SAVE

SCREENING FOR ABUSE VICTIMS AMONG ELDERLY

CO WIEMY O BADANIACH PRZESIEWOWYCH W KIERUNKU PRZEMOCY WOBEC OSÓB STARSZYCH

WYNIKI PRZEGLĄDU LITERATURY W RAMACH PROJEKTU SAVE

LISTOPAD 2021

2020-1-PL01-KA202-081643

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

WWW.PROJECTSAVE.EU

Autorzy:

Fundinho, J. F., Szkoła Psychologii (Epsi), Uniwersytet Minho, Portugalia
Machado, M. M., Wyższa Szkoła Pielęgniarstwa (ESE), Uniwersytet Minho, Portugalia
Petronilho, F. A., Wyższa Szkoła Pielęgniarstwa (ESE), Uniwersytet Minho, Portugalia
Ferreira-Alves, J., Szkoła Psychologii (Epsi), Uniwersytet Minho, Portugalia

Contributions from the SAVE partnership:

Boccaletti L. , Milianta S., ANS soc. coop. soc. , Włochy
Melon M.C., Grassi S., Patuzzo M., CADIAI soc. coop. soc., Włochy
Papastavrou E., Cyprus University of Technology | Nikolaidou E., Charitou P., Cyprus State Health Services Organisation, Community Nursing, Cypr
Perttu S., Empowering Old Age Coop - Osk VoiVa, Finlandia
Kacprzykowska A., Rogalska E., Daab M., PCG Polska Sp. z o.o., Polska

Zastrzeżenie:
Ten projekt został sfinansowany przy wsparciu Komisji Europejskiej / Programu Erasmus+. Niniejsza publikacja odzwierciedla wyłącznie poglądy autora, a Komisja nie ponosi odpowiedzialności za jakiekolwiek wykorzystanie zawartych w niej informacji.

Sugerowany sposób cytowania:
Fundinho, F., Machado, M., Petronilho, F. i Ferreira-Alves, J. (2021), Co wiemy o badaniach przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych: wyniki przeglądu literatury w ramach Projektu SAVE. Dostęp: https://www.projectsave.eu/

Podziękowania

Dokument został opracowany przez partnerstwo projektu " SAVE – Screening for Abuse Victims among Elderly No. 2020-1-PL01-KA202-081643”:

- PCG Polska Sp. z o.o. - Polska (koordynator)
- VoiVa - Finlandia
- Anziani e non solo - Włochy
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia – Włochy
- Uniwersytet Minho – Portugalia
- Politechnika Cypryjska – Cypr

Prace nad dokumentem koordynował Uniwersytet Minho – Portugalia

Spis treści

Abstrakt 5

Tło 5

Metoda 5

Wyniki 5

Wnioski 7

1. Tło 8

Przemoc wobec osób starszych jako zjawisko 8

Cele przeglądu literatury 17

2. Metodologia 19

3. Wyniki 23

Pytanie 1: Jakie argumenty można zastosować za lub przeciw procesowi przesiewowemu? 23

Pytanie 2. Jacy specjaliści przeprowadzają badania przesiewowe, w jakich środowiskach i jak badania przesiewowe są postrzegane przez specjalistów oraz osoby starsze? 32

Pytanie 3: Jakie narzędzia przesiewowe są stosowane, w jakich krajach i jaka jest ich charakterystyka psychometryczna? 34

Charakterystyka wykorzystania narzędzi i procedur przesiewowych w krajach partnerskich 57

4. Wnioski 67

Bibliografia 70

Aneks I 78

Abstrakt

Tło

Przemoc wobec osób starszych jest zjawiskiem rozpowszechnionym na całym świecie. Korzystanie z narzędzi przesiewowych do identyfikacji potencjalnych przypadków nadużyć może być pomocną strategią wspierającą profesjonalistów w rozpoznawaniu sygnałów i oznak złego traktowania oraz podstawą dla decyzji o konieczności przeprowadzenia bardziej kompleksowych ocen. Niniejszy przegląd literatury ma na celu udzielenie odpowiedzi na trzy pytania: 1) jakie argumenty za i przeciw można zastosować w odniesieniu do procesu badań przesiewowych?; 2) jacy specjaliści prowadzą badania przesiewowe, w jakich kontekstach oraz jak badania przesiewowe są postrzegane przez specjalistów i osoby starsze? oraz; 3) jakie narzędzia przesiewowe są stosowane, w jakich krajach i jaka jest ich charakterystyka psychometryczna?

Metoda

Dokonano systematycznego przeglądu literatury. Przeszukano osiem baz danych, używając wielu kombinacji słów kluczowych „przemoc wobec osób starszych", „złe traktowanie", „starsze osoby dorosłe", „przemoc", „przesiewowe", „ocena" i „pomiar".

Wyniki

Znaleziono 7386 pozycji literatury, a następnie przeanalizowano je zgodnie z ustalonymi kryteriami, w wyniku czego otrzymano 19 artykułów naukowych z istotnymi informacjami dla pytania 1, 25 artykułów dla pytania 2 i 87 dla pytania 3.

Na podstawie przeprowadzonych analiz, jako argument przemawiający za badaniami przesiewowymi można wskazać fakt, że identyfikacja przypadków ma

kluczowe znaczenie dla interwencji. Badania przesiewowe promują bezpieczeństwo i dobre samopoczucie osób starszych oraz, w stosownych przypadkach, pomagają w realizacji prawnych obowiązków zgłaszania podejrzeń przemocy. Proces przesiewowy zapewnia również podstawę do oceny sytuacji badanej osoby starszej, zwiększa świadomość problemu wśród profesjonalistów i prowadzi ich przez systematyczny proces obserwacji i dokumentacji, aby zapewnić, że przejawy złego traktowania osób starszych nie zostaną przeoczone. Wśród argumentów przeciwko badaniom przesiewowym wskazać można ich czasochłonność, wyniki fałszywie negatywne/pozytywne oraz potencjalne konsekwencje dla osób starszych, ich rodzin i profesjonalistów. Brak wiedzy na temat częstości występowania niepożądanych skutków badań przesiewowych w kierunku nadużyć wobec osób starszych oraz ich wpływu na procesy kliniczne, a także koszty i wymagania czasowe są również wskazywane jako argumenty przeciw badaniom przesiewowym.

Badania przesiewowe są prowadzone głównie przez pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej. Pielęgniarki, lekarze i pracownicy socjalni byli często wskazywani jako główni profesjonaliści realizujący badania przesiewowe w kierunku złego traktowania. Odnaleziono bardzo niewiele informacji dotyczących opinii osób starszych na temat procesu przesiewowego.

Jeśli chodzi o narzędzia przesiewowe, w literaturze zidentyfikowano trzydzieści siedem instrumentów. Spośród nich osiem zostało wykorzystanych jedynie w pracy badawczej i nie zostały jeszcze przetestowane w terenie. Pozostałe dwadzieścia dziewięć narzędzi można podzielić na cztery kategorie: 1) narzędzia przesiewowe oparte na bezpośrednich pytaniach, które są krótkimi i wszechstronnymi kwestionariuszami typu tak/nie, używanymi w wielu kontekstach przez różnych specjalistów; 2) procedury przesiewowe oparte na obserwacji lub pogłębionej ocenie, które są czasochłonne i wymagają obszernego szkolenia i specjalistycznych umiejętności, ale zarazem są dokładniejsze; 3) narzędzia przesiewowe, które opierają się na charakterystyce sprawcy, koncentrują się na konkretnych relacjach i często wymagają oceny domniemanego sprawcy; oraz 4) narzędzia przesiewowe do oceny pojedynczej formy nadużycia. Spośród tych czterech kategorii narzędzia do zadawania pytań

bezpośrednich są najbardziej elastyczne, najłatwiejsze do zaadaptowania i użycia, ale jednocześnie są najmniej wiarygodne.

Wnioski

Literatura na temat badań przesiewowych w kierunku nadużyć wobec osób starszych wskazuje na kilka przekonujących argumentów zarówno „za", jak i „przeciw". Chociaż wiadomo, że badania te są ważnym narzędziem wzbudzania podejrzeń co do przemocy wobec osób starszych, brak skutecznych i praktycznych instrumentów oraz wiedzy na temat ich potencjalnych negatywnych konsekwencji są istotnymi czynnikami, które należy wziąć pod uwagę, rozważając wdrożenie programów badań przesiewowych. Konieczna jest dalsza praca badawcza, aby wypełnić te luki i pomóc profesjonalistom w podejmowaniu świadomych decyzji. Narzędzia przesiewowe są szczególnie przydatne w szkoleniu pracowników pomocy społecznej i zdrowotnej, którzy częściej mają do czynienia z osobami starszymi. Edukowanie tych specjalistów w zakresie dobrych praktyk w badaniach przesiewowych jest niezbędne, aby umożliwić ich wykonywanie, podniesienie świadomości na temat nadużyć wobec osób starszych i promowanie szerszego spojrzenia na okoliczności i czynniki zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz osoby starszej, które mogą decydować o przemocy.

1. Tło

Przemoc wobec osób starszych jest coraz większym problemem we współczesnym społeczeństwie. Projekt Screening for Abuse Victims among Elderly (SAVE) to strategiczne partnerstwo i platforma współpracy utworzona przez zespoły z pięciu krajów (Polski, Finlandii, Włoch, Portugalii i Cypru) w celu usprawnienia identyfikacji nadużyć i interwencji dokonywanej przez pracowników pomocy społecznej i opieki zdrowotnej oraz przeszkolenie ich w zakresie stosowania procedur przesiewowych.

Dokument ten reprezentuje jeden z rezultatów projektu SAVE. Ma on na celu przedstawienie obecnego stanu wiedzy na temat badań przesiewowych w kierunku złego traktowania osób starszych. Informacje zostały zebrane poprzez przeprowadzenie systematycznego przeglądu literatury. W dokumencie przyjęto następującą strukturę: najpierw przedstawiono podsumowanie podstawowych pojęć związanych z nadużyciami wobec osób starszych oraz cele niniejszego przeglądu literatury; po drugie, opisano metodologię przyjętą do przeprowadzenia tego przeglądu; po trzecie, zaprezentowano wyniki i; po czwarte, poddano je dyskusji w kontekście tego, co mówią o badaniach przesiewowych w kierunku złego traktowania osób starszych.

Przemoc wobec osób starszych jako zjawisko

Podstawowa wiedza fenomenologiczna na temat przemocy wobec osób starszych implikuje odpowiedzi na cztery pytania:

Czym jest przemoc wobec osób starszych? (lub jak jest zdefiniowana);

Ile osób doświadcza przemocy wobec osób starszych? (lub jakie jest rozpowszechnienie zjawiska);

Dlaczego to zjawisko ma miejsce? (albo jakie są teorie, które je wyjaśniają?) oraz;

Jak wykrywa się przemoc wobec osób starszych?

W następnych rozdziałach pokrótce odniesiono się do podstawowych pojęć leżących u podstaw pierwszego, drugiego i trzeciego pytania, zaś szczególne znaczenie nadano pytaniu czwartemu o wykrywaniu nadużyć, które stanowi rdzeń projektu SAVE.

Definiowanie przemocy wobec osób starszych

Podjęto wiele prób zdefiniowania złego traktowania osób starszych. Nazwa pojęcia zmieniała się z biegiem czasu, pokazując naturalną ewolucję wiedzy w tym zakresie. W literaturze naukowej po raz pierwszy pojęcie to odnaleźć można w czasopiśmie medycznym, w wymianie listów między lekarzami, którzy zdali sobie sprawę, że niektóre z ich starszych pacjentek wykazują oznaki przemocy fizycznej, głównie z powodu niewłaściwej opieki (Baker, 1975; Burston, 1975).

W wyniku tej dyskusji ukuto termin „bicie babci", głównie w celu opisania przemocy fizycznej wobec starszych kobiet, które są pod opieką swoich dorosłych dzieci. Literatura na temat krzywdzenia dzieci w dużym stopniu wpłynęła na tę pierwszą koncepcję przemocy wobec osób starszych. Termin „bicie babci" został przyjęty jako analogiczny do terminu „bicie dzieci", używanego w tym czasie w odniesieniu do nadużyć w stosunku do dzieci.

Konceptualizacja przemocy wobec osób starszych ewoluowała w ciągu następnych dwudziestu siedmiu lat. Do istniejącej koncepcji dodano wiele aspektów, które przekształciły ją w bardziej całościowy obraz. Ta konceptualna ekspansja obejmuje rozszerzenie katalogu możliwych ofiar, potencjalnych sprawców i kontekstów, w których dochodzi do nadużyć. Zmiany te były proponowane z biegiem czasu (opis ewolucji koncepcji przemocy wobec osób starszych przedstawili Mysyuk, Westendorp i Lindenberg, 2013;) i osiągnęły punkt kulminacyjny w Deklaracji z Toronto Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W tym dokumencie WHO (Światowa Organizacja Zdrowia, 2002, s. 3) zdefiniowała przemoc wobec osób starszych jako:

„Przemoc wobec osób starszych to pojedynczy lub powtarzający się akt lub brak odpowiedniego działania, występujący w dowolnej relacji, w której oczekuje się zaufania, który powoduje krzywdę lub cierpienie osoby starszej".

Chociaż po raz pierwszy definicję tę zaproponowała grupa *Action on Elder Abuse* (Action on Elder Abuse, 1995), Deklaracja z Toronto może być uważana za punkt zwrotny w rozumieniu przemocy, ponieważ wprowadziła tę kwestię do domeny zdrowia publicznego, wpływając istotnie na świadomość zjawiska nadużyć wobec osób starszych. Od czasu tego dokumentu nie wprowadzono żadnych znaczących zmian w konceptualizacji przemocy, dzięki czemu definicja WHO stała się najbardziej powszechną definicją przemocy wobec osób starszych, przyjętą przez

kilka innych organizacji międzynarodowych, takich jak Międzynarodowa Sieć Zapobiegania Przemocy wobec Osób Starszych (International Network for the Prevention of Elder Abuse, INPEA).

Zaproponowaną przez WHO definicję przemocy wobec osób starszych można uznać za ogólną definicję przemocy. Uwzględnia ona różne formy nadużyć: fizyczne, psychiczne, seksualne, finansowe i zaniedbanie (Światowa Organizacja Zdrowia, 2002). W związku z tym dla każdej z tych form można sformułować odrębną, specyficzną definicję. Chociaż nie ma powszechnie akceptowanej typologii nadużyć, a terminologia nieco się różni, można wskazać pięć form przemocy, w przypadku których występuje większa zgodność (Action on Elder Abuse, 1995; Światowa Organizacja Zdrowia i Międzynarodowa Sieć ds. Przemocy wobec Osób Starszych, 2002 ; Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, 2012):

Przemoc fizyczna: zadawanie bólu lub obrażeń, przymus fizyczny, ograniczanie fizyczne lub z wykorzystaniem substancji chemicznych;

Przemoc psychiczna/emocjonalna: zadawanie cierpienia emocjonalnego lub psychicznego;

Przemoc seksualna: wszelkiego rodzaju kontakty seksualne bez zgody ofiary

Nadużycia finansowe: nielegalne, niewłaściwe lub nieautoryzowane wykorzystanie funduszy lub zasobów osób starszych;

Zaniedbanie (i porzucenie): umyślne lub niezamierzone niedopełnienie lub odmowa wypełnienia obowiązków opiekuńczych.

Oprócz tych pięciu form nadużyć, badacze i decydenci często rozważają także inne. Częstszym przykładem jest samozaniedbywanie. Zaniedbanie siebie można zdefiniować jako mimowolne zachowanie starszej osoby dorosłej, które zagraża jej własnemu zdrowiu lub bezpieczeństwu (NCEA, brak daty). Ponieważ sprawca samozaniedbywania jest jednocześnie ofiarą, forma ta jest często wykluczana z typologii przemocy. Inne formy nadużyć mogą obejmować odmowę praw (De Donder i in., 2011) lub nadużycia duchowe (kanadyjskie Ministerstwo Sprawiedliwości, 2009).

Stosowanie tych typologii często przynosi efekt przeciwny do zamierzonego. Mogą one stwarzać wrażenie, że różne formy nadużyć występują niezależnie. Tymczasem badania pokazują, że starsi dorośli, którzy doświadczają przemocy,

często doświadczają więcej niż jednej jej formy. Dobrym i powszechnie znanym przykładem jest przemoc psychiczna, która często występuje obok innych form nadużyć (Anetzberger, 1998). Z definicji, każda inna forma przemocy może być również uznana za nadużycie psychiczne (przemoc fizyczna może być również uważana za formę upokorzenia, a zatem może być formą nadużycia psychicznego).

Rozpowszechnienie przemocy wobec osób starszych

Częstość występowania zjawiska przemocy wobec osób starszych jest bardzo trudna do oszacowania. Należy wziąć pod uwagę kilka czynników, zwłaszcza jeśli celem jest porównanie wskaźników rozpowszechnienia. Różne metodologie (np. wywiady bezpośrednie, wywiady telefoniczne, analiza sądowych baz danych, narzędzia przesiewowe) często dają sprzeczne szacunki. Dlatego do wskaźników rozpowszechnienia należy podchodzić z pewną dozą ostrożności. Jednocześnie istnienie zjawiska przemocy nie budzi żadnych wątpliwości.

Przegląd systematyczny badań rozpowszechnienia przemocy w społecznościach, przeprowadzony przez Yon i in. (2017) i obejmujący 28 krajów, pozwolił przybliżyć skalę nadużyć doświadczanych przez osoby starsze w ujęciu globalnym. Wyniki badania wskazują na rozpowszechnienie nadużyć ogółem na poziomie 15,7%. Jeśli chodzi zaś o rozpowszechnienie określonych typów przemocy, szacunki wynoszą odpowiednio: dla przemocy fizycznej – 2,6%, dla przemocy seksualnej – 0,9%, dla przemocy psychicznej – 11,6%, dla nadużyć finansowych – 6,8%, zaś dla zaniedbanie – 4,2%.

W krajach partnerskich projektu SAVE wartości wskaźników rozpowszechnienia przemocy wobec osób starszych różnią się między sobą. Szczegóły zestawiono w Tabeli 1. Jak widać, problem nadużyć wobec osób starszych jest w Europie szeroko rozpowszechniony. Przedstawione wartości mają jedynie charakter informacyjny i odradza się ich porównywanie między krajami, ponieważ zostały oszacowane w odmiennych badaniach przy zastosowaniu różnych metod i wielkości próby. Nie zidentyfikowano żadnych badań dotyczących rozpowszechnienia przemocy wobec osób starszych na Cyprze.

Tabela 1 – Rozpowszechnienie przemocy wobec osób starszych w krajach partnerskich projektu SAVE

	Polska (Filipska *i in.*, 2019)	Finlandia (de Donder *i in.*, 2011)	Włochy (Badenes-Ribera, Fabris i Longobardi, 2021)	Portugalia (Gil *i in.*, 2014)	Cypr
Wskaźnik Rozpowsze-chnienia przemocy wobec osób starszych	38.5%	25.1%	20.1%	12.3%	-

Teorie wyjaśniające przemoc wobec osób starszych

Wyjaśnienie, dlaczego dochodzi do nadużyć i jakie procesy leżą u podstaw relacji opartych na przemocy ma fundamentalne znaczenie dla zrozumienia problemu. Bez wyobrażeń lub wytłumaczenia, dlaczego dochodzi do nadużyć, ich ocena staje się ograniczoną umiejętnością. Mimo, iż przyczyny nadużyć nie są jeszcze znane, istnieje kilka teoretycznych wyjaśnień, dlaczego do nich dochodzi. Chociaż teorie te wymagają przetestowania, stanowią rdzeń konceptualizacji przemocy i podstawę do przyjęcia strategii prewencyjnych.

Istnieje kilka teorii wyjaśniających przemoc wobec osób starszych. W niedawno opublikowanym systematycznym przeglądzie teorii nadużyć zidentyfikowano trzynaście teorii i modeli stosowanych w tej dziedzinie (Fundinho, Pereira i Ferreira-Alves, 2021), choć może być ich więcej. Jako że celem niniejszego dokumentu nie jest zgłębianie teoretycznych podstaw występowania przemocy wobec osób starszych, pokrótce opisano główne założenia trzech najczęściej wykorzystywanych teorii.

Teoria stresu opiekuna jest prawdopodobnie najczęściej cytowaną podbudową teoretyczną wyjaśniającą przemocy wobec osób starszych (Wilber i McNeilly,

2001), ponieważ jest jedną z najbardziej krytykowanych (Brandl i Raymond, 2012). Zgodnie z tą hipotezą przemoc wobec osób starszych jest zjawiskiem sytuacyjnym, które występuje, gdy opiekun staje przed wyzwaniami przewyższającymi jego zasoby lub umiejętność radzenia sobie. Rezultatem jest wzrost poziomu stresu i poczucie obciążenia. Przeciążony opiekun prawdopodobnie podejmie złe decyzje, nie zapewniając najlepszej możliwej opieki i wyładowując swoje frustracje na podopiecznym (Mathew i Nair, 2017). Teoria ta została skrytykowana ze względu na kilka elementów, ale głównie za to, że jest wykorzystywana jako strategia obwiniania ofiary i zmniejszania odpowiedzialności sprawcy (Brandl i Raymond, 2012).

Teoria społecznego uczenia się to teoria opracowana przez Alberta Bandurę (1978) w celu wyjaśnienia nabywania nowych zachowań, która została zastosowana również do problemu uczenia się zachowań agresywnych. Społeczne uczenie się sugeruje, że agresywnych zachowań uczymy się poprzez obserwację i są one modelowane w naszym repertuarze behawioralnym. W związku z tym osoba narażona na przemoc miałaby uznawać agresywne zachowanie jako dopuszczalną strategię relacyjną. Przemoc jest zatem konceptualizowana jako cykliczna (najpierw poznawana, potem nauczana), dlatego to podejście jest również znane jako teoria cyklu przemocy.

Teoria Wymiany Społecznej nie jest ściśle rzecz ujmując teorią, ale raczej rodziną teorii wywodzących się z różnych dziedzin, takich jak socjologia, psychologia i ekonomia. Zgodnie z założeniami wymiany społecznej każda interakcja społeczna jest wymianą dóbr materialnych (np. pieniędzy) lub niematerialnych (np. aprobaty społecznej). W ramach każdej interakcji zaangażowane osoby będą starały się zmaksymalizować nagrody przy możliwie najniższych kosztach. Jeśli obie osoby zaangażowane w wymianę postrzegają ją jako korzystną, cechującą się sprawiedliwą dystrybucję kosztów i nagród, interakcja jest wzajemnie satysfakcjonująca i zrównoważona (Homans, 1961; Blau, 1964). Jeśli wymiana jest postrzegana jako niesprawiedliwa, równowaga zostaje zachwiana, a osoba, która dostrzega niesprawiedliwość, może uciekać się do znieważających zachowań w celu uzyskania odszkodowania. Niektórzy autorzy sugerowali, że osoby starsze uczestnicząc w wymianach znajdują się w niekorzystnej sytuacji w porównaniu z innymi dorosłymi. Jest to spowodowane głównie ich obniżonym

statusem społecznym i związanym z wiekiem zankaniem zasobów osobistych (Dowd, 1975).

Te i inne teorie wymienione w literaturze nie wykluczają się wzajemnie, czasami proponując tylko częściowe wyjaśnienie problemu. Ponadto nie wszystkie teorie są poparte przez badania w równym stopniu (systematyczny przegląd podsumowujący dowody naukowe przemawiające za lub przeciw wielu teoriom przedstawili Fundinho, Pereira i Ferreira-Alves, 2021).

Wykrywanie przemocy wobec osób starszych

Identyfikacja przemocy wobec osób starszych to bardzo złożony temat, który często wymaga wielodyscyplinarnego podejścia. Istnieje wiele powodów, dla których identyfikacja nadużyć stanowi wyzwanie. Jeden z nich to wielość i różnorodność przejawów nadużyć (Lachs i Pillemer, 2004; Cohen, 2011). Pracownicy służby zdrowia zostali uznani za profesjonalistów posiadających idealne uwarunkowania do wykrywania przemocy (Lachs i Pillemer, 2004), ale nie tylko oni. Pracownicy sektora socjalnego i organów ścigania znajdują się również w korzystnej pozycji, jeśli chodzi o wykrywanie nadużyć.

Istnieje kilka metod i procesów wykorzystywanych do wykrywania problemu. Fundinho i Ferreira-Alves (2019) wymieniają trzy metody, które są punktem wyjścia każdego procesu wykrywania nadużyć:

Samodzielne ujawnienie: kiedy osoba starsza ujawnia, że była obiektem nadużyć. Taka informacja może zostać przekazane pracownikowi służby zdrowia (pielęgniarce lub lekarzowi), pracownikowi socjalnemu, organowi sądowemu, organowi ścigania, członkowi sieci społecznej ofiary (przyjacielowi lub członkowi rodziny) lub komukolwiek.

Skarga do organów władzy: gdy na podstawie dowodów lub podejrzeń do przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości (organów ścigania, sądu) wpływa skarga (anonimowa lub nieanonimowa).

Stosowanie procedur przesiewowych: gdy badanie przesiewowe daje wynik pozytywny. Procedura przesiewowa może być zastosowana rutynowo lub w oparciu o podejrzenia przez każdego specjalistę posiadającego odpowiednie umiejętności, w każdym środowisku, w którym możliwe jest przeprowadzenie badań przesiewowych.

Wykorzystanie procedur przesiewowych jest rdzeniem projektu SAVE, dlatego też na tej metodzie wykrywania skupiono się w dalszej części niniejszego dokumentu.

Proces przesiewowy: co wiemy i co musimy wiedzieć

Koncepcja badań przesiewowych ma swoje korzenie w dziedzinie epidemiologii i obecnie znajduje się w centrum publicznych systemów opieki zdrowotnej (Lachs i Pillemer, 2004). Procedury przesiewowe pod kątem przemocy wobec osób starszych były proponowane od jakiegoś czasu i są szczególnie istotne w konceptualizacji przemocy wobec osób starszych jako problemu zdrowia publicznego.

Procedury te zostały wypróbowane w kilku środowiskach, ale szczególny nacisk kładzie się na systemy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Istotne, szczególne znaczenie systemu opieki zdrowotnej podkreśla definicja Caldwella, Gildena i Muelle (2013) określająca badanie przesiewowe jako „ocenę aktualnej krzywdy lub ryzyka krzywdy ze strony rodziny i przemocy ze strony partnera u osób bezobjawowych dokonywaną w placówce opieki zdrowotnej. ” (s. 20). Mimo, że inne środowiska są równie ważne, lista specjalistów i środowisk, w których prowadzono badania przesiewowe nigdy nie była tworzona systematycznie, w wyniku czego zakres stosowania procedur przesiewowych nie jest znany.

Funkcja badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych nie różni się od funkcji badań przesiewowych w kierunku choroby. Celem jest wczesne wykrycie przypadków, które zostaną przekazane do szczegółowej oceny. Dysponowanie różnymi formami badań przesiewowych pomaga profesjonalistom właściwie zdecydować, które okoliczności uzasadniają podjęcie dalszych działań (Ejaz i in., 2001). Istnieje kilka form badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych. Cohen (2011) zaproponował typologię narzędzi przesiewowych, w której instrumenty są podzielone na trzy kategorie: narzędzia do bezpośredniego zadawania pytań, oznaki nadużyć i wskaźniki ryzyka nadużyć. Narzędzia do bezpośredniego zadawania pytań: składają się z zestawów pytań zadawanych bezpośrednio przez profesjonalistów lub wypełnianych samodzielnie, mających na celu ujawnienie sytuacji, w których doszło do nadużyć;

Oznaki nadużyć: składa się z listy przejawów różnych rodzajów nadużyć (np. siniaków), często konstruowanej na podstawie doświadczenia zawodowego;
Wskaźniki ryzyka: polega na szukaniu czynników związanych z przemocą (czynników ryzyka), nawet przy braku oznak nadużycia i/lub bez ujawnienia problemu. Obecność wskaźników ryzyka w żadnym wypadku nie jest równoznaczna z identyfikacją nadużyć, a ocena ryzyka często prowadzi do dalszej oceny przypadku.

Te trzy kategorie narzędzi przesiewowych różnią się nie tylko metodologią i zawartością; różnią się również zdolnością do prawidłowego wykrywania nadużyć. W badaniu Cohena i in. (2007) zastosowano trzy narzędzia przesiewowe, po jednym dla każdego typu. Wyniki wykazały rozbieżność we wskaźnikach identyfikacji nadużyć między narzędziami. W narzędziu do bezpośredniego zadawania pytań 5,9% osób starszych ujawniło doświadzcenie przemocy, podczas gdy profesjonalna ocena wykazała oznaki nadużyć u 21,4% badanych, a 32,6% osób było zagrożonych nadużyciami. Jednak nie jest niczym niezwykłym, że narzędzie przesiewowe zawiera w sobie więcej niż jeden z powyższych typów. Warto rozważyć na przykład pozycję drugą z narzędzia HS/EAST, która brzmi: „Czy pomagasz komuś w utrzymaniu się?". Zastosowano tu metodą bezpośredniego pytania, ale treść odnosi się do czynnika ryzyka nadużyć. Takie przykłady można znaleźć w innych narzędziach przesiewowych, co oznacza, że rozróżnienie między typami nie jest ściśle jednoznaczne. Niemniej jednak ta typologia narzędzi przesiewowych jest pomocna, ponieważ oznaki nadużyć i czynniki ryzyka dostarczają dowody różnego stopnia, które należy wziąć pod uwagę (Anetzberger, 2001).

Istnieje kilka pytań dotyczących badań przesiewowych, które pozostają bez odpowiedzi. Chociaż istnieje kilka przeglądów literatury na temat narzędzi przesiewowych (np. Gallione i in., 2017; McCarthy, Campbell i Penhale, 2017), nowe informacje są stale publikowane i wiedza o liczbie dostępnych narzędzi oraz ich skuteczności w wykrywaniu nadużyć powinna być ciągle aktualizowana. Zwrócono uwagę również, że narzędzia przesiewowe mogą zachowywać się inaczej w grupach wielokulturowych (Cohen, 2011), dlatego konieczne jest sprawdzenie, jak sprawują się w różnych walidacjach. Poza charakterystyką i wydajnością narzędzi przesiewowych, problem niedostatecznych informacji

dotyczy także procesu przesiewowego. Chociaż istnieje ogólne wyobrażenie, że badania przesiewowe są przeprowadzane przez pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej, nie wiadomo, jakie są opinie specjalistów na temat badań przesiewowych. Czy specjaliści uważają, że badania przesiewowe są pomocne? Czy czują się przygotowani do zastosowania procedur przesiewowych? Niewiele jest dostępnych informacji na temat tych krytycznych kwestii. Równie ważny jest sposób postrzegania badań przesiewowych przez osoby starsze. Ich opinia na ten temat pozostaje w większości nieznana i brakuje syntezy informacji dotyczących potencjalnych konsekwencji badań przesiewowych.

Cele przeglądu literatury

Aktualny przegląd literatury jest produktem Projektu SAVE. Jako taki, ma on na celu podsumowanie wiedzy na temat procesu badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych. Zgodnie z założeniami projektu SAVE, cele niniejszego przeglądu literatury można podsumować jako:

Stworzenie katalogu argumentów za i przeciw badaniom przesiewowym w kierunku przemocy wobec osób starszych;

Pozyskanie wiedzy, jacy specjaliści prowadzą badania przesiewowe i w jakich środowiskach;

Zdobycie informacji na temat tego, jak specjaliści i osoby starsze postrzegają badania przesiewowe;

Wyliczenie istniejących instrumentów przesiewowych i krajów, w których są one stosowane;

Podsumowanie charakterystyk narzędzi przesiewowych i ich skuteczności.

Aby osiągnąć te cele, sformułowano trzy pytania, które wytyczyły kierunki dla wyboru metodologii i poszukiwań badawczych. Pytanie te, na które próbujemy uzyskać odpowiedzi w niniejszym przeglądzie literatury, brzmią następująco:

Jakie argumenty można zastosować za lub przeciw procesowi przesiewowemu?

Jacy specjaliści przeprowadzają badania przesiewowe, w jakich środowiskach i jak badania przesiewowe są postrzegane przez specjalistów i osoby starsze?

Jakie narzędzia przesiewowe są stosowane, w jakich krajach i jaka jest ich charakterystyka psychometryczna?

Wierzymy, że pytania te pozwalają podsumować najbardziej aktualny stan wiedzy na temat badań przesiewowych w kierunku nadużyć wobec osób starszych. Efekty poszukiwań badawczych w sekcji wyników zostały uporządkowane zgodnie z tymi pytaniami.

2. Metodologia

Aby odpowiedzieć na przedstawione pytania, przeprowadzono systematyczny przegląd literatury. Metodologia ta została przyjęta, ponieważ pozwala przeszukiwać, oceniać i integrować wszystkie istotne dane dotyczące przedmiotu niniejszego opracowania w ramach ustrukturyzowanej procedury. Ustrukturyzowana i rozbudowana procedura w przeglądzie literatury umożliwia wyciąganie wniosków w mniejszym stopniu obciążonych błędem.

Strategia przeszukiwania danych

Osiem baz danych (Web of Science, Scopus, Science-Direct (Elsevier), Pubmed (Medline), Sage, EBSCO, Scielo i Ageinfo) zostało przeszukanych pod kątem artykułów zamieszczonych w publikacjach naukowych lub udostępnionych przez organizacje aktywne w dziedzinie przemocy wobec osób starszych w okresie od 1975 r. do lutego 2021 r. Użyto wszystkich możliwych kombinacji następujących słów kluczowych: „nadużycia wobec osób starszych”; „złe traktowanie”; „przemoc wobec osób starszych”; "badanie przesiewowe"; „ocena” oraz; "pomiar".

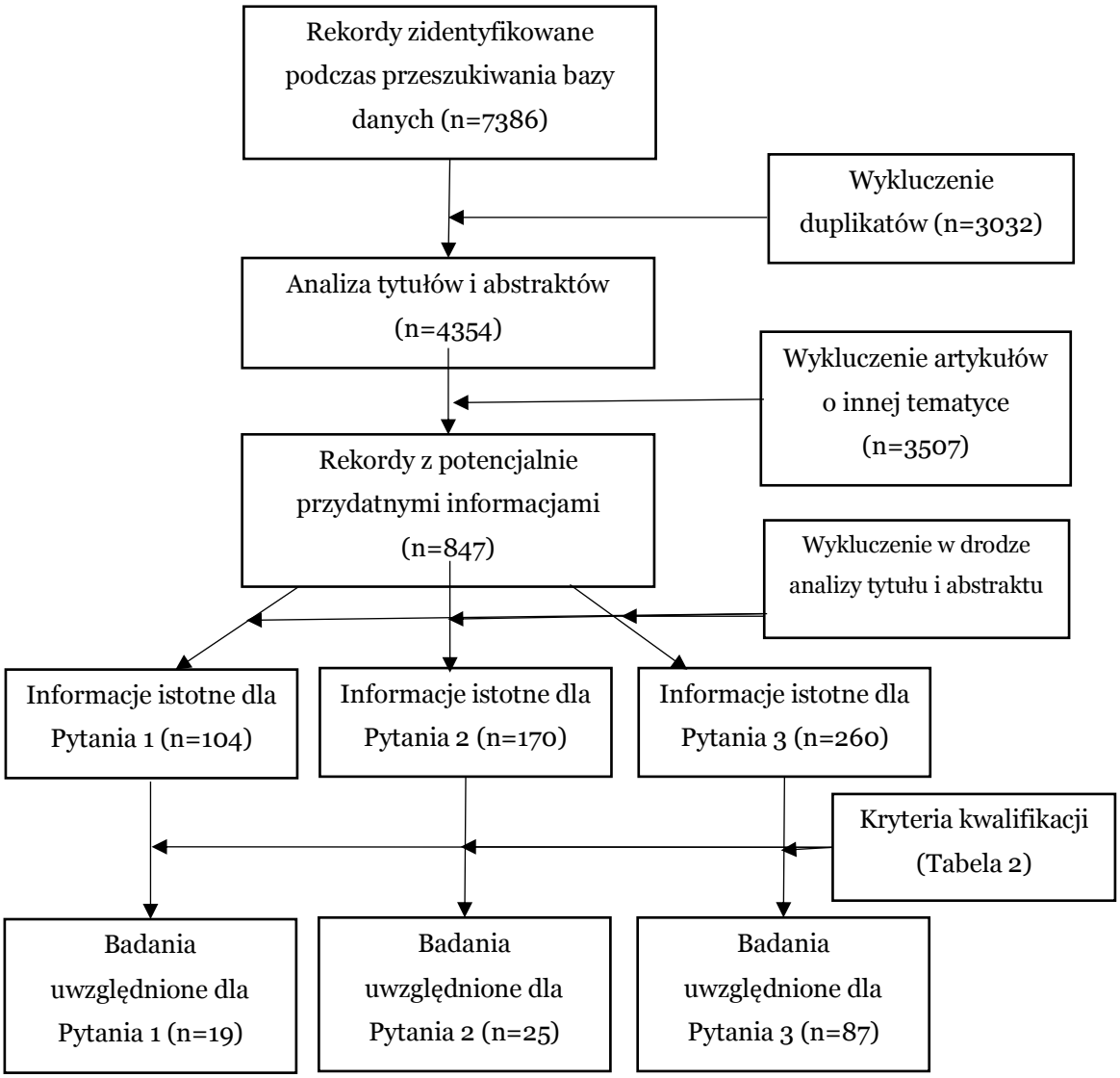
Kryteria wyboru artykułów

Zastosowanie strategii wyszukiwania opisanej w poprzedniej sekcji zaowocowało referencyjną bazą danych, stworzoną i zarządzaną za pomocą oprogramowania do zarządzania referencjami Mendeley. Selekcja artykułów została przeprowadzona przez trzech badaczy, ekspertów w dziedzinie przemocy wobec osób starszych. Badacze ci przeprowadzili wybór artykułów niezależnie, w trzyetapowej procedurze, analizując tytuły i streszczenia w pierwszych dwóch krokach oraz pełny tekst w kroku trzecim.

Proces identyfikacji opracowań kwalifikujących się do wykorzystania ilustruje rysunek 1. Łączna liczba zidentyfikowanych tytułów wynosiła 7386, a po usunięciu z bazy duplikatów spadła do 4354 tytułów. Pierwszym krokiem na drodze do wyselekcjonowania artykułów będących przedmiotem zainteresowania było zastosowanie ogólnych kryteriów wyboru, które umożliwiły usunięcie z bazy danych wszystkich artykułów nieporuszających tematu nadużyć wobec osób starszych. Etap ten pozwolił wyłonić 847 pozycji, które zostały zeskanowane w poszukiwaniu istotnych informacji z punktu widzenia trzech sformułowanych

na wstępie pytań. Drugim krokiem była analiza przydatności artykułów w kontekście każdego z tych pytań. Uznano, że jeden artykuł może zawierać istotne informacje dotyczące więcej niż jednego pytania.

Rycina 1 –Schemat blokowy procedury wyboru artykułów.



W przypadku pytania 3 przydatne są jedynie badania empiryczne opisujące charakterystykę psychometryczną narzędzi przesiewowych; w związku z tym nie uwzględniono przeglądów literatury. Dokonano natomiast analizy bibliografii przeglądów literatury dotyczących pytania 3, aby uwzględnić dodatkowe artykuły, które nie zostały odnalezione w bazie danych. W rezultacie uzyskano 104 artykułu dla pytania 1, 170 artykułów dla pytania 2 i 260 artykułów dla pytania 3.

Trzecim krokiem było zastosowanie określonych kryteriów specyficznych. Charakterystyki artykułów, które uznano za istotne dla celów każdego z pytań, zostały podsumowane i zastosowane jako kryteria w drodze analizy pełnego tekstu artykułów, które wyselekcjonowano w poprzednim kroku. Aby zostać wybranym do ekstrakcji danych, artykuły musiały spełniać co najmniej jedno z kryteriów przedstawionych w Tabeli 2.

Tabela 2 – Lista specyficznych kryteriów stosowanych do wyboru artykułów w kroku 3.

Pytanie	Specyficzne kryteria
Pytanie 1: Jakie argumenty można zastosować za lub przeciw procesowi przesiewowemu?	Przedstawiają wytyczne dotyczące procesu przesiewowego Artykuły koncepcyjne na temat badań przesiewowych Dyskusje lub przeglądy, które opisują argumenty za lub przeciw badaniom przesiewowym
Pytanie 2: Jacy specjaliści przeprowadzają badania przesiewowe, w jakich środowiskach i jak badania przesiewowe są postrzegane przez specjalistów i osoby starsze?	Przedstawiają dane dotyczące specjalistów stosujących narzędzia przesiewowe Artykuły opiniotwórcze lub dyskusje na temat praktyki badań przesiewowych Artykuły o konsekwencjach badań przesiewowych Artykuły na temat percepcji/doświadczeń specjalistów w obszarze badań przesiewowych Artykuły na temat percepcji/doświadczeń osób starszych w obszarze badań przesiewowych Przypadki kliniczne, w których stosowano badania przesiewowe
Pytanie 3: Jakie narzędzia przesiewowe są stosowane, w jakich krajach i jaka jest ich	Walidacja lub adaptacja narzędzi przesiewowych Badania wykorzystujące narzędzia przesiewowe Właściwości psychometryczne narzędzi przesiewowych

charakterystyka psychometryczna?

Zastosowanie specyficznych kryteriów pozowliło wyłonić 19 artykułów wykorzystanych do ekstrakcji danych dla pytania 1, 25 artykułów dla pytania 2 i 87 artykułów dotyczących pytania 3.

Ekstrakcja danych

W przypadku każdego pytania wybrane artykuły zostały niezależnie przeanalizowane przez trzech badaczy. Najpierw badacze zebrali najistotniejsze szczegóły dla każdego pytania w drodze analizy pełnego tekstu i podsumowali je w trzech tabelach zbiorczych. Następnie wspólnie podjęli decyzję, które dane były istotne. Na etapie końcowym podsumowane informacje zostały wykorzystane do wyciągnięcia wniosków przedstawionych w następnej sekcji.

3. Wyniki

Pytanie 1: Jakie argumenty można zastosować za lub przeciw procesowi przesiewowemu?

Na podstawie analizy 19 artykułów nie można definitywnie opowiedzieć się za lub przeciw badaniom przesiewowym w kierunku złego traktowania osób starszych. Żaden z analizowanych artykułów nie dostarczył dowodów na to, że badania te zmniejszają krzywdę lub ryzyko przedwczesnej śmierci, niepełnosprawności lub cierpienia osób starszych, ani też nie uwzględnił możliwych niepożądanych skutków procesu przesiewowego. Obecne dane są niewystarczające do oceny bilnsu korzyści i szkód związanych z badaniami przesiewowymi pod kątem nadużyć i zaniedbań wobec wszystkich starszych lub podatnych na zagrożenia osób (Curry i in., 2018).

Istnieją jednak pewne argumenty za i przeciw screeningowi, głównie w odniesieniu do konkretnych narzędzi przesiewowych.

Argumnety "za"

Pomimo wielu przeszkód na drodze do identyfikacji osób starszych doświadczających przemocy, ukryty charakter roblemu, fakt, że większość ofiar pozostaje niezidentyfikowana oraz rozpowszechnienie zjawiska, a także potencjalnie poważne konsekwencje dla ofiar (w tym śmierć) doprowadziły do zdecydowanego popracia dla badań przesiewowych w kierunku nadużyć (Anetzberger, 2001; Anthony i in., 2009; Cohen, 2011; Baig i in., 2015).

Problem przemocy wobec osób starszych można rozwiązać tylko w przypadku jego wykrycia. Interwencje organów publicznych upoważnionych do zapobiegania problemowi lub jego rozwiązywania nie mogą mieć miejsca bez odpowiedniego zgłoszenia. Badania przesiewowe są wykorzystywane do promowania bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia osób starszych oraz, w większości przypadków, do wypełniania prawnie nałożonego obowiązku zgłaszania podejrzeń popełnienia przestępstwa. Narzędzia przesiewowe pomagają zwiększyć świadomość zjawiska i prowadzą użytkowników przez

systematyczny proces obserwacji i dokumentacji, aby zapewnić, że oznaki przemocy wobec osób starszych nie zostaną przeoczone (Antezberger, 2008).

Rutynowe i systematyczne korzystanie z narzędzi do wykrywania nadużyć pełni istotną rolę w warunkach klinicznych. Zapewnia ramy dla przynajmniej podstawowej oceny ryzyka wśród osób starszych podczas ich kontaktów z lekarzami, pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi i innymi pracownikami służby zdrowia (Anthony i in., 2009). Ponadto zastosowanie narzędzi do bezpośredniego zadawania pytań może zająć mniej niż pięć minut, co przemawia do lekarzy pracujących w dynamicznych warunkach klinicznych (Cohen, 2011; Hoover i Polson, 2014).

Badania pokazują, że identyfikacja przypadków dokonywana przez profesjonalistów przy użyciu ustrukturyzowanych narzędzi wykazała wyższe wskaźniki nadużyć niż te stwierdzone w innych badaniach rozpowszechnienia zjawiska (Cohen, 2011).

Wyniki oceny ryzyka można wykorzystać do określenia potrzeby bardziej kompleksowych ocen, wspierając w ten sposób rozważną alokację zasobów. Narzędzia oceny i badań przesiewowych mogą wskazywać kierunki w dochodzeniach, ułatwiać opracowywanie planu bezpieczeństwa i pociągać za sobą interwencje, jednocześnie wspierając optymalną alokację zasobów oraz odpowiadając na potrzeby edukacyjne i szkoleniowe (Anthony i in., 2009; Baig i in., 2015).

Argumentsy "przeciw"

Znaleziono argumenty przeciwko procesowi przesiewowemu w ogóle oraz poglądy wyrażające trudności w korzystaniu z niektórych narzędzi do badań przesiewowych. Zidentyfikowane stanowiska są następujące:

Przeprowadzanie ogólnych badań przesiewowych pod kątem nadużyć bez znanych skutecznych środków zaradczych i zasobów lub bez wyspecjalizowanego zespołu do oceny uzupełniającej jest wysoce wątpliwe. Lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia powinni być edukowani w zakresie przemocy wobec osób starszych i ich zaniedbywania, szczególnie w odniesieniu do osób z grup ryzyka, obowiązku zgłaszania podejrzeń oraz strategii wstępnego reagowania, co powinno być połączone z edukacją publiczną. Wciąż jeszcze nie jesteśmy

w miejscu, z którego chcielibyśmy zachęcać do aktywnego prowadzenia badań przesiewowych, nie mówiąc już o ich nakazie. Fałszywie pozytywne wyniki mogą powodować stres psychiczny u osób starszych i ich rodzin oraz zagrażać relacji lekarz-pacjent (Dong, 2015).

Wyniki fałszywie ujemne mogą negować nadużycia i dostarczać mylnych zapewnień, jeszcze bardziej zwiększając ryzyko wystąpienia niekorzystnych wyników u osób starszych (Dong, 2015), a także zniechęcając klinicystów do docierania do prawdziwych historii i uniemożliwiając zidentyfikowanie tych, którzy są rzeczywiście zagrożeni (Gallione i in. , 2017).

Wyniki fałszywie pozytywne mogą prowadzić do napiętnowania i postaw karzących, wywołując stres psychiczny, a także do napięć rodzinnych, utraty miejsca zamieszkania lub zasobów finansowych, co powoduje utratę autonomii ofiary. Debata na temat tego, czy narzędzia przesiewowe są słuszną i wiarygodną metodą oceny potencjalnych nadużyć wobec osób starszych, trwa nadal. Poczyniono pewne postępy w badaniach przesiewowych w kierunku nadużyć wobec osób starszych; Wciąż jednak pozostaje przestrzeń dla przyszłych badań naukowych, ponieważ jak dotąd nie analizowano możliwych niepożądanych skutków testowania pacjentów lub ich opiekunów, wpływu procesu przesiewowego na procesy kliniczne, kosztów, wymagań czasowych lub wpływu na samoocenę (Gallione i in., 2017). Istnieje również obawa, że badania przesiewowe mogą narazić osoby starsze na większe ryzyko i więcej szkód (Dong, 2015).

Aby ujawnić przemoc i wskazać szczegóły dotyczące nadużyć, ofiary powinny czuć, że ich rozmówca jest godny zaufania, empatyczny, wrażliwy na ich trudności i nie ocenia. Niestety, osiągnięcie tej sprzyjającej atmosfery często wymaga poświęcenia czasu i wysiłku, co nierzadko utrudniają ograniczenia czasowe (Cohen, 2011).

Badania przesiewowe mogą zwiększyć liczbę zgłoszeń / skierowań do innych podmiotów, a w konsekwencji zwiększyć obciążenie systemu pomocy społecznej lub usług w zakresie ochrony ofiar przemocy, dodatkowo powodując dyskomfort i stres dla starszej osoby i jej rodziny (Cohen, 2011).

Dong (2005) przedstawił Kryteria Wilsona-Jungnera dotyczące Oceny Słuszności Programu Badań Przesiewowych i ich zastosowanie w badaniach przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych:

Badany stan powinien być ważnym problemem zdrowotnym. Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie, zachorowalność, zwiększoną śmiertelność i negatywny wpływ na jakość życia, przemoc wobec osób starszych spełnia ten warunek. (SPEŁNIA)

Przebieg choroby powinien być dobrze znany. Złożoność i mnogość zmiennych, takich jak ofiara, sprawca (sprawcy), środowisko i czynniki kulturowe, skutkują słabym rozpoznaniem problemu. (NIE SPEŁNIA)

Choroba powinna mieć możliwe do wykrycia wczesne stadium. Tymczasem nadużycie może wystąpić bez znaków ostrzegawczych, zaś wczesne czynniki ryzyka mogą nie rozwinąć się w nadużycia. Ramy czasowe dla progresji od czynników ryzyka do nadużyć są nieznane. (NIE SPEŁNIA)

Leczenie na wczesnym etapie powinno przynieść więcej korzyści niż na późniejszym etapie. Wiedza o interwencjach skutecznych na wczesnym etapie nie jest dobrze ugruntowana i często brakuje jej w wielu społecznościach. (NIE SPEŁNIA)

Dla wczesnego etapu powinien zostać opracowany odpowiedni test. Większość dostępnych testów przesiewowych opiera się na wykrywaniu nadużyć. Testy identyfikujące czynniki ryzyka nie są w stanie przewidzieć przyszłych nadużyć i mogą skutkować zwiększoną liczbą wyników fałszywie pozytywnych i fałszywie negatywnych. (NIE SPEŁNIA)

Test powinien być akceptowalny. Biorąc pod uwagę mnogość miejsc przeprowadzania badań przesiewowych (np. kliniki, szpitale), wiele osób może uważać, że badania przesiewowe wykraczają poza zakres ich obowiązków. Krótki czas trwania typowego spotkania ogranicza możliwość zadawania pytań przesiewowych. (NIE SPEŁNIA)

Należy określić odstępy czasu między kolejnymi badaniami przesiewowymi. Odstępy czasu nie są ściśle określone. Powtarzające się pytania mogą zrazić pacjentów lub opiekunów. (NIE SPEŁNIA)

Należy zapewnić odpowiednie zasoby w związku z dodatkowym obciążeniem pracą kliniczną wynikającą z badań przesiewowych. Nie przewiduje się

rekompensaty finansowej za dodatkowy czas poświęcany na badania przesiewowe w placówkach medycznych i podejmowanie działań w następstwie pozytywnego wyniku testu. Większość placówek opieki zdrowotnej jest ukierunkowana na ilość. (NIE SPEŁNIA)

Zagrożenia fizyczne i psychologiczne powinny być mniejsze niż korzyści. Zagrożenia fizyczne i psychologiczne powinny być minimalne, ale mogą zakłócić zdrową relację. (SPEŁNIA)
Należy wyważyć koszty i korzyści. Koszty badań przesiewowych powinny obejmować koszty ekonomiczne, społeczne i psychiczne. Pozytywny wynik badania może skutkować nieodpowiednią interwencją, prowadząc do eskalacji problemu. (NIE SPEŁNIA) (Dong, 2015).

Argumenty dotyczące wykorzystania narzędzi przesiewowych

Biorąc pod uwagę, że przemoc wobec osób starszych jest zagadnieniem o dużej złożoności, z wieloma obliczami i nie podąża tradycyjną trajektorią choroby typową dla epidemiologii, niektórzy autorzy odradzają stosowanie konkretnego, pojedynczego narzędzia przesiewowego (Baig i in., 2015).
Niektóre narzędzia wymagają odpowiedniego przeprowadzenia specjalistycznego szkolenia, przy czym nie ma jasnych wytycznych co do charakteru takiego szkolenia (Santos i King, 2010; Cohen, 2011).
W przypadku, gdy używamy narzędzi do bezpośredniego zadawania pytań, a wynik MMSE (Mini-Mental State Exam – krótka skala oceny stanu psychicznego)) jest pozytywny, przed przystąpieniem do badania przesiewowego w kierunku nadużyć upośledzenie funkcji poznawczych należy poddać dalszej ocenie. Deficyty poznawcze mogą być ograniczone do określonych sfer, a pacjent może zachować pamięć i sprawność w innych obszarach.
Narzędzia można klasyfikować zgodnie z trójwymiarowym modelem badań przesiewowych w kierunku nadużyć zaproponowanym przez Cohena (2011): (1) bezpośrednie zadawanie pytań o przemoc lub zaproszenie osoby starszej do samodzielnego wypełnienia formularza (2) sprawdzanie oznak nadużycia oraz (3) ocena ryzyka nadużycia. Jedno narzędzie może należeć do więcej niż jednej kategorii.

Narzędzia do bezpośredniego zadawania pytań są kluczowym elementem badań przesiewowych; chociaż większość osób starszych doświadczających przemocy nie zainicjuje rozmowy o swoim problemie, niektóre z nich ujawnią nadużycia, gdy zostaną o nie spytane bezpośrednio przez zaufanego specjalistę. Inne jednak mogą zaprzeczać, że są wykorzystywane. Kolejnym ograniczeniem bezpośredniego zadawania pytań jest to, że można je zastosować tylko w przypadku osób zdrowych psychicznie. Konieczna jest również ostrożność, ponieważ wyniki fałszywie pozytywne można uzyskać z powodu konfliktów rodzinnych, uczucia złości i wrogości wobec członków rodziny oraz niezadowolenia z relacji rodzinnych.

Identyfikacja oznak nadużycia wymaga umiejętności prowadzenia konwersacji taki sposób, by rozmówca nie czuł się zagrożony ani osądzany. Ocena oznak nadużyć często wiąże się z niepewnością i niejednoznacznością dla specjalisty, ponieważ oznaki przemocy na późniejszym etapie życia są często trudne do odróżnienia od objawów choroby. Jeszcze bardziej problematyczne jest zidentyfikowanie nadużyć psychicznych, które zwykle przejawiają się w skutkach psychologicznych, takich jak apatia, depresja i lękliwość, zbieżnych z reakcjami osób starszych na utratę, chorobę lub pogorszenie funkcji poznawczych. Ponadto badanie przesiewowe w kierunku oznak zaniedbania nie pozwala odróżnić zaniedbania od samozaniedbywania, przy czym oba te rodzaje zaniedbań wymagają natychmiastowej interwencji. Narzędzia do identyfikacji oznak przemocy pełnią również cenną rolę w podnoszeniu świadomości i czujności specjalistów wobec różnych możliwych przejawów nadużyć.

Wskaźniki Ryzyka Nadużyć skupiają się na prowadzeniu badań pod kątem czynników ryzyka wystąpienia przemocy, pomimo braku ewidentnych oznak jej wystąpienia i/lub bez zgłoszenia problemu przez osobę starszą.

W celu optymalizacji procesu wykrywania przemocy najlepiej byłoby zastosować wszystkie trzy powyższe typy badań przesiewowych.

Różne typy badań przesiewowych mogą w znacznym stopniu pokrywać się pod względem wykrywania nadużyć, ale wykazano, że każda metoda identyfikuje przypadki niezidentyfikowane przez dwie pozostałe. Zatem im więcej metod badań przesiewowych można zastosować, tym mniej niejednoznaczny wynik. Uznaje się jednak, że specjaliści na ogół nie mają czasu, warunków ani

umiejętności, aby przeprowadzić 3-poziomowe badanie przesiewowe (Cohen, 2011).

Istniejące narzędzia przesiewowe i narzędzia oceny skupiają się na oznakach fizycznego znęcania się i nadużyć, które można łatwo zaobserwować i zazwyczaj opierają się na wiedzy i osądzie oceniającego je specjalisty (Anthony i in., 2009).

Istniejące narzędzia i protokoły nie opisują treści wymaganych szkoleń ani sposobu, w jaki zapewnia się, że szkolenie jest realizowane (Anthony i in., 2009).

Żadne z narzędzi przesiewowych nie ma cech, które są kluczem do skutecznej identyfikacji i przekierowania przypadków przemocy wobec osób starszych:

Wyraźne rozróżnienie między przypadkami faktycznego nadużycia, oznakami rodzącymi podejrzenia nadużycia i czynnikami związanymi z ryzykiem doświadczenia przemocy przez osoby starsze;

Szczególne uwzględnienie przemocy domowej na późniejszym etapie w życiu jako element nadużyć wobec osób starszych;

Wyznaczenie odpowiednich praw i agencji zajmujących się przemocą wobec osób starszych przez państwo i społeczność (Anetzberger, 2001).

Żadne badania nie podejmowały kwestii wrażliwości narzędzi przesiewowych na różnice kulturowe. Dlatego kolejnym pytaniem, które należy postawić, jest możliwość zastosowania narzędzi przesiewowych do wielokulturowych grup osób starszych (Cohen, 2011).

Procedury przesiewowe – zastosowanie i ograniczenia

W literaturze opisano kilka procedur przesiewowych, które obejmują narzędzia przesiewowe wykorzystywane głównie do celów badawczych oraz jako wsparcie i wskazówki dla profesjonalistów zajmujących się problemem przemocy wobec osób starszych.

Według Baiga i współpracowników (2015) protokół badań przesiewowych musi składać się z czterech elementów:

Punkty decyzyjne;

Kolejne kroki działania;

Notatki;

Narzędzia przesiewowe.

Istnieje kilka ogólnych wskazówek dotyczących skutecznych procedur lub protokołów:

Narzędzia przesiewowe powinny pozostać ogólne, a także powinny być rozwijane i testowane pod kątem ich zdolności do wykrywania wielu rodzajów nadużyć wobec osób starszych. Wyzwaniem może być przeszkolenie multidyscyplinarnych zespołów specjalistów w zakresie stosowania i interpretacji takich narzędzi (Gallione i in., 2017).

Należy zapewnić programy szkoleniowe, aby przekazać profesjonalistom wiedzę i dać im poczucie posiadania odpowiednich kompetencji w postępowaniu w przypadkach zidentyfikowanych lub podejrzewanych nadużyć lub ryzyka ich wystąpienia (Cohen, 2011).

Zasadniczą postawą specjalistów w kontaktach z osobami starszymi i ich rodzinami nie powinno być obwinianie i krytyka, ale koncentracja na wyeliminowaniu problemów i opracowywaniu najwłaściwszego rozwiązania (Cohen, 2011).

Specjaliści powinni przemyśleć, w jaki sposób można przeprowadzić wywiad, aby zapewnić maksymalną prywatność oraz w jaki sposób go zorganizować, aby pacjent i członkowie rodziny odpowiadali na pytania oddzielnie. Wywiad i badanie pacjenta w podeszłym wieku należy zawsze przeprowadzić w pierwszej kolejności, z dala od opiekuna lub osoby podejrzanej o nadużycia. Protokół powinien zawierać podstawowe pytania metryczkowe, które umożliwią specjaliście określenie składu rodziny i statusu społeczno-ekonomicznego pacjenta. Po nich powinno nastąpić przejście do pytań ogólnych, które dadzą obraz ogólnego samopoczucia osoby starszej, a następnie do badania pod kątem różnych rodzajów nadużyć lub zaniedbań (fizycznych, psychicznych i finansowych). Protokół powinien skupiać się na najczęstszych oznakach dla każdego rodzaju nadużyć i zawierać konkretne pytania dla pacjenta. Badania przesiewowe i ocena pod kątem przemocy wobec osób starszych powinny przebiegać według typowego wzorca (Aravanis i wsp., 1993).

Protokoły powinny zawierać definicje przemocy wobec osób starszych, przemocy w rodzinie, samostanowienia, czynniki ryzyka, narzędzia przesiewowe, pracę z różnymi grupami i lokalne podmioty zajmujące się problemem przemocy. Ponadto powinny być włączone do szkolenia w zakresie przemocy wobec osób

starszych, aby zwiększyć świadomość i proaktywne reakcje na nadużycia wobec tej grupy (Blundell, Warren i Moir, 2020).

Protokoły dotyczące przemocy wobec osób starszych muszą skupiać się na określonych miejscach, odzwierciedlać lokalną specyfikę, tak aby zachować znaczenie dla różnych obszarów, w tym społeczności zamiejszkujących wiejskich i oddalone od cywilizacji tereny (Blundell, Warren i Moir, 2020).

Potrzebne jest monitorowanie i ocena protokołów dotyczących przemocy wobec osób starszych, aby zrozumieć ich skuteczność oraz wszelkie problemy związane z ich treścią i zastosowaniem, co ma kluczowe znaczenie, jeśli protokoły te mają pozostać aktualne i trafne (Blundell, Warren i Moir, 2020).

Daj usługodawcom protokół do korzystania z narzędzi i zidentyfikuj potencjalne źródła pomocy w przypadku wykrycia przemocy wobec osób starszych i przemocy domowej w późnym wieku. Zapewnij szkolenie formalne związane z narzędziami i protokołem (Antezberger, 2008).

Istnieją również zalecenia dotyczące procedur kierowania przypadków przemocy. Jeśli istnieje podejrzenie lub potwierdzenie znęcania się nad osobami starszymi, standardowe procedury skierowania do odpowiednich służb mają kluczowe znaczenie, a zgłaszanie przemocy wobec osób starszych w niektórych krajach jest obowiązkowe (Baig i in., 2015). Protokół skierowania powinien być jednostronicowym schematem blokowym, który zapewnia ogólne ramy dla identyfikacji i zgłaszania problemów. Zawiera tylko kluczowe, podstawowe elementy pozwalające ustalić, czy osoba starsza może być ofiarą przemocy i gdzie należy ją skierować na bardziej dogłębną ocenę. Protokół rozpoczyna się od wkładu ze strony badanej osoby uzyskanego podczas wstępnej wizyty, rozmowy telefonicznej, kontaktu osobistego lub w kontekście świadczenia innych rodzajów usług, takich jak wizyty w izbie przyjęć lub sesje doradztwa rodzinnego.

Należy rozumieć, że podobnie jak w przypadku wszystkich badań przesiewowych w kierunku chorób, proces przesiewowy daje wynik „dodatni" lub „ujemny", ale nie ma charakteru diagnostycznego i uzasadnia dodatkowe badania i ocenę przed wyciągnięciem wniosków (Caldwell, Gilden i Muelle , 2013).

Pytanie 2. Jacy specjaliści przeprowadzają badania przesiewowe, w jakich środowiskach i jak badania przesiewowe są postrzegane przez specjalistów oraz osoby starsze?

Profesjonaliści i środowiska w badaniach przesiewowych

Na podstawie analizy 25 artykułów, w procesy przesiewowe zaangażowani byli specjaliści tacy jak ratownicy, pielęgniarki, lekarze, dentyści, pracownicy socjalni, psycholodzy, terapeuci zajęciowi, personel szpitalny, adwokaci, prawnicy, policja, administratorzy organizacji, eksperci ds. etyki, personel domów opieki i profesjonaliści zajmujący się opieką domową. Środowiska były zróżnicowane i obejmowały placówki podstawowej opieki zdrowotnej, oddziały ratunkowe, szpitale ogólne i geriatryczne, domy opieki, opiekę długoterminową, placówki środowiskowe, kliniki dentystyczne i opiekę domową.

Jak profesjonaliści postrzegają badania przesiewowe?

W badaniach, które uwzględniają perspektywę profesjonalistów, pyta się ich o zalety i trudności procesu przesiewowego lub stosowanie określonych narzędzi przesiewowych. Ogólnie rzecz biorąc, specjaliści postrzegają badania przesiewowe jako pomocne w rozpoznawaniu przemocy wobec osób starszych. Mimo to istnieje kilka trudności, jakie napotykają różne grupy zawodowe, większość z nich związana jest z brakiem czasu oraz brakiem wiedzy i odpowiedniego przeszkolenia.

W swoim badaniu Schmeidel i in. (2012) przeprowadzili wywiady z pielęgniarkami, lekarzami i pracownikami socjalnymi, aby zbadać perspektywy pracowników służby zdrowia na temat przemocy wobec osób starszych w celu lepszego zrozumienia problemu zgłaszania przypadków nadużyć i wygenerowania pomysłu na udoskonalenie procesu ich wykrywania i zgłaszania. Pielęgniarki, lekarze i pracownicy socjalni podchodzą do przemocy wobec osób starszych z różnymi wartościami, które wypracowali przez lata praktyki. Lekarze byli bardziej skoncentrowani na znanych chorobach lub stanach fizycznych, które mogli leczyć i z którymi byli zaznajomieni. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze wskazywali, że muszą nadać priorytet temu, co najlepiej wpisuje się

w ograniczony czas, jakim dysponują, i najczęściej przemoc wobec osób starszych nie znajdowała się na szczycie tej listy priorytetów. Ponadto lekarze zauważyli, że przemoc wobec osób starszych nie jest problemem, który można szybko i wyraźnie złagodzić. Ocena nadużyć wobec osób starszych stanowiła istotną praktyczną barierę, którą wielu osobom trudno było pokonać za pomocą swoich zasobów. Jednym z najczęściej wymienianych problemów był brak czasu; zarówno pielęgniarki, jak i lekarze uważali, że mają do czynienia z tak wieloma innymi zadaniami, że nie ma wystarczająco dużo czasu, aby zająć się nadużyciami wobec osób starszych. Podczas gdy przepisy dotyczące przemocy wobec osób starszych próbują wyjaśnić, co stanowi nadużycie i kogo prawo chroni, interpretacja i wdrażanie prawa w praktyce klinicznej okazały się trudne dla większości pielęgniarek, lekarzy i pracowników socjalnych. Kolejną barierą jest wewnętrzny system odpowiedzialności w przychodni lub szpitalu oraz zewnętrzny system raportowania do Departamentu Pomocy Społecznej. Ogólnie rzecz biorąc, pracownicy socjalni byli najlepiej poinformowani, jeśli chodzi o wykrywanie i zgłaszanie przypadków przemocy wobec osób starszych, prawdopodobnie dlatego, że wszyscy przeszli przez proces zgłaszania takich przypadków. Kilka osób uważało, że należałoby poprawić edukację i podnieść poziom świadomość przemocy wobec osób starszych wśród klinicystów. Pielęgniarki i lekarze nie byli tak zadowoleni ze swojej wiedzy na temat nadużyć, jak pracownicy socjalni (Schmeidel i in., 2012).

Według badania Swagerty'ego (2003) lekarze mogą przeoczyć lub nie zgłosić nadużyć wobec osób starszych z następujących powodów:

Niewiedza na ten temat (niewielkie lub brak specjalistycznego przeszkolenie w zakresie rozpoznawania przemocy);

Ageizm lub nieprzychylny stosunek do osób starszych;

Brak świadomości, ponieważ w literaturze medycznej jest niewiele informacji na ten temat;

Niechęć do przypisywania oznak przemocy do problemu;

Izolacja ofiar lub pacjentów rzadko widywanych przez lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia;

Subtelne, niespecyficzne przejawy, takie jak zła higiena lub odwodnienie;

Chęć uniknięcia zaangażowania;

Strach przed konfrontacją lub chęć jej uniknięcia
Niechęć do zgłaszania nadużycia, które jest tylko podejrzewane;
Ofiara prosi o niezgłaszanie nadużyć (przywilej pacjent/lekarz);
Brak wiedzy na temat prawidłowego raportowania;
Strach przed narażeniem relacji ze szpitalem lub placówką opiekuńczą.

Głos osób starszych na temat procesu przesiewowego

Tylko jedno badanie obejmowało perspektywę osób starszych. Jego przedmiotem było to, jak osoby starsze czuły się odpowiadając na pytania zawarte w narzędziu do badań przesiewowych. Doświadczenia związane z odpowiadaniem na REAGERA-S zostały określone jako „w większości pozytywne" przez 20% (n = 12) i „ani pozytywne, ani negatywne" przez 78% (n = 46). Udział w wywiadzie został oceniony jako „w większości pozytywny" przez 39% (n = 23) i „ani pozytywny, ani negatywny" przez 58% (n = 34). Osoby starsze zgłaszające nadużycia częściej odbierały wywiad jako „w większości pozytywny" niż pacjenci sklasyfikowani jako niedoświadczający przemocy (Simmons i in., 2020a).

Pytanie 3: Jakie narzędzia przesiewowe są stosowane, w jakich krajach i jaka jest ich charakterystyka psychometryczna?

Na podstawie analizy 87 artykułów znaleziono dane i opisy dotyczące 37 narzędzi przesiewowych. Spośród tych 37 narzędzi osiem (przedstawionych w ośmiu artykułach) było wczesnymi wersjami badawczymi narzędzi przesiewowych dedykowanych przemocy wobec osób starszych. Narzędzia te nie zostały nazwane, a artykuły przedstawiały jedynie wczesne wyniki psychometryczne. W dniu zebrania danych referencyjnych nie znaleziono żadnych badań uzupełniających z użyciem tych narzędzi. W związku z tym uznano, że te osiem narzędzi może być jedynie przedmiotem zainteresowania badawczego.
Pozostałe 29 narzędzi przesiewowych (zob. Aneks I) wykazywały różne podobieństwa między sobą. W oparciu o te podobieństwa narzędzia podzielono na cztery kategorie. Pierwsza z nich obejmuje instrumenty zaprojektowane do szybkiego zastosowania, z dychotomicznymi systemami odpowiedzi (tak/nie) oraz używane w wielu środowiskach i przez różnych profesjonalistów.

Nazwaliśmy tę kategorię narzędziami przesiewowymi opartymi na bezpośrednich pytaniach. Instrumenty z drugiej kategorii wymagają dłuższego czasu na zastosowanie i opierają się na umiejętnościach obserwacyjnych i zawodowych. Nazwaliśmy tę kategorię procedurami przesiewowymi opartymi na obserwacji lub dogłębnej ocenie. Do trzeciej kategorii zaliczono instrumenty, które skupiają się na nadużyciach ze strony konkretnej osoby. Instrumenty te odnoszą się do konkretnych relacji i często obejmują ocenę domniemanego nadużycia. Nazwaliśmy tę kategorię narzędzia przesiewowe określające sprawcę. Czwarta kategoria obejmuje narzędzia przeznaczone do oceny jednego konkretnego rodzaju nadużycia. Nazwaliśmy ją narzędzia przesiewowe do oceny jednej formy nadużycia.

W kolejnych sekcjach opisano każdą z tych kategorii bardziej szczegółowo wraz z narzędziami przesiewowymi, które do nich pasują.

a) Narzędzia przesiewowe oparte na bezpośrednich pytaniach

W tej kategorii znaleźliśmy osiem narzędzi przesiewowych, uwzględnionych i przetestowanych w 35 artykułach. Tabela 3 podsumowuje główne cechy tych narzędzi. Jak wcześniej wspomniano, wszystkie narzędzia z tej grupy mają system odpowiedzi tak/nie i zostały opracowane z myślą o szybkiej aplikacji. Ponadto zaprojektowano je tak, aby możliwe było ich stosowanie w różnych środowiskach lub też powstały z przeznaczeniem do określonego środowiska, a następnie zostały poddane walidacji w innych. Powszechne są również wersje tych instrumentów przewidziane do samodzielnego wypełniania. Pod względem długości najkrótsze narzędzia mają sześć pozycji (EASI i ED Senior AID), a najdłuższe 22 pozycje (GMS), przy czym liczba pozycji nie jest dowodem na łatwość aplikacji, ponieważ ich złożoność różni się w zależności od narzędzia przesiewowego

Tabela 3 – Charakterystyka narzędzi przesiewowych opartych na bezpośrednich pytaniach

Narzędzie przesiewowe	Liczba pozycji	Wartość graniczna	Istotne informacje psychometryczne
Test Przesiewowy w kierunku Przemocy wobec Osób Starszych Hwalka-Sengstocka (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test – H-S/EAST)	15	4 lub więcej "Tak"	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha od 0,29 do 0,745; Struktura wewnętrz czynniki teoretyczne nie poparte analiz czynnikową; Wynik związany z niższą j życia, depresją. Pozytywnie powiązany
Wskaźnik Podejrzeń Przemocy wobec Osób Starszych (Elder Abuse Suspicion Index – EASI)	5+1	1 "Tak"	Zależność w skali ADL, konflikt rodzin lęki, zaburzenia neuropoznawcze i nied związane z wynikiem dot. nadużyć.
Przesiewowa Skala Podatności na Nadużycia (Vulnerability to Abuse Screening Scale – VASS)	12	1 "Tak"	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha między 0,819 a 0,83; Struktura wewnę czynniki – zależność, przygnębienie, p zranienie i przymus – wykryte przez E badaniach; Wynik związany z depresją

Identyfikacja Nadużyć wobec Osób Starszych na Oddziale Ratunkowym (Emergency Department Senior Abuse Identification – ED Senior AID)	6	1 "Tak"	Wysoka zgodność między niezależnym oceniającymi
Reagowanie na Przemoc wobec Osób Starszych w Opiecie Geriatrycznej – do samodzielnego wypełniania (Responding to Elder Abuse in GERiAtric care-Self-administered – REAGERA-S)	10	1 "Tak" w pytaniach 1-9	-
Geriatryczna Skala Złego Traktowania (Geriatric Mistreatment Scale – GMS)	22	1 "Tak"	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha Związany z depresją, niskim wsparcien społecznym, funkcjonalnością, niskim społeczno-ekonomicznym i brakiem bezpieczeństwa żywnościowego.
Koreańska Skala Przemocy wobec Osób Starszych (Korean Elder Abuse Scale)	20	-	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha Związek między wynikiem a PTSD
Test Przesiewowy Zapobiegający Ryzyku i Nadużyciom Centrum Weinberga (Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen – WC-RAPS)	11	-	Struktura wewnętrzna: dwa czynniki – i ryzyko – z odpowiednim dopasowani stwierdzonym przez CFA; Spójność we Alfa Cronbacha dla czynników wynosił i 0,82;

Spośród zidentyfikowanych narzędzi Test Przesiewowy w kierunku Przemocy wobec Osób Starszych Hwalka-Sengstocka (H-S/EAST) był stosowany najczęściej i został uwzględniony w 17 badaniach oraz w ośmiu krajach (tj. w Stanach Zjednoczonych Ameryki, Singapurze, Brazylii, Iranie, Bośni i Hercegowinie, Indiach, Turcji i Australii). Oryginalne narzędzie zostało opracowane w USA przez Hwalka i Sengstocka (1986). Kolejne prace naukowe dostarczają badania walidacyjne dla różnych populacji, tłumaczenia na inne języki oraz dodatkowe informacji dotyczące właściwości psychometrycznych narzędzia. Drugim najczęściej cytowanym narzędziem przesiewowym, o którym mowa w 6 badaniach, była Przesiewowa Skala Podatności na Nadużycia (VASS; Schofield i Mishra, 2003). Instrument ten został początkowo zaprojektowany w Australii w badaniu podłużnym z udziałem kobiet i był oparty na H-S/EAST. W kolejnych badaniach zaadaptowano go również do mężczyzn i różnych środowisk. Poza Australią stwierdzono użycie instrumentu w siedmiu innych krajach: USA, Singapurze, Turcji, Brazylii, Polsce, Indiach i Francji. Geriatryczna Skala Złego Traktowania (GMS), pochodząca z Meksyku (Giraldo-Rodríguez i Rosas-Carrasco, 2013), była cytowana w 4 badaniach i była również stosowana w badaniu w USA. Wskaźnik Podejrzeń Przemocy wobec Osób Starszych (EASI) został opracowany do użytku przez personel medyczny w Kanadzie (Yaffe i in., 2008). Poza badaniem pierwotnym znaleziono jeszcze dwa inne badania, w których zastosowano EASI – jedno w Portugalii i jedno w Rumunii, gdzie narzędzie wykorzystywano w innych środowiskach. Istnieje również wersja EASI do samodzielnego wypełniania (Yaffe, Weiss i Lithwick, 2012), jednak artykuł jej dotyczący został wykluczony z przeglądu systematycznego z powodu braku prezentacji danych psychometrycznych. Następnie znaleziono Identyfikację Nadużyć wobec Osób Starszych na Oddziale Ratunkowym (ED Senior AID; Platts-Mills i in., 2018), wykorzystaną w dwóch badaniach w USA, Reagowanie na Przemoc wobec Osób Starszych w Opiecie Geriatrycznej – do samodzielnego wypełniania (REAGERA-S; Simmons i in., 2020), narzędzie wykorzystane w jednym badaniu w Szwecji, Koreańską Skalę Przemocy wobec Osób Starszych (Choi i in., 2018), wykorzystaną w jednym badaniu w Korei Południowej i wreszcie Test Przesiewowy Zapobiegający Ryzyku i Nadużyciom Centrum

Weinberga (WC-RAPS; Teresi in., 2019), wykorzystaną w jednym badaniu w USA.

Jeśli chodzi o skuteczność narzędzi, możemy rozważyć kilka wskaźników. Prawdopodobnie najważniejsze są czułość i swoistość. Czułość, znana również jako wskaźnik prawdziwie pozytywnych wyników, odnosi się do odsetka osób, które otrzymują pozytywny wynik testu pod kątem nadużyć wobec osób starszych i faktycznie doświadczają przemocy. Swoistość, czyli współczynnik prawdziwie negatywnych wyników, odnosi się do odsetka osób, które zidentyfikowane zostały jako niedoświadczające przemocy i tak też jest w rzeczywistości. Im wyższe są te wartości, tym instrument jest skuteczniejszy w prawidłowej identyfikacji nadużyć. Zgodnie z ogólną zasadą, narzędzie do badań przesiewowych jest uważane za przydatne, jeśli suma czułości i swoistości jest wyższa niż 1,5 (Power, Fell i Wright, 2013); niższy wynik wskazuje na zbyt wiele chybień, a wynik 2 oznacza, że test jest doskonały, a wynik zawsze prawidłowy.

Pięć z ośmiu narzędzi przesiewowych opartych na bezpośrednich pytaniach posiada dane dotyczące analizy czułości i swoistości. Nie znaleziono wyników czułości i swoistości dla GMS, Koreańskiej Skali Przemocy wobec Osób Starszych i WC-RAPS. Chociaż ich cechy psychometryczne są obiecujące, nie można w pełni ocenić ich skuteczności bez danych dotyczących czułości i swoistości.

ED Senior AID i REAGERA-S prezentują bardzo wysokie wartości, co wskazuje na dużą skuteczność w prawidłowym identyfikowaniu przemocy wobec osób starszych. Jednak niewiele badań wykorzystuje te instrumenty i dlatego też mieliśmy dostęp do niewielu wskaźników psychometrycznych tych instrumentów. Chociaż instrumenty te są bardzo obiecujące, potrzeba więcej badań, aby w pełni zrozumieć ich skuteczność.

Trzy z ośmiu instrumentów posiadały obszerniejsze dane psychometryczne oraz analizę wrażliwości i swoistości. Są to H-S/EAST, EASI i VASS. EASI wykazał w pierwotnym badaniu czułość i swoistość odpowiednio 0,47 i 0,75 (Yaffe i in., 2008), co po dodaniu wynosi 1,22, poniżej zalecanej minimalnej wartości. VASS wykazał czułość 0,909 i swoistość 0,497 obliczoną tylko dla wersji francuskiej (Grenier i in., 2016). Wskaźniki te po zsumowaniu wynoszą 1,406, tuż poniżej progu. Wreszcie H-S/EAST poddany został więcej niż jednemu badaniu pod

kątem czułości i swoistości. Najlepsze wyniki uzyskano w walidacji tureckiej, która wykazała czułość 0,974 i swoistość 0,784 (Özçakar i in., 2017), a najgorszy wynik uzyskano w badaniu przeprowadzonym w USA (Neale i in., 1991) z czułością równą 0,643 i swoistością 0,907. Zarówno najgorsze, jak i najlepsze wyniki czułości i swoistości dają sumę powyżej 1,5, tj. powyżej progu przydatności. W związku z tym, gdybyśmy musieli uszeregować te trzy instrumenty na podstawie skuteczności w wykrywaniu przemocy wobec osób starszych, kolejność byłaby następująca: HS/EAST, VASS i EASI, przy czym zarówno VASS, jak i EASI znajdują się poniżej progu przydatności dla skuteczności narzędzia przesiewowego.

Narzędzia przesiewowe oparte na bezpośrednich pytaniach mają również pewne ograniczenia. Instrumenty te opierają się na relacjach osób starszych, co oznacza, że deficyty poznawcze podważają wiarygodność wyników. Aby ich stosowanie było właściwe, konieczne jest również badanie przesiewowe w kierunku upośledzenia funkcji poznawczych. Ponadto poleganie na ujawnieniu nadużyć może zmniejszyć odsetek wyników prawdziwie dodatnich, ponieważ, jak wiadomo, ludzie, którzy doświadczają przemocy, niechętnie ujawniają informacje, które mogą prowadzić do jej wykrycia. Innym ograniczeniem jest to, że instrumenty te są zwykle krótkie, a brak pytań o szczegóły pomagające zidentyfikować nadużycia może sprawić, że wiele przypadków pozostanie niewykrytych. Być może są to główne powody, dla których znalezienie narzędzi przesiewowych opartych na bezpośrednim pytaniu o dobrej czułości i swoistości jest wyzwaniem. Wreszcie, jak omówiono wcześniej, tego typu instrumenty są zwykle niewiarygodne.

Bazując na ich charakterystyce, konstrukcji i skuteczności w wykrywaniu przemocy wobec osób starszych możemy stwierdzić, że narzędzia te są przydatne, gdy możliwe jest przeprowadzenie jedynie szybkiej oceny. Ten typ instrumentu może być używany jako wstępne pytania w procesie przesiewowym. Narzędzia te są przydatne z pedagogicznego punktu widzenia do szkolenia profesjonalistów, aby rozpatrywali badania przesiewowe w kierunku przemocy wobec osób starszych jako systematyczne i zorganizowane zadanie. Aby prawidłowo z nich korzystać niezbędne jest szkolenie, ale głównie w zakresie umiejętności ogólnych (budowania relacji, umiejętności słuchania i komunikacji itd.), nie są zaś

wymagane żadne umiejętności specyficzne dla zawodu. Podobieństwo między instrumentami oznacza, że umiejętności niezbędne do posługiwania się jednym narzędziem opartym o pytania bezpośrednie znajdują zastosowanie także w pozostałych. Biorąc jednak pod uwagę, że tego typu instrumenty nie są zbyt wiarygodne, zarówno wyniki pozytywne, jak i negatywne należy interpretować z ostrożnością.

b) Procedury przesiewowe oparte na obserwacji lub dogłębnej ocenie

W tej kategorii znaleziono dziewięć instrumentów z informacjami zawartymi w 18 badaniach. Tabela 4 podsumowuje główne cechy tych instrumentów. Narzędzia te są długie i czasochłonne, a także wymagają profesjonalnej wiedzy oraz oceny. Trzy spośród nich można było zaliczyć także do następnej kategorii (narzędzia przesiewowe określające sprawcę), ponieważ wymagają również oceny domniemanego sprawcy. Zostały one jednak włączone do niniejszej kategorii ze względu na poziom wiedzy fachowej i szczegółowości niezbędne do dokonania tej oceny.

Tabela 4 – Charakterystyka narzędzi opartych na obserwacji lub dogłębnej ocenie

Narzędzie przesiewowe	Liczba pozycji	Istotne informacje psychometryczne
Ocena Klienta i Ryzyka (Client Assessment and Risk Evaluation – CARE)	43	Struktura wewnętrzna: CFA ujawnił strukturę 5-czynn Warunki życia; Status finansowy; Stan fizyczny i medy psychiczny; Interakcja społeczna/wsparcie/izolacja /przywiązanie; z dobrym dopasowaniem; Spójność we wiarygodność konstrukcji podskal waha się od 0,78 do
Skale Wykrywania Ryzyka Przemocy Domowej i Samozaniedbywania wśród osób starszych (Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons – EDMA)	Skala osób starszych: 33; Domniemany sprawca: 21	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha obu skal = 0,93 Struktura wewnętrzna: EFA ujawniła w obu skalach str trójczynnikową; Wymiary skali osoby starszej – „porzu zaniedbanie i samozaniedbywanie", „przemoc domowa samozaniedbywania", „szczególnie samozaniedbywani Wymiary skali domniemanego sprawcy – „niewłaściwe traktowanie lub przemoc", „zachowania ograniczające" „niezdolność do zapewnienia właściwego podejścia".;
Instrument Oceny Osób Starszych – zrewidowany (Elder Assessment Instrument - Reviewed – EAI - R)	51	Związany z wynikiem HS-EAST.

Instrument Oceny Osób Starszych (Elder Assessment Instrument – EAI)	44	88,9% zgodności między dwoma oceniającymi
Rozszerzone Wskaźniki Przemocy (Expanded Indicators of Abuse - E-IOA)	45+39	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha wahała się od 0 0,96; Struktura wewnętrzna: struktura trójczynnikowa wskaźników opiekuna i czteroczynnikowa dla wskaźnik starszych; Powiązane z miarą ujawnienia przemocy i m oznak przemocy.
Wskaźniki Przemocy (Indicators of Abuse – IOA)	27	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha = 0,94; Struktu wewnętrzna: jedno badanie wskazuje, że narzędzie to j jednoczynnikowe, podczas gdy inne znajduje rozwiązan dwuczynnikowe (wskaźniki ryzyka opiekuna i wskaźnik osoby starszej)
QUALCARE	56	Zgodność między niezależnymi oceniającymi: 65% w te pilotażowym; Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha = Struktura wewnętrzna: EFA i CFA wykazywały struktu czynnikową: podskala środowiskowa; podskala fizyczn i podskala psychologiczna; Powiązany ze stanem psych ADL, obciążeniem i stresującymi wydarzeniami.

Instrument dot. Ryzyka Przemocy i Złego Traktowanai Osób Starszych (Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument – REAMI)	22	trzy czynniki: czynniki ryzyka osoby starszej, czynniki r otoczenia/możliwego sprawcy i sygnały przemocy wob starszych, z dobrym dopasowaniem i spójnością wewn
Katalog oznak przemocy (Signs of abuse inventory)	34	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha z podskal wahał 0,67 do 0,91; Powiązany z obecnością wskaźników prze (miarą ryzyka).

Najczęściej przywoływanym w analizowanych pracach narzędziem opartym na obserwacji lub pogłębionej ocenie były Rozszerzone Wskaźniki Przemocy (E-IOA; Cohen i in., 2006), wymieniane w czterech badaniach przeprowadzonych w Izraelu. E-IOA jest obszerniejszą wersją Wskaźników Przemocy (IOA), opracowanych w Kanadzie przez Reisa i Nahmiasha (1998), a także częścią naszej listy, obok swojej hiszpańskiej wersji (Touza, Martínez-Arias i Prado, 2018). IOA i E-IOA to instrumenty oparte na wykrywaniu czynników ryzyka przemocy wobec osób starszych i ocenie zarówno czynników ryzyka opiekuna, jak i osoby starszej. Instrumenty te zostały zaprojektowane do stosowania przez pracowników pomocy społecznej i służby zdrowia podczas przeprowadzania oceny psychospołecznej. E-IOA różni się od IOA tym, że są przystosowane do częściowo ustrukturyzowanego wywiadu. Dodatkowo niektóre pozycje zostały wykluczone ze względu na różnice kulturowe, a inne zostały rozszerzone o subwskaźniki nadużyć.

Następnie wskazać można QUALCARE (Linda R. Phillips, Morrison i Chae, 1990), narzędzie oparte na wykrywaniu czynników ryzyka przemocy wobec osób starszych, wymienione w trzech badaniach przeprowadzonych w USA, gdzie zostało opracowane. QUALCARE został zaprojektowany w celu oceny jakości opieki świadczonej przez opiekunów, podchodząc do nadużyć jako zagadnienia ściśle związanego z opieką niskiej jakości (Pickering i in., 2017). Instrument ten opiera się na obserwacji i badaniach fizykalnych, włączonych w codzienną praktykę wyszkolonych pielęgniarek zawodowych.

Katalog Oznak Przemocy wspominany jest w trzech badaniach przeprowadzonych w Izraelu, gdzie narzędzie zostało opracowane na podstawie wcześniejszych instrumentów (Cohen i in., 2006). Jak sama nazwa wskazuje, narzędzie to koncentruje się na wykrywaniu oznak nadużyć, wykorzystując wywiad i badanie fizykalne przeprowadzane przez przeszkolonych pracowników socjalnych i pielęgniarki. Następnie wymienić można Instrument Oceny Osób Starszych (EAI; Fulmer i in., 2000), wspomniany w dwóch badaniach, oraz zrewidowaną wersję EAI odnotowaną w jednym badaniu (Fulmer i in., 2012). Badania z wykorzystaniem tych instrumentów przeprowadzono w USA. Oba narzędzia opierają się na wykrywaniu oznak nadużyć na podstawie obserwacji przez przeszkolonych specjalistów, w szczególności świadczeniodawców

podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki oddziałów ratunkowych i pracowników zajmujących się przemocą. Różnica między EAI a jego poprawioną wersją polega na włączeniu dodatkowych elementów.

Instrument Oceny Klienta i Ryzyka (CARE) jest wymieniony w jednym badaniu przeprowadzonym w USA (Burnett i in., 2014). Jest to instrument przeznaczony dla specjalistów zajmujących się problemem przemocy i opiera się zarówno na obserwacji, jak i profesjonalnej ocenie.

Skale Wykrywania Ryzyka Przemocy Domowej i Samozaniedbywania wśród osób starszych (EDMA) zostały opracowane w Hiszpanii przez Touzę, Prado i Segurę (2012). Instrument ten opiera swój proces oceny na pytaniach dotyczących ujawnienia nadużyć, czynników ryzyka i oznak przemocy. Jego zastosowanie implikuje ocenę osoby starszej i domniemanego sprawcy. Ocenę przeprowadza się poprzez bezpośrednie zadawanie pytań i obserwację przez pracowników pomocy społecznej. Ostatnim zidentyfikowanym narzędziem był Instrument dot. Ryzyka Przemocy i Złego Traktowanai Osób Starszych (REAMI), wspomniany w jednym z badań. Narzędzie to zostało opracowane w Belgii (De Donder i in., 2018) i zostało zaprojektowane do stosowania przez pracowników służby zdrowia i pracowników socjalnych w oparciu o profesjonalną ocenę dokonaną na podstawie wiedzy o analizowanych przypadkach. Pozycje instrumentu opierają się głównie na ocenie czynników ryzyka, ale uwzględniają również pewne oznaki nadużyć.

Jeśli chodzi o skuteczność tych narzędzi w wykrywaniu przemocy wobec osób starszych, należy wziąć pod uwagę nie tylko ich czułość i swoistość, ale ponieważ narzędzia te opierają się na umiejętnościach obserwacyjnych i zawodowych, także zgodność między dokonującymi obserwacji. Niestety nie znaleziono żadnych wyników dotyczących zgodności obserwatorów lub wrażliwości/swoistości w odniesieniu do CARE, EAI-R, REAMI i Katalogu Oznak Przemocy. Dlatego też, mimo iż ogólna charakterystyka psychometryczna tych narzędzi wydaje się odpowiednia, potrzeba więcej informacji, aby móc rozpatrywać ich skuteczność w wykrywaniu przemocy wobec osób starszych.

Narzędzie QUALCARE wykazało dla pełnej skali zgodność między niezależnymi oceniającymi na poziomie 0,65, poniżej progu 0,70, czyli wartości, którą autorzy uznali za dobre kryterium (Linda R. Phillips, Morrison i Chae, 1990). Dostępne

wyniki czułości i swoistości nie zostały obliczone dla pełnej skali, ale dla każdej podskali (Pickering i in., 2017). Podczas gdy czułość podskal osiągała wysokie wartości (od 0,811 do 0,977), swoistość wykazała zbyt duże zróżnicowanie (0,167–1,000), by pozwolić na pełne zrozumienie skuteczność tego narzędzia.

Cztery inne narzędzia posiadały wyniki czułości i swoistości dla całej skali. Wszystkie spełniły kryterium użyteczności narzędzi przesiewowych (Power, Fell i Wright, 2013). Najlepszy wynik uzyskano dla E-IOA, stosując jako punkt odcięcia 2,7 wskaźników, co dało czułość 0,929 i swoistość 0,979 (Cohen i in., 2006). Wyniki te są lepsze niż otrzymane przy użyciu IOA, które prezentowało czułość 0,94 i swoistość 0,85, ale przy zastosowaniu wyższego punktu odcięcia równego 16 (Touza, Martínez-Arias i Prado, 2018). Rozbieżność wyników między tymi podobnymi instrumentami może wynikać z różnic kulturowych, ponieważ dane dla IOA zostały zebrane w Hiszpanii, podczas gdy dla E-IOA – w Izraelu. Narzędzie EDMA, również opracowane w Hiszpanii (Touza, Prado i Segura, 2012), wykazało doskonałe wartości dla czułości i swoistości (0,932 i 0,88), ale ponieważ zostały one zaprezentowane tylko w jednym badaniu, pomocne byłoby określenie dokładności tych wyników.

Wreszcie, wartości czułości i swoistości EAI (0,71 i 0,93) nie były tak dobre jak w przypadku innych instrumentów, ale wykazywały wysoką zgodność między niezależnymi oceniającymi (88,9%), która jest dobrym wskaźnikiem dla narzędzia opartego na obserwacji (Fulmer i in., 2000). Podsumowując, instrumenty oparte na obserwacji lub dogłębnej ocenie wydają się bardzo skuteczne w wykrywaniu przemocy wobec osób starszych. Wydaje się jednak również, że istotnie wpływają na nie różne konteksty kulturowe. Ponadto nie ma wystarczających informacji na temat zgodności między niezależnymi oceniającymi, która jest kluczowym wskaźnikiem dla oceny instrumentów oparctych na obserwacji lub profesjonalnej ocenie.

Choć instrumenty z tej kategorii wydają się niezwykle trafne, mają pewne ograniczenia. Jedną z głównych wad tych procedur jest to, że ich prawidłowe zastosowanie wymaga znacznej ilości czasu. Niektóre z nich ze względu na długość zaleca się stosować podczas więcej niż jednej sesji (np. QUALCARE). Ponadto, taka forma postępowania wymaga znacznie bardziej intensywnego szkolenia niż jakakolwiek inna procedura. Niektóre umiejętności niezbędne do

korzystania z niej są często specyficzne dla zawodu. Na przykład niektóre instrumenty mogą wymagać badania fizykalnego i nie wszystkie klasy zawodowe, które stosują badania przesiewowe, są przygotowane do przeprowadzenia tego rodzaju badania. Co więcej, formularze oceny wymagają dogłębnej znajomości przypadku i nie są kompatybilne z wieloma miejscami, w których kontakt między specjalistą a osobą starszą jest ograniczony. Należy również wziąć pod uwagę, że tak szczegółowe oceny są bardziej podatne na wpływy kulturowe, jak zauważono w niektórych wynikach. Oznacza to, że wszystkie te procedury muszą być odpowiednio dostosowane i przetestowane przed użyciem w konkretnej populacji.

Istnieją również pewne pozytywne aspekty stosowania procedur przesiewowych opartych na obserwacji lub dogłębnej ocenie. Skuteczność tych narzędzi w wykrywaniu przemocy wobec osób starszych jest wyższa niż jakiegokolwiek innego rodzaju narzędzi. Oznacza to, że badanie przesiewowe z wykorzystaniem tego typu instrumentu pozwala na lepszą alokację zasobów w okresie po zakończeniu badania. Ponadto, ponieważ opierają się one głównie na profesjonalnych obserwacjach i osądach, niektóre z tych narzędzi mogą być używane w przypadku osób starszych z zaburzeniami poznawczymi. Przed podjęciem decyzji o użyciu tego typu instrumentu należy dokładnie rozważyć, w oparciu o dostępne zasoby, korzyści i koszty stosowania tej trafnej, ale czasochłonnej procedury.

c) Narzędzia przesiewowe określające sprawcę

Zidentyfikowano sześć narzędzi, które można zaklasyfikować jako narzędzia określające sprawcę, przy czym cztery z nich wymagają obserwacji lub szczegółowej profesjonalnej oceny i w związku z tym lepiej pasują do poprzedniej kategorii. Były to IOA, E-IOA, QUALCARE i EDMA. W rezultacie w niniejszej kategorii uwzględniono tylko dwa pozostałe instrumenty, które koncentrowały się na przemocy w określonych relacjach, a mianowicie z udziałem opiekunów i członków rodzin osób starszych. Instrumenty te zostały wymienione w siedmiu różnych badaniach. W tabeli 5 podsumowano główne ich cechy.

Tabela 5 – Charakterystyka narzędzi przesiewowych określających sprawcę

Narzędzie przesiewowe	Liczba pozycji	Istotne informacje psychometryczne	Czułość / swoistość
Test Przesiewowy w kierunku Przemocy ze strony Opiekuna (Caregiver Abuse Screen – CASE)	8	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha waha się od 0,68 do 0,86; Struktura wewnętrzna: 1 badanie wykazało odpowiednie dopasowanie dla rozwiązania jednowymiarowego, inne wspierały rozwiązanie dwuczynnikowe; Powiązany z IOA, HS-EAST, CTS, obciążeniem opiekunów, depresją, radzeniem sobie, niskim wsparciem społecznym i zaburzeniami zachowania związanymi z chorobą Alzheimera.	-
Kwestionariusz Przesiewowy dotyczący Złego Traktowania Osób Starszych przez Członków Rodziny (Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire – FAMOASQ)	15	Spójność wewnętrzna: Alfa Cronbacha = 0,89; Struktura wewnętrzna: Wyniki EFA mieszczą wszystkie 15 pozycji w 1 czynniku, ale przedstawiono 8 czynników.	Czułość: 86%, swoistość: 90%; AUC: 0,93

Spośród tych dwóch narzędzi przesiewowych, CASE został wymieniony w sześciu badaniach, a FAMOASQ w jednym.

CASE został opracowany w Kanadzie (Reis i Nahmiash, 1995) i był używany w Chinach, Włoszech, Brazylii i Iranie. Składa się z 8 bezpośrednich pytań w systemie tak/nie kierowanych do opiekuna, których celem jest ujawnienie

sytuacji, w których doszło do nadużyć. Instrument został przetestowany zarówno z profesjonalnymi, jak i nieprofesjonalnymi opiekunami. Ponieważ pytania zadawane są jednemu opiekunowi, może on ocenić jedynie nadużycia, których dopuściła się ta osoba.

FAMOASQ został opracowany w Meksyku (Ruelas-González i in., 2018) do zastosowania w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w celu przeprowadzania wywiadów i oceny nadużyć popełnianych przez członków rodziny osób starszych. Pytania skierowane są do osoby starszej, a nie do członków jej rodziny. Ten instrument skupia się na ocenie czynników ryzyka za pomocą 15 pytań „tak" lub „nie".

Jeśli chodzi o skuteczność tych środków w wykrywaniu przemocy wobec osób starszych, CASE nie posiada badań dotyczących analizy czułości i swoistości. Jednak dostępne informacje psychometryczne są obiecujące, wykazując powiązania z kilkoma innymi instrumentami oceny przemocy wobec osób starszych. FAMOASQ cechuja dobra czułość i swoistość, ale nie ma wystarczających informacji o jego właściwościach psychometrycznych.

Ten typ instrumentu ma kilka ograniczeń. Po pierwsze, ma dość wąski zakres, ocenia jedynie nadużycia ze strony ograniczonej liczby sprawców. Po drugie, w przypadku instrumentu CASE metoda dochodzenia prawdy opiera się na ujawnieniu nadużycia przez osobę, która się jego dopuszcza. Jest zrozumiałe, że w takiej sytuacji wiele osób celowo ukrywa informacje i udziela fałszywych odpowiedzi, chyba że rozmowa odbywa się w relacji opartej na empatii i trosce.

Niemniej jednak instrumenty z tej kategorii mogą być pomocne pod pewnymi warunkami, na przykład, gdy istnieje wyraźne podejrzenie sprawcy nadużycia. Ponadto instrumenty te mogą być przydatne, jeśli są używane razem z innymi formami dochodzenia, umożliwiając zbieranie informacji z wielu źródeł.

d) Narzędzia przesiewowe do oceny jednej formy nadużycia

W ramach niniejszego przeglądu znaleziono dziesięć instrumentów, które oceniają tylko jedną formę nadużycia. Spośród nich cztery dotyczą przemocy psychicznej/emocjonalnej, jedna dotyczy zaniedbania, dwie samozaniedbywania, jedna ocenia zarówno zaniedbanie, jak i samozaniedbywanie, a dwie – wykorzystywanie finansowe. Nie znaleziono narzędzi do oceny przemocy

fizycznej lub seksualnej. Instrumenty te różnią się znacznie pod względem długości, metody dochodzenia i potrzeby profesjonalnej oceny, ale ich wspólną cechą jest koncentracja na określonych formach nadużyć. W tabeli 6 podsumowano główne cechy tych narzędzi.

Tabela 6 – Charakterystyka narzędzi przesiewowych do oceny jednej formy nadużycia

Narzędzie przesiewowe	Liczba pozycji	Istotne informacje psychometryczne
Przemoc psychiczna/emocjonalna		
Skala Zachowań Opiekunów stanowiących Przemoc Psychiczną wobec Osób Starszych (Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale – CPEAB)	20	Spójność wewnętrzna: alfa Cronbacha = c powiązany z obciążeniem
Skala Przemocy Psychicznej wobec Osób Starszych (Elders' Psychological Abuse Scale – EPAS)	32	Spójność wewnętrzna: K-R20 = 0,82; Zgo powtórnego wahała się od 79% do 100%; była powiązana z upośledzeniem funkcji p i upośledzeniem fizycznym.
Miara Przemocy Psychicznej wobec Osób Starszych (Older Adult Psychological Abuse Measure – OAPAM)	31	Spójność wewnętrzna: alfa Cronbacha = c
Skala Postrzeganej Przemocy Psychicznej dla Dorosłych (Perceived Emotional Abuse Scale for Adults – PEASA)	61	Spójność wewnętrzna: alfa Cronbacha = c
Wykorzystywanie finansowe		

Skala Podatności na Wykorzystywanie Finansowe (Financial Exploitation Vulnerability Scale – FEVS)	9	Spójność wewnętrzna: alfa Cronbacha = c wewnętrzna: EFA+CFA wskazywały na st jednoczynnikową, ale z niskim dopasowan powiązany ze słabymi wynikami w zakres wykonawczych, trudnościami z czytaniem wykształceniem.
Miara Wyzysku Finansowego wobec Osób Starszych (Older Adult Financial Exploitation Measure – OAFEM)	3 wersje: 79, 54 i 30 pozycji	Spójność wewnętrzna: rzetelność Rascha wewnętrzna: Jednowymiarowa; Wynik powiązany ze słabą umiejętnością
Zaniedbanie i samozaniedbywanie		
Katalog oznak zaniedbania (Signs of neglect inventory)	12	Spójność wewnętrzna: alfa Cronbacha dla Powiązany z obciążeniem opiekunów, niż wykształcenia, niższym statusem społeczn nietrzymaniem moczu i większą słabością
Skala Deklarowanego Zaniedbania (Self-Reported Neglect Scale – SRNS)	12	Struktura wewnętrzna: EFA i CFA wskazu dwuczynnikową (potrzeby podstawowe i p psychologiczne) z dobrym dopasowaniem wewnętrzna: alfa Cronbacha dla czynnikó Pozytywnie skorelowany z VASS, GMS (za

Skala Dotkliwości Samozaniedbywania (Self-Neglect Severity Scale – SSS)	37	Wysoka zgodność niezależnych oceniający
Wskaźnik Ryzyka Podatności na Samozaniedbywanie (Vulnerability Risk Index of Self-Neglect)	18	-

Znaleziono cztery instrumenty do oceny przemocy psychicznej i emocjonalnej. Każde narzędzie zostało wymienione w jednym badaniu. CPEAB (Wang, Lin i Lee, 2006) i EPAS (Wang, Tseng i Chen, 2007) zostały opracowane na Tajwanie, koncentrując się na przemocy psychicznej ze strony opiekunów. CPEAB jest narzędziem do samodzielnego zgłaszania nadużyć, ale EPAS jest bardziej obszerny, wymaga obserwacji pod kątem oznak nadużycia i zadawania pytań zarówno osobom starszym, jak i ich opiekunom dotyczących ujawnienia nadużyć. OAPAM został opracowany w USA (Conrad i in., 2011) jako narzędzie wsparcia dla Służb Ochrony Dorosłych (Adult Protective Services), które opiera się na poszukiwaniu ujawnienia nadużyć i oznak przemocy psychicznej. PEASA został opracowany w Turcji (Aslan i Erci, 2020) i jest narzędziem opartym na bezpośrednich pytaniach. Żaden z tych instrumentów nie posiadał analizy wrażliwości/swoistości, a wszystkie prezentowały ograniczone informacje psychometryczne. Instrumenty te zostały wykorzystane w kilku badaniach, więc brakuje wystarczających informacji na temat ich skuteczności w wykrywaniu przemocy psychicznej.

Znaleziono dwa instrumenty dotyczące oceny nadużyć finansowych. FEVS to krótkie narzędzie oceny ryzyka opracowane w USA (Campbell i Lichtenberg, 2020). OAFEM został wymieniony w trzech badaniach, dwóch przeprowadzonych w USA i jednym w Irlandii. Posiada trzy formy o różnej długości, a jego celem jest ujawnienie nadużyć oraz ocena ryzyka i oznak nadużyć. Instrument ten został skonstruowany w celu wsparcia Służb Ochrony Dorosłych (Conrad i in., 2010). Jeśli chodzi o skuteczność w wykrywaniu wykorzystania finansowego, tylko FEVS prezentuje analizę wrażliwości i swoistości, a podane wartości są poniżej kryterium przydatności. OAFEM podaje różne wskaźniki psychometryczne, ale brakuje informacji dotyczących zdolności tego narzędzia do wykrywania wykorzystania finansowego.

Znaleziono cztery instrumenty dotyczące zaniedbania i samozaniedbywania, każdy wymieniony w jednym badaniu. Katalog oznak zaniedbania (Cohen, 2008) został opracowany w Izraelu i skupia się wyłącznie na zaniedbaniu. Narzędzie to miało być używane przez pielęgniarki i pracowników socjalnych w celu poszukiwania oznak zaniedbania poprzez bezpośrednie zadawanie pytań i badanie fizykalne.

SRNS jest narzędziem samooceny zaprojektowanym w Polsce, które ma na celu ujawnienie zarówno zaniedbań, jak i samozaniedbywania wśród osób starszych (Zawisza i in., 2020). SSS (Kelly i in., 2008) oraz Wskaźnik Ryzyka Podatności na Samozaniedbywanie (Wang i in., 2020) zostały opracowane w USA i oba oceniają wyłącznie samozaniedbywanie. Obydwa instrumenty opierają się na obserwacji, ale SSS jest używany przez Służby Ochrony Dorosłych do określania ryzyka samozaniedbywania, a Wskaźnik Ryzyka Podatności na Samozaniedbywanie jest sosowany przez pracowników służby zdrowia do identyfikowania oznak samozaniedbywania. Jeśli chodzi o skuteczność tych instrumentów, tylko SSS i Wskaźnik Ryzyka Podatności na Samozaniedbywanie mają przeprowadzoną analizę wrażliwości/swoistości. Jednak w przypadku SSS wartości są niskie, a w przypadku Wskaźnik Ryzyka Podatności na Samozaniedbywanie wartości nie są prezentowane. Chociaż inne instrumenty posiadają obiecującą charakterystykę psychometryczną, konieczne są dalsze badania, aby ustalić, czy są one skuteczne w wykrywaniu zaniedbań i samozaniedbywania.

Narzędzia przesiewowe, które oceniają tylko jedną formę nadużycia, mają kilka ograniczeń. Po pierwsze i najistotniejsze, ich ocena przemocy wobec osób starszych ogranicza się do jednej formy nadużyć. Po drugie, nie ma instrumentów do oceny przemocy fizycznej i seksualnej. Oznacza to, że gdyby zamierzona była ocena według rodzaju, brakowałoby instrumentów pozwalających na określenie dwóch rodzajów nadużyć. Po trzecie, spośród analizowanych instrumentów żaden nie wydaje się szczególnie wiarygodny. I wreszcie po czwarte, instrumenty różnią się znacznie pod względem metody oceny i obszerności; w związku z tym użycie więcej niż jednego z nich mogłoby spowodować poważne problemy organizacyjne.

Pomimo tych ograniczeń mogą wystąpić sytuacje, w których instrumenty te mogą być pomocne. W przypadkach, w których wiadomo, że osoba starsza doświadcza jednej konkretnej formy przemocy, instrument z tej grupy można wykorzystać do rutynowej oceny i śledzenia zmian. Narzędzia dotyczące wyzysku finansowego mogą być przydatne, ponieważ ta forma nadużycia jest czasami trudna do wykrycia, zwłaszcza w placówkach opieki zdrowotnej. Biorąc wszystko pod uwagę, narzędzia przesiewowe, które oceniają pojedynczą formę nadużycia, mogą

mieć swoje zastosowania, ale mają ograniczoną przydatność do celów przesiewowych.

Charakterystyka wykorzystania narzędzi i procedur przesiewowych w krajach partnerskich

Aby zrozumieć, w jaki sposób badania i narzędzia przesiewowe są wykorzystywane w krajach partnerskich projektu SAVE, przedstawiciele każdego kraju odpowiedzieli na zestaw pytań dotyczących sytuacji ich kraju w zakresie procesów przesiewowych, wykorzystania narzędzi przesiewowych oraz interwencji w procedurze przesiewowej. Informacje zebrano w oparciu o przegląd opublikowanych prac naukowych, oficjalnych krajowych dokumentacji/procedur, dokumentacji/zasad postępowania stowarzyszeń zawodowych, a także konsultacje ze specjalistami z danej dziedziny oraz ich wiedzę zawodową.

Proces przesiewowy:

Czy obecnie stosowane są procedury przesiewowe?

O ile udało nam się ustalić, obecnie nie stosuje się procedur przesiewowych we Włoszech, na Cyprze i w Portugalii. W Portugalii istnieje kilka inicjatyw badawczych i kilka wcześniejszych inicjatyw związanych z projektem SAFE. APAV, wiodąca organizacja rządowa zajmująca się ochroną ofiar, przeprowadza ocenę ryzyka dla różnych grup wiekowych, w tym osób starszych. Ale nie ma informacji o tym, jakie miary są używane.

W Polsce niektóre miasta mają pojedyncze procedury przesiewowe z wykorzystaniem narzędzi takich jak Geriatryczna Skala Złego Traktowania (GMS), Skala Deklarowanego Zaniedbania (SRNS) i Przesiewowa Skala Podatności na Nadużycia (VASS), istnieje także procedura Niebieskiej Karty dla przemocy ogółem. W Finlandii narzędzia przesiewowe nie są wyspecjalizowane pod kątem przemocy wobec osób starszych, ale istnieje formularz dochodzenia i oceny przemocy w rodzinie, który zawiera następujące rutynowe pytania:

1. Czy kiedykolwiek doświadczyłeś/ doświadczyłaś przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej lub znęcania się w którymś ze swoich związków?
2. Czy przemoc, której doświadczyłś/ doświadczyłaś nadal wpływa na Twoje zdrowie, samopoczucie lub radzenie sobie z życiem?
3. Czy w Twoich obecnych związkach występuje przemoc fizyczna, psychiczna lub seksualna lub jakiekolwiek nadużycia?

Jeśli klient/pacjent odpowie „tak" na pytania 2 i 3, rozmowa jest kontynuowana z wykorzystaniem szczegółowych pytań. Formularz pytań i oceny dot. przemocy w rodzinie zawiera również ocenę własną klienta tego, jak bardzo jego zdaniem przemoc wpływa na jego obecne zdrowie, samopoczucie i bezpieczeństwo. Na koniec specjalista dokonuje oceny sytuacji i miejsca, do którego należy skierować klienta/pacjenta.

Czy istnieją standardowe kryteria zalecane do uruchomienia procesu przesiewowego? Czy też każda osoba starsza poddawana jest badaniom przesiewowym?

W Portugalii, Włoszech, na Cyprze, w Finlandii i Polsce nie ma zalecanych standardowych kryteriów uruchamiających proces przesiewowy. W Finlandii Narodowy Instytut Zdrowia i Pomocy Społecznej zaleca systematyczne korzystanie z formularza dochodzenia i oceny przemocy domowej w usługach pomocy społecznej i ochrony zdrowia, w tym w opiece nad osobami starszymi.

W jakich środowiskach w obszarze usług zdrowotnych/społecznych stosuje się te procedury?

Żaden z krajów partnerskich nie prowadzi systematycznych badań przesiewowych pod kątem nadużyć wobec osób starszych. W Polsce procedurę Niebieskiej Karty wszczyna się, gdy specjalista w trakcie wykonywania swoich obowiązków ma podejrzenie wystąpienia przemocy w oparciu o zawiadomienie dokonane przez członka rodziny, świadka lub osobę doznającą nadużyć.

Na Cyprze ocena po złożeniu skargi lub dokonaniu zgłoszenia jest przeprowadzana w warunkach klinicznych, domowych, w placówkach opieki dziennej i na oddziałach ratunkowych.

W Finlandii formularz dochodzenia i oceny przemocy w rodzinie (THL) jest stosowany na poziomie ogólnokrajowym w poradniach położniczych i dziecięcych, które są częścią publicznych ośrodków zdrowia.

Jacy specjaliści przeprowadzają badania przesiewowe?
We wszystkich krajach badania przesiewowe mogą przeprowadzać pracownicy służby zdrowia i pracownicy socjalni.

Czy mają specjalne szkolenie dotyczące procesu przesiewowego w kierunku nadużyć wobec osób starszych?
W żadnym kraju nie ma dedykowanego i systematycznego szkolenia na temat procesu badań przesiewowych w kierunku znęcania się nad osobami starszymi.
Czy używają wystandaryzowanych instrumentów (narzędzi przesiewowych)?
W Polsce w procedurze Niebieskiej Karty instrumenty są określone w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty" oraz formularzy „Niebieskiej Karty". Stosowanymi wystandaryzowanymi narzędziami są także GMS i VASS. Żaden inny kraj nie używa oficjalnie wystandaryzowanych instrumentów.

Czy są one zwalidowane dla kraju?
W Polsce VASS jest zwalidowany dla kraju. W Portugalii wskaźniki rzetelności mają QEEA (Pytania mające na celu ujawnienie przemocy wobec osób starszych), EASI, VASS i HS-EAST.

Zalecenia dotyczące badań przesiewowych:

Czy są jakieś przemyślenia lub pomysły zgłaszane przez służbę zdrowia lub pomoc społeczną na temat badań przesiewowych w kierunku nadużyć wobec osób starszych?
Ogólnie rzecz biorąc, zalecenia ze strony opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dotyczą przypadków podejrzeń, a nie masowych badań przesiewowych, choć istnieją pewne inicjatywy:
W Polsce w przypadku procedury Niebieskiej Karty rekomenduje się systematyczne gromadzenie danych, zaangażowanie służb i instytucji, działania

edukacyjne skierowane do społeczeństwa, bardziej zindywidualizowane podejście oraz informowanie ofiar przemocy o procedurze Niebieskiej Karty.

W Finlandii narzędzie przesiewowe EASI (Yaffe i in., 2008) zostało przetłumaczone na język fiński przez wyspecjalizowany zespół medyczny szpitala Malmi w grudniu 2017 r. zgodnie z protokołem podanym przez autora narzędzia. Instrument ten był pilotowany na oddziale ratunkowym szpitala w Malmi w dniach 15-21 stycznia 2018 r. i 4-17 czerwca 2018 r. Przed pilotażem zespół ekspertów medycznych wykonał miesięczną kontynuację Protokołu Badania Lekarskiego Pacjenta Maltretowanego (PAKE) na oddziale ratunkowym, aby zobaczyć, jak często protokół PAKE był używany w przypadku starszych pacjentów. Jak pokazały wyniki, tylko jeden 61-letni pacjent trafił na izbę przyjęć z powodu ataku ze strony wnuka. Zespół doszedł do wniosku, że osoby starsze, które są ofiarami przemocy domowej, rzadko są identyfikowane na izbach przyjęć. Dlatego zdecydowano się wykorzystać EASI do celów przesiewowych. Uzgodniono, że EASI zostanie wykorzystany do pytania osób w wieku 75 lat lub starszych, które wydawały się kompetentne i które zgłosiły się na oddział ratunkowy. Do pierwszego pilotażu przeszkolono personel jednostek ratowniczych i krótkoterminowych (15-21 stycznia 2018 r.). W przypadku drugiego pilotażu (4-17 czerwca 2018 r.) personel został przeszkolony przez eksperta ds. przemocy ze strony partnera (Sirkka Perttu). W sumie 39 specjalistów zostało przeszkolonych w zakresie korzystania z EASI. W dwóch pilotażach wypełniono dwadzieścia sześć formularzy EASI. Pięciu pacjentów zgłosiło, że doznało co najmniej jednej z form przemocy wymienionych w instrumencie, a mianowicie groźby oraz przemocy fizycznej i seksualnej. Dwie pacjentki (starsze kobiety) odmówiły odpowiedzi na pytania; jednej z nich towarzyszył dorosły syn, a druga przyznała, że jest ofiarą, ale nie chciała rozmawiać o przemocy, ani też nie chciała żadnej pomocy. W sumie dziesięciu specjalistów ze służb ratowniczych wypełniło kwestionariusze informacji zwrotnej. Poinformowali, że przemoc jest delikatną kwestią dla pacjentów; wielu z nich odmówiło odpowiedzi. Doświadczenia profesjonalistów były zróżnicowane: „korzystanie z formularza zajęło zadziwiająco dużo czasu", „bardzo delikatna sprawa dla pacjentów", „trzeba było pytać o bardzo dużo", „pacjenci nie chcieli odpowiadać".

Kto decyduje, czy odbędzie się badanie przesiewowe? Czy istnieją jakieś wytyczne?

W Polsce procedurę Niebieskiej Karty mogą zainicjować przedstawiciele pomocy społecznej, policji, oświaty, jednostek służby zdrowia czy członkowie komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Do wszczęcia postępowania wystarczy podejrzenie przemocy w rodzinie. W przypadku systemowych badań przesiewowych decyzja leży w gestii kierownictwa podmiotów leczniczych i instytucji pomocy społecznej. Jeśli reprezentują sektor publiczny, mogą wnosić o zgodę samorządu lokalnego lub regionalnego ośrodka polityki społecznej.

Na Cyprze nie ma wytycznych dotyczących badań przesiewowych, ale podlegają one regulacjom każdej służby lub środowiska, w których ocena pod kątem nadużyć ma być przeprowadzana.

W Finlandii decyzje mogą podejmować lokalni/regionalni dyrektorzy medyczni i pielęgniarstwa szpitali lub ośrodków zdrowia świadczących usługi publiczne i prywatne. Pomoc społeczna i ochrona zdrowia również mogą zdecydować się na badania przesiewowe (tak jak we wdrożeniu z 2004 r., kiedy ministerstwo zdecydowało się na stosowanie narzędzi przesiewowych w poradniach położniczych i dziecięcych). Nie ma jednak oficjalnych wytycznych.

We Włoszech nie ma wytycznych, ale istnieje zalecenie dotyczące oceny ryzyka (w tym przemocy wobec osób starszych) dla wszystkich osób starszych powyżej 75 roku życia, które są przyjmowane na pogotowie (Mussi, Pinelli i Annoni, 2008).

W Portugalii nie ma wytycznych, ale decyzje mogą podjąć lokalne/regionalne rady kliniczne instytucji.

Jakie wyniki lub konsekwencje przypisuje się procesowi przesiewowemu?

Z pilotażu EASI w szpitalu Malmi w Finlandii dowiedziano się, że:

Potrzebne są praktyczne informacje na temat badań przesiewowych: jak to zrobić, kto będzie korzystał z kwestionariusza przesiewowego (cały personel lub tylko część personelu, np. pielęgniarki dyplomowane lub pielęgniarki praktykujące, lekarze), gdzie informacja będzie rozpowszechniana – na spotkaniach,

szkoleniach, w inny sposób w każdej jednostce powinna być osoba, która zajmie się praktycznymi kwestiami związanymi z realizacją badania: będzie regularnie przypominać o badaniu, zbierać wypełnione ankiety itp.
szkolenie w zakresie korzystania z narzędzi przesiewowych musi być jak najbardziej praktyczne: odgrywanie ról, wskazówki, jak pytać i dyskutować z pacjentem/klientem itp.

Badania przesiewowe a obowiązki zawodowe:
Czy w kraju istnieje profesjonalne szkolenie, które zaleca, by wszystkie osoby starsze były poddawane badaniom przesiewowym w kierunku nadużyć?
Nie, nie ma.

Czy w kraju istnieje profesjonalne szkolenie identyfikujące kryteria/oznaki/objawy, które uzasadniają przeprowadzenie badań przesiewowych pod kątem nadużyć?
W Polsce służby zaangażowane w procedurę Niebieskiej Karty przechodzą szkolenie na temat procedury, ale szkolenie jest ogólne, dotyczy ogółu nadużyć, a nie przemocy wobec osób starszych, co czyni dużą różnicę. Szkolenia prowadzi również Zespół Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia". Dotyczą one organizacji działań i pracy zespołu interdyscyplinarnego, rozpoczynania pracy w zespołach interdyscyplinarnych w oparciu o procedurę Niebieskiej Karyt, pracy z osobami doświadczającymi przemocy, pracy z osobami stosującymi przemoc (interwencja i pomoc), przemocy seksualnej wobec osób dorosłych. Pełna oferta szkoleniowa znajduje się na stronie http://www.niebieskalinia.org/oferta-szkolen-na-zamowienie
Na Cyprze sesje prezentowane okazjonalnie w ramach konferencji na temat przemocy wobec osób starszych są przeznaczone tylko dla uczestników, a nie dla wszystkich pracowników. W kontekście ustawicznej edukacji pielęgniarskiej organizowane są seminaria na temat przemocy domowej w ogóle, a w szczególności na temat nadużyć wobec osób starszych. Społeczny Komitet Pielęgniarski Cypryjskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych zorganizował seminaria i warsztaty na temat przemocy domowej i nadużyć wobec osób starszych. Te wydarzenia edukacyjne miały na celu podniesienie

świadomości pracowników służby zdrowia, głównie pielęgniarek, położnych i pielęgniarek środowiskowych, na temat przemocy wobec osób starszych, wczesnej jej identyfikacji i interwencji.
W Finlandii nie ma specjalnego szkolenia dotyczącego badań przesiewowych, ale pracownicy pomocy społecznej i opieki zdrowotnej w Helsinkach przechodzą szkolenie (niesystematyczne) na temat rozpoznawania nadużyć i podejmowania dalszych działań. Ponadto specjaliści we wschodniej Finlandii otzrymują szkolenie (niesystematyczne) w zakresie rozpoznawania nadużyć.
W Portugalii komisje podstawowej opieki zdrowotnej ds. ochrony osób starszych mają szkolenia dotyczące przemocy wobec osób starszych, które powinny rozpowszechniać wśród swoich zespołów, a Stowarzyszenie Pomocy Ofiarom (APAV) zapewnia również szkolenia mające na celu podniesienie w społeczeństwie świadomości na temat nadużyć wobec osób starszych.

Czy są zawody zobowiązane do prowadzenia badań przesiewowych?
W Polsce, Portugalii, na Cyprze i we Włoszech nie ma obowiązku prowadzenia badań przesiewowych.
W Finlandii tylko pielęgniarki w publicznych poradniach położniczych i dziecięcych są zobowiązane do badania przesiewowego.

Czy w przypadku pozytywnego wyniku badania istnieje prawny obowiązek jego zgłoszenia?
We Włoszech istnieje prawny obowiązek zgłoszenia dla pracowników służby zdrowia i urzędników państwowych za każdym razem, gdy dowiadują się o przestępstwie, które może być ścigane z urzędu.
W Polsce wypełnienie Niebieskiej Karty nie jest równoznaczne ze złożeniem zawiadomienia o przestępstwie. Nie stanowi podstawy do wszczęcia postępowania karnego. Jeżeli zawiadomienie zostanie złożone i zostanie wszczęte postępowanie, może ono służyć jako dowód. Dokumentacja „Niebieskiej Karty" stanowi dla policji informację, że w danej rodzinie dochodzi do przemocy. Dzielnicowy ma obowiązek skontaktować się z daną rodziną w przeciągu siedmiu dni. Musi rozpoznać sytuację i na bieżąco ją monitorować oraz udzielać wsparcia podczas comiesięcznych wizyt. W przypadku instytucji publicznych (np. szkoły,

urzędy) mamy do czynienia z bezwzględnym obowiązkiem powiadomienia o popełnieniu przestępstwa. Zawiadomienia o przestępstwie z użyciem przemocy wymaga art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie: „Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.". Obowiązek zgłaszania przestępstw ściganych z urzędu jest wspomniany w art. 304 § 2 Kodeksu Postępowania Karnego: „Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.”.

Na Cyprze nie przeprowadza się żadnych badań przesiewowych, ale Biuro Prokuratora Generalnego jest szczególnie wyczulone na sprawy dotyczące przemocy domowej. Zgodnie z oficjalnym pismem Prokuratora Generalnego, sygn. 50 (C) /1992/N.42 z dnia 11.6.1998 do wszystkich urzędników państwowych i pracowników: „każdy urzędnik państwowy/pracownik, taki jak pracownik socjalny, funkcjonariusz policji, lekarz, psychiatra, psycholog, profesor, nauczyciel, pielęgniarka środowiskowa, w przypadku, gdy dowie się lub poweźmie podejrzenie o wystąpieniu przemocy w rodzinie, ma obowiązek zgłosić je do Biura Prokuratora Generalnego w terminie 7 dni.”

W Finlandii obowiązkowe jest zgłoszenie do organów pomocy społecznej.

W Portugalii zgłoszenie podejrzenia nie jest równoznaczne ze zgłoszeniem przestępstwa. Nie stanowi zatem podstawy do wszczęcia postępowania karnego. Jeśli jednak informacje zostaną przedstawione, po bardziej szczegółowej ocenie może rozpocząć się postępowanie karne, a zgłoszenie podejrzenia może zostać wykorzystane jako dowód dla organów ścigania.

Jakie są powiązania lub relacje między świadomą decyzją techniczną dotyczącą badania w kierunku nadużyć a systemem prawnym w kraju?

Wydaje się, że za wyjątkiem obowiązku zgłaszania, omówionym w poprzednim pytaniu, nie ma związku między badaniami przesiewowymi a systemem prawnym.

Czy po otrzymaniu pozytywnego wyniku badania przesiewowego przewidziane są kolejne kroki?

W Polsce interdyscyplinarny zespół monitoruje sytuację na podstawie uzgodnionego z ofiarą planu pomocy (Procedura Niebieskiej Karty).

W Finlandii podejmowanie kolejnych kroków jest obowiązkiem pracowników socjalnych.

W Portugalii komisje podstawowej opieki zdrowotnej ds. ochrony osób starszych i APAV monitorują zgłoszone przypadki.

Jakiego rodzaju są to działania?

W Polsce dla jednostek organizacyjnych pomocy społecznej działania te obejmują:

Pracę socjalną, w tym regularne wizyty w środowisku, informowanie o warunkach korzystania ze świadczeń pieniężnych w ramach pomocy społecznej, wskazanie możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej, prawnej oraz wsparcia doradczego – medycznego, zawodowego i rodzinnego, skierowanie osoby, która mogła doznać przemocy w rodzinie do placówki dla ofiar przemocy w rodzinie, w szczególności do specjalistycznego ośrodka pomocy ofiarom przemocy w rodzinie, skierowanie dzieci do dziennej placówki opiekuńczo-wychowawczej (np. świetlicy edukacyjnej), zawiadomienie sądu rodzinnego i opiekuńczego o sytuacji dzieci.

Dla Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: skierowanie do udziału w grupach wsparcia dla osób współuzależnionych, informowanie o możliwościach prawnych dotyczących przymusowego leczenia odwykowego dla osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, skierowanie do udziału w grupie terapeutycznej, skierowanie do udziału w grupie wsparcia.

Dla Policji: systematyczne wizyty w celu sprawdzenia bezpieczeństwa osoby, wobec której podejrzewa się stosowanie przemocy w rodzinie, poinformowanie tej osoby, że znęcanie się fizyczne i psychiczne jest przestępstwem oraz

nakreślenie aspektów odpowiedzialności karnej, poinformowanie o możliwości przeprowadzenia badania lekarskiego, wszczęcie postępowania przygotowawczego, wnioskowanie do prokuratora o zastosowanie odpowiednich środków zapobiegawczych.

Dla oświaty: udzielanie dziecku/dzieciom z rodzin dotkniętych przemocą pomocy psychologicznej i pedagogicznej w przedszkolu, szkole lub innej placówce odpowiednio w formie zajęć terapeutycznych, zajęć rozwojowych, zajęć dydaktyczno-wyrównawczych, zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych i innych zajęć terapeutycznych, zajęć związanych z wyborem wykształcenia i zawodu oraz planowaniem edukacji i kariery zawodowej – w przypadku uczniów liceów, doradztwo i konsultacje, udzielanie rodzicom/opiekunom pomocy psychologiczno-pedagogicznej w postaci porad, rozmów, warsztatów lub szkoleń, pomocy materialnej, w tym w różnych formach: wakacji, wyżywienia, stypendium szkolengo, zasiłku szkolnego, rozmowy w poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym w poradni specjalistycznej, skierowanie po pomoc terapeutyczną, zawiadomienie sądu rodzinnego i opiekuńczego o sytuacji dziecka, poinformowanie rodzica/opiekuna o możliwości uzyskania pomocy oferowanej przez dzienne placówki opiekuńczo-wychowawcze.

Dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej: skierowanie osoby, wobec której podejrzewa się stosowanie przemocy w rodzinie do lekarza ze wskazaniem na dalsze ewentualne konsultacje lekarskie, skierowanie na konsultacje psychiatryczne, skierowanie do lekarza w celu uzyskania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego, czy przyczyny i rodzaj obrażeń ciała są związane z przemocą w rodzinie.

W Finlandii –wizyty domowe lub wizyty w placówkach pomocy społecznej/ opieki zdrowotnej. Dodatkowo dokumentacja jest obowiązkowa.

W Portugalii – wizyty domowe lub wizyty w placówkach pomocy społecznej.

4. Wnioski

Przemoc wobec osób starszych jest zjawiskiem powszechnym na całym świecie. Jego dokładna rozpowszechnienie jest bardzo trudne do oszacowania, a identyfikacja problemu jest złożonym zagadnieniem wymagającym wielodyscyplinarnego podejścia. Celem niniejszego przeglądu systematycznego było 1) zrozumienie zalet i wad procedur przesiewowych, 2) zrozumienie postrzegania badań przesiewowych przez specjalistów i osoby starsze oraz 3) usystematyzowanie istniejących narzędzi przesiewowych.

Opierając się na wynikach można stwierdzić, że najważniejszą zaletą badań przesiewowych w kierunku nadużyć wśród osób starszych jest to, że nie ma możliwości podjęcia interwencji bez identyfikacji przemocy. Procedury przesiewowe oferują metodologię popartą badaniami w celu identyfikacji przemocy wobec osób starszych, a także pomagają w systematycznym dokumentowaniu przypadków. Rozpowszechnianie tych procedur pomaga również zwiększyć świadomość pracowników pomocy społecznej i ochrony zdrowia na temat przemocy wobec osób starszych (Antezberger, 2008). Jednak niektóre kwestie zniechęcają do stosowania badań przesiewowych, głównie wynikające z luk w wiedzy na temat procesu. Zidentyfikowano możliwe negatywne skutki badań przesiewowych (Cohen, 2011; Dong, 2015; Gallione i in., 2017), ale ich częstotliwość jest nieznana. Efektywność kosztowa programów badań przesiewowych również nie jest znana. Ograniczona skuteczność i możliwość zastosowania określonych instrumentów przesiewowych także stanowią przeszkodę w opracowywaniu programów badań przesiewowych.

Jeśli chodzi o postrzeganie badań przesiewowych, ogólnie rzecz biorąc, specjaliści uważają je za przydatne narzędzie, które musi jednak konkurować z wieloma innymi obowiązkami zawodowymi – specjaliści zgłaszają trudności związane głównie z brakiem czasu, wiedzy i odpowiedniego przeszkolenia (Gallione i in., 2017). Opinia osób starszych na temat badań przesiewowych nie jest często brana pod uwagę i konieczne są bardziej szczegółowe badania, aby wypełnić tę lukę.

Jeśli chodzi o narzędzia, stwierdzono duże zróżnicowanie instrumentów dostępnych do wykorzystania w praktyce (zob. Aneks I). Jak pokazano w części dotyczącej wyników, niewiele instrumentów spełnia ogólne kryteria skuteczności,

a bardziej efektywne narzędzia są również bardziej czasochłonne i wymagają rozbudowanych szkoleń. Wyniki te pozwalają zidentyfikować dwa główne wyzwania związane z badaniami przesiewowymi: 1) opracowanie i testowanie skutecznych instrumentów o szybkim zastosowaniu oraz 2) szkolenie specjalistów z wielu dziedzin w zakresie stosowania i interpretacji takich narzędzi oraz weryfikacja, czy wszystkie procedury, które powinny się zdarzyć, są skutecznie wdrożone.

Projekt SAVE ma na celu opracowanie programu szkoleniowego dotyczącego badań przesiewowych w kierunku przemocy wobec osób starszych, skierowanego do pracowników pomocy społecznej i ochrony zdrowia, odpowiadając w ten sposób na drugie wyzwanie.

Istnieje również pilna potrzeba przeprowadzenia dalszych badań, aby poznać konsekwencje, a nawet możliwe zagrożenia, jakie mogą ujawnić badania przesiewowe. Takie informacje są niezbędne do opracowania wytycznych dotyczących badań przesiewowych, co jest również celem obecnego projektu. Chociaż możliwe negatywne skutki badań przesiewowych nie zostały dostatecznie zbadane, charakterystyka samych narzędzi, a zwłaszcza ich niska skuteczność w wykrywaniu nadużyć i czas ich zastosowania sugerują, że decyzja o przeprowadzeniu badań przesiewowych musi być starannie rozważona. Ze względu na brak wiedzy na temat potencjalnych negatywnych skutków badań przesiewowych i charakterystykę obecnie dostępnych narzędzi, nie można zalecić masowego stosowania określonego narzędzia przesiewowego, co zostało stwierdzone już wcześniej (Wang i in., 2015). Szukając równowagi między potencjalnym ryzykiem, korzyściami i ograniczeniami instrumentów należy stwierdzić, że prawdopodobne jest, iż selektywne badanie przesiewowe grup ryzyka, inna forma badania przesiewowego (Speechley i in., 2017), może być bardziej korzystne, ale nawet na to nie ma rozstrzygających dowodów (Wang i in., 2015). Być może w placówkach opieki zdrowotnej badania przesiewowe powinny być skierowane do osób o wyższym ryzyku doznawania niewłaściwego traktowania. Istnieje wystarczająca ilość badań informujących o tym, które grupy są bardziej zagrożone. Jednak nawet stosowanie selektywnych badań przesiewowych nie jest pozbawione wyzwań. Kryteria włączenia muszą być oparte na wiedzy naukowej i precyzyjne, aby uniknąć stygmatyzowania określonych grup

lub narażania ich na większe ryzyko niż wcześniej. Kryteria mogą być również szerokie lub wąskie, w zależności od dostępności zasobów (np. przeszkolonych specjalistów, czasu). Należy jednak pamiętać, że proces przesiewowy nie ma charakteru diagnostycznego i przed sformułowaniem wniosków będzie wymagał dodatkowej oceny.

Na koniec należy zauważyć, że narzędzia przesiewowe są szczególnie cenne podczas szkolenia specjalistów w zakresie internalizacji zorganizowanych form dochodzenia prawdy. Jednak ważniejsze niż narzędzia jest rozwijanie kompetencji, które leżą u podstaw procesu przesiewowego, a mianowicie umiejętności słuchania i rozwiązywania problemów oraz promowanie szerszego spojrzenia na okoliczności i czynniki wokół i wewnątrz osób starszych, które mogą determinować przemoc wobec tej grupy.

Bibliografia

Action on Elder Abuse (1995) "New definition of abuse." London: Action on Elder Abuse Bulletin.

American Psychological Association (2012) "Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions." Washington D.C.: APA.

Anetzberger, G. J. (1998) "Psychological abuse and neglect: A cross-cultural concern to older Americans," in Prevratil, J. F. i Tatara, T. (red.) *Understanding and Combating Elder Abuse in Minority Communities*. Long Beach, CA: Archstone Foundation, s. 141–151.

Anetzberger, G. J. G. J. (2001) "Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), s. 3–22. doi: 10.1300/J084v13n02_02.

Anthony, E. K. E. K. *i in.* (2009) "Assessing elder mistreatment: Instrument development and implications for adult protective services," *Journal of Gerontological Social Work*, 52(8), s. 815–836. doi: 10.1080/01634370902918597.

Aravanis, S. C. *i in.* (1993) "Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect," *Archives of Family Medicine*, 2(4), s. 371–388. doi: 10.1001/archfami.2.4.371.

Aslan, H., Erci, B. (2020) "The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect," *Journal of Public Health (Germany)*, 28(5), s. 525–533. doi: 10.1007/s10389-019-01071-7.

Badenes-Ribera, L., Fabris, M. A., Longobardi, C. (2021) "Elder Mistreatment in an Italian Population: Prevalence and Correlates," *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(1), s. 83–99. doi: 10.1177/0091415019875454.

Baig, M. A. *i in.* (2015) "Community emergency medicine: Benefits and challenges of screening for elder abuse in the emergency department of a developing country.," *World Journal of Emergency Medicine*, 6(4), s. 261–264.

Baker, A. (1975) "Granny-battered," *Modern Geriatrics*, 5, p. 2024.

Bandura, A. (1978) "Social Learning Theory of Aggression," *Journal of Communication*, 28(3), s. 12–29. doi: 10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x.

Blau, P. M. (1964) *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley & Sons.

Blundell, B., Warren, A., Moir, E. (2020) "Elder abuse protocols: identifying key features and establishing evidence for their use and effectiveness," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), s. 134–151. doi: 10.1080/08946566.2020.1736225.

Brandl, B., Raymond, J. (2012) "Policy implications of recognizing that caregiver stress is not the primary cause of elder abuse," *Generations*, 36(3), s. 32–39.

Burnett, J. *i in.* (2014) "Four Subtypes of Self-Neglect in Older Adults: Results of a Latent Class Analysis.," *J Am Geriatr Soc*, 62(6), s. 1127–1132. doi: 10.1111/jgs.12832.

Burston, G. R. (1975) "Letter: Granny-battering.," *British medical journal*, 3(5983), p. 592. doi: 10.1136/bmj.3.5983.592-a.

Caldwell, H. K., Gilden, G., Muelle, M. (2013) "Elder abuse screening instruments in primary care: An integrative review, 2004 to 2011," *Clinical Geriatrics*, 21(1), s. 20–25.

Campbell, R. J., Lichtenberg, P. A. (2020) "A Short Form of the Financial Exploitation Vulnerability Scale," *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1836108.

Choi, Y. J. *i in.* (2018) "Associations among elder abuse, depression and PTSD in South Korean older adults," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). doi: 10.3390/ijerph15091948.

Cohen, M. *i in.* (2006) "Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers," *Journal of Aging and Health*, 18(5), s. 660–685. doi: 10.1177/0898264306293257.

Cohen, M. *i in.* (2007) "Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse," *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), s. 1224–1230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.

Cohen, M. (2008) "Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting," *Internal Medicine Journal*, 38(9), s. 704–707. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x.

Cohen, M. (2011) "Screening tools for the identification of elder abuse," *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), s. 261–270.

Conrad, K. J. *i in.* (2010) "Self-report measure of financial exploitation of older adults," *Gerontologist*, 50(6), s. 758–773. doi: 10.1093/geront/gnq054.
Conrad, K. J. *i in.* (2011) "Self-report measure of psychological abuse of older adults," *Gerontologist*, 51(3), s. 354–366. doi: 10.1093/geront/gnq103.
Curry, S. J. S. J. *i in.* (2018) "Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement," *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(16), s. 1678–1687. doi: 10.1001/jama.2018.14741.
Department of Justice Canada (2009) *Abuse of Older Adults: Department of Justice Canada Overview Paper*. Ottawa.
de Donder, L. *i in.* (2011) "European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research," *European Journal of Ageing*, 8(2), s. 129–143. doi: 10.1007/s10433-011-0187-3.
De Donder, L. *i in.* (2011) "Perpetrators of abuse against older women: A multi-national study in Europe," *Journal of Adult Protection*, 13(6), s. 302–314. doi: 10.1108/14668201111194212.
De Donder, L. *i in.* (2018) "Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation," *Educational Gerontology*, 44(2–3), s. 108–118. doi: 10.1080/03601277.2017.1417810.
Dong, X. (2005) "Medical implications of elder abuse and neglect," *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), s. 293–313. doi: 10.1016/j.cger.2004.10.006.
Dong, X. (2015) "Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator?," *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), s. 1686–1688. doi: 10.1111/jgs.13538.
Dowd, J. J. (1975) "Aging as exchange: a preface to theory," *Journals of Gerontology*, 30(5), s. 584–594. doi: 10.1093/geronj/30.5.584.
Ejaz, F. K. *i in.* (2001) "Evaluating the Ohio elder abuse and domestic violence in late life screening tools and referral protocol," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), s. 39–57. doi: 10.1300/J084v13n02_04.
Filipska, K. *i in.* (2019) "Prevalence of elder abuse and neglect: screening in Poland families," *European Geriatric Medicine*, 10(5), s. 817–825. doi: 10.1007/s41999-019-00224-x.

Fulmer, T. *i in.* (2000) "Elder neglect assessment in the emergency department," *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), s. 436–443. doi: https://doi.org/10.1067/men.2000.110621.
Fulmer, T. *i in.* (2012) "Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics," *Gerodontology*, 29(2), s. 96–105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x.
Fundinho, J. F., Ferreira-Alves, J. (2019) "Conhecer o fenómeno: Tópicos para a formação básica de profissionais," in Paulino, M., Costa, D. (red.) *Maus tratos a pessoas idosas*. 1st ed. Lisboa: PACTOR, s. 191–209.
Fundinho, J. F., Pereira, D. C., Ferreira-Alves, J. (2021) "Theoretical approaches to elder abuse: a systematic review of the empirical evidence," *The Journal of Adult Protection*, ahead-of-p(ahead-of-print). doi: 10.1108/JAP-04-2021-0014.
Gallione, C. *i in.* (2017) "Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review," *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), s. 2154–2176. doi: 10.1111/jocn.13721.
Gil, A. P. M. *i in.* (2014) "Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study," *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6566(August), s. 1–22. doi: 10.1080/08946566.2014.953659.
Giraldo-Rodríguez, L., Rosas-Carrasco, O. (2013) "Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale," *Geriatrics and Gerontology International*, 13(2), s. 466–474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
Grenier, F. *i in.* (2016) "Evaluation of French version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), a elder abuse screening tool | Évaluation du Vulnerability to abuse screen scale (VASS), version française d'un test de dépistage de la maltraitance du sujet âgé," *Geriatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 14(2), s. 142–150. doi: 10.1684/pnv.2016.0595.
Homans, G. C. (1961) *Social Behaviour: Its Elementary Forms*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
Hoover, R. M., Polson, M. (2014) "Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention," *American Family Physician*, 89(6), s. 453–460.
Hwalek, M. A., Sengstock, M. C. (1986) "Assessing the Probability of Abuse of the Elderly: Toward Development of a Clinical Screening Instrument," *Journal of Applied Gerontology*, 5(2), s. 153–173. doi: 10.1177/073346488600500205.

Kelly, P. A. *i in*. (2008) "Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps," *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(SUPPL. 2), s. S253–S260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x.

Lachs, M. S., Pillemer, K. (2004) "Elder abuse," *The Lancet*, 364(9441), s. 1263–1272. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17144-4.

Mathew, A., Nair, S. B. (2017) "Theoretical Perspectives on Elder Abuse : A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala," *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 22(9), s. 29–33. doi: 10.9790/0837-2209042933.

McCarthy, L., Campbell, S., Penhale, B. (2017) "Elder abuse screening tools: A systematic review," *Journal of Adult Protection*, 19(6), s. 368–379. doi: 10.1108/JAP-10-2016-0026.

Mussi, C., Pinelli, G., & Annoni, G. (2008). L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage. *G Gerontol*, *56*, 109-17.

Mysyuk, Y., Westendorp, R. G. J., Lindenberg, J. (2013) "Added value of elder abuse definitions: A review," *Ageing Research Reviews*, 12(1), s. 50–57. doi: 10.1016/j.arr.2012.04.001.

NCEA (no date) *Types of Abuse.*, http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx (Dostęp: June 15, 2016).

Neale, A. V *i in*. (1991) "Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test," *The Journal of Applied Gerontology*, 10(4), s. 406–418. doi: 10.1177/073346489101000403.

Özçakar, N. *i in*. (2017) "Adaptation, reliability, and validity study of the hwalek–sengstock elder abuse screening test (H-S/EAST): A Turkish version," *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47(6), s. 1894–1902. doi: 10.3906/sag-1606-166.

Phillips, Linda R., Morrison, E. F., Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), s. 61–75. doi: https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90024-D.

Phillips, Linda R, Morrison, E. F., Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), s. 77–91. doi: https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90025-E.

Pickering, C. E. Z. *i in*. (2017) “Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale,” *International Journal of Nursing Studies*, 69, s. 41–46. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.012.

Platts-Mills, T. F. *i in*. (2018) “Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 30(4), s. 247–270. doi: 10.1080/08946566.2018.1460285.

Power, M., Fell, G., Wright, M. (2013) “Principles for high-quality , high-value testing,” *BMJ Evidence-Based Medicine*, 18(1), s. 5–10.

Reis, M., Nahmiash, D. (1995) “Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE),” *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 14(S2), s. 45–60. doi: 10.1017/S0714980800005584.

Reis, M., Nahmiash, D. (1998) “Validation of the indicators of abuse (IOA) screen,” *Gerontologist*, 38(4), s. 471–480. doi: 10.1093/geront/38.4.471.

Ruelas-González, M. G. *i in*. (2018) “Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico,” *Health and Social Care in the Community*, 26(1), s. 102–112. doi: 10.1111/hsc.12466.

Santos, E. J., King, D. A. (2010) “The Assessment of Elder Abuse,” in *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*, s. 229–242. doi: 10.1016/B978-0-12-374961-1.10009-0.

Schmeidel, A. N. *i in*. (2012) “Health Care Professionals’ Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), s. 17–36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044.

Schofield, M. J., Mishra, G. D. (2003) “Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women’s health Australia study,” *Gerontologist*, 43(1), s. 110–120. doi: 10.1093/geront/43.1.110.

Simmons, J. *i in*. (2020a) “Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), s. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.

Simmons, J. *i in*. (2020b) “Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in

hospitalized older adults," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), s. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.

Speechley, M. *i in.* (2017) "Screening in Public Health and Clinical Care: Similarities and Differences in Definitions, Types, and Aims - A Systematic Review," *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2017/03/01, 11(3), s. LE01–LE04. doi: 10.7860/JCDR/2017/24811.9419.

Swagerty, D. (2003) "Elder mistreatment identification and assessment," *Clinics in Family Practice*, 5(1), s. 195–211. doi: 10.1016/S1522-5720(02)00086-7.

Teresi, J. A. *i in.* (2019) "Methodological approaches to the analyses of elder abuse screening measures: Application of latent variable measurement modeling to the WC-RAPS," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31(1), s. 1–24. doi: 10.1080/08946566.2018.1523766.

Touza, C., Martínez-Arias, R., Prado, C. (2018) "Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen," *Spanish Journal of Psychology*. doi: 10.1017/sjp.2018.38.

Touza, C., Prado, C., Segura, M. P. (2012) "Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA)," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), s. 312–325. doi: 10.1080/08946566.2012.661682.

Wang, B. *i in.* (2020) "A Vulnerability Risk Index of Self-Neglect in a Community-Dwelling Older Population," *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), s. 809–816. doi: 10.1111/jgs.16285.

Wang, J.-J. J. J.-J., Tseng, H.-F. H.-F. F., Chen, K. M. K.-M. K.-M. (2007) "Development and Testing of Screening Indicators for Psychological Abuse of Older People," *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), s. 40–47. doi: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.09.004.

Wang, J., Lin, J.-N., Lee, F.-P. (2006) "Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context," *Geriatric Nursing*, 27(5), s. 284–291. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.016.

Wang, X. M. *i in.* (2015) "Elder abuse: An approach to identification, assessment and intervention," *CMAJ*, 187(8), s. 575–582. doi: 10.1503/cmaj.141329.

Wilber, K. H., McNeilly, D. P. (2001) *Elder abuse and victimization*. 5th ed. Edited by J. Birren, K. Schaie. San Diego: Academic Press.

World Health Organization (2002) “The Toronto Declaration: the Global Prevention of Elder Abuse,” *Geneva: WHO*.

World Health Organization and International Network for the Prevention of Elder Abuse (2002) *Missing voices : views of older persons on elder abuse*. Geneva.

Yaffe, M. J. *i in*. (2008) “Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), s. 276–300. doi: 10.1080/08946560801973168.

Yaffe, M. J., Weiss, D., Lithwick, M. (2012) “Seniors’ Self-Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), s. 277–292. doi: 10.1080/08946566.2011.652930.

Yon, Y. *i in*. (2017) “Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis,” *The Lancet Global Health*, 5(2), s. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.

Zawisza, K. *i in*. (2020) “Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland,” *Gerontologist*, 60(3), s. E117–E126. doi: 10.1093/geront/gnz014.

Aneks I

Lista instrumentów przesiewowych w kierunku nadużyć wobec osób starszych

Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) - (Hwalek i Sengstock, 1985)
Elder Abuse Suspicion Index (EASI) - (Yaffe *i in.*, 2008)
Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) - (Schofield i Mishra, 2003)
Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) - (Platts-Mills *i in.*, 2020)
Responding to Elder Abuse in GERiAtric care-Self-administered (REAGERA-S) - (Simmons *i in.*, 2020)
Geriatric Mistreatment Scale (GMS) - (Giraldo-Rodríguez i Rosas-Carrasco, 2013)
Korean Elder Abuse Scale - (Oh *i in.*, 2006)
Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen (WC-RAPS) - (Teresi *i in.*, 2019)
Client Assessment and Risk Evaluation (CARE) - (Burnett *i in.*, 2014)
Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA) - (Touza, Prado i Segura, 2012)
Elder Assessment Instrument - Reviewed (EAI - R) - (Fulmer *i in.*, 2012)
Elder Assessment Instrument (EAI) - (Fulmer *i in.*, 2000)
Expanded Indicators of Abuse (E-IOA) - (Cohen *i in.*, 2006)
Indicators of Abuse (IOA) - (Reis i Nahmiash, 1998)
QUALCARE - (Phillips, Morrison i Chae, 1990)
Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI) - (De Donder *i in.*, 2018)
Signs of abuse inventory - (Cohen *i in.*, 2007)
Caregiver Abuse Screen (CASE) - (Reis i Nahmiash, 1995)
Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire (FAMOASQ) - (Ruelas-González *i in.*, 2018)

Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB) - (Wang, Lin i Lee, 2006)

Elders' Psychological Abuse Scale (EPAS) - (Wang, Lin i Lee, 2006)

Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM) - (Conrad *i in.*, 2011)

Perceived Emotional Abuse Scale for Adults (PEASA) - (Aslan i Erci, 2020)

Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS) - (Campbell i Lichtenberg, 2020)

Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM) - (Conrad *i in.*, 2010)

Signs of neglect inventory - (Cohen, 2008)

Self-Reported Neglect Scale (SRNS) - (Zawisza *i in.*, 2020)

Self-Neglect Severity Scale (SSS) - (Kelly *i in.*, 2008)

Vulnerability Risk Index of Self-Neglect - (Wang *i in.*, 2020)

Bibliografia

Aslan, H., Erci, B. (2020) "The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect," *Journal of Public Health (Germany)*, 28(5), s. 525–533. doi: 10.1007/s10389-019-01071-7.

Burnett, J. *i in.* (2014) "Community-based risk assessment of elder mistreatment and self-neglect: Evidence of construct validity and measurement invariance across gender and ethnicity," *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(3), s. 291–319. doi: 10.1086/677654.

Campbell, R. J., Lichtenberg, P. A. (2020) "A Short Form of the Financial Exploitation Vulnerability Scale," *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1836108.

Cohen, M. *i in.* (2006) "Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers," *Journal of Aging and Health*, 18(5), s. 660–685. doi: 10.1177/0898264306293257.

Cohen, M. *i in.* (2007) "Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse," *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), s. 1224–1230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.

Cohen, M. (2008) "Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting," *Internal Medicine Journal*, 38(9), s. 704–707. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x.

Conrad, K. J. *i in.* (2010) "Self-report measure of financial exploitation of older adults," *Gerontologist*, 50(6), s. 758–773. doi: 10.1093/geront/gnq054.

Conrad, K. J. *i in.* (2011) "Self-report measure of psychological abuse of older adults," *Gerontologist*, 51(3), s. 354–366. doi: 10.1093/geront/gnq103.

De Donder, L. *i in.* (2018) "Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation," *Educational Gerontology*, 44(2–3), s. 108–118. doi: 10.1080/03601277.2017.1417810.

Fulmer, T. *i in.* (2000) "Elder neglect assessment in the emergency department," *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), s. 436–443. doi: https://doi.org/10.1067/men.2000.110621.

Fulmer, T. *i in.* (2012) "Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics," *Gerodontology*, 29(2), s. 96–105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x.

Giraldo-Rodríguez, L., Rosas-Carrasco, O. (2013) "Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale," *Geriatrics and Gerontology International*, 13(2), s. 466–474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.

Hwalek, M. A., Sengstock, M. C. (1985) "A Screening Instrument for Identifying Elderly at Risk of Abuse and Neglect."

Kelly, P. A. *i in.* (2008) "Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps," *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(SUPPL. 2), s. S253–S260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x.

Oh, J. *i in.* (2006) "A study of elder abuse in Korea," *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), s. 203–214. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005.

Phillips, L. R., Morrison, E. F., Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), s. 61–75. doi: https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90024-D.

Platts-Mills, T. F. *i in.* (2020) "Multicenter Validation of an Emergency Department–Based Screening Tool to Identify Elder Abuse," *Annals of Emergency Medicine*, 76(3), s. 280–290. doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.07.005.

Reis, M., Nahmiash, D. (1995) "Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE)," *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2010/11/29, 14(S2), s. 45–60. doi: DOI: 10.1017/S0714980800005584.

Reis, M., Nahmiash, D. (1998) "Validation of the indicators of abuse (IOA) screen," *Gerontologist*, 38(4), s. 471–480. doi: 10.1093/geront/38.4.471.

Ruelas-González, M. G. *i in.* (2018) "Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico," *Health and Social Care in the Community*, 26(1), s. 102–112. doi: 10.1111/hsc.12466.

Schofield, M. J., Mishra, G. D. (2003) "Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's health Australia study," *Gerontologist*, 43(1), s. 110–120. doi: 10.1093/geront/43.1.110.

Simmons, J. *i in.* (2020) "Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), s. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.

Teresi, J. A. *i in.* (2019) "Methodological approaches to the analyses of elder abuse screening measures: Application of latent variable measurement modeling to the WC-RAPS," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31(1), s. 1–24. doi: 10.1080/08946566.2018.1523766.

Touza, C., Prado, C., Segura, M. P. (2012) "Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA)," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), s. 312–325. doi: 10.1080/08946566.2012.661682.

Wang, B. *i in.* (2020) "A Vulnerability Risk Index of Self-Neglect in a Community-Dwelling Older Population," *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), s. 809–816. doi: 10.1111/jgs.16285.

Wang, J. J., Lin, J. N., Lee, F. P. (2006) "Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context," *Geriatric Nursing*, 27(5), s. 284–291. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.016.

Yaffe, M. J. *i in.* (2008) "Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), s. 276–300. doi: 10.1080/08946560801973168.

Zawisza, K. *i in.* (2020) "Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland," *Gerontologist*, 60(3), s. E117–E126. doi: 10.1093/geront/gnz014.