardziej uznawanym przez sądy dowodem jest obdukcja lekarska. Jest ona niestety odpłatna, stąd wiele osób nie może sobie na nią pozwolić.

Zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa może złożyć każdy, zarówno sam pokrzywdzony, jak i Ty. Jeśli coś Cię zaniepokoiło (widziałeś, słyszałeś coś), dysponujesz konkretnymi informacjami, wiadomo Ci, że komuś dzieje się krzywda, jest ofiarą przemocy, chcesz pomóc, zapobiec tragedii, przyczynić się do wykrycia i ukarania sprawcy, możesz złożyć ustne lub pisemne zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa (lub zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa). Zawiadomienie pisemne może być wysłane pocztą, mailem, faksem lub dostarczone osobiście do jednostki Policji lub do Prokuratury. Wówczas możesz się spodziewać wezwania w celu uzupełnienia zawiadomienia albo wezwania do złożenia zeznań w charakterze świadka. Zawiadomienie powinno spełniać wymogi pisma procesowego, tzn. zawierać oznaczenie organu, twoje dane osobowe i adres, opis sprawy, datę oraz podpis (art. 119 k.p.k.).

Należy zadbać o potwierdzenie złożenia zawiadomienia, np. wysyłając je listem poleconym lub prosząc o stosowną pieczęć na jego kopii.

Zawiadomienie ustne zostanie przyjęte i spisane przez funkcjonariusza Policji w formie protokołu. Jeśli zdecydujesz się na taką formę, raczej na pewno zostaniesz przesłuchany w charakterze świadka. Może to zająć trochę czasu – mimo że przesłuchanie ma formę rozmowy, to jego przebieg musi zostać udokumentowany, a więc wymaga spisania. Następnie zostaniesz poproszony o zapoznanie się z treścią protokołu i jego podpisanie. Pamiętaj, że masz wpływ na treść protokołu. Zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa ma obowiązek przyjąć każdy funkcjonariusz Policji na każdym posterunku, komisariacie, komendzie. Zgodnie z przepisami, sprawa będzie prowadzona przez tę jednostkę, na której terenie doszło do popełnienia przestępstwa. Najlepiej, jeśli możesz od razu ustalić właściwą miejscowo jednostkę i zgłosić się właśnie do niej. Pamiętaj! Nie pozwól się odesłać! Zawiadomienie możesz złożyć również w najbliższej lub po prostu znanej ci jednostce. Funkcjonariusz nie może odmówić przyjęcia zawiadomienia tłumacząc, że to nie ich rewir, teren działania. Musi przyjąć zawiadomienie, ustalić jednostkę właściwą do prowadzenia sprawy i tam przekazać twoje zawiadomienie. Tam też zostaną podjęte kolejne czynności.

Jeżeli chcesz zachować anonimowość (nie chcesz podać swoich danych osobowych, podpisać się pod zawiadomieniem), możesz skorzystać z infolinii i anonimowo dokonać zawiadomienia w formie ustnej lub pisemnej. Najważniejsze, by zawiadomienie dotarło do właściwych organów i zawierało konkretne informacje. Kiedy, gdzie, co się stało, kto brał w tym udział. Zarówno anonimowy telefon, jak i anonim przesłany organom ścigania zainicjuje czynności Policji. Nawet do tego typu informacji podchodzi się poważnie, bo z doświadczenia wiadomo, że między bezpodstawnymi zawiadomieniami (będącymi próbą dokuczenia komuś, zaszkodzenia, zemsty) znajdują się poważne zarzuty, wymagające ścigania.

Decydując się na złożenie zawiadomienia o przestępstwie oraz składając zeznania w charakterze świadka, z pewnością zostaniesz poproszony o podanie swojego adresu zamieszkania, a informacja ta znajdzie się w aktach sprawy. W takiej sytuacji możesz skorzystać z rozwiązania przewidzianego w art. 191 § 3 k.p.k. i zastrzec dane dotyczące miejsca zamieszkania do wyłącznej wia-

domości prokuratora lub sądu. Jest to możliwe, gdy zachodzi uzasadniona obawa użycia przemocy lub groźby bezprawnej wobec świadka lub osoby najbliższej. Wówczas pisma procesowe doręcza się do instytucji, w której świadek jest zatrudniony lub na inny wskazany przez niego adres.

Jeżeli złożyłeś zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa, ale nie jesteś osobą pokrzywdzoną, twoje prawa są ograniczone, ponieważ nie jesteś stroną w sprawie. Możesz jedynie oczekiwać pisemnej decyzji o: wszczęciu postępowania przygotowawczego, odmowie jego wszczęcia oraz umorzeniu postępowania. Taka informacja powinna trafić do ciebie w ciągu 6 tygodni od dnia złożenia zawiadomienia. Jeśli tak się nie stanie, możesz złożyć zażalenie do prokuratora.

Procedura Niebieskie Karty – jest to procedura interwencji w sprawach przemocy domowej. Ułatwia rozpoznawanie i dokumentowanie takich przypadków i organizowanie pomocy w środowiskach lokalnych.

Problemy osób starszych dotyczą również spraw majątkowych, m.in. alimentów, darowizny, obowiązku przyczyniania się do zaspokajania potrzeb rodziny.

Obowiązek alimentacyjny obciąża w pierwszej kolejności najbliższą rodzinę w linii prostej, a następnie rodzinę w linii bocznej (art. 128 k.r.o.). Dlatego w pierwszej kolejności osoby potrzebujące mają prawo żądać świadczeń od dzieci. Jeśli z jakiegoś powodu dzieci nie są w stanie sprostać temu obowiązkowi, do płacenia zobowiązane są wnuki. Po wyczerpaniu tych opcji istnieje możliwość domagania się świadczeń od rodzeństwa i ich rodzin. Pomoc finansowa w postaci obowiązku alimentacyjnego należna jest osobom, które znalazły się w niedostatku (art. 133 §2 k.r.o.). Niedostatek powstaje nie tylko wtedy, gdy osoba nie posiada żadnych środków do życia, ale również wtedy, gdy nie potrafi zaspokoić swoich uzasadnionych potrzeb. O wysokości alimentów decyduje sąd, traktując indywidualnie każdy przypadek. Sąd bierze pod uwagę sytuację życiową i potrzeby osoby domagającej się alimentów oraz możliwości osób pozwanych. Gdy sytuacja ulega zmianie, każda ze stron może domagać się zmiany wysokości zasądzonych alimentów. Zmianą, która usprawiedliwia żądanie podwyższenia świadczeń, może być wzrost usprawiedliwionych potrzeb osoby uprawnionej, jak i wzrost dochodów osoby

placącej alimenty. Sytuacja odwrotna jest przesłanką do obniżenia obowiązku alimentacyjnego. W celu zmiany wysokości świadczenia wnosi się pozew o podwyższenie lub obniżenie alimentów do sądu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania powoda lub pozwanego. W przypadku **darowizny** warto poznać dwa zagadnienia: służebności osobistej i odwołanie darowizny.

Służebność osobista – jeżeli ktoś chce podarować mieszkanie dziecku, wnukowi bądź innej osobie, to może obciążyć to mieszkanie tzw. służebnością osobistą mieszkania. Darczyńca ma wówczas możliwość korzystania z cudzej nieruchomości poprzez zamieszkiwanie w niej oraz korzystanie z pomieszczeń i urządzeń przeznaczonych do wspólnego użytku mieszkańców budynku (art. 302 § 1 k.c.). U notariusza należy sporządzić umowę darowizny i ustanowienia służebności osobistej. Istnieje możliwość odwołania darowizny. Daje nam ją artykuł art. 898 Kodeksu cywilnego. Darczyńca może **odwołać darowiznę** tylko i wyłącznie wtedy, gdy obdarowany dopuścił się względem niego rażącej niewdzięczności. Oznacza to, że obdarowany musi dopuścić się wobec darczyńcy czynów o dużym natężeniu złej woli, może to być np. popełnienie przez obdarowanego przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu, czci lub mieniu darczyńcy (np. pobicie darczyńcy, zniesławienie albo kradzież jego mienia), znęcanie się nad nim psychiczne bądź fizyczne, kierowanie w jego stronę poważnych gróźb, pozostawienie darczyńcy bez koniecznej pomocy, obmawianie darczyńcy wobec osób trzecich o postępowanie, które godzi w jego dobre imię, odmowa pomocy w chorobie itp.). Jeżeli mimo takiego niewdzięcznego zachowania darczyńca przebaczy obdarowanemu, wówczas darowizny nie będzie można odwołać. Za rażącą niewdzięczność na pewno nie będą uznane zwyczajne kłótnie czy nieporozumienia rodzinne. Darczyńca może odwołać darowiznę tylko w ciągu roku od momentu, kiedy dowiedział się o rażącej niewdzięczności obdarowanego. Aby odwołać darowiznę, darczyńca musi złożyć obdarowanemu oświadczenie na piśmie o odwołaniu darowizny. Jeżeli obdarowany nie będzie chciał zwrócić przedmiotu darowizny, wówczas należy wystąpić do sądu cywilnego z powództwem o stwierdzenie obowiązku złożenia przez obdarowanego oświadczenia woli co do przeniesienia własności z powrotem na darczyńcę.

Obowiązek przyczyniania się do zaspokajania potrzeb rodziny. Konflikty występujące pomiędzy małżonkami nierzadko koncentrują się wokół spraw finansowych i przyjmują formę przemocy ekonomicznej. Dzieje się tak wtedy, gdy jeden z małżonków odmawia świadczenia na wspólne utrzymanie bądź twierdzi, że każda strona ma wносить taką samą sumę pieniędzy na wspólne utrzymanie (co jest problemem w sytuacji, gdy istnieją znaczne różnice w wysokości dochodów, np. emerytur). Warto wiedzieć, że kodeks rodzinny nakłada na każdego z małżonków obowiązek współdziałania dla dobra rodziny. Oznacza to również obowiązek przyczyniania się do zaspokajania potrzeb rodziny (art. 27 k.r.o.). Spoczywa on w równym stopniu na obojgu małżonkach. Istotą tej zasady jest zapewnienie środków materialnych, umożliwiających prawidłowe funkcjonowanie rodziny jako całości przy zachowaniu zasady równej stopy życiowej. Oznacza to, że niezależnie od wysokości dochodów każdego małżonka, oboje mają prawo do takich samych warunków życia. Każdy ma łożyć na utrzymanie rodziny nie taką samą sumą pieniędzy, ale proporcjonalną do wysokości emerytury, jaką uzyskuje. Na potrzeby rodziny składają się potrzeby typowo osobiste (np. wyżywienie, odzież), jak również potrzeby majątkowe (utrzymanie domu, samochodu itp.). W przypadku, gdy jeden z małżonków odmawia łożenia na wspólne utrzymanie, należy do sądu rodzinnego złożyć wniosek o przyczynianie się do zaspokajania potrzeb rodziny.

Piśmiennictwo

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. Nr 89, poz. 555)

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553)

Poradniki prawne dla kobiet, Centrum Praw Kobiet: „... jeśli jesteś ofiarą przemocy”, Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2008, „...O pomocy społecznej”, Warszawa 2007, „...O alimentach i świadczeniach rodzinnych”, Warszawa 2006.

Poradnik dla kobiet pełnych życia i werwy „Wygrać starość”, Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2004.

Niezbędnik Psychologa „Przemoc wobec kobiet w rodzinie”, Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2007.

Niezbędnik Lekarza „Przemoc wobec kobiet w rodzinie”, Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2008.

Niezbędnik Pracodawcy „Przemoc wobec kobiet w rodzinie”, Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2007.

Bandura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A.: Przemoc w rodzinie. Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.

Opiekunie, zapanuj nad złością i smutkiem

Opiekun nieformalny i formalny/profesjonalny mogą doświadczać w opiece nad podopiecznym satysfakcji, ale też różnych, nierzadko trudnych, przykrych emocji. Warto je poznać, aby móc się na nie przygotować zawczasu i nauczyć się radzić sobie z nimi. Pozwoli to uniknąć rozczarowań i wyjść obronną ręką z potencjalnych trudnych sytuacji.



Na początku ze strony opiekuna jest to zwykle tylko drobna pomoc podopiecznemu – pomóc ugotować, pomóc przejść do łazienki, pomóc się umyć. Z czasem obowiązków przybywa. Już nie pomoc w umyciu, ale umycie. Nie pomoc w ubraniu – ale ubranie. Nie podanie posiłku, ale nakarmienie. A dalej – coraz gorzej, coraz trudniej. Opiekun obciążony jest nie tylko fizycznie, ale i psychicznie. Musi być cały czas cierpliwy, wyrozumiały, znosić kaprysy, wyzwiska, upokorzenia, oskarżenia od osoby, która jest mu bliska, którą niejednokrotnie kocha, która kiedyś taka nie była. Pamięta ją jako sprawną, pełną życia, energii i chce, wymaga, aby nadal taka była. To nie kręgosłup, nie stawy i mięśnie dają się najbardziej we znaki opiekunowi, ale psychika. Długotrwały stres potrafi znacznie nadszarpnąć ludzką psychi-

kę i doprowadzić do tak częstej u opiekunów złości i smutku. W literaturze fachowej istnieje jednostka chorobowa, która nazywa się **zespół stresu opiekuna** (CSS – Caregiver Stress Syndrome). To właśnie to wyczerpanie – zarówno fizyczne, jak i psychiczne, które odczuwa opiekun opiekując się długotrwale osobą przewlekłe chorą. Jak każdy stres prowadzić może do innych poważnych schorzeń: nadciśnienia, choroby wrzodowej, chorób serca. Czy można sobie jakoś z tym radzić? W pewnym stopniu tak. Trzeba być trochę egoistą, myśleć też o sobie. Myśląc o sobie również pomagamy podopiecznemu, na którego przecież wpływa nasz stan.

Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś naprawdę wkurzony? Wielu opiekunów odpowie, że trudno zliczyć – bardzo często, może nawet codziennie. Powstaje pytanie jak sobie radzić z własnymi emocjami, a także we współpracy i relacjach z osobami, które mają duży problem z kontrolowaniem emocji. Niekontrolowane wybuchy złości mają negatywny wpływ nie tylko na nas samych, ale także na samopoczucie i psychikę najbliższego otoczenia.

Złość jest powszechną, jedną z sześciu podstawowych emocji, której doświadczają wszyscy ludzie, ale prawdopodobnie ma wśród nich najgorszą reputację. Można ją kontrolować, ale tylko do pewnego stopnia. Nie jest czymś złym. Odczuwanie od czasu do czasu złości jest normalne i zdrowe. Stanowi ona naturalną odpowiedź na poczucie zagrożenia – zwykle pojawia się, gdy napotykamy przeszkodę na drodze do osiągnięcia ważnych dla nas celów, jesteśmy niesprawiedliwie potraktowani czy ignorowani. W sytuacji kryzysowej, złość dodaje nam sił i motywuje do podjęcia walki lub ucieczki.

Złość jest naturalną emocją, a mówienie o niej i okazywanie jej jest cenną umiejętnością. W drodze socjalizacji uczymy się tłumić negatywne emocje w przekonaniu, że to sposób na kontrolo-

wanie ich. Kontrolowanie złości nie oznacza unikania jej czy tłumienia. W dłuższej perspektywie kontrola naszych emocji jest możliwa tylko wtedy, gdy je rozpoznajemy, potrafimy nazwać, wyrazić w odpowiedni sposób, uświadomić sobie przyczyny jej powstawania. Kiedy jednak zauważamy czy otrzymujemy sygnały z otoczenia, że nasza złość jest nieadekwatna do sytuacji, ma negatywny wpływ na nasze funkcjonowanie i relacje, warto popracować efektywnie nad nią. Częste i niekontrolowane wybuchy emocji działają destabilizująco na nasz stan psychofizyczny. Negatywne konsekwencje mogą obejmować m.in. bóle mięśni, powstawanie stanów zapalnych, napięciowe bóle głowy, zwiększone ryzyko nadciśnienia i problemów sercowo-naczyniowych. Bywa, że im bardziej staramy się nad nią zapanować, z tym większym przychodzi to trudem. Od tłumienia złości bardziej korzystnym sposobem jest rozpoznawanie przyczyn i poszukiwanie innych, zastępczych form jej rozładowania.

Okazywanie złości wobec podopiecznego nie powinno się zdarzyć. Nie jest ono skuteczne ani korzystne, zwykle prowadzi do nasilenia konfliktu. Złość opiekuna generują często uporczywe reakcje chorego, których ten nie rozumie lub błędnie odbiera jako wymierzone w siebie. Dzieje się tak wtedy, kiedy traktuje objaw choroby jako celowe działanie chorego.

Rozpoznawanie przyczyn

Złość jest źródłem cennych informacji o nas samych. Co, kiedy i w jakim stopniu nas denerwuje wiele mówi o naszych potrzebach, oczekiwaniach, poczuciu kontroli i samoakceptacji. Złość może być sygnałem ostrzegawczym o zagrożeniu, braku poczucia bezpieczeństwa czy przekraczaniu naszych granic. Umiejętność odczytywania pierwszych objawów złości ułatwia identyfikowanie naszych celów, granic i wartości. Problemem „złośników” jest zwykle nieumiejętność właściwej oceny zarówno natężenia swoich emocji, jak i wpływu ich zachowania na własne funkcjonowanie i relacje z otoczeniem. Sygnałem ostrzegawczym, że częstość i sposób wyrażania złości są nieprawidłowe, są zazwyczaj informacje od rodziny, przyjaciół czy współpracowników. Należy zwrócić uwagę, czy najczęściej szybko wpadamy w złość w rutynowych, codziennych sytuacjach (np. korki na drodze, tłok, drobne błędy innych osób), ciągle odczuwany zdenerwowanie, mamy

problem z uspokojeniem się czy też nie jesteśmy wyrozumiali dla siebie lub innych. Warto też ocenić szkody jakie wybuchy złości czynią w naszym życiu – czy istotnie pogarszają nasze relacje, czy mamy poczucie winy z powodu braku kontroli nad emocjami (co komuś powiedzieliśmy, jak się zachowaliśmy), czy inni unikają kontaktu z nami? U opiekuna złość mogą wywołać uporczywe reakcje podopiecznego, których nie rozumie lub odbiera jako wymierzone personalnie, kiedy traktuje objaw choroby jako celowe działanie bliskiej osoby.

Dobre zarządzanie złymi emocjami

Jeśli uświadomimy sobie problem z kontrolą emocji, najgorszym rozwiązaniem jest zaprzeczanie i tłumienie ich. Ignorowanie własnych uczuć nie przybliży do rozwiązania problemu. Co więcej, złość narasta i może powodować zachowania pasywno-agresywne. Wypieranie emocji może prowadzić do depresji lub w inny sposób negatywnie wpływać na nasze zdrowie psychiczne. Rozmowa z zaufaną osobą na temat tego, co powoduje złość, może okazać się pomocna. Wiele poradników doradza odreagowanie nagromadzonej złej energii (katharsis) przez jakąś aktywność fizyczną, wysiłek, sport, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo podjęcia agresywnych zachowań w przyszłości. Ciekawym zjawiskiem ostatnich lat jest powstawanie, także w Polsce, tzw. Pokojów Furii (ang. rage/anger rooms), w których zwykle podczas półgodzinnej sesji można bez przeszkód rozładować emocje – w odpowiednio urządzonej pomieszczeniu mamy do dyspozycji młotek, kij bejsbolowy, pałkę teleskopową czy łom, którymi można uderzać w manekina lub różne sprzęty. Takie strategie odreagowania mogą przynieść krótkotrwałą ulgę poprzez zmniejszenie napięcia towarzyszącego złości, jednak nie rozwiążą efektywnie problemów z kontrolą emocji.

Skuteczna kontrola złości nie oznacza, że nie będziemy jej odczuwać, lecz wypracujemy sposoby przeciwdziałania jej przyczynom oraz wyrażania naszych uczuć. Opiekun nie musi tłumić w sobie złości. Powinien postarać się nie okazywać jej podopiecznemu, bo to nie będzie służyć ani jemu ani bliskiej osobie, którą się opiekuje. Może sprawić, że sytuacje trudne, które wywołują złość będą częstsze. Zamiast tego można porozmawiać o swoich uczuciach z przyjacielem, członkiem rodziny, innym opiekunem w grupie



wsparcia czy przez internet. W rozładowaniu złości pomóc może aktywność fizyczna. Według psychologów zajmujących się badaniem problematyki złości, do sposobów przeciwdziałania złości należą m.in.:

¶ Asertywna komunikacja

Jest szczególnie pomocna w komunikacji z ludźmi, którzy są przyczyną naszej złości. W takich sytuacjach nasze słowa mają ogromne znaczenie – powinniśmy używać komunikatów Ja i bezpośrednio wyrażać swoje uczucia (np. „jest mi przykro”/„czuję się rozczarowany”) zamiast obwiniać kogoś (nie mówić np. „jesteś beznadziejny”). Otwarta komunikacja w sytuacjach zdenerwowania czy stresu pozwala na utrzymanie dobrych relacji i ułatwia wspólne rozwiązanie problemu.

¶ Obrócenie w żart

Kiedy przyczyną naszych negatywnych emocji są sytuacje niezwiązane z relacjami interpersonalnymi, a chociażby tzw. złośliwość przedmiotów martwych (np. awaria komputera) czy zła pogoda, pomaga poczucie humoru. Obrócenie stresującej sytuacji w żart pozwala na chwilowy dystans i refleksję nad tym, jak wybrnąć z problemu zamiast tylko dawać upust swojej złości.

¶ Zmiana nastawienia

Często powodem trudnych emocji są nasze nierealne oczekiwania, chociażby co do tego, w jaki sposób inni ludzie „powinni” postępować. Warto zdać sobie sprawę, na ile nasze nadzieje i życzenia mają szansę spełnić się. Zamiast ciągle złościć się o to samo, może w końcu pora przyjąć do wiadomości, że ktoś robi coś lub zachowuje się inaczej niż my. Jeśli natomiast tego typu zachowanie utrudnia realizację naszych celów, przyda się otwarta i asertywna komunikacja.

¶ Relaksacja

Istnieje wiele technik pozwalających na obniżenie poziomu stresu – np. ćwiczenia oddechowe, progresywna relaksacja mięśni metodą Jacobsona, wizualizacja, joga, medytacja, mindfulness (trening uważności). Techniki relaksacyjne pozwolą złagodzić emocje w danym momencie, zaś stosowane regularnie pomogą zmniejszyć ich natężenie w sytuacjach, które najczęściej przyczyniają się do ich powstania.

¶ Akceptacja

Często powodem złości są sytuacje, na które w ogóle nie mamy wpływu, np. pogoda, korki. Możemy przejść nad nimi do porządku dziennego, przyznać, że nie zawsze wszystko układa się po naszej myśli i zachować dystans.

A co, jeśli samodzielne próby pracy nad emocjami nie przynoszą oczekiwanych efektów? Kiedy uświadomimy sobie, że nie jesteśmy w stanie kontrolować naszego zachowania, mimo że przynosi nam ono łatwe do przewidzenia i poważne szkody (np. po raz kolejny nie możemy powstrzymać się przed wykrzyczeniem bliskiej osobie słów, które ją zranią lub powiedzenia, co myślimy o jej oczekiwaniach), warto skorzystać z pomocy specjalisty i w razie potrzeby – poddać się psychoterapii. Praca z psychologiem pomoże lepiej zrozumieć nasze zachowania i przyczyny trudnych emocji, poprawi w dłuższej perspektywie nasze relacje interpersonalne oraz jakość codziennego życia.

Smutku doświadczają nie tylko bliscy osób chorych – opiekunowie nieformalni, ale także profesjonalni opiekunowie. Odczuwanie smutku wiąże się zazwyczaj z obserwowaniem stopniowego pogarszania się sprawności osoby chorej. Może być efektem wpływu na opiekuna niektórych objawów choroby (jak zmiany w zachowaniu i osobowości chorego, nierozpoznanie opiekuna przez chorego). Najczęstszą reakcją na smutek jest płacz lub wycofanie się, unikanie kontaktów z bliskimi. Smutek należy traktować jako naturalną emocję, którą należy wyrazić w sposób kontrolowany – porozmawiać z kimś, opisać swój nastrój, postarać się nazwać przyczyny. Mówienie o smutku nie jest oznaką słabości. Zwykle wsparcie innych osób okazuje się skuteczne. Bądź też zwrócenie uwagi na rzeczy, które udało Ci się jako opiekunowi zrobić. Dostrzeganie drobnych sukcesów, małych postępów może zmniejszyć poczucie smutku. Jeśli jednak smutek towarzyszy przez długi czas i dominuje nad innymi emocjami, a do tego dołącza się poczucie beznadziejności i braku siły do wykonywania nawet prostych czynności, konieczna jest konsultacja z lekarzem. Może to być symptomem depresji, w której opiekun potrzebuje profesjonalnej pomocy.

Opiekunie:

- ¶ Masz prawo do przeżywania negatywnych emocji – gniewu, zniecierpliwienia – i wyrażania ich. Stłumione emocje nie znikną, a będą narastać!
- ¶ Masz prawo do odpoczynku i bez wyrzutów sumienia możesz poświęcić czas tylko dla siebie.
- ¶ Nie dokładaj sobie obowiązków. Stan chorego

będzie się pogarszał i to, że staniesz na głowie – i tak mu nie pomoże.

- § Szukaj pomocy i wsparcia – nikt nie jest samowystarczalny. Zawodowa opiekunka raz na jakiś czas (choć na 2 godziny) pozwoli na wypoczynek – w tym czasie możesz iść na zakupy, do kina, do fryzjera.
- § Pytaj w sklepach medycznych, PCK, Centrach Wsparcia Opiekunów o wypożyczalnie sprzętu, łóżek za niewielką opłatą lub bezpłatnie – opłaca się bardziej niż kupno nowego.
- § Rozmawiaj z ludźmi – można trafić na kogoś, kto ma lub miał podobne problemy, kto potrafi cierpliwie wysłuchać i zrozumieć.
- § Poszukaj grup wsparcia, warsztatów w miejscu, gdzie mieszkasz. Istnieją różne stowarzyszenia, działające na rzecz osób chorych – nie bój się iść i zapytać.
- ¶ Naucz się (choćby z internetu), jak niektóre działania opiekuńcze można wykonać szybciej, łatwiej. Są różne metody – po to opiekunowie profesjonalni uczą się w szkołach, a Ty masz umieć ot tak, z powietrza?
- ¶ Jeżeli masz wszystkiego już całkowicie dość, bardzo skuteczną metodą jest wyjście z domu. Niedaleko i nie na długo – do ogródka, na podwórko, na krótki spacer. Pochodź, posiedź na ławce, popatrz, poodychaj świeżym powietrzem, wystaw twarz do słońca, a zimą niech trochę mróz poszczypie. Taka drobnostka, a zdaje egzamin.
- ¶ Mimo wszystko, staraj się wyspać. Brak snu powoduje, że organizm jest wyczerpany, ma mniej sił i wszystko wydaje się trudniejsze.
- ¶ Nie rezygnuj z tego, co lubisz, co Ci daje satysfakcję. Może trzeba będzie pewne rzeczy ograniczyć, ale nie rezygnuj z nich całkiem. Kiedyś czytałaś/-eś pół nocy? Czytaj godzinę dziennie. Lubisz jakiś program w TV, serial? Te pół godziny jest tylko dla ciebie!

Piśmiennictwo:

Gwiżdż M.: Elementarz opiekunów zawodowo zajmujących się osobami dotkniętymi otępieniem. Akademia Opiekunów, Kraków 2018.

Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji. Program Damy Radę. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat, 2019.



Opiekunie, uporaj się ze wstydem i samotnością

Niektórzy opiekunowie doświadczają uczucia wstydu w chwilach, gdy chory zachowuje się w nieprzewidywalny sposób. Takie sytuacje mogą mieć miejsce w przestrzeni publicznej – na przykład, kiedy podopieczny zaczepia nieznanym na ulicy lub w domu.

Przykładem mogą być niestosowne zachowania seksualne chorego. Bez względu na okoliczności, pamiętaj, że są to objawy choroby, a nie – celowe działanie bliskiej Ci osoby. Bardzo wskazane jest, by poinformować nie tylko rodzinę, ale i sąsiadów, przyjaciół, znajomych czy pracowników osiedlowego sklepu o fakcie choroby Alzheimera, o tym, że podopieczny cierpi na otępienie (demencję). Porozmawiaj z nimi otwarcie – taka rozmowa często ma wymiar oczyszczający i dodatkowo uwrażliwia otoczenie na chorobę twojej mamy, żony czy podopiecznego. Nierzadko jest też okazją do poproszenia o wsparcie w sprawowaniu opieki.

Opiekunowie długotrwale zajmujący się chorym mogą doświadczać poczucia **osamotnienia**, wyobcowania lub opuszczenia. Zwykle wynika to z ograniczenia możliwości swobodnego nawiązywania kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, poświęcania całego dostępnego czasu na zajmowanie się podopiecznym. Towarzystwo innych jest jedną z podstawowych ludzkich potrzeb, dlatego

znalezienie czasu na kontakt ze znajomymi lub rodziną jest bardzo ważne – nie tylko dla Twojego podopiecznego, ale i dla Ciebie. Pamiętaj, że nie muszą być to spotkania twarzą w twarz. Pomóc mogą regularne rozmowy telefoniczne lub przez internet z rodziną i przyjaciółmi, krótka, życzliwa rozmowa z sąsiadami, pisanie listów lub e-maili do bliskich. Spróbuj nawiązać z nimi relacje – to pomoże ci uniknąć poczucia osamotnienia, a dodatkowo uczuli otoczenie na stan bliskiej ci osoby. Najlepszym lekarstwem na samotność są zawsze inni ludzie. Pamiętaj, że w opiece nigdy nie możesz zostać sam, konieczne jest stałe wsparcie innych osób. Dlatego otwarcie, szczerze i odważnie rozmawiaj z rodziną i znajomymi o zaangażowaniu ich w pomoc. Zdarza się jednak, że czas płynie swoim rytmem, a uczucie braku bliskości i pustki nie mija. Możemy wtedy mówić o samotności chronicznej. Jak o przejściowej samotności możemy śmiało powiedzieć, że jest czymś normalnym i nieuniknionym, tak o chronicznej samotności, że jest stanem poważnym, który bardzo negatywnie odbija się na jakości ży-

cia człowieka. Opiekun wstydzi się samego siebie i wydaje mu się, że całe jego życie to jedna wielka porażka. Swoje pragnienia i uczucia chowa w najgłębszych miejscach – tam, gdzie nikt ich nie rozpozna. Chce się ukryć przed całym światem, nie chce nikogo widzieć, bo boi się, że zostanie odrzucony. Myśli, że nie jest w stanie z nikim zbudować bliskiej relacji, bo jest dziwny i aspołeczny. Izoluje się jeszcze bardziej i tak zamyka się błędne koło, z którego nie potrafi się wydostać. Chroniczna samotność wywołuje w człowieku ogromny stres, który odbija się na umyśle i ciele, powodując różne dolegliwości, a nawet choroby somatyczne. Osoby, które są chronicznie samotne, często cierpią na bóle głowy, zmęczenie, zaburzenia snu, są bardziej narażone na uzależnienia oraz depresję i żyją krócej. Samotność jest tak samo szkodliwa dla zdrowia jak palenie, nadwaga lub brak ruchu.

Samotność można leczyć. Pomóc w tym może psychoterapia. Jaką wybrać? Istnieje wiele różnych nurtów psychoterapii, za którymi stoją różnorodne teorie. Nie ma lepszej ani gorszej. Najważniejszym czynnikiem udanej psychoterapii jest relacja między terapeutą a osobą podejmującą terapię. Dlatego bardzo ważne jest poczucie, że może zaufać terapeutce, żeby od pierwszych spotkań zaistniała między nimi „chemia”. Jednym z bardziej efektywnych podejść w walce z samotnością jest terapia psychodynamiczna, dzięki której psychiczne i fizyczne zdrowie ulega długotrwałej, pozytywnej zmianie. Celem jej

jest poprawa jakości życia poprzez wgląd i przepracowanie nieświadomych schematów psychicznych. Osobę podejmującą terapię i terapeutę łączy znacząca relacja – wspólnie omawiają trudne przeżycia, przemyślenia i uczucia, dochodzą do nieuświadomionych wcześniej źródeł samotności pacjenta, głęboko zakorzenionych schematów, które utrudniają mu życie i powodują cierpienie. Zanim rozpocznie się psychoterapia, odbywa się kilka spotkań konsultacyjnych. Już wtedy zbierane są informacje – kim jest klient, jaka jest jego aktualna sytuacja życiowa, jaką ma osobowość, co przeżył, jakie są objawy, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Wspólnie ustalają zasady i cel terapii, po czym zaczyna się ciężka i długa praca. Jak długa? Wszystko zależy od indywidualnych potrzeb, najczęściej jednak terapia trwa od 6 miesięcy do nawet kilku lat. Co może dać siłę i motywację do przejścia tak trudnego i długiego procesu terapeutycznego? Nagroda. A jest nią nie tylko rozwiązanie swojego problemu, spokojniejsze i wartościowsze życie, ale też lepsze poznanie samego siebie.

Piśmiennictwo:

Gwiżdż M.: Elementarz opiekunów zawodowo zajmujących się osobami dotkniętymi otępieniem. Akademia Opiekunów, Kraków 2018.

Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji. Program Damy Radę. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat, 2019.

Opiekunie, przygotuj się na nieprzewidywalność i uświadom sobie wartość tego, co robisz

„Daj sobie prawo do zaspokojenia własnych potrzeb, bo to poprawi Twoją zdolność bycia empatycznym dla innych. Traktuj siebie jak swojego najlepszego przyjaciela.”

Empatia jest motorem pomagania innym, czasami jednak sprawia, że opiekun staje się emocjonalnie wyczerpany i fizycznie przemęczony. Są to koszty związane z opieką nad osobami, które cierpią. Jak w takim razie dobrze wykonywać swoje obowiązki związane z pomaganiem innym, by jednocześnie nie spadła Twoja odporność psychiczna i nie dopadło Cię zmęczenie? By pomagać innym, ważnym jest, aby nie zapominać o sobie. Dbanie o siebie daje siłę do dbania o innych. Trzeba samemu być bezpiecznym, w dobrej kondycji psychofizycznej, by móc pomagać innym. Gdy nieśiesz pomoc/wsparcie emocjonalne swojemu podopiecznemu, musisz mieć wentyl bezpieczeństwa. Takim wentylem są:

- ¶ **Życzliwość dla siebie** – okazywanie sobie ciepła, wyrozumiałości, troski, zrozumienia. To postawa przeciwna postawie osądzania samych siebie i samokrytyki. To zaakceptowanie tego, że nie jesteśmy idealni jako ludzie, jako pracownicy, jako rodzice, że popełniamy błędy. Bycie krytycznym wobec siebie, obwinianie się lub wręcz złość, że czegoś nie zrobiliśmy na 100% sprawia, że z trudem wybaczymy sobie potknięcia czy niezbyt profesjonalne zachowanie wobec pacjentów, mamy ciągle poczucie, że zrobiliśmy za mało. Osoba, która nie jest swoim wrogiem, a przyjacielem, wybacza nie tylko innym, ale przede wszystkim samej/samemu sobie. Daje to siłę, by być empatycznym i współczującym dla innych.
- ¶ **Uważność** – to umiejętność radzenia sobie z emocjami, szczególnie przykrymi. Jest to podejście zrównoważone do trudnych emocji, czyli takie, w którym uczucia nie są ani tłumione, ani wyolbrzymiane. To nieocenianie, otwarty stan umysłu, w którym obserwujesz myśli i uczucia takimi, jakimi są, nie próbując ich wypierać ani zaprzeczać.
- ¶ **Wspólne człowieczeństwo** – jego przeciwieństwem jest izolacja, czyli postawa mówiąca, że popełniając błędy, jestem jedyną osobą, która przeżywa takie trudności; poczucie izolacji negatywnie oddziałuje na emocje, utrudnia zachowanie spokoju. Łatwiej znosić trudności



opiekunowi, jeśli uświadomi sobie, że inni mają podobne.

Czasem człowiek nie wytrzyma – nakrzyczy, powie coś przykrego, a potem dręczą go myśli: „Jak mogłam? To przecież chora osoba!” Poczucie winy bywa bardzo obciążającym, a wręcz niszczącym doznaniem. Spowodować je może wybuch złości wobec osoby, którą się opiekujesz, ale i sytuacja, kiedy pozwalasz sobie na chwilę odpoczynku. Bo poczucie winy nie jest racjonalne – wynika często z naszych przekonań, nierzadko błędnych. Aby zminimalizować prawdopodobieństwo pojawienia się poczucia winy, staraj się stosować sprawdzone wskazówki postępowania, które zapewniają twojemu podopiecznemu komfort, a Tobie – poczucie dobrze sprawowanej opieki. Pamiętaj o tym, że nawet jeżeli istnieją rzeczy, których żałujesz, na co dzień dajesz z siebie

wszystko, a nikt z nas nie jest ideałem. Poza tym – to, jak dużym oparciem jesteś dla swojego podopiecznego, absolutnie przeważa nad pojedynczymi błędami. A w wolnej chwili poszukaj innych opiekunów domowych (np. w lokalnej organizacji lub w internecie). Rozmawiając z nimi przekonasz się, jak podobne do Twoich są ich doświadczenia, co pozwoli Wam wszystkim rozładować trudne emocje. Spojrzenie na niektóre sprawy oczami podopiecznego pozwala uzmysłować sobie położenie chorego i zrozumieć wyzwania, z jakimi boryka się on na co dzień. Wiele napięć i trudności, związanych z opieką, wynika właśnie z mylnego odczytywania motywów i emocji, które kierują twoim podopiecznym, gdy jest chory. Równie częstą przyczyną możliwych konfliktów w relacji opiekun – podopieczny są trudności w komunikacji. To częsta konsekwencja mylnego odczytania intencji drugiej osoby. Trudno całkowicie wyeliminować nieporozumienia, ale próba aktywnego wczucia się w sytuację podopiecznego może ułatwić znalezienie właściwej drogi lub wypracowanie nowych rozwiązań, które pomogą wam obójgu.

Osobom pracującym w zawodach pomocowych ułatwia „naładowanie baterii” do wspierania innych: 1) po pracy – różnego typu przyjemności: muzyka (także relaksacyjna), masaż, spotkanie z osobą, którą lubią, spacer, itp; 2) w pracy – gdy mają chwilę przerwy, w sytuacji stresu lub przytłoczenia towarzystwem osoby, którą się opiekują, kojąco działają słowa wsparcia („wiem, że teraz jest to trudne i to naturalne, że czuję się zestresowany, jestem tu dla ciebie”).

Opiekunie, powinieneś przygotować się na nieprzewidywalność. Trudno bowiem jest sobie wyobrazić, że nie będziemy w stanie robić rzeczy, które teraz sprawiają nam przyjemność – czytać, wędkować, jeździć na rowerze, gotować. Tymczasem właśnie w takiej sytuacji jest Twój podopieczny – demencja go zmienia, wpływa na jego sprawność i mnoży czynności, których nie potrafi wykonać. Tempo tych zmian może być bardzo różne. Istnieją osoby, które z objawami demencji żyją przez 10 lat, a nawet dłużej, ale zdarza się, że demencja postępuje bardzo szybko. Każdy przypadek choroby jest inny, co oznacza, że nie jesteśmy w stanie przewidzieć ani tego, jak długo nasz bliski pozostanie z nami, ani tempa postępów choroby. Świadomość, że będzie lepiej, że choroba w końcu ustąpi pozwala na cierpliwe oczekiwanie. Jeśli jednak mamy do czynienia np. z chorobą

Alzheimera – wiemy, że lepiej nie będzie, że stan chorego będzie się pogarszał, tracimy nadzieję. Stajemy często bezradni, bo im więcej się staramy (a choroba postępuje), tym mniej widzimy efektów. Dziesięć razy założymy pieluchomajtki – dziesięć razy chory je ściągnie. Chory różnie się zachowuje. Potrafi (jeśli jest chodzący) niezauważenie wyjść z domu, odkręcić gaz w kuchence, pójść do toalety i zabłądzić, spaść z łóżka. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć wszystkich tych sytuacji i im zapobiec. Często w sytuacji opiekuna nieprofesjonalnego zostajemy postawieni nagle, bez uprzedniego przygotowania. Nie wiemy, co i jak robić, działamy instynktownie. Boimy się zarówno o podopiecznego, jak i o siebie. Od podopiecznego często opiekun nie otrzyma jednego dobrego słowa, a czekają go wyzwiska, oskarżenia. U chorego zmienia się rytm snu i czuwania, więc opiekun też musi się do tego dostosować. Z tym, że jeśli chory jest aktywny w nocy, a dzień potrafi przespać – opiekun nie może sobie na ten luksus pozwolić.

Opiekunie, uświadom sobie wartość tego, co robisz. Twoja pomoc bliskiej osobie jest bezcenna. Bez wsparcia, które ofiarowujesz podopiecznemu, byłby on bezradny. To właśnie dzięki Tobie może lepiej funkcjonować, cieszyć się poczuciem bezpieczeństwa, bliskości i oparcia. Może także poczuć nadzieję – nawet wtedy, kiedy nie jest tego w pełni świadomy lub nie potrafi tego bezpośrednio okazać. Pamiętaj o tym i bądź dumny ze swojego zaangażowania. Sytuacja, w której bliska Ci osoba doświadcza demencji to zawsze wyzwanie, które będzie angażować cię – choćby emocjonalnie – każdego dnia. Mówi się, że opieka nad chorym nie jest sprintem, ale maratonem – więc jeśli zdarzają ci się błędy (a zdarzają się każdemu), zachowaj spokój, będziesz mieć czas na poprawienie ich w przyszłości. Pomoże Ci w tym wiedza, doświadczenie i intuicja. Zdobywaj informacje i bądź uważny na gesty i zachowania swojego podopiecznego. Przekonasz się, że z każdym dniem będziesz wiedzieć i rozumieć więcej na temat demencji i swojej roli jako opiekuna.

Piśmiennictwo:

Gwiżdż M.: Elementarz opiekunów zawodowo zajmujących się osobami dotkniętymi otępieniem. Akademia Opiekunów, Kraków 2018.

Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji. Program Damy Radę. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat, 2019.

Opiekunie, poznaj Menadżera Opieki

Kim jest Menadżer Opieki? To zespół specjalistów, dysponujący szeroką wiedzą i doświadczeniem z obszaru opieki nad osobami starszymi oraz niesamodzielnymi. Celem ich działań jest poznanie indywidualnych potrzeb rodzin, które sprawują opiekę nad bliskim, jak również zapewnienie im kompleksowej pomocy w codziennym funkcjonowaniu, w czasie wizyt domowych.

Tego rodzaju wsparcie jest szczególnie istotne dla rodzin, które w obliczu różnych wydarzeń podjęły się roli opiekuna osoby starszej, niepełnosprawnej lub niesamodzielnej lub też znalazły się w sytuacji, która zmusiła ich do podjęcia takiej decyzji nagle, często tuż po wypisie chorego ze szpitala. Nie oznacza to jednak, że usługa Menadżera Opieki jest przydatna tylko w początkowych etapach adaptacji do nowej sytuacji, pełnych zagubienia i niepewności – to również cenna pomoc dla opiekunów, którzy doświadczają obciążenia w wieloletniej pielęgnacji chorego.

W skład zespołu wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, pracownik socjalny i opiekun. Specjaliści zapewniają wsparcie merytoryczne, ułatwiające realizację opieki w środowisku domowym, monitorują sytuację na miejscu oraz na bieżąco służą radą, instruktażem i informacją. Menadżer Opieki to także łącznik pomiędzy rodziną a różnego rodzaju instytucjami.

W ramach usługi opiekunowie otrzymują:

- ¶ bezpłatne wsparcie profesjonalistów z różnych dziedzin,
- ¶ indywidualnie przeprowadzoną analizę potrzeb,
- ¶ precyzyjnie opracowany plan pomocy i wsparcia, wraz z zaleceniami,
- ¶ wizyty domowe, w codziennym środowisku rodzinnym podopiecznego.

Opieka nie musi być trudna, gdy nie zostajesz z nią sam! Poznaj zasady rekrutacji oraz wypełnij formularz kontaktowy na naszej stronie www.wsparciedlaopiekuna.pl. W razie pytań i wątpliwości, zachęcamy do kontaktu pod numerem telefonu: **12 44 67 530**.

Jeżeli wiesz, że w Twoim otoczeniu jest ktoś, kto mógłby skorzystać z naszych usług – śmiało, daj mu znać!





Zapraszamy do skorzystania z naszych usług!

**Centrum Wsparcia Opiekunów przy Miejskim Centrum Opieki
w Krakowie, ul. Wielicka 267**

tel.: +48 12 44 67 530

e-mail: centrumwsparcia@mco.krakow.pl; mco@mco.krakow.pl

www.wsparciedlaopiekuna.pl

WSPARCIE JEST BEZPŁATNE dzięki dofinansowaniu ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa – zit.