

Jolanta Lipińska-Lokś, Lidia Wawryk
Uniwersytet Zielonogórski

Profilaktyka przemocy domowej wobec osób z chorobą Alzheimera

W artykule przybliżono zagadnienia dotyczące profilaktyki przemocy wobec osób z chorobą Alzheimera. Zaprezentowano teoretyczne zagadnienia problemów w życiu codziennym osób w okresie starości, chorób wieku starczego, w tym choroby Alzheimera. Zaakcentowane zostaną także treści dotyczące przejawów przemocy wobec osób starszych i profilaktyki zjawiska.

Słowa kluczowe: starość, choroba Alzheimera, przemoc wobec osób starszych, profilaktyka

Prevention of domestic violence against people with Alzheimer's disease

The article will present issues related to the prevention of violence against people with Alzheimer's disease. Theoretical issues of problems in everyday life of people in old age, diseases of old age, including Alzheimer's, will be presented. Will be included the contents of violence against the elderly and prevention of the phenomenon will also be emphasized.

Keywords: old age, Alzheimer's disease, violence against the elderly, prophylaxis

Wprowadzenie

Każdy człowiek bez względu na rasę, narodowość, płeć czy wiek ma prawo do życia w godności. „Osobista godność jest najcenniejszym dobrem człowieka, który dzięki niej przewyższa swoją wartością cały świat materialny” [Jan Paweł II 1988]. Najpełniej godność definiowana jest jako „nieredukowalna, niestopniowalna oraz zasługująca na szacunek własny i innych ludzi właściwość, przysługująca każdemu bez wyjątku z racji bycia człowiekiem; godność jest wartością człowieka jako takiego; stanowi o jego człowieczeństwie” [Jedynak 1999: 78–79]. „Godność jest konsekwencją sposobu istnienia ludzkiej osoby, dlatego też ma charakter (...) wrodzony, uniwersalny, niezbywalny, trwałe i zobowiązujący” [Szczyptał 2009: 14]. Godność wyraża się zapewnieniem człowiekowi autonomii,

wolności i równości. „Godne traktowanie człowieka oznacza, że jest on w każdej życiowej sytuacji podmiotem, ma wolność wyboru, nie może być wykorzystywany, a jego prawa muszą być respektowane” [Szczupał 2009: 7].

Niestety nie zawsze człowiek może w pełni korzystać ze swoich praw. Nie każdy człowiek ma możliwość godnie żyć. Szczególnie narażone na utratę praw, godności są osoby, które z racji wieku, stanu zdrowia, sprawności, czy sytuacji, w jakiej się znajdują, nie mogą i/lub nie potrafią zaspokoić samodzielnie swoich potrzeb. W niekorzystnej dodatkowo sytuacji znajdują się osoby, które z różnych powodów nie proszą o pomoc.

Pomaganie człowiekowi w potrzebie jest czymś naturalnym. Otrzymać pomoc jest prawem potrzebującego wsparcia. Udzielić pomocy jest obowiązkiem – prawnym, ale przede wszystkim moralnym. Niewątpliwie w aktualnej rzeczywistości u podłoża poczucia bezpieczeństwa człowieka leży jego przeświadczenie o trosce państwa o los obywateli. Każdy człowiek potrzebuje jednak przede wszystkim wsparcia osób sobie najbliższych, rodziny. To do rodziny czujemy się przynależni, to tu zaspokoić możemy potrzeby miłości, akceptacji i bezpieczeństwa. Ważne jest, by w rodzinie być sobą, odzyskiwać spokój po codziennych trudach, móc liczyć na życzliwość domowników i na ich pomoc, kiedy sami nie jesteśmy w stanie sobie poradzić w życiu.

Nie można zaakceptować sytuacji, gdy ten obraz dobrej rodziny zostaje zakłócony, gdy w rodzinie nie można liczyć na pomoc, gdy dochodzi do krzywdzenia i zaniedbania, kiedy w ognisko domowe wdziera się cierpienie słabszego, starszego, chorego członka rodziny. Trudno jest zrozumieć tę sytuację, wszak „udzielanie pomocy wyklucza stosowanie przemocy” [Kuźmicz 2009: 3]. Trudno wytłumaczyć, dlaczego ktoś, kto kocha sprawia ból i budzi strach. „Wśród osób starszych doświadczających przemocy jest wiele takich, które są krzywdzone przez opiekunów. Dotyczy to zwłaszcza osób obłożnie chorych, mających problemy z samodzielnym funkcjonowaniem, zależnych w jakikolwiek sposób od drugiego człowieka – opiekuna” [tamże]. Niewątpliwie w grupie ryzyka znalezienia się w kręgu przemocy domowej znajdują się osoby starsze z chorobą Alzheimera. Czy to istota ostatniej fazy życia, czy specyfika choroby, czy wreszcie obciążenie rolą opiekuna sprawiają, że zjawisko przemocy wobec osób starszych chorych narasta do rangi problemu społecznego? Jedno jest pewne – potrzebne są działania o charakterze systemowym, by interweniować dla dobra człowieka w niebezpieczeństwie. Koniecznością wydają się działania o charakterze profilaktycznym, skierowane nie tylko na potencjalną ofiarę, ale przede wszystkim na być może przyszłego oprawcę. Osoba, która poświęca się/siebie opiece nad chorym sama często potrzebuje wsparcia, by móc wspierać.

1. Wybrane problemy codzienności osób w okresie starości

Niezwykle trafnie życie człowieka ujął E. Stachura, który przyrównał je do wędrówki. I rzeczywiście człowiek rodząc się rozpoczyna swe wędrowanie poprzez fazy swego życia: dzieciństwo, młodość, dorosłość, by wreszcie osiągnąć jego kres u schyłku starości. Starość, określana także późną dorosłością, czy trzecim wiekiem życia, jest jednym z etapów życia człowieka – końcowym etapem procesu jego starzenia się, ostatnim etapem rozwoju ontogenetycznego człowieka. Starość, chyba najbardziej w porównaniu z innymi fazami życia, zależy od faz poprzednich. Inny jest w tej fazie charakter zachodzących w organizmie zmian. Starość „cechuje stopniowe wygasanie funkcji poszczególnych narządów i układów, określane w literaturze gerontologicznej mianem zjawiska inwolucji, przy jednoczesnym wykorzystaniu mechanizmów kompensacyjnych, które umożliwiają zachowanie [...] homeostazy, a tym samym zachowanie życia, jednakże z zaawansowaniem procesu starzenia się możliwości kompensacyjne maleją, zmniejsza się prawdopodobieństwo zachowania życia, a wzrasta prawdopodobieństwo śmierci” [Zych, Kaleta-Witusiak 2006: 29]. Starzenie się obejmuje procesy biologiczne, psychiczne i społeczne, które zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej człowieka, bez możliwości przeciwdziałania temu [Nowicka 2006: 17]. Za początek starości przyjmuje się umownie określony wiek kalendarzowy (tzw. próg starości, najczęściej przypadający na 60 lub 65 rok życia), koniec starości wyznacza śmierć.

Starość jest fazą życia bardzo zróżnicowaną, w związku z tym przyjęto jej okresy (stadia), np. wyróżnia się wczesną starość (do 75 r.ż.) i późną starość (powyżej 75 r.ż.). Według WHO z kolei wyodrębnia się: wiek przedstarczy (45–59 r.ż.), wczesną starość (60–74 r.ż.), wiek starczy (75–89. r.ż.), długowieczność (90 lat i więcej) [por. Gumułka, Rewerski 1998: 917].

Starość, z uwagi na złożoność i różnorodność cech charakterystycznych objawów, należy taktować wielowymiarowo, rozpatrując to dynamiczne zjawisko, z trzech punktów widzenia: biologicznego, psychologicznego i społecznego. „W wymiarze biologicznym [...] starzenie się jest rozumiane jako naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany metabolizmu oraz właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji i regeneracji organizmu, a także zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów” [Zych, Kaleta-Witusiak 2006: 28]. Osoba starzejąca się stopniowo traci zdrowie, kondycję i atrakcyjność fizyczną. Najważniejsze problemy wynikające z biologii człowieka w procesie jego starzenia się to: utrata sprawności fizycznej i psychicznej, a więc mniejsza siła i szybkość, co powoduje, że osoby te czują się słabszymi i powolnymi oraz mniej zręcznymi w wykonywaniu czyn-

ności samoobsługowych i dnia codziennego. Z wiekiem gorzej widzą i słyszą, skarżą się na zaburzenia powonienia i smaku, upośledzeniu ulega zmysł dotyku. Częściej sygnalizują dolegliwości somatyczne i gorsze samopoczucie psychiczne. I tu wkraczamy w sferę psychiki. Obniża się sprawność podstawowych zdolności poznawczych i wykonawczych człowieka. Ma miejsce involucja procesów postrzegania, przetwarzania wrażeń i informacji, myślenia, zapamiętywania. Niewątpliwie obok starzenia się fizjologicznego człowieka, doświadcza on starzenia się psychiki. Warto zwrócić uwagę także na to, że „[...] psychiczne starzenie się odnosi się do świadomości jednostki jej zdolności przystosowania się do stopniowego starzenia się – jest to odbiór własnych procesów starzenia się przez jednostkę, na który składają się [...]: poznanie, samoocena, motywacja i odczucia. [...] Są to reakcje w zachowaniu towarzyszące doświadczaniu starzenia się [...] [Zych, Kaleta-Witusiak 2006: 29]. Wśród problemów wynikających z postępującego procesu starzenia się człowieka w aspekcie psychologicznym wymienić należy: trudności w przystosowaniu się do nowych sytuacji, swoiste ochłodzenie emocjonalności, czy też nasilenie się pewnych cech posiadanych już wcześniej, teraz postrzeganych jako wręcz zmiany osobowości. Osoby starsze mają skłonność do podejrzliwości, konserwatyzmu, egocentryzmu, apodyktyczności i hipochondrii.

Nie można zapomnieć o samotności osób w wieku senioralnym, to im najczęściej przychodzi żyć w pojedynkę, kiedy odchodzi najbliższa osoba (współmałżonek). Często także osoby starsze doświadczają poczucia osamotnienia, na skutek rozluźnienia więzi z usamodzielnionymi już dziećmi. To niezaspokojenie potrzeby bliskości połączone ze świadomością nadchodzącego kresu życia wywołuje negatywne stany emocjonalne, poczucie niepełnowartościowości, nieprzydatności, pojawić się mogą myśli samobójcze.

Stan psychiczny osoby starszej bardzo często warunkowany jest także procesem starzenia się ujmowanym w aspekcie społecznym. „[...] społeczne starzenie się odnosi się do tego, jak jednostka spostrzega proces starzenia się i jak odnosi się do niej dane społeczeństwo. [...] starość społeczna polega na ograniczeniu się jedynie do roli człowieka starego i jest uwarunkowana kulturowo oraz podlega przemianom wraz ze zmianami w obyczajowości i społecznym systemie wartości [Zych, Kaleta-Witusiak 2006: 33]. W dobie kultu piękna, młodości, zdrowia i sprawności osoby w wieku starszym narażone są na negatywne postawy społeczne, na dyskryminację, ponoszenie konsekwencji uprzedzeń i stereotypów społecznych. Ludzie starzy postrzegani są jako infantylni, słabi, zmęczeni, powolni, schorowani, osamotnieni, niedoinformowani, mało wydajni, mający problemy z pamięcią, biedni, kłótlivi i ubodzy. W opinii społecznej starość nie jest czymś na co się czeka, czego się pragnie, wręcz przeciwnie – należy zrobić wiele, by oznaki starości ukryć, by opóźnić proces starzenia się.

W ujęciu społecznym starzenia zwraca się także uwagę na znaczenie potrzeb społecznych i współwystępujących z nimi potrzeb psychicznych, takich jak: potrzeby przynależności, użyteczności, niezależności, satysfakcji, komunikacji, aktywności. Niestety sytuacja życiowa osoby starszej zmienia się. Wydarzenie, jakim jest przejście na emeryturę, może zaburzyć realizację wielu jej potrzeb. Może stworzyć poczucie zagrożenia, utratę statusu ekonomicznego i społecznego, uzależnienie od innych ludzi i instytucji, szczególnie wtedy gdy nasilają się problemy zdrowotne, zmniejsza się samodzielność osoby i jej samowystarczalność [por. Mamzer 2013].

Wiele problemów osób starszych wynika z faktu, że człowiek nie poradził sobie z wypełnieniem zadań, jakie postawiła przed starości: nie zaakceptował własnej starości i siebie w roli osoby starej, nie akceptuje swej obecnej sytuacji życiowej, nie udało mu się przekierować swej energii na nowe role i formy aktywności, wreszcie nie udało mu się oswoić z naturalnym biegiem życia i jego kresem – śmiercią [Nowicka 2006: 22]. Niepogodzony z upływem czasu, doświadczający przymiotów starości bardzo często pada ofiarą negatywnych zjawisk społecznych, m.in. wykluczenia społecznego, u podstaw którego leżą wspomniane już wcześniej dyskryminacja ze względu na wiek i uprzedzenia społeczne. „Od dłuższego czasu można obserwować niepokojące „znaki czasu” – manifestującą się w życiu rodzinnym i społecznym przemoc wobec osób starzejących się i starych, np. w postaci, zaniedbania, dyskryminacji wiekowej i uprzedzeń ze względu na wiek” [Zych, Kaleta-Witusiak 2006: 33].

M. Halicka twierdzi, że „przemoc wobec ludzi starszych może przejawiać się jako akt popełniony lub też jako zaniechanie. W skrajnej formie przemoc wobec osób starszych występuje pod postacią zachowań agresywnych, szkodliwych dla zdrowia (np. okaleczeniach), a nawet bezpośrednio przyczyniających się do śmierci. Przemoc wobec ludzi starszych jest zróżnicowana, przybiera różną postać i przejawia się na różne sposoby” [...] do przemocy wobec osób starszych może dojść zarówno w środowisku domowym (rodzinnie), jak i w środowisku społecznym. Na szczególną uwagę zasługuje także instytucjonalne środowisko życiowe osób starszych, którym jest/są placówka/placówki opiekuńcze (np. dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, szpital), a w których istnieje zagrożenie przemocą ze strony personelu. Dowiedziono, że sprawcami przemocy wobec osób starszych mogą być zarówno członkowie rodziny, jak też inne osoby, np. opiekunowie” [Halicka 2017; por. Tobiasz-Adamczyk 2009].

Zdecydowanie należy podkreślić, że starość i jej konsekwencje oraz stan choroby, szczególnie długotrwałej i nieuleczalnej, plasują człowieka w grupie ryzyka zagrożonej aktami przemocy za strony innych osób.

To, jak przebiega starość człowieka, jak radzi sobie on z jej trudami, zależy od wielu czynników zarówno tych będących jego predyspozycjami osobowościowymi, jak i stanowiących uwarunkowania społeczno-kulturowe.

2. Choroby wieku starczego – w kręgu choroby Alzheimera

Naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany inwolucyjne, zachodzące w organizmie człowieka starzejącego się, skutkują powolną utratą jego sprawności, słabszą jego odpornością, większą podatnością na zachorowania oraz gorszym rokowaniem w przypadku chorób. „W miarę starzenia się ciało człowieka doświadcza zmian w podstawowych układach (np. kostno-szkieletowym, oddychania, krążenia), zmniejszają się możliwości percepcji zmysłowej (wzrokowej, słuchowej), z upływem lat maleją również siła, napięcie i elastyczność mięśni, maleje wydolność układów krążenia, oddechowego, pokarmowego i wydalniczego oraz upośledzona zostaje komunikacja pomiędzy komórkami nerwowymi” [Zych, Kaleta-Witusiak 2006: 29]. Człowiek starszy doświadcza w związku z tym wielu charakterystycznych schorzeń. Najczęściej u osoby w okresie późnej dorosłości występuje więcej niż jedna choroba (wielochorobowość, wielonarządowość zmian chorobowych). Według twórców Wielkiej Encyklopedii Zdrowia: „Do najczęściej występujących chorób wieku starczego należą: osteoporoza, bóle kręgosłupa, nadwaga, choroby reumatyczne, niesprawność fizyczna, choroby krążenia, niedokrwienie serca, cukrzyca, udary, nowotwory” [Wielka Encyklopedia Zdrowia 2010: 190]. Charakterystyczne jest, że w tym okresie życia człowieka dominują „te stany patologiczne, które wiążą się przyczynowo z rozwojem miażdżycy, np. zawał serca, udary mózgowe, otępienie starcze. [...] występują choroby zwyrodnieniowe, dotyczące głównie narządu ruchu i układu płucno-sercowego, [...] choroby nowotworowe” [Gumułka, Rewerski 1998: 926].

Szczególne miejsce w klasyfikacji chorób wieku starczego zajmują „zaburzenia psychiczne specyficzne dla starości [...] starcze zmiany osobowości cechujące się zubożeniem i chwiejnością uczuciowości, zainteresowań i aktywności, sztywnością postaw oraz wyostreniem pewnych równoważonych dotąd cech (np. nieufności, bierności, agresywności, nadmiaru lub niedoboru krytycyzmu). U około 10–20% osób w wieku starczym rozwijają się zmiany otępienne [...]” [Gumułka, Rewerski 1998: 1082; por. Trypka 2008: 26–27]. „Według kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), otępienie to zespół objawów spowodowanych przewlekłą i postępującą chorobą mózgu, w którym zaburzone są funkcje poznawcze. W szczególności zachwiana zostaje koncentracja, pamięć, logiczne myślenie, orientacja, liczenie, zdolność uczenia się i kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją. [...] Otępienie starcze, nazywane inaczej demencją starczą [...] skutkuje obniżeniem sprawności umysłowej i prowadzi do całkowitej degradacji człowieka w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej, uniemożliwiając mu samodzielną egzystencję [...], musi pozostawać pod opieką innych osób” [Mielczarek 2016: 146–147]. Medycyna zna różne rodzaje otępień:

naczyniopochodne, łagodne zaburzenia poznawcze, czołowo-skroniowe, z ciałami Lewy'ego [por. Sadowska 2006: 7–12].

Niewątpliwie wśród chorób otępiennych najczęstszą jej postacią (ok. 60% wszystkich przypadków), najbardziej znaną i budzącą ogromne emocje jest choroba Alzheimera¹. Jest diagnozowana u znacznej liczby osób starszych, u których objawy są specyficzne, świadczą o patologii wieku starczego. Na tę chorobę zapada coraz więcej osób na całym świecie. „[...] na chorobę Alzheimera cierpi około 20 mln ludzi. Po ukończeniu 65 roku życia zapada na nią co dziesiąta osoba, pomiędzy 75 a 85 rokiem życia co piąta, a po ukończeniu 85 lat – niemal co druga osoba” [Hładkiewicz 1995: 6]. „Z danych szacunkowych wynika, że w Polsce cierpi na nią od ponad 200 tys. [...] do nawet 350 tys. osób [...]” [Nowicka 201: 8]. Nie ma pełnych danych dotyczących liczby zachorowań, nie wszystkie osoby są bowiem zdiagnozowane, szczególnie w początkowym okresie choroby. Należy jeszcze zwrócić uwagę na to, że problem choroby Alzheimera nie dotyczy tylko samych osób chorych, ale i ich bliskich: mężów, żon, dorosłych dzieci – opiekunów, którzy doświadczają sytuacji osoby chorej na Alzheimera, żyjąc w kręgu tej nie do końca jeszcze poznanej, postępującej i nieodwracalnej choroby. „Z powodu tej choroby cierpi co najmniej drugie tyle osób – opiekunowie” [„Problemy Rodziny” 2001, nr 2: 57], każe to myśleć o chorobie jako problemie urastającym do rangi społecznej.

„Choroba Alzheimera to schorzenie pozbawiające człowieka tego co najważniejsze: świadomości własnego istnienia, własnej historii i dokonań życiowych, pamięci” [Sadowska 2011: 140]. Czasami nazywana bywa «powolnym pożegnaniem z samym sobą» [Zych 2010: 28]. Człowiek stopniowo „przestaje interesować się otoczeniem, traci pamięć, poczucie czasu i miejsca. Do tego dochodzą zaburzenia zachowania i utrata zdolności prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu” [Antoniak 2010: 16]. Na poszczególnych etapach procesu chorobowego występują różne objawy zaburzeń: urojenia, halucynacje, zaburzenia nastroju, chwiejność afektywna, lęki, obawy, fobie, mylne rozpoznawanie osób [por. Brudka 2010: 196–197]. Stosunkowo często obserwuje się w przebiegu choroby „zaburzenia zachowania wyrażające się niepokojem i agresją (fizyczną i słowną)” [Katapka-Minc 2006: 35]. Obok zakłócenia zdolności poznawczych, umiejętności dokonywania operacji symbolicznych mają miejsce w przebiegu choroby Alzheimera

¹ „Choroba Alzheimera jest chorobą pierwotnie zwyrodnieniową mózgu (nie jest skutkiem narastania zmian miażdżycowych naczyń mózgowych). Polega na zaniku komórek nerwowych i ich połączeń, który jest spowodowany odkładaniem się w tkance mózgowej białek o patologicznej strukturze (beta-amyloidu, tau i alfa-synukleiny). [...] ogólne kryteria diagnostyczne choroby Alzheimera zawarte są w czterech punktach: 1) występowanie zespołu otępiennego [...], 2) podstępny początek z powolnym pogarszaniem się stanu chorego, 3) brak objawów klinicznych i wyników innych badań, które wskazywałyby na możliwość wystąpienia otępienia jako rezultatu innych chorób układowych lub chorób mózgu, 4) brak nagłego, udarowego początku lub objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego” [Antoniak 2010: 16–17; por. Parnowski 2015: 9–11].

problemy w wypełnianiu „zasadniczych ról życiowych (zdolność do pracy, relacje z rodziną lub rówieśnikami, funkcjonowanie społeczne” [Zych 2010: 28–29].

Osoba z chorobą Alzheimera powoli zatracza kontakt z rzeczywistością, nie zdając sobie w pewnym momencie z tego sprawy. Jest to przerażające, choć przywołać można słowa pielęgniarki na jednym z oddziałów opiekuńczo-pielęgnacyjnych: „A może to i dobrze, że nie zdaje sobie sprawy z tego co się z nią dzieje, tak żyje w swoim świecie i nawet nie czeka na koniec”. Bolesne to słowa, szczególnie, gdy słyszane są przez bliskich osoby z chorobą Alzheimera. Jakże w trudnej sytuacji znajdują się osoby bezsilne, bez nadziei, patrzące każdego dnia na odchodzenie kochanej osoby, mające świadomość swego nieistnienia w jej świadomości. Zmęczone, wręcz wypalone nieraz po wielu latach sprawowania opieki nad chorym. Przeżywające sytuacje deprivacji własnych potrzeb, przeciążenia, utrudnienia, zagrożenia czy konfliktu, zmagające się z negatywnymi emocjami: obwiniania się, rozpacz, przerażenia, poczucia wstydu, odrazy, wstrętu, obrzydzenia, złości, załamania, rezygnacji, strachu, lęku, niepokoju, niepewności w kontakcie z bliską osobą chorą [Janion 2011: 123–124; 127–133]. Osamotnione, pozbawione wsparcia w tej traumatycznej sytuacji, często nie potrafią sprostać roli opiekuna albo same potrzebują pomocy, albo też, tkwiąc w poczuciu beznadziejności, poddają się negatywnym emocjom złości i nienawiści wobec chorego, w ten sposób rozładowując własne napięcie i karząc chorego za bycie przyczyną życiowego nieszczęścia. Brak już siły, wsparcia czy też wiedzy na temat choroby albo umiejętności w postępowaniu z chorym, czy też – jak było przed zdiagnozowaniem choroby matki, ojca, babci, dziadka – mylne interpretowanie ich zachowań, prowadzi do konfliktów w rodzinie, złośliwości czy wręcz przejawów agresji. Brak refleksji własnej opiekuna oraz pomocy otrzymanej z zewnątrz pogłębiać będzie niekorzystną sytuację opiekuna i bezbronnego podopiecznego, doświadczającego złego traktowania przez najbliższe mu osoby.

3. Przemoc wobec osób z chorobami wieku starczego

Spośród wielu definicji tłumaczących zjawisko przemocy warto odnieść się do stanowiska prezentowanego przez A. Lipowską-Teutsch. Autorka określa przemoc jako „zespół atakujących, nadzorujących i kontrolujących zachowań, obejmujących przemoc fizyczną, seksualną i emocjonalną. Jest to spójna całość, ciąg zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, których celem jest zniewolenie ofiary, wyeliminowanie jej suwerennych myśli i działań, podporządkowanie jej żądaniom i potrzebom sprawcy” [Lipowska-Teutsch 1998: 12].

D. Dutton zauważa, że przemoc to nie tylko bicie i zadawanie ciosów. Zawsze jest to także próba psychicznej i fizycznej kontroli nad ofiarą w celu odizolowania jej od wszelkich dawnych i obecnych kontaktów społecznych. Jest to również próba całkowitego zniszczenia poczucia własnej wartości, by zniewolić ją psychicznie, a w przypadku oprawcy podbudować jego nadwyrężoną tożsamość [Dutton 2001: 25].

Spośród wielu definicji tłumaczących zjawisko przemocy na potrzeby niniejszego artykułu przyjmujemy stanowisko I. Pospiszyl, która określa przemoc jako „wszelkie nieprzypadkowe akty wykorzystujące przewagę sprawcy, które godzą w osobistą wolność jednostki, przyczyniają się do jej fizycznej lub psychicznej szkody i wykraczają poza społeczne normy wzajemnych kontaktów, albo też wszelkie akty udręczenia i okrucieństwa” [Pospiszyl 2008: 57].

Analizując akt przemocy dzieli się go na dwa rodzaje: gorącą i chłodną. Przemoc gorąca jest głośna, pełna krzyków, agresji fizycznej i słownej. Związana jest z pękaniem wewnętrznych zahamowań emocjonalnych sprawcy i uruchamianiem agresji. Wystarczy drobiazg, aby doszło do wybuchu, aby sprawca przemocy wpadł w furję, w poczuciu złości i wściekłości pragnął skrzywdzić swoje ofiary i wywołać u nich cierpienie. Przemoc chłodna przypomina realizację scenariusza, który szczegółowo zaplanował i przygotował sprawca przemocy. Nie ma tu gwałtownych emocji. Mimo to cykl przemocy coraz częściej się powtarza [Mellibruda 1993].

Według National Center on Elder Abuse występują następujące formy przemocy wobec osób starszych: przemoc fizyczna, przemoc psychiczna/emocjonalna, przemoc seksualna, wykorzystywanie, zaniedbywanie i porzucenie. Zakłada się, że zwykle w przypadku przemocy nie ma się do czynienia wyłącznie z jedną formą, ale często poszczególne formy zachodzą na siebie lub pozostają ze sobą w ścisłej relacji [Tobiasz-Adamczyk 2009: 39–42].

Krzywdzenie i zaniedbywanie osób w podeszłym wieku wiążą się silnie ze stresem i frustracją opiekuna, które wynikają przede wszystkim ze starzenia się podopiecznego i ciągłej jego obecności w domu. W rodzinach tych opiekun znajduje się zwykle pod silną presją pochodzącą z różnych źródeł. Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem może stanowić dodatkowy czynnik sprzyjający stosowaniu przemocy jako sposobu kontrolowania otoczenia społecznego i fizycznego.

Według I. Pospiszyl około 4% ludzi powyżej 60 roku życia doświadcza przemocy, a im starsza osoba, tym większe prawdopodobieństwo, że stanie się ofiarą. Dwie trzecie osób poszkodowanych to kobiety. Ofiary najczęściej mieszkają z agresorem (75%). Sprawcami przemocy najczęściej są współmałżonek lub dorosły syn ofiary. Okolicznościami sprzyjającymi przemocy jest zależność ofiary od sprawcy. Autorka przedstawia także zależność, że w przypadku ludzi starych dość typowe są dwie skrajne tendencje: bardziej na przemoc narażeni są rodzice

uzależnieni od dzieci, ale także rodzice, od których dzieci są uzależnione ekonomicznie [Pospiszyl 1999: 33–34].

Podając za Thomas [2000] i Linger [2003] – częstość występowania przemocy wynosi 1,2-5,6%, a osoby z chorobą Alzheimera są zwykle dwukrotnie częściej narażone na przemoc niż inne osoby starsze. Uważa się, że około połowa ofiar przemocy wśród osób starszych wiekiem to osoby z demencją [Tobiasz-Adamczyk 2009: 39–42].

Analizując wzrost problemu maltretowania osób starszych zwraca się w nim uwagę na następujące jego przyczyny:

- poważne przemiany demograficzne, które nastąpiły w społeczeństwach zachodnich:
 - po pierwsze, dwukrotnie w ciągu tego wieku wzrosła długość życia,
 - po drugie, stale rośnie odsetek osób, które osiągnęły lub przekroczyły 65 rok życia;
- zwiększyła się także liczba osób starszych wymagających opieki, gdyż wraz z wiekiem rośnie ryzyko inwalidztwa oraz upośledzeń umysłowych [Pospiszyl 1999: 33–34].

Według Estman wyróżnia się następujące formy maltretowania osób starszych w domu:

- przemoc fizyczną i groźbę jej użycia,
- wykorzystywanie seksualne, w tym gwałt i pornografię,
- zaniedbywanie i izolowanie,
- odmowę podawania posiłków,
- wstrzymywanie wsparcia finansowego i emocjonalnego,
- porzucenie w szpitalu, domu starców lub na ulicy,
- nadużycia psychologiczne, w tym zastraszanie, poniżanie i groźenie porzuceniem,
- wyzysk, np. wykorzystanie środków finansowych osoby starszej dla prywatnej korzyści opiekuna [Kuźmicz 2009: 190].

4. Profilaktyka przemocy wobec osób starszych i chorych

W poniższym zestawieniu pragniemy zaprezentować holistyczne ujęcie profilaktyki przemocy obejmującej oddziaływania realizowane na trzech jej poziomach²:

² Opracowanie własne na podstawie: K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1999, s. 29–31; 198–201; B. Tobiasz-Adamczyk, *Przemoc wobec osób starszych*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2009, s. 39–42.

Poziom I profilaktyki – przemiany fundamentalne

Celem działań prewencyjnych na I poziomie profilaktyki jest zmniejszenie liczby przypadków maltretowania w rodzinie oraz próba całkowitego wyeliminowania problemu. Interwencje w tym obszarze oddziałują na całe społeczeństwo poprzez kampanie uświadamiające oraz tworzenie grup wsparcia, a następnie poprzez zabiegi natury społecznej, prawnej i edukacyjnej wspierające zdrowe funkcjonowanie i stosunki w rodzinie. Podstawą skutecznej profilaktyki pierwszorzędowej musi być uświadomienie problemu opinii społecznej i fachowcom (ważnym aspektem jest wiedza na temat problemów starzenia się). Podejmowane działania profilaktyczne powinny obejmować: ochronę praw, bezpieczeństwa i zdrowia osób w podeszłym wieku, dążenie do zmiany postaw społecznych.

Poziom II profilaktyki – przewidywanie i wykrywanie

Drugi poziom profilaktyki nastawiony jest na wykrywanie ryzyka przemocy w rodzinie.

Instytucje opieki zdrowotnej i społecznej identyfikują rodziny potrzebujące pomocy na podstawie występowania cech (czynników ryzyka), które zwiększają prawdopodobieństwo niepożądanych zjawisk, np. przemocy. Wymaga to jednak przekazywania do dyspozycji społeczności lokalnych dodatkowych środków, niezbędnych do:

- rozwinięcia metod wykrywania czynników ryzyka,
- treningu pracowników opieki zdrowotnej i społecznej w zakresie wykorzystywania tych metod,
- dostarczania strategii interwencji umożliwiających łagodzenie i eliminowanie niepożądanych zjawisk.

Analiza czynników ryzyka przemocy domowej

I. Osoby w podeszłym wieku z grupy wysokiego ryzyka: fizyczna i (lub) psychiczna zależność od opiekuna; trudności lub zaburzenia we wzajemnej komunikacji pomiędzy podopiecznym a opiekunem; nadmierne wymagania i (lub) agresywność; wcześniejsze maltretowanie opiekuna przez podopiecznego (zamiana ról); występowanie denerwujących zachowań lub problemów zdrowotnych podopiecznego; wspólne stałe zamieszkiwanie podopiecznego z opiekunem; częste pobyty osoby starszej w szpitalu, liczne upadki i częste pojawienie się sińców na twarzy; podawanie przez starszą osobę niejasnych wyjaśnień dotyczących okoliczności powstawania urazów.

II. Opiekunowie z grupy wysokiego ryzyka: zły stan zdrowia opiekuna; brak doświadczenia; nierealistyczne oczekiwania w stosunku do podopiecznego; negatywne uczucia i skojarzenia związane z podopiecznym; sytuacja, w której opiekun jest odpowiedzialny także za innych członków rodziny (np. męża, dziecko,

rodzeństwo); częste wizyty opiekuna u lekarza internisty; podawanie przez opiekuna niejasnych tłumaczeń dotyczących przyczyn urazów odniesionych przez podopiecznego; niskie poczucie wartości; postrzeganie zależności osoby w podeszłym wieku jako wyrazu jej „zdziecinnienia” i zawyżonych wymagań; liczne stesy, którym podlega opiekun (konflikty w małżeństwie, trudności finansowe); problemy lub zaburzenia psychiczne opiekuna; bezrobocie opiekuna lub innego ważnego członka rodziny; niechętny stosunek opiekuna do obowiązków, finansowa zależność od podopiecznego; doświadczenia nadużyć lub zaniedbań w dzieciństwie.

III. Rodziny z grupy wysokiego ryzyka: słaba lub niewystarczająca opieka zdrowotna dostępna dla danej rodziny; brak wsparcia ze strony otoczenia społecznego i służb socjalnych; złe warunki mieszkaniowe (przeludnienie i ciasnota); izolacja społeczna rodziny; konflikty pomiędzy członkami rodziny; pragnienie oddania podopiecznego do domu starców.

Tabela 1. Szczegółowa lista czynników ryzyka (wskaźników) według Hwalek, Sengstock

| Czynniki ryzyka przemocy u osoby starszej (wskaźniki): |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – akty przemocy skierowane na siebie; brak świadomości; symptomy niewynikające z choroby; przedawkowanie leków; – zależność od kogokolwiek w realizacji codziennych potrzeb życiowych; – oznaki depresji, planowanie samobójstwa lub groźenie samobójstwem, zagubienie, dezorientowanie; – podpisywanie dokumentów, których nie jest w stanie przeczytać, niebranie udziału w decyzjach dotyczących własnej osoby, błędne decyzje; – przejawianie obawy przed opiekunem; okazywanie agresji, gdy ktoś dotyka; okazywanie lęku, gdy ktoś wchodzi do pokoju; jest zmuszany (przez zastraszanie) do podejmowania pewnych działań; – reakcja na oferowaną pomoc: odmowa rozmowy o sytuacji; robienie aluzji, że są problemy z opiekunem, ale niepodejmowanie konkretnej rozmowy na ten temat; odmowa opieki medycznej; – więzi społeczne: niechciane, brak; – jest ekstremalnie prowokujący; jest źródłem stresu dla opiekuna lub rodziny. |
| Czynniki ryzyka sprawcy przemocy (opiekuna) wobec osoby starszej: |
| <ul style="list-style-type: none"> – czysty i dobrze ubrany, podczas gdy osoba starsza jest biednie ubrana lub brudna; zły ogólny stan zdrowia, z zaburzeniami psychicznymi; – oczekiwania zachowań znacznie powyżej możliwości osoby starszej; obwinianie podopiecznego; niedowierzenie podopiecznemu; – atakowanie, przemoc skierowana na siebie; bycie okrutnym, bezlitosnym; wybuchowy charakter, nastawiony na przemoc; przekonanie o potrzebie karania; – bycie ofiarą przemocy w dzieciństwie lub dzieckiem zaniedbywanym; stosowanie przemocy wobec innych w przeszłości; – niekontrolowanie zachowań; zachowania wydają się nieracjonalne; okazywanie przesadnego zaprzeczenia; odstraszenie innych, aby nie nawiązywać kontaktów społecznych; |

- wyalienowanie, brak poczucia własnej wartości;
- pomniejszanie prawnych konsekwencji przemocy; próby działania na niekorzyść osoby starszej;
- odmowa szukania pomocy dla osoby starszej; wstrzymywanie koniecznej opieki; opóźnienie zgłoszenia do lekarza; zabieranie osoby starszej za każdym razem do różnych lekarzy, szpitali; oskarżanie innych o zranienie osoby starszej;
- podawanie niekonsekwentnych wyjaśnień; niewyjaśnianie, dlaczego osoba starsza jest poraniona; podawanie absurdalnych wyjaśnień co do zranień osoby starszej;
- niestosowanie się do poleceń lekarskich; niemożność zapewnienia opieki;
- niekupowanie produktów potrzebnych do przestrzegania zalecanej diety; nienabywanie przepisanych leków;
- osoba, którą się opiekuje, powoduje, że stale się złości lub boi się go/jej, że może stracić kontrolę nad zachowaniami i uderzyć go/ją; cokolwiek opiekun zrobi, wydaje się, że zadowala osobę starszą;
- zależny od starszej osoby ze względu na wsparcie finansowe;
- przepracowanie; ma wiele różnych odpowiedzialnych zadań; zależny od okoliczności w opiece nad osobą starszą; ma nierealistyczne oczekiwania związane ze swoją rolą; rzadko używa zastręstwa, aby wywiązać się ze zobowiązań;
- nie ma nikogo, do kogo mógłby zadzwonić, kiedy nie wytrzymuje stresu;
- jest znany z tego, że prowadzi antyspołeczny styl życia;
- przemoc pod wpływem alkoholu w rodzinie, duża liczba zwierząt domowych, otrzymuje wykluczające się polecenia;
- stres finansowy; kryzys rodziny w ostatnim czasie, zadłużenie w rodzinie lub małżeństwie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [Tobiasz-Adamczyk 2009: 39–42].

Poziom III profilaktyki – terapia i kontrola

Trzeci poziom działań profilaktycznych obejmuje metody pracy z rodzinami, w których przemoc jest już faktem. Na tym etapie mogło dojść już do wielu przypadków maltretowania, przemoc mogła znaleźć stałe miejsce w systemie rodzinnym. Zapobieganie zmierza więc tu do obniżenia ryzyka ponownych urazów fizycznych i psychicznych u członków rodziny w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa trwałych uszkodzeń, kalectwa, a nawet śmierci ofiary. Zapobieganie na trzecim poziomie polega na leczeniu rodzin, w których stosowana jest przemoc, oraz na opanowaniu i kontrolowaniu agresywnych zachowań ich członków.

Do najważniejszych działań stosowanych wobec osób starszych i chorych należą:

- a) rozpoznanie sygnałów świadczących o problemie (oznaki fizyczne), np. sińce i pręgi na ciele, czasem częściowo wygojone; złamania kości u osób niezdolnych do poruszania się; ślady oparzeń papierosami i innymi przedmiotami; rany szarpane i otarcia okolicy ust, oczu lub innych części twarzy; wielokrotne skaleczenia i inne obrażenia cielesne; objawy poważnego niedożywienia i/lub odwodnienia organizmu; dowody niewłaściwej opieki, np. sińce powstałe na skutek silnego ucisku. Wyróżnia się jeszcze cztery inne sygnały mogące budzić podejrzenia:
 - częste uleganie wypadkom,

- rozbieżności między podawaną przyczyną obrażeń a ich rodzajem,
 - urazy ciała w miejscach normalnie chronionych przez ubranie,
 - opór krewnego przed badaniem podopiecznego lub prowadzeniem z nim wywiadu;
- b) rozpoznanie sygnałów świadczących o lęklivosti osoby starszej w obecności opiekuna;
- c) rozpoznanie zmian afektywnych u podopiecznego – popadanie w depresję, wycofywanie się, bierność czy skłonności samobójcze.

Doniosłą rolę w rozpoznawaniu przemocy odgrywają pracownicy służby zdrowia, którzy mogą mieć duże znaczenie w wykrywaniu przypadków maltretowania osób starych. Ponadto pracownicy opieki społecznej pracujący z rodzinami, które opiekują się starszą osobą, mają możliwość rozpoznawania potencjalnego maltretowania, jeśli tylko zwrócą uwagę na czynniki ryzyka oraz behawioralne i fizyczne wskaźniki krzywdzenia. Najczęstsze formy działań podejmowane na trzecim poziomie prewencji dotyczą zabrania starszej osoby od rodziny i doradztwo rodzinne. Nie można przecenić znaczenia profilaktyki w ochronie osób starszych, chorych przed przemocą doświadczaną w okresie, który z natury rzeczy powinien być czasem poczucia spokoju i bezpieczeństwa.

Zakończenie

W kontekście powyższych rozważań na temat zarówno tak ważny (w aspekcie indywidualnym, rodzinnym i społecznym), jak i trudny pojawia się kilka refleksji.

Z uwagi na istotę profilaktyki niezwykle istotnym zagadnieniem jawi się wychowanie ku starości realizowane już w okresie dzieciństwa i młodości przyszłych seniorów. Starzeć się jest sztuką. Nie każdy jest w stanie zaakceptować własne starzenie się, starość, przemijający czas, zbliżający się kres drogi życia, mimo że jest to naturalna kolej rzeczy. Brak akceptacji wywołuje najczęściej lęk, często złość. Trudno jest odczuwać spokój i radość z życia doświadczając negatywnych emocji. Niełatwo jest innym czerpać satysfakcję z kontaktu z osobą starszą, która nie akceptuje siebie, nie lubi innych ludzi i ma negatywny obraz otaczającego świata. Warto zatroszczyć się o odpowiednią percepcję tej ostatniej fazy życia człowieka i kształtowanie pożądanych postaw wobec osób starszych, a także wobec instytucji wspomagających czy zastępujących opiekę rodziną nad osobą starszą, chorą, w momencie gdy pomoc rodzinie staje się koniecznością z uwagi na stan chorego czy sytuację opiekuna.

Ważne być może jest w radzeniu sobie z problemami osób starszych, chorych uświadomienie sobie, że w momencie kiedy sprawność i zdrowie – tak istotne

w hierarchii wartości – umykają, należy dokonać pewnego przewartościowania. Może łatwiej będzie zmierzać ku kresowi życia, może łatwiej będzie ponosić trud opieki nad chorym, trwać z nim w cierpieniu, znosić cierpienie własne, jeśli obudzi się świadomość istnienia duchowego wymiaru życia. To być może pomoże zrozumieć, pozwoli spróbować zaakceptować trudną sytuację, z której nie ma innego wyjścia jak trwać do końca.

Być może nie doszłoby do wielu aktów przemocowych wobec osób starszych, gdyby ich sprawcy lepiej radzili sobie w roli opiekunów osób starszych, chorych. Ważne są: pozytywna selekcja do zawodu i odpowiednie przygotowanie opiekunów profesjonalnych, wyposażenie ich w wiedzę, umiejętności i ukształtowanie postawy empatii, życzliwości, zrozumienia i poczucia służby człowiekowi w cierpieniu (fizycznym i psychicznym). W przypadku opiekunów rodzinnych niezbędne jest ich wspieranie, w różnych obszarach funkcjonowania ich i ich bliskich doświadczających choroby. „Zaopiekowany” opiekun, bez syndromu wypalenia, ma większe szanse na bycie dobrym opiekunem dla swojego bliskiego potrzebującego pomocy. Tak ważne jest pełne systemowe realizowanie Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Konieczne jest myślenie o chorobie Alzheimera, o sytuacji osób chorych, ich rodzin, ich opiekunów jako o problemie społecznym. Kwestia dotyczy tak wielu przecież osób, istota jej jest złożona i wymagająca ogromnego zaangażowania wielu podmiotów.

Bibliografia

- Antoniak D. (2010), *Podstawowe informacje na temat choroby Alzheimera* [w:] *Choroba Alzheimera*, T. Parnowski (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Browne K., Herbert M. (1999), *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, WSiP, Warszawa.
- Brudka B. (2010), *Choroba Alzheimera* [w:] *Wielka encyklopedia zdrowia*, B. Hanuszczak i in. (red.), Wydawnictwo Literat, Toruń.
- Choroba Alzheimera – rosnący problem medyczny, społeczny i rodzinny* (2001), „Problemy Rodziny”, nr 2.
- Dutton D.G. (2001), *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwo Diogenes, Warszawa.
- Gomułka W.S., Rewerski W. (red.) (1998), *Encyklopedia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Halicka M. (2017), *Ludzie starzy jako ofiary przemocy*, <http://www.repetytorium.uni.lodz.pl:8080/zmlui/bistream/handle/11089/4991/5.Halicka/pdf?sequence=1> [dostęp: 12.01.2017].
- Hanuszczak B., Janicki R., Kaszewski W. (2010), *Wielka encyklopedia zdrowia*, Wydawnictwo Literat, Toruń.
- Hładkiewicz E. (1995), *Wstęp* [w:] *Ból łagodzić, cierpienie przezwyciężyć – choroba Alzheimera*, M. Wender (red.), Zarząd Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem w Zielonej Górze, Zielona Góra.
- Jan Paweł II (1988), *Posynodalna Adhortacja Apostolska „Christifideles Laici”*, www.opoka.org.pl/biblioteka/w/wp/jan_pawel_ii/adhortacje/christifideles.html [dostęp: 30.01.2016].

- Janion E. (2011), *Wpływ choroby Alzheimera na życie rodziny* [w:] *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*, A. Nowicka, W. Baziuk (red.), Uniwersytet Zielonogórski, Lubuskie Stowarzyszenie Wsparcia Opiekunów i Osób Dotkniętych Chorobą Alzheimera, Zielona Góra.
- Jedynak S. (red.) (1999), *Mały słownik etyczny*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz.
- Katapka-Minc S. (2006), *Zachowania agresywne w chorobie Alzheimera* [w:] *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*, A. Sadowska (red.), Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Warszawa.
- Kuźmicz M. (2009), *Pomoc i przemoc. Opieka jako proces zrozumienia*, „Niebieska Linia”, nr 3.
- Lipowska-Teutsch A. (1998), *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, PARPA, Warszawa.
- Mamzer H. (2013), *Współczesne konceptualizacje starości* [w:] *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie*, A. Kotlarska-Kichalska (red.), Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Mellibruda J. (1993), *Oblicza przemocy*, „Remedium”, nr 10.
- Mielczarek A. (2016), *Praca socjalna w domu pomocy społecznej na rzecz chorych na otępienie starcze*, „Praca Socjalna”, nr 2.
- Nowicka A. (2006), *Starość jako faza życia człowieka* [w:] *Wybrane problemy osób starszych*, A. Nowicka (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Nowicka A. (2015), *Opieka i wsparcie osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów rodzinnych w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra.
- Parnowski T. (red.) (2015), *Jak radzić sobie z otępieniem? 76 pytań opiekunów i odpowiedzi ekspertów*, ITEM Publishing, Warszawa.
- Pospiszyl I. (1999), *Razem przeciw przemocy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Pospiszyl I. (2008), *Przemoc w rodzinie* [w:] *Resocjalizacja*, t. 2, B. Urban, J.M. Stanik (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sadowska A. (2011), *Choroba Alzheimera źródłem obciążeń dla opiekunów rodzinnych* [w:] *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*, A. Nowicka, W. Baziuk (red.), Uniwersytet Zielonogórski, Lubuskie Stowarzyszenie Wsparcia Opiekunów i Osób Dotkniętych Chorobą Alzheimera, Zielona Góra.
- Sadowska A. (red.) (2006), *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Warszawa.
- Szczupał B. (2009), *Godność osoby z niepełnosprawnością. Studium teoretyczno-empiryczne poczucia godności młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*, Wydawnictwo Naukowe Akapit, Kraków.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2009), *Przemoc wobec osób starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Trybka E. (2008), *Ponad-czasowa pamięć. Jak zatrzymać młodość umysłu i radzić sobie z zaburzeniami pamięci u osób starszych*, Seria „Biblioteka Nestora”, t. 1, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków–Wrocław.
- Zych A.A., Kaleta-Witusiak M. (2006), *Geragogika specjalna* [w:] *Wybrane problemy osób starszych*, A. Nowicka (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Zych A.A. (2010), *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.