



**LOKALNE
BADANIA
SPOŁECZNE**

WSPIERAMY LOKALNĄ POLSKĘ!



Raport końcowy z fazy testowania narzędzi

Tworzenie systemu ochrony starszych doświadczających przemocy

Lokalne Badania Społeczne dla Fundacji Projekt Starsi

Organizatorzy:



Partnerzy:



Organizatorzy:



Partnerzy:



Spis treści:

1. Wprowadzenie	3
2. Testowane narzędzia	7
2.1. Wnioski z przeglądu narzędzi oceny ryzyka przemocy wobec osób starszych ...	7
2.2. Formularz EASI	8
2.3. Formularz Oceny Ryzyka Przemocy (FORP).....	13
3. Omówienie wyników badania głównego	15
3.1. Schemat badania i metodologia pomiaru	15
3.2. Wyniki badania jakościowego	16
3.3. Wyniki badania ilościowego	18
4. Rekomendacje i wnioski.....	36

Organizatorzy:



Partnerzy:



1. Wprowadzenie

Firma Lokalne Badania Społeczne opracowała raport na zlecenie Fundacji „Projekt Starsi” w ramach projektu pn. „Tworzenie systemu ochrony starszych doświadczających przemocy”, realizowanego z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, sfinansowanego z Funduszy EOG. Celem tego przedsięwzięcia było opracowanie narzędzi systemu ochrony starszych narażonych na przemoc (formularz oceny ryzyka przemocy dla lekarzy z procedurą postępowania oraz monitoring regulacji prawnych dotyczących przemocy wobec osób starszych i działania rzecznicze), jak również zwiększenie społecznej świadomości występowania tego zjawiska poprzez dostarczenie informacji na temat przemocy, zachęcenie do reagowania i udzielenie wsparcia starszym poprzez ogólnopolską kampanię adresowaną do świadków i działania interwencyjne.

Kontekst badania:

Jak wynika z dostępnych analiz, zjawisko przemocy wobec seniorów jest rozpowszechnione, a poziom świadomości osób starszych i ich otoczenia jest niski, co znacznie utrudnia dotarcie do tych, którzy doświadczają wspomnianego problemu. System przeciwdziałania przemocy w rodzinie w Polsce, oparty na ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, procedurze Niebieskie Karty oraz funkcjonowaniu zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy jest mało skuteczny, a także niedostosowany do specyfiki zjawiska przemocy wobec seniorów¹. Wynika to m.in. z braku odpowiednich regulacji prawnych lub ich niestosowania do specyfiki problemu, niewystarczającej współpracy międzyinstytucjonalnej (np. instytucji ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej), jak również braku zaangażowania pracowników ochrony zdrowia w realizację procedury Niebieskie Karty. Zjawisko przemocy wobec osób starszych bywa bagatelizowane, ponadto w sferze ochrony zdrowia brakuje jasnych i ujednoczonych procedur postępowania w podobnych sytuacjach.

Najczęściej występującą formą przemocy wobec osób starszych jest przemoc psychiczna i ekonomiczna, choć zdarzają się także przypadki przemocy fizycznej

¹ Źródło: Najwyższa Izba Kontroli (2016)

Organizatorzy:



Partnerzy:



i seksualnej. W badaniach Polskiej Akademii Nauk 17,3 proc. respondentów dostrzegąo przypadki przemocy wobec starszych we własnej rodzinie (fizycznej - 15,4 proc., ekonomicznej - 18,5 proc., psychicznej - 17,5 proc., seksualnej - 8,2 proc.), natomiast 42,7 proc. dostrzegąo przypadki przemocy poza własną rodziną (fizycznej - 38,4 proc., ekonomicznej - 44,9 proc., psychicznej - 44,7 proc., seksualnej - 18,2 proc.). 75,9 proc. osób dostrzegających przemoc wobec seniorów poza własną rodziną nie zareagowało na tego rodzaju przypadki, zaś 63,5 proc. zauważających przemoc wobec starszych we własnej rodzinie nie podjęło interwencji².

Do najważniejszych czynników ryzyka przemocy wobec osób starszych należą m.in.: historia rodziny, płeć (częściej tego zjawiska doświadczają kobiety niż mężczyźni), wzajemna zależność członków rodziny, dzielenie wspólnego mieszkania, sytuacja materialna, izolacja społeczna i brak nadzoru społeczności, fizyczne lub/i psychiczne obciążenie opiekuna, choroby, jak również uzależnienia. Stopień akceptacji przemocy oraz rozpowszechnienia stereotypów związanych z dopuszczaniem jej stosowania istotnie rośnie wraz z wiekiem. Przyczyną ukrywania nadużyć przez osoby starsze jest zależność finansowa i emocjonalna od młodszych członków rodziny, strach przed pogorszeniem sytuacji życiowej, ale również większa izolacja i mniejsza mobilność. Sytuację bardzo komplikuje też kondycja psychofizyczna i sytuacja ekonomiczna krzywdzonych. Badania potwierdzają, że doświadczanie przemocy poważnie zakłóca biologiczne, psychiczne i społeczne funkcjonowanie osób krzywdzonych, a więc trzy wymiary zdrowia wskazane w definicji WHO, co jest szczególnie dotkliwe dla seniorów, których stan zdrowia i sytuacja życiowa jest relatywnie trudna (na tle innych grup wiekowych). Przemoc sprzyja osłabieniu zdrowia fizycznego w wyniku długotrwałej traumy, w tym zaburzeniom psychosomatycznym oraz zdrowia psychicznego. Specjaliści szacują, że seniorzy doznający przemocy trzykrotnie częściej chorują i wcześniej umierają niż osoby, które nie doświadczają tego rodzaju zjawiska.

² Źródło: Polska Akademia Nauk (2015)

Metody i etapy badawcze:

Ilustracja 1. Podejście metodologiczne

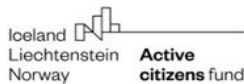


Zaplanowany proces badawczy objął następujące procedury:

Tabela 2. Zastosowane metody i etapy badawcze

Lp.	Etap badawczy
1	spotkanie eksperckie: przygotowanie do pracy nad narzędziem i pozyskanie wiedzy od kluczowych ekspertów
2	warsztaty z osobami starszymi (N=3)
3	warsztaty z lekarzami: pozyskanie wiedzy na temat problemu, sposobów i narzędzi oceny ryzyka, potrzeb lekarzy (N=2)
4	analiza danych zastanych: raport na temat wybranych rozwiązań zagranicznych
5	spotkania ekspertów: wypracowanie formularza oceny ryzyka z procedurą postępowania (6 spotkań)
6	szkolenia dla lekarzy: dostarczenie informacji na temat formularza i procedury jego stosowania oraz korzystania z testów MMSE
7	badanie pilotażowe EASI/FORP (N=30/30)
8	wywiad grupowy z lekarzami, pozyskanie informacji zwrotnej z badania pilotażowego
9	badanie główne EASI/FORP (N=123/122)
10	wywiady grupowe z lekarzami, pozyskanie informacji zwrotnych na temat narzędzia, procedury i materiałów i ich stosowania (N=2)
11	spotkanie ekspertów: podsumowanie, ostateczne wnioski i rekomendacje, zatwierdzenie zmian (N=1)

Organizatorzy:



Partnerzy:



Ilustracja 3. Ramowy schemat procesu badawczego

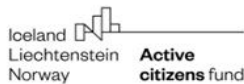


Niniejszy raport jest omówieniem rezultatów prac zespołu ekspertów(ek)³, który dokonał przeglądu dostępnych narzędzi rozpoznawania przemocy wobec osób starszych (w tym przeprowadził standaryzację polskiego tłumaczenia najbardziej rozpowszechnionego na świecie kwestionariusza EASI - *Elder Abuse Suspicion Index*), a następnie skonstruował autorski Formularz Oceny Ryzyka Przemocy (FORP), jak również przygotował procedury postępowania dla lekarzy (osobno dla obydwu wspomnianych narzędzi - EASI i FORP). Na kolejnym etapie obydwie kwestionariusze zostały przetestowane w badaniu ilościowym z pacjentami placówek ochrony zdrowia w trzech różnych lokalizacjach⁴. Ponadto zebrane zostały informacje zwrotne od lekarzy, którzy prowadzili badania z pacjentami z wykorzystaniem powyższych narzędzi.

³ Zespół ekspertów(ek) pracował w następującym składzie: Magdalena Bilny-Paluch, Renata Durda, Marcin Jóźko, Maja Kuźmicz, Magdalena Rutkiewicz, Agnieszka Skoczylas, Marta Szymanek.

⁴ Szczegółowy opis metodologii pomiaru znajduje się w dalszej części opracowania.

Organizatorzy:



Partnerzy:



2. Testowane narzędzia

2.1. Wnioski z przeglądu narzędzi oceny ryzyka przemocy wobec osób starszych

Jak już wspomnieliśmy, punktem wyjścia do opracowania autorskiego narzędzia pomiaru była identyfikacja i analiza stosowanych na świecie metod oceny ryzyka występowania przemocy wobec seniorów. Szczegółowe informacje na ten temat zawiera osobny raport⁵. W niniejszym rozdziale prezentujemy najważniejsze ustalenia, płynące z Analizy danych zastanych oraz prac zespołu ekspertów.

Kluczowe ustalenia:

- **Trudności z porównywaniem wyników badań.** W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele pomiarów, wykonanych w różnych krajach, według różnych procedur, na próbach o zróżnicowanej liczebności i sposobie doboru, przeprowadzonych w różnych okresach oraz na różnych grupach badawczych. Oznacza to, że wyniki tych pomiarów w niewielkim stopniu mogą być zestawiane oraz analizowane w ujęciu porównawczym.
- **Dużo teorii, mało praktyki.** Analiza danych zastanych pozwoliła na identyfikację licznych publikacji naukowych w badanym obszarze problemowym. Opracowania te najczęściej skupiają się na teoretycznych aspektach zagadnień związanych z przemocą wobec osób starszych, natomiast znacznie mniej jest pozycji opartych na badaniach empirycznych, o wysokich walorach praktycznych.
- **Brak procedur postępowania.** Na podstawie przeprowadzonej kwerendy zidentyfikowano kilkadziesiąt przykładów narzędzi pomiaru prawdopodobieństwa występowania przemocy wobec osób starszych. Co istotne, narzędzia te są pozbawione skierowanych do lekarzy procedur postępowania w przypadku wykrycia ryzyka przemocy (lub procedury te mają charakter lakonicznych, ogólnikowych zaleceń, których użytkowa wartość jest wątpliwa).

⁵ „Tworzenie systemu ochrony starszych doświadczających przemocy. Raport z badań”, Lokalne Badania Społeczne dla Fundacji Projekt Starsi, Warszawa, 2021

Organizatorzy:



Partnerzy:



- **Przegląd dostępnych narzędzi.** Szczególnie cenną pozycją jest publikacja „Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review”⁶ z roku 2017, zawierająca analizę porównawczą różnych narzędzi oceny ryzyka przemocy. Najważniejsze konkluzje zamieszczone w tym opracowaniu są następujące:
 - ✓ nie da się jednoznacznie zarekomendować jednego narzędzia do stosowania, ani wykazać jego wyższości nad innymi podobnymi formularzami,
 - ✓ wybór narzędzia zawsze musi być dostosowany do konkretnej sytuacji i okoliczności (np. grupy odbiorców, rodzaju placówki medycznej),
 - ✓ należy rozważyć jednoczesne stosowanie różnych narzędzi, aby uwzględnić występowanie różnych rodzajów przemocy, a także specyfikę różnych grup docelowych.

W związku z powyższymi ustaleniami zespół ekspertów podjął następujące decyzje o strategicznym znaczeniu dla realizacji niniejszego projektu, dotyczące wyboru narzędzi do fazy testowania:

- objęcie pomiarem polskiej wersji formularza EASI - *Elder Abuse Suspicion Index*),
- przygotowanie procedury postępowania dla lekarzy do formularza EASI,
- opracowanie i objęcie pomiarem autorskiego narzędzia – Formularza Oceny Ryzyka Przemocy (FORP),
- przygotowanie procedury postępowania dla lekarzy do formularza FORP.

2.2. Formularz EASI

EASI jest najbardziej rozpowszechnionym na świecie narzędziem pomiaru ryzyka przemocy wobec osób starszych. Formularz został opracowany przez doktora Marca Yaffe w ramach grantu z Canadian Institute of Health Research (CIHR), aby pomóc lekarzom rodzinnym w wykrywaniu osób starszych, które mogą doznawać przemocy⁷. Formularz EASI

⁶ Gallione C., Dal Molin A., *Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review*, Journal of Clinical Nursing 26 (15), John Wiley & Sons, 2017

⁷ Indeks podejrzeń o nadużycia osób starszych © (EASI) - The Elder Abuse Suspicion Index © (EASI)

Organizatorzy:



Partnerzy:



nie został zaprojektowany jako narzędzie przesiewowe w tradycyjnym znaczeniu. Co istotne, narzędzie uwzględnia strategie decyzyjne lekarzy i strategie diagnostyczne, które zwykle wiążą się z tzw. „wskaźnikami podejrzeń”. EASI dąży do podniesienia poziomu uwrażliwienia lekarzy na przemoc wobec osób starszych, aby zachęcać ich do dokładniejszego badania potencjalnych przypadków złego traktowania lub kierowania pacjentów do specjalistycznej oceny przez pracowników służb społecznych lub policji. Formularz EASI został zatwierdzony do bezpośredniego badania pacjentów w wieku 65 lat i więcej, z wynikiem MMSE Folsteina 24 lub wyższym (przez lekarzy rodzinnych).

Kwestionariusz składa się z sześciu pytań. Na pierwszych pięć (twierdząco lub przecząco) odpowiada pacjent, natomiast szóste pytanie uzupełnia lekarz, na podstawie swoich spostrzeżeń dotyczących zachowania i wyglądu pacjenta podczas wizyty lekarskiej. Pozytywną cechą EASI jest krótki czas potrzebny do jego wypełnienia (maksymalnie 5 minut). Istotne jest również zadawanie pytań w takiej kolejności, w jakiej występują one w kwestionariuszu (kolejność nie jest dowolna). Wyniki EASI są adekwatne dla osób, które uzyskują 24 i więcej punktów w skali Folsteina MMSE (bez ograniczeń poznawczych). Udzielenie odpowiedzi twierdzącej na przynajmniej jedno z pytań (nr 2–6) powinno wzbudzić podejrzenie, że pacjent może doznawać przemocy ze strony najbliższego otoczenia. Kwestionariusz EASI został zbudowany w taki sposób, aby w równym stopniu możliwe było diagnozowanie przemocy wobec kobiet i mężczyzn⁸.

Naukowcy zajmujący się narzędziem EASI skupili się na możliwości wykrywania przypadków znęcania się nad osobami starszymi w różnych sytuacjach. Istotne jest jednak, aby w przypadku identyfikacji takiego nadużycia, przeprowadzona została specjalistyczna obserwacja. Przedstawiciele zespołu badaczy zajmujących się EASI, zostali zaproszeni do współpracy z zespołem Women’s College Hospital w Toronto. W ramach tej kooperacji zbadany został potencjał interwencji szpitalnych, rodzaj umiejętności, które mogą być potrzebne do tego rodzaju interwencji oraz rodzaj specjalistów potrzebnych do jej przeprowadzenia⁹.

⁸ Opracowanie własne na podstawie: <https://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder>, data dostępu: 5.10.2021 r.

⁹ Tamże.

Organizatorzy:



Partnerzy:



Walidacja narzędzia, której celem było ujednoczenie procedury oceny przemocy wobec osób starszych została przeprowadzona w ramach międzynarodowego projektu. Wyniki zostały zestawione z narzędziem FETS, opracowanym przez inną kanadyjską grupę badawczą. FETS to kwestionariusz wywiadu ustandaryzowanego, stosowany pierwotnie przez przedstawicieli nauk społecznych w celu oceny sposobu traktowania wobec osób starszych na podstawie zmiennych o charakterze społecznym i behawioralnym. Narzędzie obejmuje takie zmienne, jak wiek, historia społeczna, wydarzenia życiowe, struktura rodziny, zdrowie fizyczne i psychiczne osoby starszej, ważne dla niej osoby, podejmowane działania w życiu codziennym, aktywność społeczna i ekonomiczna. FETS zawiera również szczegółowe pytania dotyczące doznawania przemocy fizycznej, seksualnej, psychicznej, ekonomicznej, a także zaniedbywania. Ponadto zawiera ocenę na podstawie obserwacji wyglądu danej osoby i środowiska, w którym ona funkcjonuje. Na tej podstawie rzeczoznawca formułuje orzeczenie wskazujące, czy istnieje podejrzenie występowania nadużyć wobec osoby starszej oraz w jakim stopniu osoba oceniająca jest pewna swojej opinii. Kwestionariusz FETS składa się z 67 pytań. Jako zmienna krytyczna traktowane jest pytanie nr 59: „Czy uważasz, że ten pacjent jest maltretowany?” (możliwości odpowiedzi: tak, nie, nie wiem).

Jak już wspomnieliśmy, wyniki EASI zostały porównane z rezultatami uzyskanymi przy użyciu narzędzia FETS (3 tygodnie po zastosowaniu EASI te same osoby zostały objęte pomiarem FETS). Wywiady przeprowadzono w miejscach gwarantujących poczucie anonimowości i poufności wywiadu (głównie w domach respondentów). W wyniku przeprowadzonych analiz walidacyjnych narzędzie EASI uzyskało wskaźnik wrażliwości 0,47 i wskaźnik specyficzności 0,75. W badaniu przeprowadzonym na próbie ogólnej w całej Hiszpanii stwierdzono czułość na poziomie 51 proc., natomiast w próbie osób korzystających z usług społecznych analogiczny rezultat wyniósł 67 proc. Z kolei wskaźnik specyficzności wynosił 95 proc. w próbie ogólnej i 96 proc. wśród odbiorców usług społecznych. Oznacza to, że EASI jest narzędziem trafnie diagnozującym występowanie przemocy wobec osób starszych.

Według stanu na sierpień 2020 r. istniało 17 autoryzowanych wersji językowych narzędzia EASI, spośród których wersje angielska i francuska zatwierdzone zostały przez

Organizatorzy:



Partnerzy:



zespół EASI, natomiast 15 pozostałych wersji językowych zostało stworzonych przez inne zespoły badawcze, działające na arenie międzynarodowej: chińska, estońska, fińska, niemiecka, grecka, hebrajska, japońska, włoska, łotewska, nepalska, perska, portugalska, rumuńska, hiszpańska, turecka¹⁰. Przetłumaczone narzędzie EASI zostało dostosowane do lokalnej specyfiki, zarówno pod względem językowym, jak i z uwzględnieniem kultury danego kraju. Do pracy nad adaptacją językową kwestionariusza włączeni zostali eksperci, zajmujący się nadużyciami wobec osób starszych, a następnie formularz EASI został przetłumaczony przez biegłych tłumaczy. W kolejnym kroku rozpoczęły się prace członków specjalnego zespołu badawczego, podczas których porównano tłumaczenia z pierwotną wersją narzędzia EASI, a także formułowano propozycje alternatywnych rozwiązań w przypadku występowania nieadekwatnych lub niejednoznacznych pytań, wymagających uzupełnienia lub doprecyzowania w danej wersji językowej¹¹.

Pomiędzy marcem 2015 a majem 2016 przeprowadzone zostało przekrojowe badanie realizowane w ramach projektu pn. „I refuse silent abuse”, którym objęto 386 hospitalizowanych pacjentów w wieku powyżej 65 lat. Projekt badawczy został przeprowadzony w jednej z klinik geriatrycznych w Rumunii. Pacjenci reprezentowali różne grupy społeczne i pochodzili z różnych obszarów tego kraju. Zostali oni poddani ocenie geriatrycznej, zebrano dane o ich historii medycznej, a następnie użyto kwestionariusza EASI. Według tych badań EASI jest narzędziem skutecznie wykrywającym przemoc wobec osób starszych, w związku z tym powinno być uwzględnione w standardowej ocenie geriatrycznej w celu zapobiegania dyskryminacji osób starszych¹².

Jak już wspomnieliśmy, w ramach projektu „Tworzenie systemu ochrony starszych doświadczających przemocy” opracowana została polska wersja językowa narzędzia EASI wraz z procedurą postępowania dla lekarza. Poniżej prezentujemy jej graficzną wizualizację.

¹⁰ Tamże

¹¹ Opracowanie własne na podstawie: Gema Perez-Rojo, Maria Izal, Maria Teresa Sancho c y Grupo de Investigacion Tratame Bien, *Adaptacion linguistica y cultural de dos instrumentos para la deteccion de sospecha de maltrato hacia las personas mayores*, w: *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 2010;45(4): 213–218

¹² Opracowanie własne na podstawie: Ioana Dana Alexa, Adina Carmen Ilie, Anca Iuliana Pislaru, Aliona Dronic Ovidiu Gavrilovici, Teodora Alexa-Stratulat, Ramona Stefaniu, Ioana Sandu, Catalina Nuta4 And Anna Marie Herghelegiu, *Elder abuse and associated factors in eastern romania*, w: *Psychogeriatrics. The official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 2019, doi:10.1111/psyg.12488

Ilustracja 4. Polska wersja formularza EASI wraz z procedurą postępowania

WSKAŹNIK/INDEKS PODEJRZEŃ PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH

ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI)

Imię i nazwisko pacjenta(ki) _____

Pytania nr 1-5 skierowane do pacjenta(ki), na pytanie nr 6 odpowiada lekarz.

UWAGA: WSZYSTKIE PONIŻSZE PYTANIA DOTYCZĄ OKRESU OSTATNIICH 12 MIESIĘCY

1. Czy musi Pan(i) polegać na pomocy innych przy którejkolwiek z poniższych czynności:

codzienna pielęgnacja: kąpiel lub mycie zębów
obieranie się
przygotowywanie posiłków
robienie zakupów
zafektowanie spraw w banku/w urzędzie?

2. Czy ktoś utrudniał Pana(i):

dostęp do jedzenia
obieranie się
weźcie odpowiednich leków
używanie lub zakup okularów
używanie lub zakup aparatu słuchowego
dostęp do opieki medycznej
kontakt z innymi ludźmi?

3. Czy ktoś zwracał się do Pana(i) w sposób, który sprawił, że czuł(a) się Pan(i) zawstydzony(a) lub zagrożony(a)?

4. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów lub użycia pieniędzy wobec Pana(i) woli?

5. Czy ktoś dotykał Pana(nią) w sposób, którego Pan(i) nie chciał(a) lub zranił Pana(nią) fizycznie albo bał(a) się Pan(i), że to zrobi?

6. Pytanie do lekarza:

Nadużył wobec osób starszych mogą wiązać się z oznakami, takimi, jak:

unikanie kontaktu wzrokowego
wyciążanie
nieodpowiednie skłębienie, śmiech, itp.
problemy z utrzymaniem higieny
nieodpowiednio dobrana odzież
nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich

Czy zauważył(a) Pan(i) którykolwiek z powyższych oznak podczas dzisiejszego spotkania lub w okresie ostatnich 12 miesięcy?

Uwagi lekarza:

PROCEDURA POSTĘPOWANIA

ZIELONA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono wyłącznie odpowiedzi NIE i/lub BRAK ODPOWIEDZI na pytania nr 2-6.

POMARAŃCZOWA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono przynajmniej jednej odpowiedzi TAK na pytania nr 2-6.

Procedura postępowania do polskiej wersji formularza EASI:

Cel: formularz służy rozpoznawaniu przez lekarza przypadków przemocy w rodzinie wobec osób starszych.

W jakich okolicznościach stosujemy narzędzie? Formularz stosujemy do diagnozowania pacjentów, względem których istnieje podejrzenie, że mogą doznać przemocy w rodzinie (na podstawie rozmowy, wyglądu i/lub zachowania pacjenta i/lub osób bliskich, np. członków rodziny). Wskazaniem do przeprowadzenia badania mogą być np.: niepokojący sposób zachowania pacjenta (np. osoba wyekscytowana, niemyślny kontakt wzrokowy, obrzany niewłaściwie do sytuacji i pory roku); dźwięki, które mogą świadczyć o doznaniu przemocy fizycznej (np. zawzięte śmiechy, zaciśnięta, zdmuchana, inne obrznięcia ciała).

Dla kogo przeznaczony jest formularz? Narzędzie jest przeznaczone dla pacjentów posiadających prawidłowe funkcje poznawcze (rozumiejących znaczenie słów i zadawanych pytań). Formularz można zastosować dla osoby, u której stwierdza się łagodne zaburzenia poznawcze (MCI). Narzędzie nie jest przeznaczone dla osób z otępieniem. Przed zastosowaniem formularza zaleca się zbadanie pacjenta testem MMSE (narzędzie przesiewowe do oceny otępienia). Jeśli nie ma takiej możliwości, lekarz dokonuje oceny na podstawie własnej obserwacji i rozmowy z pacjentem.

FORMULARZ MOŻE BYĆ STOSOWANY JAROWNO W PLACÓWKACH POSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, JAK I W PLACÓWKACH LECZNICTWA ZAMKNIĘTEGO.

SPOSÓB WYPEŁNIENIA FORMULARZA I WARUNKI PROWADZENIA ROZMOWY:

- Udział w badaniu jest dobrowolny i nie wymaga uzyskania pisemnej zgody pacjenta.
- Wypełnianie formularza powinno odbywać się w okolicznościach zbliżonych do nieformalnych. Zaleca się przeprowadzenie „zwykłej”, naturalnej rozmowy oraz zapewnienie odpowiednich warunków, gwarantujących pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, poufności i dyskrecji.
- Badanie z zastosowaniem formularza należy zotrzymać jako element diagnozowania stanu zdrowia pacjenta. Lekarz może nappoznać rozmowę następująco:
 - Niepokozi mnie kilka rzeczy w Pana(i) sytuacji, więc chciałabym zadać kilka pytań...
- Formularz powinien zostać wypełniony na podstawie rozmowy z pacjentem. Kluczowe jest uzyskanie odpowiedzi na pytania zamieszczone w formularzu (MOŻLIWE ODPOWIEDZI: TAK, NIE lub BRAK ODPOWIEDZI). Lekarz powinien zadać pytania w kolejności wynikającej z formularza.

Procedura postępowania – do polskiej wersji formularza EASI:

ZIELONA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono wyłącznie odpowiedzi NIE i/lub BRAK ODPOWIEDZI na pytania nr 2-6. Oznacza to, że sytuacja danego pacjenta wzbudziła niepokój lekarza, ale zastosowanie narzędzia nie dało jednoznacznie dodatniego wyniku.

- Należy udzielić pacjentowi wyjaśnienia oraz krótko podsumować formularz.
- W uzasadnionych przypadkach zaleca się dalsze monitorowanie sytuacji danego pacjenta, ponieważ jednorazowy, ujemny wynik nie zawsze jest wystarczającym powodem, aby wykluczyć, że dany pacjent doznaje przemocy.
- W zależności od decyzji lekarza (po zbadaniu o właściwe warunki rozmowy oraz o nawigowanie prawidłowej relacji z pacjentem) możliwe jest ponowne wypełnienie formularza po kilku tygodniach. Lekarz może zadać niektóre pytania nieco innymi słowami lub poprosić innego lekarza o ponowne wypełnienie formularza.

POMARAŃCZOWA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono przynajmniej jednej odpowiedzi TAK na pytania nr 2-6. Oznacza to, że istnieje wskazanie, że dana osoba może doświadczać przemocy.

- Szczegółowy sposób postępowania jest uzależniony od indywidualnej oceny lekarza. Oznacza to, że w przypadku dodatniego wyniku badania lekarz powinien dodatkowo zdiagnozować pacjenta pod kątem doznania przemocy.
- W tym celu należy omówić wynik badania z pacjentem i dopytać o udzielone odpowiedzi TAK.
- Lekarz powinien przekazać materiały informacyjne na temat przemocy wobec osób starszych i zmotywować pacjenta do skorzystania z pomocy (szczegóły w materiałach informacyjnych).
- Informacja na temat wyniku badania oraz działań podjętych przez lekarza powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta.
- Jeśli przemoc została jednoznacznie stwierdzona, lekarz powinien dopytać, czy przemoc nadal występuje, czy też udzielone odpowiedzi dotyczą stanu już nieaktualnego. Warto uzyskać informację, czy pacjent(ka) podjął jakiegokolwiek działania w związku z doznaniem przemocy.
- Jeśli pacjent jest osobą niesamodzielną - w uzasadnionych przypadkach lekarz powinien zgłosić podejrzenie występowania przemocy do właściwego terytorialnie ośrodka pomocy społecznej lub pracownika socjalnego (jeśli taka osoba jest zatrudniona w danej placówce medycznej).
- Jeśli zagrożone jest życie lub zdrowie pacjenta, nie jest konieczna zgoda pacjenta na podjęcie działań przez lekarza. W takim przypadku lekarz powinien zgłosić zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa we właściwej terytorialnie jednostce prokuratury. Lekarz powinien wypełnić Niebieską Kartę i przekazać ją odpowiedniej osobie w danej placówce medycznej.

Więcej informacji na temat możliwych sposobów postępowania, w zależności od uzyskanego wyniku badania, znajdziesz na stronie internetowej: <https://www.projektstarsi.pl/>

Organizatorzy:



Partnerzy:



2.3. Formularz Oceny Ryzyka Przemocy (FORP)

Zespół ekspertów działający w ramach projektu „Tworzenie systemu ochrony starszych doświadczających” opracował autorski Formularz Oceny Ryzyka Przemocy (FORP), którego działanie zostało przetestowane w badaniu ilościowym. Co niezmiernie istotne, skonstruowanie FORP było rezultatem niemal dwuletniego, kilkuetapowego procesu badawczego. Podczas prac nad wspomnianym narzędziem uwzględniono m.in. wyniki badań jakościowych z osobami starszymi oraz lekarzami. Niezmiernie ważna była również Analiza danych zastanych, która dostarczyła zespołowi eksperckiemu cennej wiedzy oraz inspiracji. W tym kontekście szczególnie istotny był przegląd literatury naukowej wraz z identyfikacją dostępnych narzędzi pomiaru ryzyka występowania przemocy wobec osób starszych. Na tej podstawie sformułowano diagnozę sytuacji omówioną w jednym z poprzednich rozdziałów, a także podjęto decyzję o podjęciu prac nad przygotowaniem autorskiego narzędzia wraz z procedurą postępowania dla lekarzy, a także nad przetłumaczeniem kwestionariusza EASI na język polski wraz z opracowaniem analogicznej procedury. Obydwa te narzędzia zostały skierowane do fazy testowania, aby sprawdzić ich funkcjonowanie w praktyce, jak również wprowadzić niezbędne korekty i uzupełnienia (dotyczyło to głównie FORP). Podczas prac nad skonstruowaniem autorskiego narzędzia zespół ekspertów kierował się następującymi założeniami:

- potrzeba dopasowania narzędzia do polskich warunków,
- uwzględnienie różnych (najczęściej występujących, najbardziej typowych) rodzajów/przejawów przemocy wobec osób starszych,
- spójność logiczna i poprawna konstrukcja kwestionariusza, precyzyjne sformułowanie pytań w celu uzyskania odpowiednich walorów diagnostycznych,
- zastosowanie w ramach procedury badania pacjenta: „normalna” rozmowa z pacjentem jako element diagnozy stanu zdrowia, elastyczność (np. możliwość modyfikacji lub zmiany kolejności pytań),
- niezbyt duża objętość i krótki czas wypełniania,
- aspekt praktyczny, użytkowy (w tym procedura postępowania dla lekarzy).

Ilustracja 5. Formularz Oceny Ryzyka Przemocy (FORP) wraz z procedurą postępowania

Formularz Oceny Ryzyka Przemocy wobec osób starszych

Imię i nazwisko pacjenta(ka) _____

Jesteli przypuszczasz, że pacjent(ka) doznaje przemocy ze strony rodziny, bliskich lub opiekunów, ten formularz pomoże Ci ocenić prawdopodobieństwo jej wystąpienia. Zadbaj o właściwe warunki rozmowy, zapewnij poczucie bezpieczeństwa, intymność i poufność (np. brak osób trzecich). Posługując się poniższym formularzem, staraj się przeprowadzić swobodną rozmowę z pacjentem(ka). Wypełnij formularz zaznaczając jedną odpowiedź przy każdym pytaniu znakiem „X”.

UWAGA: WSZYSTKIE PONIŻSZE PYTANIA DOTYCZĄ OKRESU OSTATNICH 12 MIESIĘCY

	TAK	NIE	NIE WIEM lub brak odpowiedzi
1. Czy ktoś podejmował za Pana(nią) lub wymuszał na Panu(ni) decyzje w ważnych sprawach życiowych (np. miejsca zamieszkania, dysponowania pieniędzmi)?			
2. Czy ktoś zabraniał lub utrudniał Panu(ni) kontakty z innymi ludźmi lub wychodzenie z domu?			
3. Czy ktoś ograniczał Panu(ni) swobodne poruszanie się po domu/mieszkanie?			
4. Czy ktoś wmaiał Panu(ni), że jest Pan(ni) chory, chociaż tak nie było?			
5. Czy ktoś zabierał Panu(ni) pieniądze lub rzeczy bez pozwolenia?			
6. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów wbrew Panu(ni) woli?			
7. Czy ktoś wyzywał Pana(nią), poniżał lub w inny sposób sprawił, że poczuli się Pan(ni) źli?			
8. Czy ktoś Panu(ni) groził lub czy jest ktoś, kogo się Pan(ni) boi?			
9. Czy ktoś uderzył Pana(nią), popychał lub skrzywdził fizycznie w inny sposób?			
NA PODSTAWIE OBSERWACJI LEKARZA:			
10. Czy pacjent(ka) ma widoczne ślady przemocy fizycznej?			
11. Czy pacjent(ka) może doświadczać przemocy?			

Proszę uzyskać odpowiedź na poniższe pytania na podstawie rozmowy z pacjentem(ka) lub własnej oceny/wiedzy

	TAK	CZĘŚCOWO TAK	CZĘŚCOWO NIE	NIE
Czy pacjent(ka) jest osobą samodzielną w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego (np. kąpiel, ubieranie się, korzystanie z toalety)?				
Czy pacjent(ka) jest osobą samodzielną w wykonywaniu złożonych czynności życia codziennego (np. odbieranie załupów, załatwianie spraw finansowych, przysługiwanie posiłków)?				

Uwagi lekarza: _____

PROCEDURA POSTĘPOWANIA

ZIELONA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono wyłącznie odpowiedzi NIE na pytania nr 1-11

ŻÓŁTA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono jednej lub dwóch odpowiedzi TAK na pytania nr 1-6 i/lub jeśli udzielono odpowiedzi TAK na pytanie nr 11

CZERWONA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono trzech lub więcej odpowiedzi TAK pytan nr 1-6 i/lub jeśli udzielono co najmniej jednej odpowiedzi TAK na pytania nr 7-10

POWTÓRZENIE BADAŃ W OKRESIE NAJBLIŻSZYCH KILKU TYGODNI
Jeśli udzielono co najmniej jednej odpowiedzi NIE WIEM lub BRAK ODPOWIEDZI na pytania nr 1-11.

Odpowiedź na pytanie, czy pacjent jest osobą samodzielną czy niesamodzielną jest ważna w przypadku ŻÓŁTEJ PROCEDURY.

Procedura postępowania do Formularza Oceny Ryzyka Przemocy wobec osób starszych:

Cel: formularz służy rozpoznawaniu przez lekarza przypadków przemocy w rodzinie wobec osób starszych.

W jakich okolicznościach stosujemy narzędzie? Formularz stosujemy do diagnozowania pacjentów, względem których istnieje podejrzenie, że mogą doznawać przemocy w rodzinie (na podstawie rozmowy, wyglądu i/lub zachowania pacjenta i/lub osób trzecich, np. członków rodziny). Wskazaniami do przeprowadzenia badania mogą być np.: niepokojący sposób zachowania pacjenta (np. osoba wyklknięta, nieutrzymująca kontaktu wzrokowego, ubrana nieadekwatnie do sytuacji i pory roku) i/lub ślady, które mogą świadczyć o doznaniu przemocy fizycznej (np. zauważalne siniaki, zasinienia, zadrapania, inne obrażenia ciała).

FORMULARZ MOŻE BYĆ STOSOWANY ZARÓWNO W PLACÓWKACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, JAK I W PLACÓWKACH LEKICZNIWA ZAMKNIĘTEGO.

Dla kogo przeznaczony jest formularz? Narzędzie jest przeznaczone dla pacjentów posiadających prawidłowe funkcje poznawcze (rozumiejących znaczenie słów i zadawanych pytań). Formularz można zastosować dla osoby, u której stwierdza się łagodne zaburzenia poznawcze (MCD). Narzędzie nie jest przeznaczone dla osób z otępieniem. Przed zastosowaniem formularza zaleca się zbadanie pacjenta testem MMSE (narzędzie przesiewowe do oceny otępienia). Jeśli nie ma takiej możliwości, lekarz dokonuje oceny na podstawie własnej obserwacji i rozmowy z pacjentem.

SPOSÓB WYPEŁNIENIA FORMULARZA I WARUNKI PROWADZENIA ROZMOWY:

- Udział w badaniu jest dobrowolny i nie wymaga uzyskania pisemnej zgody pacjenta.
- Wypełnianie formularza powinno odbywać się w okolicznościach zbliżonych do nieformalnych. Zaleca się przeprowadzenie „wyciszonej”, naturalnej rozmowy oraz zapewnienie warunków, gwarantujących pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, prywatności i intymności.
- Badanie z zastosowaniem formularza należy potraktować jako element diagnozowania stanu zdrowia pacjenta. Lekarz może rozpocząć rozmowę następująco:
Niepokoi mnie kilka rzeczy w Pana(ni) sytuacji, więc chciałabym zadać kilka pytań...
Wszystkie odpowiedzi na pytania zamieszczone w formularzu obejmują wyłącznie okres ostatnich 12 miesięcy (licząc od daty realizacji pomiaru).
- Formularz powinien zostać wypełniony na podstawie rozmowy z pacjentem. Kluczowe jest uzyskanie odpowiedzi na pytania zamieszczone w formularzu.

ZIELONA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono wyłącznie odpowiedzi NIE na pytania nr 1-11. Oznacza to, że sytuacja danego pacjenta wzbudza niepokój lekarza, ale zastosowanie narzędzia nie potwierdziło tych obaw.

- Należy udzielić pacjentowi wyjaśnienia oraz krótko podsumować formularz.
- W uzasadnionych przypadkach zaleca się dalsze monitorowanie sytuacji danego pacjenta, ponieważ jednorazowy, ujemny wynik nie zawsze jest wystarczającym powodem, aby wykluczyć, że dany pacjent doznaje przemocy.
- W zależności od decyzji lekarza (po zaobserwowaniu właściwych warunków rozmowy oraz o nawiązanie prawidłowej relacji z pacjentem) możliwe jest ponowne wypełnienie formularza po kilku tygodniach. Lekarz może zadać niektóre pytania nieco innymi słowami lub poprosić innego lekarza o ponowne wypełnienie formularza.

ŻÓŁTA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono jednej lub dwóch odpowiedzi TAK na pytania nr 1-6 i/lub jeśli udzielono odpowiedzi TAK na pytanie nr 11. Oznacza to, że istnieje ryzyko, że dana osoba może doświadczać przemocy.

- Należy omówić wynik badania z pacjentem i dopytać o udzielone odpowiedzi TAK.
- Lekarz powinien przekazać materiały informacyjne na temat przemocy wobec osób starszych i zmotywować pacjenta do skorzystania z pomocy (szczególnie w materiałach informacyjnych).
- W przypadku pacjentów niesamodzielnych lekarz powinien zgłosić podejrzenie występowania przemocy do właściwego terytorialnie ośrodka pomocy społecznej lub pracownika socjalnego (jeśli taka osoba jest zatrudniona w danej placówce medycznej).
- Informacja na temat wyniku badania oraz działań podjętych przez lekarza powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta.

CZERWONA PROCEDURA
Jest wdrażana, jeśli udzielono trzech lub więcej odpowiedzi TAK na pytania 1-6 i/lub jeśli udzielono co najmniej jednej odpowiedzi TAK na pytania nr 7-10. Oznacza to sytuację, w której może być zagrożone życie lub zdrowie pacjenta.

- Należy omówić wynik badania z pacjentem i dopytać o udzielone odpowiedzi TAK.
- Lekarz powinien dopytać, czy przemoc nadal występuje, czy też udzielone odpowiedzi dotyczą stanu już nieaktualnego. Warto uzyskać informację, czy pacjent(ka) podjął jakieś działania w związku z doznaniem przemocy.
- Ponieważ zagrożone może być życie lub zdrowie pacjenta, nie jest konieczna jego/jej zgoda na podjęcie działań przez lekarza.
- Lekarz powinien złożyć zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa do właściwej terytorialnie jednostki prokuratury.
- Lekarz powinien wypełnić Niebieską Kartę i przekazać ją odpowiedniej osobie w danej placówce medycznej.
- Lekarz powinien przekazać materiały informacyjne na temat przemocy wobec osób starszych i zmotywować pacjenta do skorzystania z pomocy (szczególnie w materiałach informacyjnych dla pacjenta).

Więcej informacji na temat możliwych sposobów postępowania, w zależności od uzyskanego wyniku badania, znajdziesz na stronie internetowej: <https://www.projektstarsi.pl>

www.lokalnebadania.com

14

Organizatorzy:



Partnerzy:



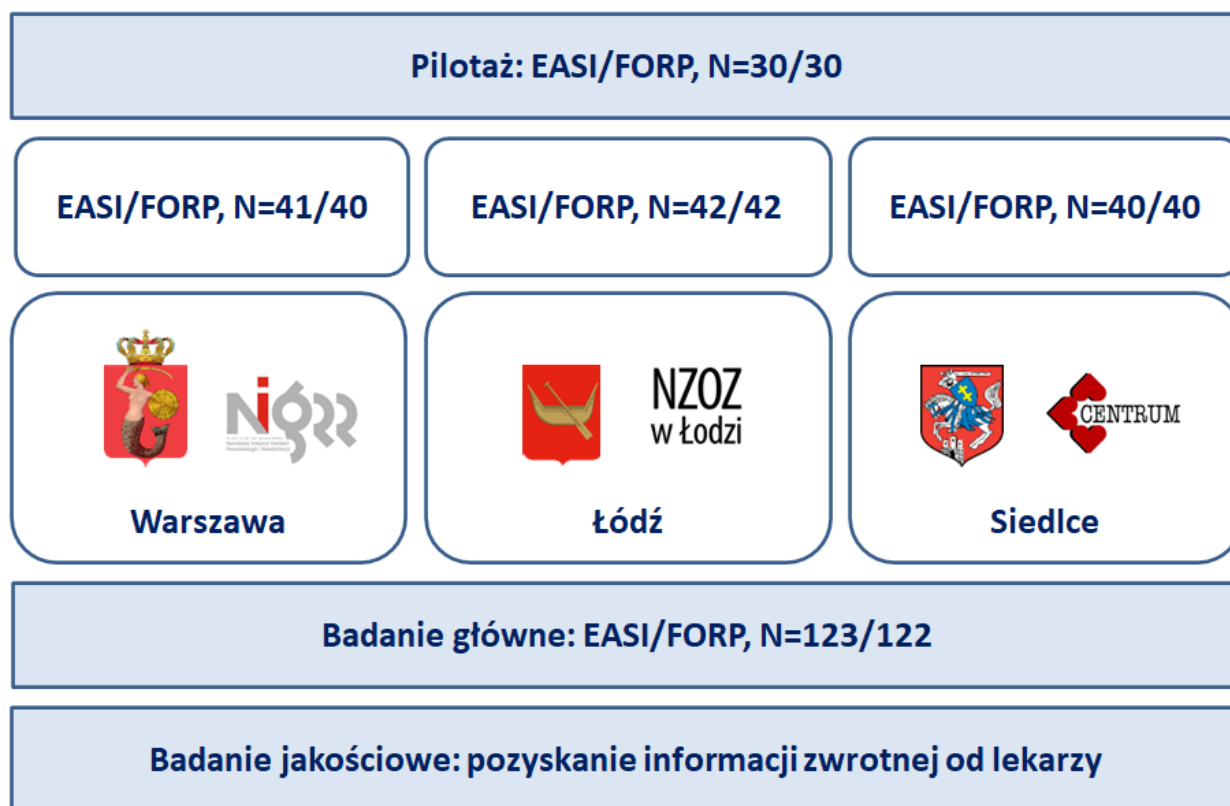
3. Omówienie wyników badania głównego

3.1. Schemat badania i metodologia pomiaru

Do fazy testowania zakwalifikowano dwa następujące narzędzia:

- formularz EASI (w polskiej wersji językowej) wraz z procedurą postępowania,
- autorski Formularz Oceny Ryzyka Przemocy wraz z procedurą postępowania.

Ilustracja 6. Schemat badania głównego



W pierwszej fazie badania głównego przeprowadzony został pilotaż obydwu narzędzi (każde z nich testowano na grupie 30 pacjentów w zamkniętej placówce ochrony zdrowia), w celu wstępnego sprawdzenia ich praktycznego funkcjonowania, z możliwością wprowadzenia pewnych zmian i uzupełnień. Stosowne korekty zostały dokonane na podstawie przeprowadzonych obliczeń, a także informacji zwrotnej, uzyskanej od lekarzy, którzy realizowali badania z wykorzystaniem ww. narzędzi.

Organizatorzy:



Partnerzy:



Badanie główne zostało przeprowadzone na łącznej próbie 245 pacjentów, w tym kwestionariusz EASI przetestowano na 123 osobach, natomiast FORP – na 122 osobach. Pomiar zrealizowano w trzech lokalizacjach, obejmujących dwa typy placówek ochrony zdrowia:

- zamknięta: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie,
- otwarte: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łodzi oraz Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. w Siedlcach.

Przyjęto założenie, że wiązki realizacyjne w każdej z tych placówek będą mieć równe liczebności. Dobór próby miał charakter celowy. Badaniem zostały objęte osoby w wieku 60 lat i starsze, korzystające z usług ww. placówek medycznych. Co niezmiernie istotne, byli to pacjenci bez ograniczeń poznawczych – badanie poprzedzono testem MMSE, przy czym do pomiaru głównego zakwalifikowano wyłącznie osoby, które uzyskały wynik na poziomie 24 lub więcej punktów w skali Folsteina. Przed przystąpieniem do badania wszyscy lekarze (łącznie 7 osób) zostali przeszkoleni w zakresie celów, założeń oraz sposobu pracy z ww. narzędziami.

3.2. Wyniki badania jakościowego

W tym rozdziale prezentujemy najważniejsze informacje zwrotne, uzyskane od lekarzy, którzy przeprowadzali badanie główne, a więc diagnozowali pacjentów z zastosowaniem narzędzi EASI i FORP. Po zakończeniu badania ilościowego osoby te wzięły udział w Zogniskowanym Wywiadzie Grupowym (FGI), zrealizowanym w trybie on-line. Moderowana dyskusja dotyczyła nie tylko samych narzędzi, ale również istotnych okoliczności realizacji badania. Tym samym wypracowane zostały cenne wnioski i rekomendacje, które są uzupełnieniem i dodatkowym wyjaśnieniem wyników badania ilościowego. Innymi słowy, wywiad grupowy dostarczył ważnych informacji kontekstowych, które pomagają właściwie zinterpretować dane ilościowe, w tym rezultaty przeprowadzonych analiz statystycznych.

Organizatorzy:



Partnerzy:



Najważniejsze ustalenie z badania jakościowego z lekarzami:

- Niezmiernie istotnym etapem procedury badawczej jest zaproszenie pacjenta do udziału w badaniu. Cenną informacją jest reakcja pacjenta na tego rodzaju zaproszenie, np. wskaźnikiem ryzyka występowania przemocy może być odmowa udziału w badaniu, a także sposób jej komunikowania przez pacjenta („moja pacjentka dość zdecydowanie odmówiła, (...) ale po kilku dniach przyszła i powiedziała, że jednak zmieniła zdanie...”, „jeśli ktoś reaguje dziwnie albo zbyt gwałtownie, to może oznaczać, że coś jest na rzeczy...”).
- W tym kontekście ważne jest stworzenie odpowiedniej atmosfery, sprzyjającej szczerzej, nieformalnej rozmowie, co jest konieczne ze względu na drażliwy charakter poruszanych tematów. Inaczej rzecz ujmując, ocena ryzyka występowania przemocy wobec seniora powinna być traktowana jako element rozmowy z pacjentem podczas wizyty lekarskiej, a więc jako jeden ze sposobów diagnozowania stanu zdrowia pacjenta (niezależnie od zastosowanego narzędzia).
- Obydwa narzędzia (EASI i FORP) mogą być punktem wyjścia czy katalizatorem rozmowy na trudne, drażliwe tematy. Narzędzia te wywołują dyskusję, pobudzają pacjenta do autorefleksji nad własną sytuacją, stanem zdrowia oraz relacjami z innymi, jak również uwrażliwiają lekarzy na różne przejawy zjawiska przemocy wobec osób starszych.
- EASI i FORP są wzajemnie komplementarne i mogą być wykorzystywane łącznie, tj. w procesie diagnozowania tego samego pacjenta (np. na różnych etapach oceny stanu zdrowia).
- Większość badanych lekarzy podziela przekonanie, że FORP jest narzędziem, które lepiej sprawdza się w pracy z pacjentem. Jako największe zalety tego kwestionariusza postrzegana jest większa elastyczność („ten formularz zostawia furtki...”) w porównaniu z EASI, w tym możliwość dopasowania kolejności oraz sposobu zadawania pytań indywidualnych do potrzeb konkretnego pacjenta („szyty na miarę...”), a także przestrzeń do analizy sygnałów niewerbalnych podczas

Organizatorzy:



Partnerzy:



rozmowy z pacjentem, co wynika z instrukcji stosowania FORP („mowa ciała...”, „ważna jest obserwacja zachowania pacjenta...”).

- Część rozmówców uważa, że zaletą EASI jest krótszy czas wypełnienia tego kwestionariusza (warto zaznaczyć, że większość badanych lekarzy nie podziela tego przekonania – „ten czas tylko pozornie jest krótszy...”).
- Większość uczestników wywiadu grupowego sądzi, że EASI jest narzędziem mniej czułym i mniej konkretnym. Innymi słowy, jest to raczej wstępne zaproszenie do dłuższej rozmowy z pacjentem niż precyzyjne narzędzie diagnostyczne, które pozwalałoby dokładnie oszacować ryzyko występowania przemocy wobec osób starszych.
- W ocenie lekarzy EASI sprzyja „przeszacowywaniu” liczby przypadków przemocy wobec osób starszych. W pytaniu do lekarza (w końcowej części kwestionariusza) jako przejawy przemocy traktowane mogą być różne aspekty, które mogą wynikać ze stanu zdrowia pacjenta (np. depresji, zaburzeń lękowo-depresyjnych czy innych chorób).

3.3. Wyniki badania ilościowego

Do fazy testowania zakwalifikowano dwa następujące narzędzia: kwestionariusz EASI oraz Formularz Oceny Ryzyka Przemocy (FORP). Jak już wspomnieliśmy, badanie zostało przeprowadzone na łącznej próbie 245 pacjentów, w tym EASI przetestowano na 123 osobach, natomiast FORP – na 122 osobach. Pomiar zrealizowano w trzech lokalizacjach: Warszawie (zamknięta placówka ochrony zdrowia) oraz Łodzi i Siedlcach (placówki otwarte). Przyjęto założenie, że wiązki realizacyjne w każdej z tych placówek/lokalizacji będą mieć równe liczebności. Dobór próby miał charakter celowy. Badaniem zostały objęte osoby w wieku 60 lat i starsze, korzystające z usług ww. placówek medycznych. Do badania zakwalifikowano pacjentów bez ograniczeń poznawczych, którzy uzyskali wynik na poziomie 24 lub więcej punktów w skali Folsteina (według testu MMSE, czyli *Mini-Mental State Examination*, powszechnie stosowanego narzędzia przesiewowego do oceny otępień, który mierzy: orientację w czasie i miejscu, zapamiętywanie, uwagę

Organizatorzy:



Partnerzy:



i liczenie, przypomnianie, funkcje językowe, powtarzanie, wykonywanie złożonych poleceń podanych ustnie lub na piśmie oraz zdolności wzrokowo-przestrzenne).


Badanie formularza EASI:

Tabela 7. Struktura próby badania EASI

LOKALIZACJA	
Warszawa	33%
Łódź	34%
Siedlce	33%
PŁEĆ	
kobieta	72%
mężczyzna	28%
WIEK	
60-75 (wiek podeszły)	54%
76+ (wiek starczy)	46%
RODZAJ PLACÓWKI MEDYCZNEJ	
podstawowa opieka zdrowotna	66%
placówka leczenia zamkniętego	34%
WYNIK TESTU MMSE	
24-26	38%
27-30	62%

W zrealizowanej próbie kobiety przeważają nad mężczyznami, podobnie jak w populacji osób starszych. Przeszło połowa badanych to pacjenci w wieku podeszłym (do 75 lat), natomiast pozostali są osobami w wieku starczym (76 lat lub więcej). Ponad 60 proc. uczestników pomiaru osiąga prawidłowy wynik testu MMSE, natomiast u niemal 4 na 10 badanych występują zaburzenia poznawcze, bez otępień. Dodajmy, że średni wynik testu MMSE wyniósł 27,15, przy czym odnotowano istotną statystycznie różnicę między osobami w wieku podeszłym (27,85) a grupą badanych w wieku starczym (26,35). Warto dodać, że tego rodzaju dane standardowo analizowane są na 95-procentowym poziomie istotności (w uproszczeniu – jest to miara wiarygodności rezultatu, a więc prawdopodobieństwo, z którym można stwierdzić, czy uzyskane wyniki, w tym zaobserwowane związki lub różnice, nie są rezultatem oddziaływania czynników przypadkowych, np. wynikających z losowości próby). Analogiczną konwencję przyjęto w dalszej części raportu.

Tabela 8. Podstawowy rozkład wyników badania formularzem EASI

	tak	nie	brak odpowiedzi
<p>E1. Czy musi Pan(i) polegać na pomocy innych przy którejkolwiek z poniższych czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> - codzienna pielęgnacja: kąpiel lub mycie zębów, - ubieranie się, - przygotowywanie posiłków, - robienie zakupów, - załatwianie spraw w banku, w urzędzie? 	37%	62%	1%
<p>E2. Czy ktoś utrudniał Panu(i):</p> <ul style="list-style-type: none"> - dostęp do jedzenia, - ubranie się, - wzięcie odpowiednich leków, - używanie lub zakup okularów, - używanie lub zakup aparatu słuchowego, - dostęp do opieki medycznej, - kontakt z innymi ludźmi? 	10%	86%	4%
<p>E3. Czy ktoś zwracał się do Pana(i) w sposób, który sprawił, że czuł(a) się Pan(i) zawstydzony(a) lub zagrożony(a)?</p>	15%	82%	3%
<p>E4. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów lub użycia pieniędzy wbrew Pana(i) woli?</p>	7%	86%	7%
<p>E5. Czy ktoś dotykał Pana(nią) w sposób, którego Pan(i) nie chciał(a) lub zranił Pana(nią) fizycznie albo bał(a) się Pan(i), że to zrobi?</p>	6%	86%	8%
<p>Pytanie do lekarza:</p> <p>E6. Nadużycia wobec osób starszych mogą wiązać się z oznakami, takimi, jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unikanie kontaktu wzrokowego, - wycofanie, - niedożywienie, - skaleczenia, siniaki, itp., - problemy z utrzymaniem higieny, - nieodpowiednio dobrana odzież, - nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. <p>Czy zauważył(a) Pan(i) którąkolwiek z powyższych oznak podczas dzisiejszego spotkania lub w okresie ostatnich 12 miesięcy?</p>	19%	76%	5%

Organizatorzy:



Partnerzy:



37 proc. badanych potrzebuje pomocy innych w przynajmniej jednej z czynności życiowych, wymienionych w kwestionariuszu. Istotnie częściej są to kobiety (45 proc.) w porównaniu z mężczyznami (15 proc.), a także osoby w wieku starszym (51 proc.) na tle pacjentów w wieku podeszłym (24 proc.). Zdecydowanie wyższy rezultat odnotowano w grupie badanych z zaburzeniami poznawczymi, bez otępień (57 proc.) niż wśród osób z prawidłowym wynikiem testu MMSE (24 proc.).

15 proc. uczestników pomiaru deklaruje, że ktoś zwracał się do nich w sposób, który sprawił, że czuli się zawstydzeni lub zagrożeni, 10 proc. podziela przekonanie, że utrudniano im realizację ważnych potrzeb życiowych, 7 proc. mogło doświadczyć przemocy ekonomicznej, natomiast 6 proc. mogło doznać przemocy fizycznej. W przypadku dwóch ostatnich pytań odnotowano relatywnie wysoką liczbę braków odpowiedzi (7-8 proc.), co może być niepokojącym wskaźnikiem (dla porównania w pytaniach E2 i E3 analogiczny odsetek wynosi 3-4 proc.).

19 proc. badanych lekarzy udzieliło twierdzącej odpowiedzi na pytanie o zaobserwowane oznaki nadużyć wobec osób starszych, dodatkowo odnotowano 5 proc. odpowiedzi „ucieczkowych” („nie jestem pewien/pewna”). Wyraźnie widać, że tego rodzaju wskazania współwystępują z brakiem samodzielności (31 proc. wśród osób samodzielnych, 12 proc. w grupie niesamodzielnych) oraz zaawansowanym wiekiem uczestników pomiaru (32 proc. w grupie badanych w wieku starszym, 8 proc. wśród pacjentów w wieku podeszłym). Istotnie wyższy rezultat odnotowano wśród kobiet (25 proc.) w porównaniu z mężczyznami (3 proc.). Na tle wszystkich trzech lokalizacji negatywnie wyróżniają się Siedlce, gdzie odnotowano 30-procentowy odsetek tego rodzaju odpowiedzi (prawdopodobnie może to wynikać z lokalnej specyfiki, zarówno środowiska społecznego, jak i konkretnej placówki medycznej).

Tabela 9. Wyniki badania formularzem EASI z podziałem na procedury postępowania oraz wybrane zmienne

	ogółem	LOKALIZACJA			POLEGANIE NA POMOCY INNYCH		PŁEĆ		WIEK		WYNIK TESTU MMSE	
		Warszawa	Łódź	Siedlce	tak	nie lub brak odpowiedzi	kobieta	mężczyzna	60-75 (wiek podeszły)	76+ (wiek starczy)	24-26 (zaburzenia poznawcze, bez otepień)	27-30 prawidłowy
ZIELONA PROCEDURA: wyłączenie odpowiedzi „NIE” i/lub „BRAK ODPOWIEDZI” na pytania nr 2-6	67%	76%	86%+	38%-	44%-	79%+	57%-	91%+	80%+	51%-	47%-	79%+
POMARAŃCZOWA PROCEDURA: przynajmniej jedna odpowiedź „TAK” na pytania nr 2-6	33%	24%	14%-	63%+	56%+	21%-	43%+	9%-	20%-	49%+	53%+	21%-
liczebność	123	41	42	40	45	78	89	34	66	57	47	76

„Pomarańczowa procedura” jest wdrażana, jeśli udzielona została przynajmniej jedna odpowiedź twierdząca na pytania nr 2–6, co jest równoznaczne ze wskazaniem, że dana osoba może doświadczać przemocy. Zamieszczone w powyższej tabeli symbole „+” lub „-” odzwierciedlają – odpowiednio – dodatnie lub ujemne różnice istotne statystycznie. Przypomnijmy, że oznaczają one, że odnotowane obserwacje nie są rezultatem oddziaływania czynników przypadkowych, co można stwierdzić z 95-procentowym prawdopodobieństwem. Wyraźnie widać, że ryzyko występowania przemocy jest powiązane z takimi wskaźnikami, jak brak samodzielności, wiek oraz stan psychiczny badanych pacjentów. Powyższa konkluzja może sugerować, że uzyskane rezultaty są uzależnione od stanu zdrowia uczestników pomiaru – ten wątek rozwijamy w dalszej części raportu. Warto dodać, że - ze względu na podział terytorialny - najwyższy wskaźnik przemocy odnotowano w Siedlcach.

Organizatorzy:



Partnerzy:




Badanie narzędzia FORP:

Tabela 10. Struktura próby badania FORP

LOKALIZACJA	
Warszawa	33%
Łódź	34%
Siedlce	33%
PLEĆ	
kobieta	63%
mężczyzna	37%
WIEK	
60-75 (wiek podeszły)	62%
76+ (wiek starczy)	38%
RODZAJ PLACÓWKI MEDYCZNEJ	
podstawowa opieka zdrowotna	67%
placówka leczenia zamkniętego	33%
WYNIK TESTU MMSE	
24-26	38%
27-30	62%

W zrealizowanej próbie kobiety przeważają nad mężczyznami. Przeszło 6 na 10 badanych to pacjenci w wieku podeszłym (do 75 lat), natomiast pozostali są osobami w wieku starczym (76 lat lub więcej). Ponad 60 proc. uczestników pomiaru osiąga prawidłowy wynik testu MMSE, natomiast u niemal 4 na 10 badanych występują zaburzenia poznawcze, bez otępień. Średni wynik testu MMSE wyniósł 26,99, przy czym odnotowano istotną statystycznie różnicę między osobami w wieku podeszłym (27,26) a grupą badanych w wieku starczym (26,54).

Tabela 11. Podstawowy rozkład wyników badania formularzem FORP

	tak	nie	nie wiem LUB brak odpowiedzi
F1. Czy ktoś podejmował za Pana(nią) lub wymuszał na Panu(ni) decyzje w ważnych sprawach życiowych (np. miejsca zamieszkania, dysponowania pieniędzmi)?	8%	90%	2%
F2. Czy ktoś zabraniał lub utrudniał Panu(i) kontakty z innymi ludźmi lub wychodzenie z domu?	4%	96%	0%
F3. Czy ktoś ograniczał Panu(i) swobodne poruszanie się po domu/mieszkańiu?	6%	94%	0%
F4. Czy ktoś wmawiał Panu(i), że jest Pan(i) chory, chociaż tak nie było?	1%	99%	0%
F5. Czy ktoś zabierał Pana(i) pieniądze lub rzeczy bez pozwolenia?	9%	91%	0%
F6. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów wbrew Pana(i) woli?	2%	98%	0%
F7. Czy ktoś wyzywał Pana(nią), poniżał lub w inny sposób sprawił, że poczuł(a) się Pan(i) źle?	12%	88%	0%
F8. Czy ktoś Panu(i) lub groził czy jest ktoś, kogo się Pan(i) boi?	2%	96%	2%
F9. Czy ktoś uderzył Pana(nią), popychał lub skrzywdził fizycznie w inny sposób?	2%	98%	0%
F10. NA PODSTAWIE OBSERWACJI LEKARZA: Czy pacjent(ka) ma widoczne ślady przemocy fizycznej?	0%	100%	0%
F11. NA PODSTAWIE OBSERWACJI LEKARZA: Czy pacjent(ka) może doświadczać przemocy?	7%	93%	0%
F12.SAM. Czy pacjent(ka) jest osobą samodzielną w wykonywaniu codziennych czynności (kąpiel, ubieranie się, robienie zakupów, załatwianie spraw finansowych lub przygotowywanie posiłków)?	69%	31%	nie dotyczy

12 proc. uczestników pomiaru deklaruje, że ktoś ich wyzywał, poniżał lub w inny sposób sprawił, że poczuli się źle, 9 proc. badanych pamięta, że ktoś zabierał ich pieniądze lub rzeczy bez pozwolenia, 8 proc. sądzi, że ktoś podejmował za nich lub wymuszał decyzje w ważnych sprawach życiowych, 6 proc. doświadczyło ograniczania możliwości swobodnego poruszania się po mieszkaniu lub domu, a 4 proc. ankietowanych pacjentów doznało utrudniania kontaktów z innymi. Pozostałe przejawy przemocy czy nadużyć wobec osób

Organizatorzy:



Partnerzy:




starszych zgłaszano w jednostkowych przypadkach: po 2 proc. badanych doświadczyło zmuszania do podpisania dokumentów wbrew własnej woli, gróźb, straszenia lub przemocy fizycznej, zaś 1 proc. pacjentów deklaruje, że ktoś wmawiał im chorobę, chociaż byli zdrowi. Warto zaznaczyć, że odpowiedzi „ucieczkowe” odnotowano w dwóch pytaniach (były to pojedyncze przypadki).

W narzędziu FORP skonstruowano 2 pytania do lekarzy, którzy mieli udzielić odpowiedzi na podstawie rozmowy z pacjentem oraz własnych obserwacji. Co istotne, nie odnotowano ani jednego przypadku, w którym lekarz zauważyłby widoczne ślady przemocy fizycznej. Z kolei 7 proc. lekarzy uznało, że badani pacjenci mogą doznawać przemocy. Zdecydowanie częściej dotyczyło to ankietowanych kobiet (10 proc.) w porównaniu z mężczyznami (2 proc.), natomiast w przypadku pozostałych zmiennych społeczno-demograficznych nie odnotowano różnic istotnych statystycznie.

Przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej na pytania F1–F11 udzielono w 18 proc. przypadków, dwie odpowiedzi odnotowano u 8 proc. badanych pacjentów, natomiast 3, 4 lub 5 odpowiedzi (co wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo występowania przemocy) udzielono w przypadku 2 proc. uczestników pomiaru.

31 proc. badanych potrzebuje pomocy innych w przynajmniej jednej z czynności życiowych, wymienionych w kwestionariuszu, co niewątpliwie ma związek ze stanem ich zdrowia. Istotnie wyższy rezultat odnotowano w grupie badanych z zaburzeniami poznawczymi, bez otępień (43 proc.) niż wśród osób z prawidłowym wynikiem testu MMSE (24 proc.). Pewne różnice można zaobserwować ze względu na przedział wieku ankietowanych pacjentów, choć w tym przypadku nie są one istotne statystycznie.

Tabela 12. Wyniki badania formularzem FORP z podziałem na procedury postępowania oraz wybrane zmienne

	ogółem	LOKALIZACJA			SAMODZIELNOŚĆ		PŁEĆ		WIEK		RODZAJ PLACÓWKI MEDYCZNEJ		WYNIK TESTU MMSE	
		Warszawa	Łódź	Siedlce	tak	nie	kobieta	mężczyzna	60-75 (wiek podeszły)	76+ (wiek starczy)	podstawowa opieka zdrowotna	placówka lecznictwa zamkniętego	24-26	27-30
ZIELONA PROCEDURA: wyłącznie odpowiedzi „NIE” na pytania F1-F11	69%	78%	93%+	35%-	75%+	55%-	66%	73%	68%	70%	65%	78%	41%-	86%+
ŻÓŁTA PROCEDURA: jedna lub dwie odpowiedzi „TAK” na pytania nr F1-F6 I/LUB odpowiedź „TAK” na pytanie F11	25%	20%	5%-	53%+	19%-	39%+	25%	27%	28%	22%	28%	20%	50%+	11%-
CZERWONA PROCEDURA: trzy lub więcej odpowiedzi „TAK” na pytania nr F1-F6 I/LUB co najmniej jedna odpowiedź „TAK” na pytania nr F7-F10	14%	15%	5%-	23%	13%	16%	18%+	7%-	14%	13%	13%	15%	22%	9%
POWTÓRZENIE BADANIA: przynajmniej jedna odpowiedź „NIE WIEM lub BRAK ODPOWIEDZI” na pytania F1-F11	2%	3%	-	5%	2%	3%	4%	-	4%	-	2%	3%	4%	1%
liczebność	122	40	42	40	84	38	77	45	76	46	82	40	46	76

„Żółta procedura” jest wdrażana, jeśli udzielona została jedna lub dwie odpowiedzi „TAK” na pytania nr F1-F6 I/LUB odpowiedź „TAK” na pytanie F11, co jest równoznaczne ze

Organizatorzy:



Partnerzy:



wskazaniem, że dana osoba może doświadczać przemocy¹³. Analogicznie, jak w przypadku EASI symbole „+” lub „-” oznaczają – odpowiednio – dodatnie lub ujemne różnice istotne statystycznie na poziomie 95 proc. Wyraźnie widać, że „żółta procedura” jest powiązana z brakiem samodzielności pacjenta oraz występowaniem lekkich zaburzeń poznawczych, bez otępień. Z kolei „procedura czerwona”, która oznacza wysokie prawdopodobieństwo występowania przemocy wobec osoby starszej, istotnie częściej wymagała wdrożenia w grupie kobiet niż wśród mężczyzn. Ze względu na podział terytorialny najwyższe wskaźniki ryzyka przemocy odnotowano w Siedlcach. Kwestionariusz FORP zakłada również możliwość powtórzenia badania w przypadku wystąpienia przynajmniej jednej odpowiedzi „NIE WIEM lub BRAK ODPOWIEDZI” na pytania F1-F11¹⁴.

Porównanie EASI i FORP:


W kolejnym etapie przeprowadzone zostały porównania wyników badań z wykorzystaniem obydwu narzędzi: EASI i FORP w następujących zestawieniach:

- procedura zielona z EASI i procedura zielona z FORP (sytuacja, kiedy nic niepokojącego się nie dzieje),
- procedura pomarańczowa z EASI i procedura żółta + czerwona (łącznie) z FORP (sytuacja, która wskazuje na prawdopodobieństwo występowania przemocy),
- pytania o stopień samodzielności: E1 w EASI i ostatnie pytanie w FORP (F12),
- przemoc fizyczna: E5 w EASI i F9 w FORP,
- przemoc psychiczna: E3 w EASI i F7+F8 (łącznie) w FORP,
- przemoc ekonomiczna: E4 w EASI i F5+F6 (łącznie) w FORP,
- ograniczanie wolności: E2 w EASI i F1+F2+F3+F4 (łącznie) w FORP,
- pytanie o ocenę lekarza na podstawie kontaktu z pacjentem: E6 w EASI i F10+F11 (łącznie) w FORP.

¹³ Jeśli formularz wskazuje jednocześnie na konieczność wdrożenia dwóch procedur: „żółtej” i „czerwonej”, należy uruchomić procedurę „czerwoną”.

¹⁴ Jeśli formularz wskazuje jednocześnie na konieczność powtórzenia badania oraz wdrożenia „żółtej” lub „czerwonej procedury”, należy uruchomić odpowiednią procedurę.

Tabela 13. Wyniki badania formularzem FORP z podziałem na procedury postępowania oraz wybrane zmienne

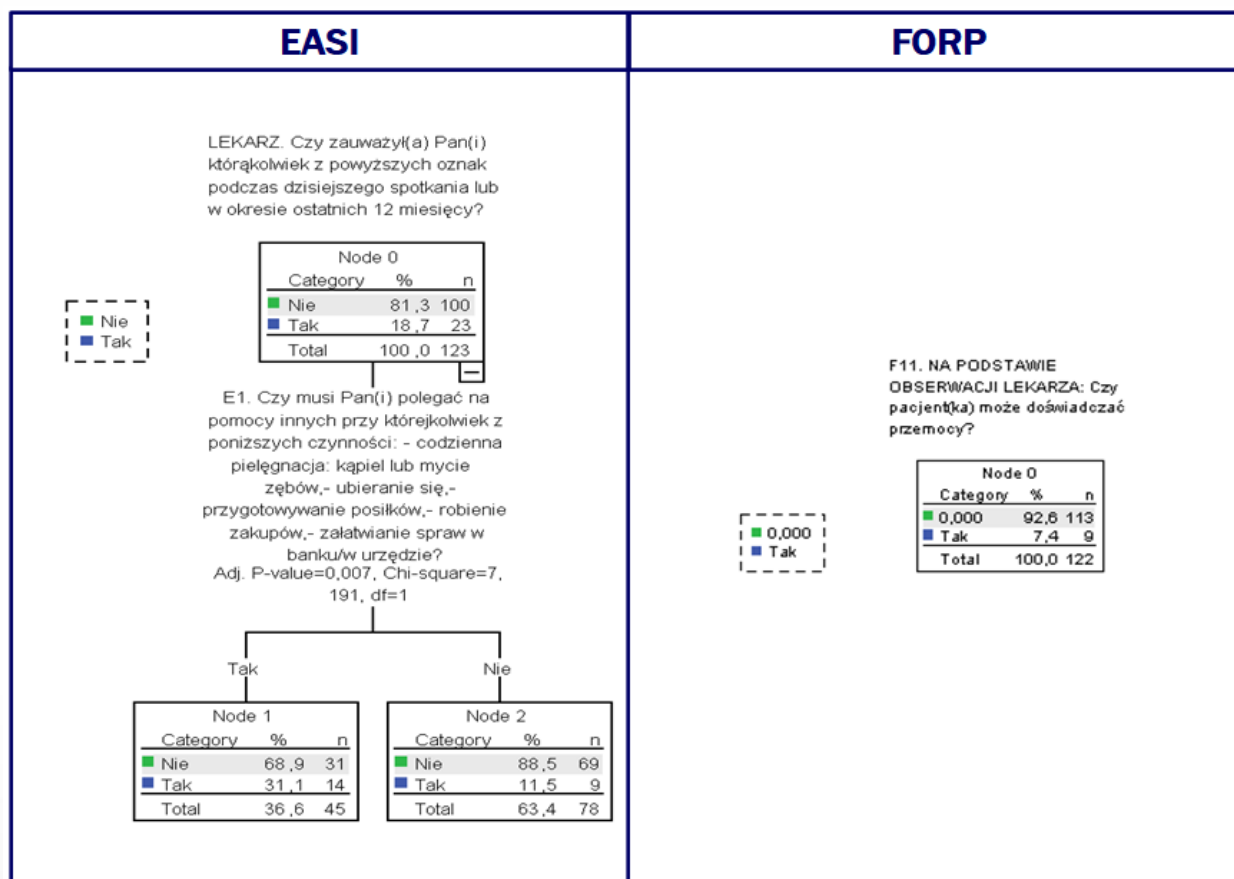
	ŁĄCZNIE	FORP	EASI
ZIELONA PROCEDURA	68%	69%	67%
ŻÓŁTA/CZERWONA lub POMARAŃCZOWA PROCEDURA	32%	31%	33%
Brak samodzielności lub ograniczona samodzielność: E1 w EASI i ostatnie pytanie w FORP (F12)	34%	31%	37%
Przemoc fizyczna: E5 w EASI i F9 w FORP	4%	2%	6%
Przemoc psychiczna: E3 w EASI i F7+F8 (łącznie) w FORP	14%	13%	15%
Przemoc ekonomiczna: E4 w EASI i F5+F6 (łącznie) w FORP	9%	11%	7%
Ograniczanie wolności: E2 w EASI i F1+F2+F3+F4 (łącznie) w FORP	12%	15%	10%
Pytanie o ocenę lekarza na podstawie kontaktu z pacjentem: E6 w EASI i F10+F11 (łącznie) w FORP	13%	7%-	19%+

Porównanie procedur w FORP i EASI wskazuje, że – na poziomie ogólnym – obydwie narzędzia dają podobne rezultaty, jeśli chodzi o stopień identyfikacji przypadków ryzyka występowania przemocy wobec osób starszych. Odnotowano pewne różnice między wspomnianymi narzędziami ze względu na poszczególne obszary, które odpowiadają różnym rodzajom przemocy, choć warto zaznaczyć, że nie są one istotne statystycznie. W EASI odnotowano nieco wyższy poziom braku samodzielności, a także przemocy fizycznej i psychicznej. Z kolei FORP wykazuje nieco wyższe wskaźniki przemocy ekonomicznej oraz różnych przejawów ograniczania wolności osoby starszej. **Kluczowym ustaleniem jest jednak istotna statystycznie różnica w pytaniach o ocenę lekarza na podstawie kontaktu z pacjentem. W EASI odnotowano 19 proc. tego rodzaju wskazań, zaś w FORP analogiczny rezultat wynosi 7 proc.** Jak wcześniej wspomnieliśmy, w przypadku EASI wskazania lekarzy współwystępują z brakiem samodzielności oraz zaawansowanym wiekiem uczestników pomiaru, natomiast podobna zależność nie występuje w FORP. Oznacza to, że **EASI jest narzędziem, które – ze względu na specyficzną konstrukcję i sposób sformułowania pytań – może sprzyjać „przeszacowaniu” skali przemocy wobec osób starszych w części obejmującej obserwacje lekarzy.**

Analizy statystyczne:

Ostatecznym etapem prac w ramach niniejszego projektu badawczego było przeprowadzenie serii zaawansowanych analiz statystycznych. Poniżej prezentujemy 3 wybrane przykłady, które mają największy potencjał interpretacyjny i dostarczają konkretnych konkluzji, pozwalających opisać działanie kwestionariusza EASI oraz Formularza Oceny Ryzyka Przemocy (FORP).

Ilustracja 13. „Drzewo decyzyjne” – porównanie EASI i FORP



„Drzewo decyzyjne” jest techniką wykorzystywaną do wyjaśniania zmiennej zależnej na podstawie pomiarów określonej liczby zmiennych niezależnych (objaśniających, czyli tzw. predyktorów). Analiza przedstawiona na powyższej ilustracji pokazuje, jakie zmienne wpływają na odpowiedź udzielaną przez lekarza na podstawie rozmowy oraz obserwacji zachowania pacjenta. Innymi słowy, chodzi tu o identyfikację przesłanek, jakimi kierowali

się lekarze, podejmując decyzję o wskazaniu w kwestionariuszach EASI i FORP, że dany pacjent może doświadczać przemocy.

Wyraźnie widać, że w EASI na zauważanie oznak przemocy przez lekarza silnie wpływa pytanie o stopień samodzielności pacjenta. Nawiązując do innych informacji przedstawionych w tym raporcie, jest to kolejna przesłanka na potwierdzenie tezy, że wskazania lekarzy przynajmniej w części mogą być związane ze stanem zdrowia pacjenta, zatem formularz EASI sprzyja „przeszacowaniu” skali przemocy przez lekarza. Inaczej rzecz ujmując, obserwowane zjawisko może wynikać z „efektu narzędzia”. Należy podkreślić, że podobnej zależności nie odnotowano w przypadku Formularza Oceny Ryzyka Przemocy, gdzie – przypomnijmy – poziom analogicznych wskazań na podstawie obserwacji lekarzy jest znacznie niższy (7 proc. w FORP, 19 proc. w EASI).

Tabela 14. Analiza JACCARD – EASI

	JACCARD MEASURE					
	LEKARZ: Czy zauważył(a) Pan(i) którąkolwiek z powyższych oznak podczas dzisiejszego spotkania lub w okresie ostatnich 12 miesięcy?	E1. Czy musi Pan(i) polegać na pomocy innych przy którejkolwiek z poniższych czynności (...)?	E2. Czy ktoś utrudniał Panu(i) (...)?	E3. Czy ktoś zwracał się do Pana(i) w sposób, który sprawił, że czuł(a) się Pan(i) zawstydzony(a) lub zagrożony(a)?	E4. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów lub użycia pieniędzy wbrew Pana(i) woli?	E5. Czy ktoś dotykał Pana(nią) w sposób, którego Pan(i) nie chciał(a) lub zranił Pana(nią) fizycznie albo bał(a) się Pan(i), że to zrobi?
LEKARZ: Czy zauważył(a) Pan(i) którąkolwiek z powyższych oznak podczas dzisiejszego spotkania lub w okresie ostatnich 12 miesięcy?	1,000	,259	,167	,135	,192	,111
E1 Czy musi Pan(i) polegać na pomocy innych przy którejkolwiek z poniższych czynności: - codzienna pielęgnacja: kąpiel lub mycie zębów, - ubieranie się, - przygotowywanie posiłków, - robienie zakupów, - załatwianie spraw w banku/w urzędzie?	,259	1,000	,239	,164	,104	,130

E2. Czy ktoś utrudniał Panu(i): - dostęp do jedzenia, - ubranie się, - wzięcie odpowiednich leków, - używanie lub zakup okularów, - używanie lub zakup aparatu słuchowego, - dostęp do opieki medycznej, - kontakt z innymi ludźmi?	,167	,239	1,000	,240	,250	,267
E3. Czy ktoś zwracał się do Pana(i) w sposób, który sprawił, że czuł(a) się Pan(i) zawstydzony(a) lub zagrożony(a)?	,135	,164	,240	1,000	,286	,238
E4. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów lub użycia pieniędzy wbrew Pana(i) woli?	,192	,104	,250	,286	1,000	,364
E5. Czy ktoś dotykał Pana(nią) w sposób, którego Pan(i) nie chciał(a) lub zranił Pana(nią) fizycznie albo bał(a) się Pan(i), że to zrobi?	,111	,130	,267	,238	,364	1,000

Tabela 15. Analiza JACCARD – FORP

	JACCARD MEASURE										
	F1.1. LEKARZ: Czy pacjent(ka) może doświadczać przemocy?	F1. Czy ktoś podejmował za Pana(nią) lub wymuszał na Panu(ni) decyzje w ważnych sprawach życiowych?	F2. Czy ktoś zabraniał lub utrudniał Panu(i) kontakty z innymi ludźmi lub wychodzenie z domu?	F3. Czy ktoś ograniczał Panu(i) swobodne poruszanie się po domu/mieszkanii?	F4. Czy ktoś wmawiał Panu(i), że jest Pan(i) chory, chociaż tak nie było?	F5. Czy ktoś zabierał Panu(i) pieniądze lub rzeczy bez pozwolenia?	F6. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów wbrew Pana(i) woli?	F7. Czy ktoś wzywał Pana(nią), poniżał lub w inny sposób sprawił, że poczuł(a) się Pan(i) źle?	F8. Czy ktoś groził Panu(i) lub czy jest ktoś, kogo się Pan(i) boi?	F9. Czy ktoś uderzył Pana(nią), popychał lub skrzywdził fizycznie w inny sposób?	Czy pacjent(ka) jest osobą samodzielną?
F11. NA PODSTAWIE OBSERWACJI LEKARZA: Czy pacjent(ka) może doświadczać przemocy?	1,000	,056	0,000	,067	0,000	,250	,091	,412	,091	,100	,057
F1. Czy ktoś podejmował za Pana(nią) lub wymuszał na Panu(ni) decyzje w ważnych sprawach życiowych (...i)?	,056	1,000	,154	0,000	0,000	,105	0,000	,087	,182	0,000	,056
F2. Czy ktoś zabraniał lub utrudniał Panu(i) kontakty z innymi ludźmi lub wychodzenie z domu?	0,000	,154	1,000	,200	0,000	,067	0,000	,053	,143	0,000	,023
F3. Czy ktoś ograniczał Panu(i) swobodne poruszanie się po domu/mieszkanii?	,067	0,000	,200	1,000	,143	,059	,111	,048	0,000	0,000	,046
F4. Czy ktoś wmawiał Panu(i), że jest Pan(i) chory, chociaż tak nie było?	0,000	0,000	0,000	,143	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

F5. Czy ktoś zabierał Pana(i) pieniądze lub rzeczy bez pozwolenia?	,250	,105	,067	,059	0,000	1,000	,077	,368	,077	,083	,044
F6. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów wbrew Pana(i) woli?	,091	0,000	0,000	,111	0,000	,077	1,000	,125	0,000	0,000	,036
F7. Czy ktoś wyzywał Pana(nią), poniżał lub w inny sposób sprawił, że poczuł(a) się Pan(i) źle?	,412	,087	,053	,048	0,000	,368	,125	1,000	,125	,063	,112
F8. Czy ktoś groził Panu(i) lub czy jest ktoś, kogo się Pan(i) boi?	,091	,182	,143	0,000	0,000	,077	0,000	,125	1,000	0,000	,024
F9. Czy ktoś uderzył Pana(nią), popychał lub skrzywdził fizycznie w inny sposób?	,100	0,000	0,000	0,000	0,000	,083	0,000	,063	0,000	1,000	0,000
Czy pacjent(ka) jest osobą samodzielną?	,057	,056	,023	,046	0,000	,044	,036	,112	,024	0,000	1,000

Analiza JACCARD jest techniką statystyczną używaną do porównywania zbiorów odpowiedzi. Innymi słowy, jest to indeks współwystępowania oraz pomiaru dystansu pomiędzy zmiennymi. W dwóch powyższych tabelach przedstawiono rezultaty analizy przeprowadzonej dla obydwu porównywanych narzędzi – osobno dla formularza EASI oraz FORP.

W przypadku formularza EASI występują wzajemne powiązania między zmiennymi, co oznacza, że opisują one podobne zjawiska. Oznacza to, że narzędzie nie identyfikuje konkretnych przypadków diagnostycznych (obszarów czy rodzajów przemocy wobec osób starszych). Całkowicie odmienną sytuację obserwujemy w przypadku FORP, gdzie zmienne nie są wzajemnie powiązane, co oznacza, że opisują one różne zjawiska. Tym samym można stwierdzić, że FORP jest narzędziem, które - w porównaniu do EASI - bardziej precyzyjnie trafia w określone punkty diagnostyczne. Idąc tym tropem można stwierdzić, że Formularz Oceny Ryzyka Przemocy charakteryzuje się większą spójnością logiczną, a także ma większą wartość poznawczą z punktu widzenia diagnozowana stanu zdrowia pacjenta przez lekarza.

Przeprowadzona została również analiza czynnikowa – osobno dla EASI oraz FORP, które wydawały się posiadać potencjał do czynnikowej eksploracji danych. Wspomniana technika statystyczna służy do opisu zależności między wzajemnie skorelowanymi zmiennymi za pomocą mniejszej liczby zmiennych, zwanych czynnikami (faktorami), które

są wzajemnie ortogonalne (nieskorelowane). Celem tej analizy było określenie wzajemnych powiązań między zmiennymi poprzez redukcję ich liczby.

Proces analizy danych został przeprowadzony w ramach następujących etapów:

- etap sprawdzania, przygotowania danych i określenia potencjalnych wariantów analizy,
- weryfikacja podstawowych rozkładów zmiennych (i statystyk opisowych) oraz potencjalne wykluczenie niektórych zmiennych z dalszych analiz,
- sprawdzenie normalności rozkładów,
- wyodrębnienie czynników.

Po zakończeniu tych podstawowych procedur została przeprowadzona nieco bardziej zaawansowana operacja statystyczna. Zrealizowano analizę czynnikową z wykorzystaniem metody głównych składowych (ang. *Principal Component Analysis*). Ze względu na specyfikę obydwu narzędzi rozkłady uzyskanych odpowiedzi pozostawały rozproszone. Spośród występujących zmiennych wyodrębniono czynniki, zatem operacja ta polegała na połączeniu wzajemnie powiązanych zmiennych i – co za tym idzie – znaczącej redukcji ich liczby. W ten sposób utworzono zdecydowanie mniejszą liczbę uogólnionych, syntetycznych grup zmiennych, zwanych czynnikami. Zmienne, które są w największym stopniu skorelowane z poszczególnymi czynnikami, mają największy udział w ich tworzeniu.

Utworzony w trakcie analizy zbiór danych można zinterpretować jako układ współrzędnych. Na tym wyjściowym zbiorze została przeprowadzona procedura statystyczna, polegająca na wykonaniu rotacji maksymalizującej wariancję (*varimax*). Ten sposób rotacji pozwala na uzyskanie wyników, które w największym stopniu ułatwiają identyfikację każdej zmiennej za pomocą jednego czynnika. Analiza związków między zmiennymi a czynnikami (ładunków czynnikowych) została zobrazowana w postaci tzw. macierzy korelacji (*Rotated Component Matrix*). Pokazuje ona, z jaką siłą poszczególne zmienne wpływają na konstrukcję każdego z czynników. Dzięki przeprowadzonej procedurze statystycznej można stwierdzić, w jakim stopniu wspomniane faktory odpowiadają za poszczególne rodzaje przemocy wobec osób starszych.

Tabela 16. Analiza czynnikowa – EASI

Rotated Component Matrix ^a	Component	
	1	2
E4. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów lub użycia pieniędzy wbrew Pana(i) woli?	,811	
E3. Czy ktoś zwracał się do Pana(i) w sposób, który sprawił, że czuł(a) się Pan(i) zawstydzony(a) lub zagrożony(a)?	,785	
E5. Czy ktoś dotykał Pana(nią) w sposób, którego Pan(i) nie chciał(a) lub zranił Pana(nią) fizycznie albo bał(a) się Pan(i), że to zrobi?	,706	,328
E2. Czy ktoś utrudniał Panu(i): - dostęp do jedzenia, - ubranie się, - wzięcie odpowiednich leków, - używanie lub zakup okularów, - używanie lub zakup aparatu słuchowego, - dostęp do opieki medycznej, - kontakt z innymi ludźmi?	,429	,661
E1. Czy musi Pan(i) polegać na pomocy innych przy którejkolwiek z poniższych czynności: - codzienna pielęgnacja: kąpiel lub mycie zębów,- ubieranie się,- przygotowywanie posiłków,- robienie zakupów,- załatwianie spraw w banku/w urzędzie?		,914
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

Tabela 17. Analiza czynnikowa – FORP

Rotated Component Matrix ^a	Component			
	1	2	3	4
F7. Czy ktoś wyzywał Pana(nią), poniżał lub w inny sposób sprawił, że poczuł(a) się Pan(i) źle?	,817			
F5. Czy ktoś zabierał Pana(i) pieniądze lub rzeczy bez pozwolenia?	,667			,418
F6. Czy ktoś próbował zmusić Pana(nią) do podpisania dokumentów wbrew Pana(i) woli?	,651		,201	-,353
F1. Czy ktoś podejmował za Pana(nią) lub wymuszał na Panu(ni) decyzje w ważnych sprawach życiowych?		,743		
F8. Czy ktoś groził Panu(i) lub czy jest ktoś, kogo się Pan(i) boi?	,205	,719		
F2. Czy ktoś zabraniał lub utrudniał Panu(i) kontakty z innymi ludźmi lub wychodzenie z domu?		,638	,373	
F3. Czy ktoś ograniczał Panu(i) swobodne poruszanie się po domu/mieszkanii?			,865	
F4. Czy ktoś wmawiał Panu(i), że jest Pan(i) chory, chociaż tak nie było?			,697	
Czy pacjent(ka) jest osobą samodzielną?			-,209	-,751
F9. Czy ktoś uderzył Pana(nią), popychał lub skrzywdził fizycznie w inny sposób?				,666
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a. Rotation converged in 5 iterations.				

Organizatorzy:



Partnerzy:



W przypadku EASI wyodrębnione zostały dwa czynniki (przy wyjaśnianiu 67 proc. wariacji zmiennych). Pierwszy został utworzony poprzez wzajemne powiązanie różnych rodzajów przemocy: fizycznej, psychicznej, ekonomicznej. Z kolei drugi faktor jest związany przede wszystkim z koniecznością polegania na pomocy innych w podstawowych lub złożonych czynnościach życiowych (a zatem oznacza brak samodzielności lub ograniczoną samodzielność) oraz – w mniejszym stopniu – z ograniczaniem wolnego wyboru sposobu zaspokajania potrzeb życiowych przez osobę starszą.

Analogiczną procedurę przeprowadzono również w przypadku FORP. W analizie czynnikowej FORP wzięło udział 10 zmiennych (jedna zmienna została wykluczona ze względu na brak jakichkolwiek wskazań), spośród których wyabstrahowane zostały 4 czynniki, przy zachowaniu 61 proc. wyjaśnianej wariacji. Pierwszy z nich łączy przemoc ekonomiczną i psychiczną (lub inaczej – przemoc ekonomiczną, dla której „dźwignią” czy narzędziem staje się przemoc psychiczna). Z kolei drugi faktor obejmuje różne cechy związane z poczuciem zagrożenia oraz próbą wywierania wpływu na sposób funkcjonowania osoby starszej w ważnych sprawach życiowych (np. dysponowanie własnym majątkiem czy utrzymywanie relacji z innymi). Trzeci z wyodrębnionych czynników grupuje cechy związane z bardziej radykalnym ograniczaniem wolności i podmiotowości seniora: wmawianiem choroby czy ograniczaniem swobodnego poruszania się w miejscu zamieszkania. Ostatni, czwarty fakt łączy przemoc fizyczną z brakiem samodzielności.

Wyraźnie widać, że FORP ma znacznie większy potencjał analityczny niż EASI – wyodrębnione czynniki wyznaczają określone punkty diagnostyczne, które dają się zinterpretować w sposób zgodny z ekspercką wiedzą na temat specyfiki zjawiska przemocy wobec osób starszych. Analiza czynnikowa EASI pozwoliła na wyodrębnienie dwóch czynników – pierwszy z nich łączy cechy odzwierciedlające większość występujących rodzajów przemocy (które są wzajemnie powiązane i nie tworzą odrębnych obszarów problemowych), natomiast drugi w największym stopniu wiąże się z brakiem samodzielności seniorów w wykonywaniu ważnych czynności życia codziennego (zaspokajaniu potrzeb życiowych).

4. Rekomendacje i wnioski

Podsumowując powyższe rozważania należy stwierdzić, że analiza porównawcza EASI i FORP wykazała pewne podobieństwa, lecz odnotowano również daleko idące różnice. Najważniejsze ustalenia zostały zebrane na poniższej ilustracji.

Tabela 17. Analiza porównawcza EASI i FORP

EASI	FORP
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Standaryzacja, porównywalność ✓ Objętość narzędzia, krótszy czas realizacji (być może pozornie) ✓ Adaptacja: ryzyko niedopasowania do warunków lokalnych, błędów w tłumaczeniu itp. ✓ Sztywna procedura stosowania (np. forma i kolejność pytań) ✓ Niższa wartość poznawcza, mało konkretne wyniki ✓ Do zastosowania jako wstępne narzędzie przesiewowe ✓ Większa podatność na „efekt narzędzia” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nowe narzędzie ✓ Objętość narzędzia, dłuższy czas realizacji ✓ Elastyczna procedura stosowania (np. swobodna rozmowa, możliwość zmiany kolejności pytań) ✓ Wymaga większego zaangażowania od lekarza ✓ Wysoka wartość poznawcza, konkretne wyniki, precyzyjnie trafia w określone punkty diagnostyczne ✓ Większa kompleksowość i spójność logiczna ✓ Większa podatność na „efekt ankietera” (lekarza), bardziej subiektywna ocena

Jak już wspomnieliśmy, EASI jest narzędziem rozpowszechnionym na świecie, wystandaryzowanym, umożliwiającym dokonywanie analiz porównawczych (np. odniesienia się do wyników innych badań). Postrzeganą zaletą kwestionariusza jest relatywnie mała objętość i – co za tym idzie – krótki czas wypełniania (przypomnijmy, że część badanych lekarzy nie podziela tej oceny). Formularz EASI jest używany w różnych krajach i dostępny w różnych wersjach językowych, zatem istotnym wyzwaniem jest jego właściwa adaptacja, dopasowanie do specyfiki lokalnej oraz uniknięcie pewnych niezręczności, które mogą wynikać z kwestii językowych (np. tłumaczenia). Procedura stosowania tego narzędzia jest dość sztywna, a uzyskane wyniki – jak wykazano w poprzednich rozdziałach – są mało

Organizatorzy:



Partnerzy:



konkretne, tym samym narzędzie ma niższą wartość poznawczą (diagnostyczną) w porównaniu do FORP. Ze względu na specyficzną konstrukcję oraz sposób formułowania pytań formularz wydaje się być podatny na „efekt narzędzia” (wpływ narzędzia na rezultat badania). W tym kontekście warto przypomnieć, że, jak pokazują zrealizowane badania, EASI może sprzyjać „przeszacowaniu” skali przemocy przez lekarzy. Wydaje się, że optymalnym sposobem wykorzystania formularza jest zastosowanie EASI jako wstępnego narzędzia przesiewowego (np. na etapie pierwszego kontaktu z pacjentem).

Formularz Oceny Ryzyka Przemocy jest nowym, autorskim narzędziem, wypracowanym przez zespół ekspertów w ramach projektu pn. „Tworzenie systemu ochrony starszych doświadczających przemocy”. W porównaniu do EASI kwestionariusz jest nieco dłuższy, a jego wypełnienie wymaga nieco więcej czasu, co wynika również z bardziej elastycznej procedury stosowania (np. prowadzenie nieformalnej rozmowy z pacjentem, możliwość zmiany kolejności i sposobu zadawania pytań, dostosowanie do indywidualnych potrzeb i specyfiki danego pacjenta, w tym możliwości percepcji i kompetencji komunikacyjnych). Co za tym idzie, używanie FORP wymaga większego zaangażowania od lekarza w porównaniu z EASI. Przeprowadzone analizy uprawniają do stwierdzenia, że FORP jest narzędziem bardziej kompleksowym (obejmującym różne rodzaje przemocy wobec osób starszych i ich najbardziej typowe, najczęściej występujące przejawy), a także spójnym logicznie. Wyniki uzyskane z zastosowaniem FORP mają wysoką wartość poznawczą, ponieważ są konkretne i precyzyjnie wyznaczają określone punkty diagnostyczne. Z drugiej strony konsekwencją dość elastycznej procedury stosowania może być większa podatność na tzw. „efekt ankietera” (wpływ osoby przeprowadzającej badanie na uzyskane rezultaty). Innymi słowy, FORP jest narzędziem, które w większym stopniu niż EASI polega na subiektywnej ocenie oraz interpretacji lekarza.

Kluczowe wnioski z badania:

- Doznawaniu przemocy przez seniorów sprzyja:
 - ✓ stopień samodzielności pacjenta, a konkretnie - jej brak (w EASI i FORP),
 - ✓ płeć: kobiety istotnie częściej doznają przemocy niż mężczyźni (w EASI i FORP),

- ✓ wiek: osoby w wieku 76+ (wiek starczy i długowieczność) częściej doznają przemocy niż osoby w wieku 60-75 lat (wiek podeszły), zależność odnotowano tylko w EASI, w FORP jej nie zaobserwowano,
 - ✓ zdolności poznawcze według MMSE: doznawanie przemocy istotnie częściej współwystępuje z lekkimi zaburzeniami poznawczymi (wynik 24-26) w porównaniu do osób z wynikiem prawidłowym (wynik 27-30), zależność występuje w EASI i FORP.
- Kluczowym ustaleniem badawczym jest istotna statystycznie różnica w pytaniach o ocenę lekarza na podstawie kontaktu z pacjentem. W EASI odnotowano 19 proc. tego rodzaju wskazań, zaś w FORP analogiczny rezultat wynosi 7 proc. W przypadku EASI wskazania lekarzy współwystępują z brakiem samodzielności oraz zaawansowanym wiekiem uczestników pomiaru, natomiast podobna zależność nie występuje w FORP. Oznacza to, że **EASI jest narzędziem, które może sprzyjać „przeszacowaniu” skali przemocy wobec osób starszych** w części obejmującej obserwacje lekarzy. W niektórych przypadkach jako przejawy przemocy mogą zostać zakwalifikowane różne aspekty wynikające ze stanu zdrowia pacjenta.
 - W przypadku formularza EASI występują wzajemne powiązania między zmiennymi, co oznacza, że opisują one podobne zjawiska. Oznacza to, że **narzędzie nie identyfikuje konkretnych przypadków diagnostycznych** (obszarów czy rodzajów przemocy wobec osób starszych). Całkowicie odmienną sytuację obserwujemy w przypadku FORP, gdzie zmienne nie są wzajemnie powiązane, co oznacza, że opisują one różne zjawiska. Tym samym można stwierdzić, że **FORP jest narzędziem, które bardziej precyzyjnie trafia w określone punkty diagnostyczne**. Formularz Oceny Ryzyka Przemocy charakteryzuje się **większą spójnością logiczną**, a także ma **większą wartość poznawczą** z punktu widzenia diagnozowania stanu zdrowia pacjenta.
 - Na podstawie analizy czynnikowej można stwierdzić, że **FORP ma znacznie większy potencjał analityczny niż EASI** – wyodrębnione czynniki wyznaczają określone punkty

Organizatorzy:



Partnerzy:

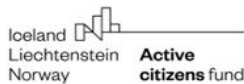


diagnostyczne, które dają się zinterpretować w sposób zgodny z ekspercką wiedzą na temat specyfiki zjawiska przemocy wobec osób starszych.

Rekomendacje i wnioski:

- Narzędzia **EASI** i **FORP** mają nieco inną specyfikę i sposoby zastosowania:
 - ✓ EASI może być z powodzeniem stosowane jako wstępne narzędzie przesiewowe (np. na SOR, w Podstawowej Opiece Zdrowotnej),
 - ✓ FORP jako narzędzie służące sformułowaniu precyzyjnej diagnozy.
- Narzędzia **EASI** i **FORP** są **wzajemnie komplementarne**, zatem optymalnym rozwiązaniem jest zastosowanie obu narzędzi do diagnozowania stanu zdrowia tego samego pacjenta (najpierw wstępne badanie EASI, potem bardziej szczegółowa diagnostyka FORP).
- W miarę dostępnych możliwości **rekomenduje się upowszechnianie narzędzia FORP**:
 - ✓ wdrożenie w placówkach ochrony zdrowia (otwartych i zamkniętych),
 - ✓ dalsze testowanie na większych próbach (pacjentów i lekarzy),
 - ✓ wprowadzanie ewentualnych korekt lub tworzenie wariantów narzędzia, dopasowanych do konkretnych okoliczności.
- W świetle eksperckiej wiedzy oraz na podstawie konsultacji z praktykami wydaje się, że **narzędzie FORP jest możliwe do zastosowania również w pomocy społecznej**. Z pewnością będzie to wymagać dodatkowych testów, a także skonstruowania nowych procedur, dopasowanych do specyficznych warunków pracy w tym sektorze.

Organizatorzy:



Partnerzy:



Bibliografia:

Stephanie A. Ballard, Mark J. Yaffe, Linda August, Deniz Cetin-Sahin and Machelles Wilchesky, *Adapting the Elder Abuse Suspicion Index© for Use in Long-Term Care: A Mixed-Methods Approach*, w: *Journal of Applied Gerontology* 1–21, Southern Gerontological Society, 2017

N. Berg, M. Beaulieu, M. Oudewater, D. Langhendries, D. Giet, *La maltraitance envers les personnes âgées : quelques éléments pour la pratique médicale*, w: *Rev Med Liège* 2014; 69 : 5-6 : 382-389

Gallione C., Dal Molin A., *Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review*, *Journal of Clinical Nursing* 26 (15), John Wiley & Sons, 2017

Gema Perez-Rojo, Maria Izal, Maria Teresa Sancho c y Grupo de Investigacion Tratame Bien, *Adaptacion linguistica y cultural de dos instrumentos para la deteccion de sospecha de maltrato hacia las personas mayores*, w: *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 2010;45(4): 213–218

Ioana Dana Alexa, Adina Carmen Ilie, Anca Iuliana Pislaru, Aliona Dronic Ovidiu Gavrilovici, Teodora Alexa-Stratulat, Ramona Stefaniu, Ioana Sandu, Catalina Nuta4 And Anna Marie Herghelegiu, *Elder abuse and associated factors in Eastern Romania*, w: *Psychogeriatrics. The official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 2019, doi:10.1111/psyg.12488

Bianca Brijnath, Luke Gahan, Ellen Gaffy, Briony Dow, *Build Rapport, Otherwise No Screening Tools in the World Are Going to Help: Frontline Service Providers'Views on Current Screening Tools for Elder Abuse*, w: *The Gerontologist*, 2018, Vol. XX, No. XX, 1–11, doi:10.1093/geront/gny166
Advance Access publication December 20, 2018

A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report, World Health Organization 2008

Juan Manuel Carmona-Torres, Pablo Jesús López-Soto, Ana Isabel Coimbra-Roca, Ruth Mary Gálvez-Rioja, Thomas Goergen, and M^a Aurora Rodríguez-Borrego, *Elder Abuse in a Developing Area in Bolivia*, w: *Journal of Interpersonal Violence* 1–18, 2015

Juan Manuel Carmona-Torres, Rosa Carvalhal, Ruth Mary Gálvez-Rioja, África Ruiz-Gandara, Thomas Goergen, and M^a Aurora Rodríguez-Borrego, *Elder Abuse in the Iberian Peninsula and Bolivia: A Multicountry Comparative Study*, w: *Journal of Interpersonal Violence* 1–24, 2017

Organizatorzy:



Partnerzy:



M.J. Schofield, G.D. Mishra, *Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study*, *The Gerontologist*, 43 (1), 2003

A.V. Neal, M.A. Hwalek, R.O. Scott, C. Stahl, *Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test*, *Journal of Applied Gerontology*, 1991

<https://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder>

<https://ncvc.dspacedirect.org/handle/20.500.11990/1638>

https://www.nursingcenter.com/ce_articleprint?an=00000446-200812000-00027

<https://www.projectsave.eu/>

Raport powstał w ramach projektu „Tworzenie systemu ochrony starszych doświadczających przemocy” realizowanego z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, finansowanego z Funduszy EOG.

