

Uniwersytet w Białymstoku

Wydział Prawa



**Kryminologiczne, prawne i medyczne aspekty
choroby Alzheimera**

mgr Piotr Mroczo

Rozprawa doktorska napisana

pod kierunkiem naukowym

prof. dr hab. dr h. c. Emila W. Pływaczewskiego

Białystok 2021

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	s. 4
Rozdział I Metodyka badań	s. 8
§ 1. Przedmiot i cel badań.....	s. 8
§ 2. Problemy i hipotezy badawcze.....	s. 9
§ 3. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....	s. 12
§ 4. Organizacja i przebieg badań.....	s. 15
Rozdział II Wprowadzenie do medycznych aspektów choroby Alzheimer	s. 24
§ 1. Charakterystyka chorób neurozwyrodnieniowych.....	s. 24
§ 2. Choroba Alzheimer oraz fazy jej przebiegu.....	s. 26
Rozdział III Prawnomedyczne aspekty choroby Alzheimer	s. 32
§ 1. Prawo pacjenta z chorobą Alzheimer do informacji o jego stanie zdrowia i do tajemnicy lekarskiej	s. 32
§ 2. Zdolność do podejmowania decyzji o procesie leczenia pacjenta z chorobą Alzheimer	s. 42
§ 3. Czynności lecznicze bez zgody pacjenta z chorobą Alzheimer.....	s. 48
Rozdział IV Prawnokarne aspekty choroby Alzheimer	s. 55
§ 1. Zdolność osoby z chorobą Alzheimer do ponoszenia odpowiedzialności karnej..	s. 55
§ 2. Osoba z chorobą Alzheimer jako szczególna kategoria pokrzywdzonego przestępstwem	s. 63
§ 3. Odpowiedzialność karna opiekunów osób z chorobą Alzheimer	s. 75
Rozdział V Wpływ choroby Alzheimer na przestępczość	s. 83
§ 1. Wprowadzenie do wiktymologicznych aspektów choroby Alzheimer.....	s. 83
§ 2. Wiktymologiczne aspekty choroby Alzheimer w świetle badań empirycznych...	s. 93

§ 3. Kryminogenne aspekty choroby Alzheimera.....	s. 106
Rozdział VI Przyczyny wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera	s. 112
§ 1. Czynniki związane z osobą chorą.....	s. 112
§ 2. Czynniki związane z opiekunem chorego.....	s. 116
§ 3. Czynniki związane ze społeczeństwem.....	s. 121
§ 4. Inne przyczyny marginalizacji osób z chorobą Alzheimera.....	s. 129
Rozdział VII Zapobieganie marginalizacji osób z chorobą Alzheimera.....	s. 147
§ 1. Rola władzy państwowej i samorządowej w zapobieganiu marginalizacji osób z chorobą Alzheimera.....	s. 147
§ 2. Działania organizacji pozarządowych w Polsce na rzecz osób chorych na Alzheimera	s. 159
§ 3. Czynniki zmniejszające ryzyko marginalizacji osób z chorobą Alzheimera.....	s. 163
Podsumowanie.....	s. 175
Wykaz skrótów.....	s. 186
Bibliografia.....	s. 188
Zestaw wyników badań empirycznych.....	s. 204
Kwestionariusz ankiety.....	s. 255

WPROWADZENIE

W drugiej dekadzie XXI wieku znacząco wzrosła liczebność populacji osób powyżej 60 roku życia¹. Takie zmiany w strukturze społecznej oznaczają, że w ciągu najbliższych lat problemy osób w wieku powyżej sześćdziesiątego roku życia bezpośrednio dotyczyć będą coraz większej części światowej populacji. Przemiany te nie mogą pozostać obojętne dla światowej nauki kryminologii. Skutkiem starzenia się społeczeństwa powinien być wzrost zainteresowania wśród badaczy nauk społecznych sytuacją osób po 60 roku życia oraz podejmowanie licznych inicjatyw naukowych mających na celu poprawę jakości życia tej grupy ludzi..

Zmiany, które zaszły w strukturze wiekowej światowej populacji, przyczyniły się do wzrostu liczby osób dotkniętych chorobami neurozwyrodnieniowymi, w tym chorobą Alzheimera². Z tego powodu uznaje się te schorzenia za choroby cywilizacyjne współczesnego świata i jedno z większych wyzwań stojących przed ludzkością w XXI wieku³. Potwierdza to World Alzheimer Report 2021, według którego 55 milionów osób na świecie cierpi na demencję. Według prognoz zawartych w tym raporcie do 2030 roku problemy te mogą dotyczyć nawet 78 milionów osób⁴.

Dane statystyczne wskazują, że problem chorób neurozwyrodnieniowych dotyczy obecnie wielu osób, a w przyszłości liczba pacjentów z tymi zaburzeniami ma jeszcze wzrosnąć. Aby lepiej uświadomić sobie, jaka jest skala problemu, warto porównać liczbę chorych w 2021 roku oraz prognozowaną liczbę potencjalnych pacjentów w 2030 roku z liczbą mieszkańców jednych z największych obecnie krajów na świecie. W 2021 roku pacjentów z choro-

¹ S. Steuden, E. Długosz-Mazur, Broszura: O starości... z perspektywy zdrowia psychicznego, Informator edukacyjny Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Lublin na lata 2012 – 2015, Publikacja wydana w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Lublin na lata 2012 – 2015, źródło: <https://docplayer.pl/67065879-O-starosci-z-perspektywy-zdrowia-psychicznego.html> (dostęp: 06.12.2021 r.) .

² D.C. Rubinsztein, The roles of intracellular protein degradation pathways in neurodegeneration, Nature 2006, nr 443, s. 780-786.

³ B. Mroczo, A. Kulczyńska-Przybik, P. Mroczo, Wykluczenie społeczne chorych na chorobę Alzheimera (w:) E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski (red.), Wybrane prawne, kryminologiczne i medyczne aspekty wykluczenia społecznego, Białystok 2016, s. 279.

⁴ Executive summary (w:) S. Gauthier, P. Rosa-Neto, J. A. Morais, C. Webster, Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia, Londyn 2021, s.19, źródło: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/> (dostęp: 8.12.2021 r.)

bą Alzheimera było więcej niż mieszkańców Hiszpanii⁵, Kolumbii⁶, czy też Argentyny⁷. W 2030 roku natomiast liczba osób cierpiących na to schorzenie neurodegeneracyjne będzie porównywalna do obecnej populacji Francji⁸ i Wielkiej Brytanii⁹.

Niniejsza praca stanowi próbę wskazania najważniejszych problemów dotyczących problematyki prawnych i kryminologicznych aspektów choroby Alzheimera. Aspekty prawne, które zostały wybrane do opracowania w pracy, dotyczą fundamentalnych instytucji prawa karnego i medycznego, na które szczególnie istotny wpływ mogą mieć rozwijające się objawy choroby Alzheimera. Analizie poddano więc problematykę odpowiedzialności karnej osoby z tym schorzeniem, jak również jej opiekuna, a także zagadnienia dotyczące osoby z chorobą Alzheimera jako szczególnej kategorii ofiary przestępstwa.. Wskazano również na regulowane przepisami prawa medycznego kwestie takie jak zdolność do udzielenia przez pacjenta zgody na czynności medyczne oraz jego prawo do bycia informowanym o swoim stanie zdrowia i możliwych opcjach dalszej terapii.

Wśród aspektów kryminologicznych główny nacisk położony został na problem wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera ze szczególnym uwzględnieniem jego przyczyn, a także profilaktyki. Ponadto omówione zostały zagadnienia dotyczące wpływu postępujących objawów choroby Alzheimera na ryzyko stania się ofiarą, a także sprawcą czynu zabronionego.

Analizy przeprowadzone na potrzeby rozprawy miały dwojaki charakter: teoretyczny oraz empiryczny. Części pracy dotyczące aspektów prawnokarnych oraz zagadnienia prawa medycznego oparte zostały o analizę aktów prawnych i poglądów doktryny. Rozdziały poświęcone problematyce kryminologicznej zostały natomiast opracowane na podstawie analizy dostępnej literatury przedmiotu.

Ważne uzupełnienie tych rozważań stanowiły przeprowadzone badania empiryczne. Zostały one przeprowadzone na terenie 10 województw, rozlokowanych na północy, południu, zachodnie, wschodzie oraz centrum Polski. Wśród 254 respondentów biorących udział w badaniach znalazły się osoby o różnej relacji z pacjentami z chorobą Alzheimera, w tym aż 50 osób, które zawodowo opiekują się osobami z tym schorzeniem, 44 lekarzy (w tym 33 neurologów lub geriatrów), a także 23 respondentów, których członkowie rodzin cierpieli na demencję. Badania te miały więc charakter reprezentatywny (przeprowadzenie badań cało-

⁵ Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Hiszpania;4169050.html>, (dostęp: 10.12.2021 r.)

⁶ Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Kolumbia;4169072.html>, (dostęp: 10.12.2021 r.)

⁷ Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Argentyna;4168996.html>, (dostęp: 10.12.2021 r.)

⁸ Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Francja;4169037.html>, (dostęp: 10.12.2021 r.)

⁹ Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Wielka-Brytania;4169177.html>, (dostęp: 10.12.2021 r.)

ściowych wśród lekarzy, profesjonalnych opiekunów i członków rodzin byłoby bowiem niemożliwe).

Pierwszy rozdział rozprawy poświęcony został metodyce badań. Na początku omówiony w nim został przedmiot i cel badań, a następnie wskazano główny problem badawczy oraz stanowiące jego rozwinięcie szczegółowe problemy badawcze. W dalszej kolejności przedstawiono główną hipotezę badawczą, która stanowi pewną prognozę dotyczącą odpowiedzi na pytanie zawarte w głównym problemie badawczym, a także hipotezy szczegółowe, czyli próby przewidzenia rozwiązania szczegółowych problemów badawczych pracy. Ponadto opisano metody, techniki, jak również narzędzia badawcze, z których korzystano podczas przeprowadzonych badań, a także prac nad niniejszą rozprawą doktorską. Końcowe fragmenty rozdziału poświęcone zostały kwestiom związanym z organizacją i przebiegiem badań.

Kolejny rozdział rozprawy stanowi wprowadzenie do medycznych aspektów choroby Alzheimera. W tej części pracy poruszona została najpierw medyczna charakterystyka chorób neurozwyrodnieniowych. W dalszej kolejności zwięźle opisano istotę choroby Alzheimera. Rozdział ten, chociaż dotyczy zagadnień należących do nauk medycznych, a więc niezwiązanych bezpośrednio z naukami społecznymi i dyscypliną prawo, wydaje się być niezbędnym. Przedstawiono w nim bowiem, w zwięzły sposób, najważniejsze zagadnienia o charakterze medycznym dotyczące choroby Alzheimera, które w swojej istocie wpływają na problemy prawne i kryminologiczne, które zostały omówione w kolejnych rozdziałach pracy.

Tematem trzeciego rozdziału są prawnomedyczne aspekty choroby Alzheimera. Na początku dokonano analizy problematyki prawa pacjenta z chorobą Alzheimera do informacji o jego stanie zdrowia i do tajemnicy lekarskiej, również w kontekście uregulowań prawa karnego medycznego. Druga część tego rozdziału poświęcona została problemom związanym ze zdolnością do podejmowania decyzji o procesie leczenia przez pacjenta z chorobą Alzheimera. Ostatnim omówionym zagadnieniem są przepisy dotyczące podejmowania czynności leczniczych bez zgody pacjenta z chorobą Alzheimera.

Rozdział czwarty poświęcony został analizie prawnokarnych aspektów choroby Alzheimera. W pierwszej kolejności omówione zostały zagadnienia dotyczące zdolności osoby z tym schorzeniem do ponoszenia odpowiedzialności karnej. W dalszej części rozdziału dokonano analizy problemu osób z chorobą Alzheimera jako szczególnej kategorii pokrzywdzonego przestępstwem. Rozdział ten kończą rozważania odnoszące się do zagadnienia odpowiedzialności karnej opiekunów osób z tym schorzeniem.

Kolejny rozdział niniejszej rozprawy dotyczy zagadnień kryminologicznych. Jego tematyka odnosi się do wpływu choroby Alzheimera na przestępczość. W pierwszej kolejności

przeanalizowane zostały wiktymologiczne aspekty tego schorzenia. Rozważania te podzielone zostały na dwie części. Na początku dokonana została analiza o charakterze teoretycznym, która stanowiła wprowadzenie do wiktymologicznych aspektów choroby Alzheimera. W dalszej kolejności omówione zostały wyniki badań empirycznych dotyczące tego zagadnienia. Kolejnym problemem poruszonym w tej części pracy były kryminogenne aspekty choroby Alzheimera, w których badania zostały ukierunkowane na osobę chorą jako sprawcę czynów zabronionych.

W piątym rozdziale przeanalizowane zostały przyczyny wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera. W pierwszej części rozdziału przedmiotem rozważań stały się czynniki zwiększające ryzyko marginalizacji związane z samą osobą chorą. Następnie analizie poddano przyczyny wykluczenia związane z opiekunem chorego. Końcowy fragment piątego rozdziału dotyczy tych czynników zwiększających ryzyko marginalizacji, które są związane ze społeczeństwem, w którym żyją osoby z chorobą Alzheimera.

Ostatni rozdział rozprawy dotyczył problematyki zapobiegania marginalizacji osób z chorobą Alzheimera. Na początku omówiona została rola władzy państwowej i samorządowej w zapobieganiu marginalizacji osób z chorobą Alzheimera. W dalszej części analizie zostały podane zagadnienia związane z działaniami organizacji pozarządowych w Polsce na rzecz osób z tym schorzeniem. Na koniec w oparciu o wyniki badań empirycznych omówiono najważniejsze czynniki zmniejszające ryzyko marginalizacji osób z chorobą Alzheimera.

ROZDZIAŁ I

METODYKA BADAŃ

§ 1. Przedmiot i cel badań

Przedmiotem badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej była analiza prawnych, kryminologicznych i medycznych aspektów choroby Alzheimera. Rozważania prawne dotyczyły zagadnień z dziedziny prawa karnego oraz prawa medycznego. Miały one charakter analizy dogmatycznej. Ich celem był zwięzły przegląd najważniejszych zagadnień z trzech wspomnianych dziedzin prawa, które mogą dotyczyć osób z chorobą Alzheimera. Po pierwsze badania te dotyczyły problematyki zdolności do zawinienia tych osób zgodnie z przepisami prawa karnego, biorąc pod uwagę instytucję okoliczności wyłączających winę, a także zagadnień związanych z odpowiedzialnością karną ich opiekunów. Ponadto, celem przeprowadzonych badań było rozważenie, czy i w jakim zakresie osoby z chorobą Alzheimera mogą być rozpatrywane jako szczególna kategoria pokrzywdzonego przestępstwem.

Analizie poddano również wpływ choroby Alzheimera u pacjenta na jego prawo do decydowania o własnym procesie leczenia, w tym również zdolność do udzielenia świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu medycznego. Przedmiotem badań uczyniono też zagadnienia dotyczące prawa pacjenta do bycia poinformowanym o swoim stanie zdrowia, jak również o możliwych opcjach związanych z dalszą terapią, a także kwestię tajemnicy lekarskiej.

Badania kryminologiczne składały się z dwóch głównych części. Pierwsza z nich miała charakter analizy naukowej i stanowiła przegląd publikacji, m.in. monograficznych, jak też artykułów naukowych i raportów instytucji rządowych i europejskich, a także danych statystycznych. Rozważania te dotyczyły po pierwsze problematyki wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera w aspekcie przyczyn oraz sposobów profilaktyki tego zjawiska. Ponadto odnosiły się one do kwestii kryminogennych oraz wiktymologicznych aspektów tego schorzenia.

Badania o charakterze empirycznym składały się przede wszystkim z analiz ilościowych, ale również, w mniejszym zakresie, z badań jakościowych. Ich przedmiotem była problematyka wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera oraz zagadnienia związane z ryzykiem stania się ofiarą przestępstwa przez osobę cierpiącą na przedmiotowe schorzenie

neurodegeneracyjne. Pierwszym celem rozważań było zidentyfikowanie najważniejszych czynników, związanych przede wszystkim z samym chorym, z jego opiekunem, a także ze społeczeństwem, w którym żyje osoba chora, zwiększających prawdopodobieństwo wykluczenia społecznego tych osób.

Jako drugi cel wskazać należy odnalezienie okoliczności, które mogą przyczynić się do zmniejszenia ryzyka marginalizacji chorego. Ponownie analiza dotyczyła głównie czynników związanych z pacjentem, z opiekunem chorego, a także tych, które wynikają z postawy społeczeństwa. Trzecim celem badań empirycznych było odkrycie wpływu rozwoju choroby Alzheimera i jej postępujących objawów na niebezpieczeństwo stania się ofiarą przestępstwa, jak również próba zdiagnozowania, w odniesieniu do których typów przestępstw zagrożenie to jest najwyższe.

Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej rozprawy obejmowały swoim zakresem również medyczne aspekty choroby Alzheimera. Mimo tego, że jest to praca z zakresu nauk prawnych, dotycząca przede wszystkim kryminologii oraz prawa karnego i medycznego, niezbędnym jest ukazanie, na czym polega istota tej choroby. Celem tej części było więc opracowanie zwięzłego, dostosowanego do prawnego i kryminologicznego charakteru niniejszej pracy omówienia najważniejszych medycznych zagadnień związanych z chorobą Alzheimera i chorobami neurozwyrodnieniowymi. Rozważania te mogły stanowić podstawę do właściwszej analizy zagadnień prawnokarnych, cywilnoprawnych oraz kryminologicznych.

§ 2. Problemy i hipotezy badawcze

W ramach niniejszej pracy sformułowane zostały cztery główne problemy badawcze. Pierwsze dwa z nich odnosiły się do prawnych aspektów choroby Alzheimera, natomiast kolejne dwa dotyczyły kryminologicznych aspektów tego schorzenia.

Pierwszy problem główny dotyczący zagadnień prawnych brzmiał następująco: **W jaki sposób choroba Alzheimera wpływa na sytuację osoby chorej na gruncie prawa medycznego?**

Jako uzupełnienie tego problemu sformułowane zostały dwa problemy szczegółowe:

1. W jaki sposób choroba Alzheimera wpływa na prawo pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia?

2. W jaki sposób choroba Alzheimera wpływa na zdolność pacjenta do decydowania o swoim procesie leczenia?

Drugim problemem głównym, który odnosił się do prawnych aspektów choroby Alzheimera, było pytanie: **W jaki sposób choroba Alzheimera wpływa na sytuację osoby chorej na gruncie prawa karnego?**

Pogłębieniu tematyki, której dotyczy wspomniany problem główny, służyły trzy problemy badawcze szczegółowe:

1. Jak kształtuje się zdolność osoby z chorobą Alzheimera do ponoszenia odpowiedzialności karnej?

2. Czy osoby z chorobą Alzheimera stanowią szczególną kategorię pokrzywdzonych przestępstwem?

3. Jak może się kształtować odpowiedzialność karna opiekunów osób z chorobą Alzheimera?

Pierwszy z głównych problemów badawczych dotyczących kryminologicznych aspektów choroby Alzheimera sformułowano w następujący sposób: **W jaki sposób choroba Alzheimera wpływa na przestępczość i możliwość wiktymizacji osób z chorobą Alzheimera?**

W przypadku tego problemu głównego nie podjęto decyzji o rozwinięciu go za pomocą problemów szczegółowych. Wynikało to z faktu, że postawione pytanie jednoznacznie określiło dwa zagadnienia, które miały zostać poddane analizie: wiktymologiczne i kryminogenne aspekty choroby Alzheimera.

Ostatnim głównym problemem badawczym, który został sformułowany w celu ukierunkowania badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy brzmiał następująco: **Jaki jest wpływ choroby Alzheimera na wykluczenie społeczne osoby chorej?**

W celu pogłębienia tej tematyki zidentyfikowano pięć problemów szczegółowych:

1. Które czynniki związane z pacjentem mają największy wpływ na wykluczenie społeczne osoby z chorobą Alzheimera.

2. Które czynniki związane z opiekunem pacjenta mają największy wpływ na marginalizację osoby z chorobą Alzheimera?

3. Które czynniki związane ze społeczeństwem mają największy wpływ na wykluczenie społeczne osoby z chorobą Alzheimera?

4. Jaka jest rola władzy państwowej i samorządowej w zapobieganiu marginalizacji osób z chorobą Alzheimera?

5. Jakie działania podejmują organizacje pozarządowe w Polsce na rzecz osób z chorobą Alzheimera? W odpowiedzi na przedstawione powyżej problemy badawcze posta-

wione zostały cztery hipotezy główne – dwie odnoszące się do aspektów prawnych oraz dwie dotyczące aspektów kryminologicznych.

Pierwsza z hipotez dotyczy problematyki prawa medycznego. Brzmi ona następująco: **Rozwój choroby Alzheimera sprawia, że osoba chora traci zdolność do pełnego korzystania ze swoich praw pacjenta.**

Jako rozwinięcie przedmiotowej hipotezy postawione zostały dwie hipotezy szczegółowe:

1. Skutkiem rozwoju choroby Alzheimera jest postępująca utrata zdolności do korzystania przez pacjenta z jego prawa do informacji o stanie zdrowia.

2. Skutkiem rozwoju choroby Alzheimera jest stopniowa utrata przez pacjenta zdolności do decydowania o swoim procesie leczenia.

Druga z hipotez odnoszących się do prawnych aspektów choroby Alzheimera stanowi założenie iż: **Choroba Alzheimera przyczynia się do utraty przez chorego zdolności do ponoszenia odpowiedzialności karnej, a także skutkuje uznaniem chorego za osobę nieporadną.**

Hipotezy szczegółowe odnoszące się do powyższej tematyki zostały wskazane poniżej:

1. Osoba z chorobą Alzheimera wraz z postepowaniem objawów tego schorzenia traci zdolność do ponoszenia winy w rozumieniu prawa karnego.

2. Osoby z chorobą Alzheimera mogą stanowić szczególną kategorię pokrzywdzonego przestępstwem przy czynach zabronionych, których rodzajowy przedmiotem ochrony jest instytucja opieki.

3. Opiekunowie osób z chorobą Alzheimera mogą stać się sprawcami różnych czynów zabronionych stypizowanych w Kodeksie karnym ze szczególnym uwzględnieniem przestępstw przeciwko rodzinie i opiece.

Pierwsza hipoteza o charakterze kryminologicznym brzmi następująco: **Rozwój choroby Alzheimera w wysokim stopniu zwiększa ryzyko stania się pokrzywdzonym przestępstwem. Rozwój tego schorzenia zwiększa również ryzyko popełnienia przez chorego czynów zabronionych, jednakże w końcowej fazie choroby ryzyko to ulega zmniejszeniu się w uwagi na bardzo zły stan zdrowia chorego. Z uwagi na złożoność hipotezy głównej nie zdecydowano się na postawienie dodatkowych hipotez szczegółowych.**

Ostatniej hipotezie postawionej na potrzeby niniejszej pracy nadano następującą treść: **Choroba Alzheimera w bardzo wysokim stopniu wpływa na wykluczenie społeczne chorego.**

Jako rozwinięcie złożonej problematyki, której dotyczy wskazana wyżej hipoteza główna, sformułowano pięć problemów szczegółowych o następującej treści:

1. Czynnikiem związanym z osobą z chorobą Alzheimera, który najbardziej przyczynia się do jej wykluczenia społecznego jest pogarszający się stan emocjonalny chorego, natomiast czynnikiem związanym z osobą z chorobą Alzheimera, który najbardziej wpływa na zmniejszenie jej wykluczenia społecznego jest sfera duchowa chorego.

2. Czynnikiem związanym z opiekunem osoby z chorobą Alzheimera, który najbardziej przyczynia się do wykluczenia społecznego chorego jest aktywność życiowa opiekuna, natomiast czynnikiem związanym z opiekunem osoby z chorobą Alzheimera, który najbardziej wpływa na zmniejszenie wykluczenia społecznego chorego jest stopień pokrewieństwa między opiekunem a osobą chorą.

3. Czynnikiem związanym ze społeczeństwem, który najbardziej przyczynia się do wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera jest społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego, natomiast czynnikiem związanym ze społeczeństwem, który najbardziej wpływa na zmniejszenie wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera jest stopień zamożności społeczeństwa.

4. Władze państwowe i samorządowe nie wykorzystują w pełni możliwości, które posiadają w przedmiocie poprawy warunków życia osób z chorobą Alzheimera, w tym zapobiegania ich marginalizacji.

5. Organizacje pozarządowe w Polsce podejmują oddolne inicjatywy mające na celu poprawę codziennego życia osób z chorobą Alzheimera, jednak na skutek niedostatecznego wsparcia ze strony państwa ich działalność ma ograniczony zasięg.

Celem sformułowanych powyżej głównych i szczegółowych problemów badawczych oraz postawionych w odpowiedzi na nie głównych i szczegółowych hipotez było właściwe ukierunkowanie rozważań, dotyczących problematyki prawnych oraz kryminologicznych implikacji rozwoju choroby Alzheimera i jej postępujących objawów.

§ 3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Jak zostało już zasygnalizowane, badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej składały się z dwóch części. Po pierwsze, przeprowadzona została analiza literatury. Metoda ta służyła przede wszystkim do przestudiowania zagadnień o charakterze prawnym. W tym celu dokonano dogmatycznej analizy aktów prawnych, które w szczególności

istotny sposób regulują kwestię problematyki odpowiedzialności karnej, ustawowych znamion niektórych typów czynów zabronionych, jak również kwestii praw pacjenta, a dokładnie jego prawa do decydowania o swoim procesie leczenia i prawa do bycia informowanym o swoim stanie zdrowia i możliwych do zastosowania metodach terapeutycznych oraz zagadnień tajemnicy lekarskiej. Analiza ta uzupełniona została przez przeprowadzony przegląd literatury naukowej w postaci monografii, artykułów naukowych i komentarzy do wskazanych ustaw.

Ta sama metoda służyła również do opracowania zagadnień odnoszących się do kryminologii, a w szczególności problematyki przyczyn i zapobiegania wykluczeniu społecznemu osób z chorobą Alzheimera, jak również zagadnień dotyczących wpływu rozwoju objawów tego schorzenia na ryzyko stania się sprawcą bądź też ofiarą przestępstwa. W tym przypadku analizie poddano nie tylko monografie i artykuły naukowe, ale również raporty i dane statystyczne takich instytucji jak Eurostat, Główny Urząd Statystyczny, czy też Najwyższa Izba Kontroli. Rozdział dotyczący medycznych aspektów choroby Alzheimera przygotowany został natomiast w oparciu o analizę literatury naukowej z obszaru medycyny, a zwłaszcza neurologii.

Drugą metodą, którą zastosowano w ramach prac nad niniejszą rozprawą, była metoda badań empirycznych. Badania te zostały przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankietowego i miały w większości charakter ilościowy w postaci pytań, choć skorzystano również z metody jakościowej, a konkretnie z pytań otwartych, które również znalazły się w kwestionariuszu. Ankieta składała się z pięciu części. Pierwsza z nich stanowiła metryczkę. Zebrano w nim informacje dotyczące daty wypełnienia ankiety, a także następujących danych respondenta: rok urodzenia, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, województwo zamieszkania, kraj zamieszkania oraz rodzaj relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. Celem tego fragmentu kwestionariusza było zebranie informacji niezbędnych do późniejszej statystycznej analizy zebranych informacji.

Tuż pod metryczką znajdowała się informacja wstępna, w której zawarte zostały zwięźle i przystępnie opisane najważniejsze wiadomości dotyczące choroby Alzheimera. Część ta znalazła się w ankiecie w związku ze świadomością, że nie każda osoba w ramach swojego życia osobistego i zawodowego miała styczność z chorobą Alzheimera i znajomość tego schorzenia może w niektórych przypadkach ograniczać się jedynie do przekonania, że jest to choroba charakteryzująca się problemami z pamięcią. Niniejsza część kwestionariusza została się umieszczona w celu pomocy osobom nieposiadającym wykształcenia medycznego w poznaniu kluczowych informacji dotyczących choroby Alzheimera, informacji które mogą

okazać się niezbędne dla właściwego zrozumienia kolejnych pytań. Trzecia część była stosunkowo krótka i zawierała zaledwie dwa pytania. Oba odnosiły się jednak do niezwykle ważnej kwestii – częstotliwości kontaktów z osobą z chorobą Alzheimera w ciągu ostatniego roku. Pytania te również posłużyły do dokonania analizy statystycznej zebranych informacji.

Kolejne dwa fragmenty kwestionariusza miały charakter bardziej szczegółowy. Pierwsza z nich składała się z konkretnych pytań dotyczących czynników zwiększających ryzyko marginalizacji chorego z chorobą Alzheimera. Jak zasygnalizowano już wcześniej, przyczyny wykluczenia społecznego tych osób podzielono na trzy grupy – związane z pacjentem, związane z opiekunem i związane ze społeczeństwem. Jest to podział istniejący już w literaturze i służący systematyzacji omawianego zagadnienia¹⁰.

Ponadto w tej części znalazły się pytania dotyczące okoliczności, które mogą sprzyjać inkluzji społecznej chorych. Badania tego aspektu problematyki wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera mogą przyczynić się do poszukiwania pozytywnych rozwiązań, oprócz analizy czynników zwiększających zagrożenie marginalizacją. Badania te oparte są o wspomnianą wcześniej uznaną systematykę – przyczyny dotyczące pacjenta, opiekuna i społeczeństwa. W tej części respondenci otrzymali pytania zamknięte – cztery warianty odpowiedzi przygotowane przez autora badań, a także piąta możliwość, która została nazwana „inne”. W przypadku wybrania wariantu numer pięć respondent podawał wymyślone przez siebie powody, które uważał za zasadne w przypadku konkretnego pytania. W każdym z tych pytań respondenci zostali poproszeni o wskazanie dwóch odpowiedzi, które ich zdaniem pasują najlepiej (lub do podania własnej propozycji – w przypadku odpowiedzi numer pięć).

Ostatnia część kwestionariusza składała się z pytań dotyczących dwóch zagadnień. Pytania miały tutaj w większości charakter ilościowy i respondenci mieli do wyboru trzy warianty odpowiedzi. Niektóre z pytań były natomiast otwarte i w tym przypadku osoby udzielające odpowiedzi mogły uczynić to według własnego uznania. Na początku respondenci odpowiedzieli na pytania będące swego rodzaju rozwinięciem i doprecyzowaniem problematyki wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera. Dotyczyły one poszczególnych aspektów tej marginalizacji, takich jak relacje z najbliższymi, pracę zawodową chorego, czy też kwestii komunikacji. W dalszej kolejności respondenci otrzymali pytania dotyczące poszczególnych aspektów związanych z ryzykiem stania się przez chorych ofiarami przestępstwa.

¹⁰ B. Mroczko, A. Kulczyńska-Przybik, P. Mroczko, Wykluczenie społeczne chorych na chorobę Alzheimera (w:) E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski (red.), Wybrane prawne, kryminologiczne i medyczne aspekty wykluczenia społecznego, Białystok 2016, s. 289

Kwestionariusz ankiety został załączony na końcu niniejszej rozprawy.

§ 4. Organizacja i przebieg badań

Na wstępie należy zaznaczyć, że część prac nad niniejszą rozprawą doktorską odbyła się w latach 2020-2021, a więc w czasie pandemii koronawirusa (COVID-19). Miało to wpływ na przebieg badań, zarówno tych o charakterze analizy naukowej, jak też badań empirycznych. Restrykcje wprowadzane w celu zmniejszenia rozprzestrzeniania się wirusa ograniczyły możliwość swobodnego przemieszczania się i korzystania z bibliotek i czytelni, a także niemal uniemożliwiły podróżowanie do innych krajów. Na skutek ekstremalnej sytuacji epidemiologicznej ostatecznie nie tylko organizacja, ale też sam przebieg przeprowadzonych badań wyglądały inaczej, niż było to pierwotnie planowane.

Nowe okoliczności wymagały adaptacji, dlatego większy, niż początkowo przewidywano był udział literatury dostępnej online w stosunku do tradycyjnych pozycji bibliograficznych z których korzysta się w trakcie pracy w czytelni czy też uzyskiwanych w ramach wypożyczenia z biblioteki. W istotnym zakresie korzystano z baz takich jak LEX czy Legalis, a także z dostępnych online raportów, czy też artykułów naukowych w formacie PDF, do których dostęp został legalnie upubliczniony. Badania przeprowadzone metodą analizy literatury zostały więc przeprowadzone w sporej mierze przy wykorzystaniu nowych technologii i nowych form pracy naukowej. Część badań, która odbyła się w formie stacjonarnej, została przeprowadzona w czytelni Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, a także przy wykorzystaniu zasobów bibliograficznych Międzynarodowego Centrum Badań i Ekspertyz Kryminologicznych, które działa na Uniwersytecie w Białymstoku.

Badania empiryczne początkowo miały obejmować porównanie sytuacji w Polsce i w innym państwie, które zostałyby dobrane na zasadzie kontrastu ekonomicznego, medycznego, społecznego i kulturowego. Krajem, który był brany pod uwagę, była Belgia. Niestety, z uwagi na rozwój pandemii przeprowadzenie badań za granicą okazało się niemożliwe. Ponieważ część badań empirycznych dotycząca Polski została przeprowadzona na przełomie 2018 i 2019 r., badania te są w całości dostępne i posłużą w dalszych rozdziałach niniejszej rozprawy doktorskiej do przeprowadzenia analizy czynników zmniejszających i zwiększających ryzyko wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera, a także czynników które wpływają na ryzyko stania się przez chorych ofiarami przestępstwa.

W ramach doboru próby badawczej zwrócono przede wszystkim uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze niezwykle istotnym wyzwaniem było przeprowadzenie badań wśród respon-

dentów pochodzących z różnych części Polski. Jak zostanie dokładniej wskazane w dalszej części niniejszego rozdziału, odpowiedzi na pytania udzieliły osoby mieszkające w Polsce północnej (województwo zachodniopomorskie, pomorskie i kujawsko-pomorskie), południowej (województwo dolnośląskie, śląskie i małopolskie), zachodniej (województwo wielkopolskie), wschodniej (województwo podlaskie oraz lubelskie) oraz środkowej (województwo mazowieckie). Ponadto duży nacisk został położony na to, aby wśród uczestników badań znalazły się również osoby, które regularnie mają osobisty kontakt z osobami z chorobą Alzheimera. Dlatego wśród respondentów znaleźli się lekarze (w tym specjaliści neurologicy i geriatrzy, którzy najczęściej zajmują się leczeniem pacjentów z tym schorzeniem) oraz profesjonalni opiekunowie (głównie pracujący w Domach Opieki Społecznej), którzy mają kontakt z osobami z demencją na gruncie zawodowym. W badaniach wzięli udział również członkowie rodzin chorych, a także ich znajomi.

Udział w badaniach wspomnianych grup możliwy był dzięki współpracy z licznymi podmiotami na terenie całego kraju. Istotna część badań została przeprowadzona w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, a także na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Dzięki współpracy z tymi ośrodkami możliwy był udział w badaniach nie tylko personelu medycznego, ale również studentów medycyny. Druga z wymienionych grup z uwagi na niewielkie, bądź też żadne doświadczenie w pracy z osobami z demencją, nie była jednak traktowana jako szczególna kategoria respondentów. Należy również wspomnieć o badaniach przeprowadzonych na terenie Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, podczas których umożliwiony został udział w badaniach personelu medycznego pracującego w tej placówce zdrowotnej. Ponadto istotnym miejscem przeprowadzenia badań był Dom Pomocy Społecznej na ul. Bukowskiej 27/29 w Poznaniu, którego pracownicy, posiadający wiedzę i doświadczenie w opiece nad osobami z chorobą Alzheimera, również udzielili odpowiedzi na pytania znajdujące się w kwestionariuszu ankiety.

Ogółem w badaniach empirycznych wzięło udział 260 osób. 199 z nich stanowiły kobiety, 58 – mężczyźni, a 3 osoby nie podały swojej płci. Wśród osób, które zadeklarowały swoją płć większość, bo aż 77,4% stanowiły więc kobiety. Niespełna co czwarty respondent był płci męskiej (22,6% osób, które zadeklarowały swoją płć). Taki stosunek procentowy płci wynika prawdopodobnie ze specyfiki próby badawczej. Zostanie to omówione jeszcze w dalszej części niniejszego rozdziału. Stosunek wieku osób biorących udział w badaniach empirycznych rozkładał się mniej więcej po równo, za wyjątkiem najstarszej grupy respondentów. Wśród pozostałych najwięcej, bo ponad jedną trzecią (33,9%) stanowili najmłodszy – respon-

denci poniżej 30 roku życia. Osób takich było 86. Kolejną co do wielkości grupą wiekową, osób które wypełniły kwestionariuszy stanowiły osoby między 45 a 59 rokiem życia. Respondentów takich było 77 (30,3% osób, które zadeklarowały swój wiek). W dalszej kolejności wskazać należy na osoby między 30 a 44 rokiem życia, których w badaniach wzięło udział 72 (28,3% osób, które zadeklarowały swój wiek). Jak już zaznaczono, najmniejszą grupę stanowiły osoby najstarsze - powyżej 60 roku życia. Respondentów takich było 19, więc mniej niż jedna dziesiąta (7,5% osób, które zadeklarowały swój wiek). Należy dodać, że 6 osób nie podało danych odnośnie swojego wieku.

Tabela 1.
Wiek uczestników badań empirycznych.

		N	%
Ważne	< 30	86	33,9
	30 – 44	72	28,3
	45 – 59	77	30,3
	60+	19	7,5
	Ogółem	254	100,0
Brak danych		6	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Respondenci zostali poproszeni również o podanie swojego poziomu wykształcenia. Wśród pozostałych nieznaczna większość stanowiły osoby z wykształceniem wyższym. Osób takich było 134, co stanowiło 53,4 % uczestników badania, którzy podjęli decyzję o ujawnieniu swojego poziomu wykształcenia. Reszta respondentów, czyli 117 osób (46,6% spośród tych, którzy podali swój poziom wykształcenia), podawała wykształcenie podstawowe, gimnazjalne lub ponadgimnazjalne. Z tych trzech grup zdecydowanie najliczniejszą stanowiły osoby o wykształceniu ponadgimnazjalnym, których było 114. Wskazać należy również, że 9 osób nie zdecydowało się na ujawnienie tych informacji.

Kolejną informacją dotyczącą respondentów, którą udało się uzyskać, jest miejsce ich zamieszkania. Największą grupę wśród uczestników badań stanowili mieszkańcy największych miast (powyżej 500 tys. mieszkańców). Osób takich było dokładnie 100, co stanowiło niemal 40% respondentów, którzy zdecydowali się ujawnić swoje miejsce zamieszkania

(39,2%). Dwie kolejne grupy co do wielkości są mieszkańcy wsi (58 osób, czyli 22,7% uczestników badań, którzy podali miejsce swojego zamieszkania) oraz mieszkańcy miast średniej wielkości, w których mieszka od 100 do 500 tys. ludzi (54 osoby, czyli 21,2% osób, które wpisały swoje miejsce zamieszkania).

Najmniej respondentów mieszkało w miastach poniżej 100 tys. mieszkańców. Odpowiedź taką wybrały 43 osoby, czyli zaledwie 16,9 % spośród uczestników badań empirycznych, którzy podali miejsce swojego zamieszkania. Reasumując te dane trzeba stwierdzić, że udało się zgromadzić bardzo zbliżone liczby mieszkańców wsi, a także małych, średnich i dużych miast. Każda z tych grup reprezentowana jest przez dość sporo osób, dzięki czemu analiza statystyczna badań z uwagi na miejsce zamieszkania jest szczególnie interesująca. Informacji takiej nie podało 5 osób, które wypełniły kwestionariusz.

Wykres 1

Miejsce zamieszkania respondentów.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejnymi informacjami, o których podanie poproszeni zostali respondenci, było województwo ich zamieszkania. Wszystkie osoby podzieliły się tą informacją. Okazało się, że najwięcej osób mieszkało w województwie wielkopolskim. Odpowiedź taką wpisało 90 osób, co stanowi ponad jedną trzecią wszystkich respondentów (34,6%). Drugą grupą w kolejności stanowili mieszkańcy województwa podlaskiego. Udział w badaniach empirycznych wzięło 58 takich osób, czyli niemal jedna czwarta wszystkich respondentów (22,3%). Kolejnymi

województwami, które zostały wskazane dość często, były województwa małopolskie (41 osób - 15,8%), mazowieckie (29 osób - 11,25%) i zachodniopomorskie (28 osób - 10,8%). W ilościach śladowych reprezentowane były województwa lubelskie, kujawsko-pomorskie, pomorskie, śląskie i dolnośląskie.

Aby ułatwić analizę statystyczną informacji uzyskanych w niniejszych badaniach empirycznych, województwa te podzielone zostały na pięć grup. Pierwszą grupę stanowiły województwa z północnej Polski: województwo zachodniopomorskie, pomorskie i kujawsko-pomorskie. Respondentów takich było 33. W drugiej grupie znalazły się osoby mieszkające we wschodniej części naszego kraju, tj. województwie podlaskim oraz lubelskim, co daje w sumie 64 respondentów. Jako trzecią grupę ustalono województwa znajdujące się na południu: województwo dolnośląskie, śląskie i małopolskie. W badaniach wzięły udział 44 osoby. Czwartą grupę respondentów stanowili mieszkańcy zachodniej części Polski, czyli województwa wielkopolskiego – 90 osób. Ostatnią, piątą grupą ustalono mieszkańców centrum naszego kraju – województwa mazowieckiego. Takich respondentów było 29. Udało się więc uzyskać odpowiedzi od porównywalnej liczby mieszkańców pięciu części Polski. Pozwoliło to zdywersyfikować odpowiedzi udzielone na poszczególne pytania dotyczące wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera oraz ich narażenia na przestępczość z uwagi na ten czynnik.

Wykres 2.

Część Polski, w której mieszkają respondenci.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Jedną z kluczowych cech respondentów, którą należało sprawdzić w celu dokonania późniejszych analiz zebranych informacji, była relacja wypełniającego kwestionariusz z osobą z chorobą Alzheimera. Respondenci otrzymali w tym przypadku 5 możliwości do wyboru. 9 odpowiadających nie podzieliło się tymi informacjami, natomiast odpowiedzi udzielone przez pozostałych wymagają w tym miejscu bliższej uwagi. Niemal połowa respondentów nie miała żadnej relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. Dotyczy to zarówno relacji o charakterze prywatnym, a zwłaszcza rodzinnym, jak też relacji o charakterze zawodowym. Osób takich było 120, co odpowiada 47,8% respondentów, którzy odpowiedzieli na to pytanie.

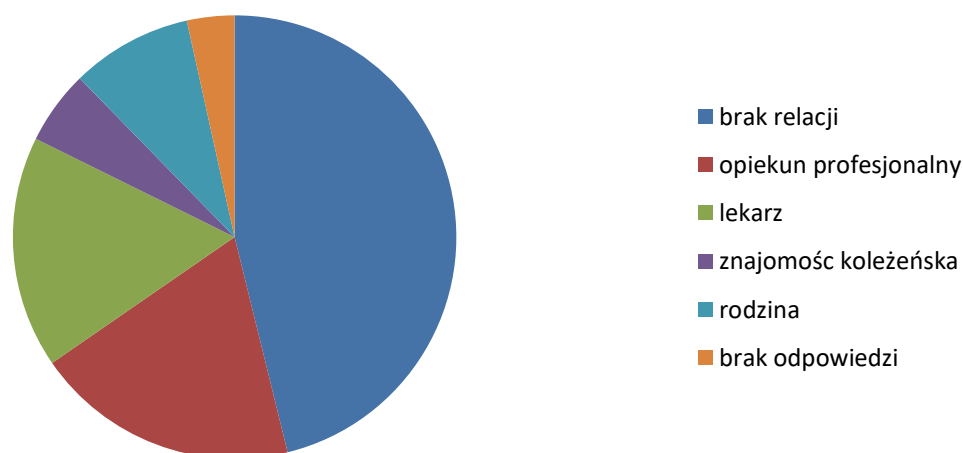
Niezwykle ważną informacją jest fakt, że aż 50 biorących udział w badaniach (19,9% osób, które udzielił odpowiedzi na to pytanie) zajmuje się profesjonalną opieką nad osobami z chorobą Alzheimera. Ankiety od tych osób zostały zebrane między innymi w Domach Opieki Społecznej, gdzie mieszka na co dzień niemało osób zmagających się z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym. Trzecią grupą pod względem wielkości, jedynie odrobinę mniejszą niż profesjonalni opiekunowie, stanowili lekarze. Grupa ta zostanie jeszcze omówiona, niemniej w tym miejscu należy wspomnieć, że osób takich było 44, co oznacza 17,5% wszystkich respondentów, którzy podzielili się tą informacją.

Dwoma grupami, wśród których znalazło się najmniej biorących udział w badaniach, okazały się osoby, których relacja z chorym ma charakter znajomości koleżeńskiej (14 osób – 5,6%) oraz osoby, które mają lub miały chorych w swojej rodzinie (23 osoby – 9,2%). Odpowiedzi tych osób na zawarte w kwestionariuszu pytania są wyjątkowo wartościowe z uwagi na fakt codziennego lub bardzo częstego obcowania z pacjentem, co zwłaszcza mogło mieć miejsce w przypadku relacji rodzinnych. Respondenci ci z bliska widzieli rozwój objawów choroby Alzheimera i towarzyszyli pacjentowi w jego zmaganiach.

Wykres 1.

Rodzaj relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera.

Rodzaj relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

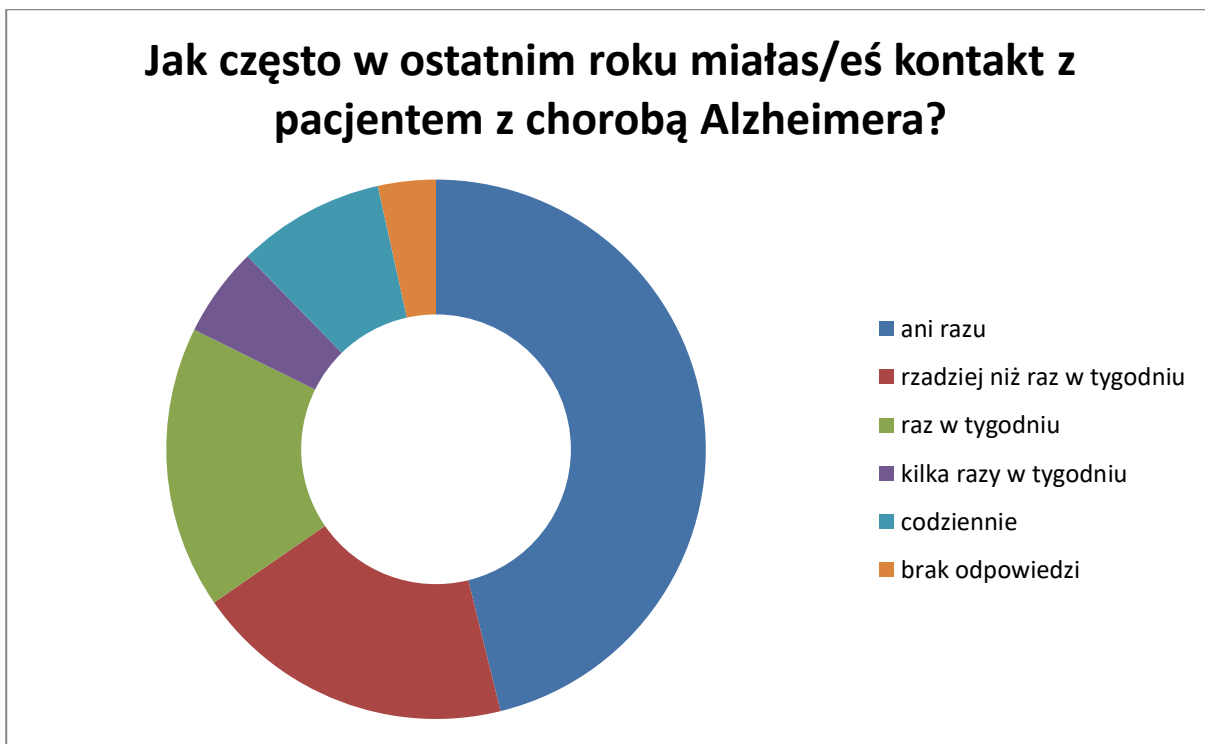
Ostatnią informacją, która sprawdzana była w metryczce, była specjalizacja lekarza, który wypełniał kwestionariusz. W oczywisty sposób pytanie to dotyczyło jedynie części spośród wszystkich respondentów, a nawet wśród lekarzy. Odpowiedź dotyczącą specjalizacji udzieliły 52 osoby. Spośród różnych specjalizacji postanowiono wyróżnić dwie, które w najistotniejszym stopniu związane są z opieką nad pacjentami z chorobą Alzheimera – neurologię i geriatrię. Specjalizację taką wskazały 33 osoby, co stanowiło 12,7% wszystkich respondentów. Inne specjalizacje wpisane zostały przez 19 (7,3%) wypełniających ankietę.

Ponadto wskazać należy na dwie informacje dotyczące respondentów, które nie zostały zebrane w metryczce, tylko w części ogólnej. Są to informacje kluczowe dla analiz statystycznych przeprowadzonych badań empirycznych. Pierwsza z tych informacji dotyczyła tego, jak często w ciągu roku poprzedzającego udział w badaniu, dany respondent miał kontakt z osobą z chorobą Alzheimera. Odpowiedzi takiej nie udzieliło 9 osób. Szczególnie interesujące jest w tym przypadku porównanie dwóch skrajnych grup, a więc osób które ani razu nie miały kontaktu z pacjentem z respondentami, które miały taki kontakt codziennie. Ci pierwsi stanowili, co zrozumiałe, najliczniejszą grupę. Osób takich było aż 120, czyli niemal połowa (47,8%) wszystkich uczestników badań, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie. Grupa respondentów, którzy mieli kontakt codziennie nie prezentowała się co prawda tak okazałe, jednak osób takich było 23, czyli prawie jedna dziesiąta (9,2%) uczestników, którzy zdecydowali się podzielić taką informacją. Wspomnieć należy też o grupie 23 odpowiadających (5,6%), którzy mieli kontakt z osobą chorobą nawet kilka razy w tygodniu, a także o tych,

którzy kontakt taki mieli raz w tygodniu (44 osób – 17%). Podsumowując, mniej więcej co trzeci respondent przynajmniej raz w tygodniu miał kontakt z osobą z chorobą Alzheimera.

Wykres 2.

Częstotliwość kontaktów respondentów z osobami z chorobą Alzheimera w roku poprzedzającym wypełnienie ankiety.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

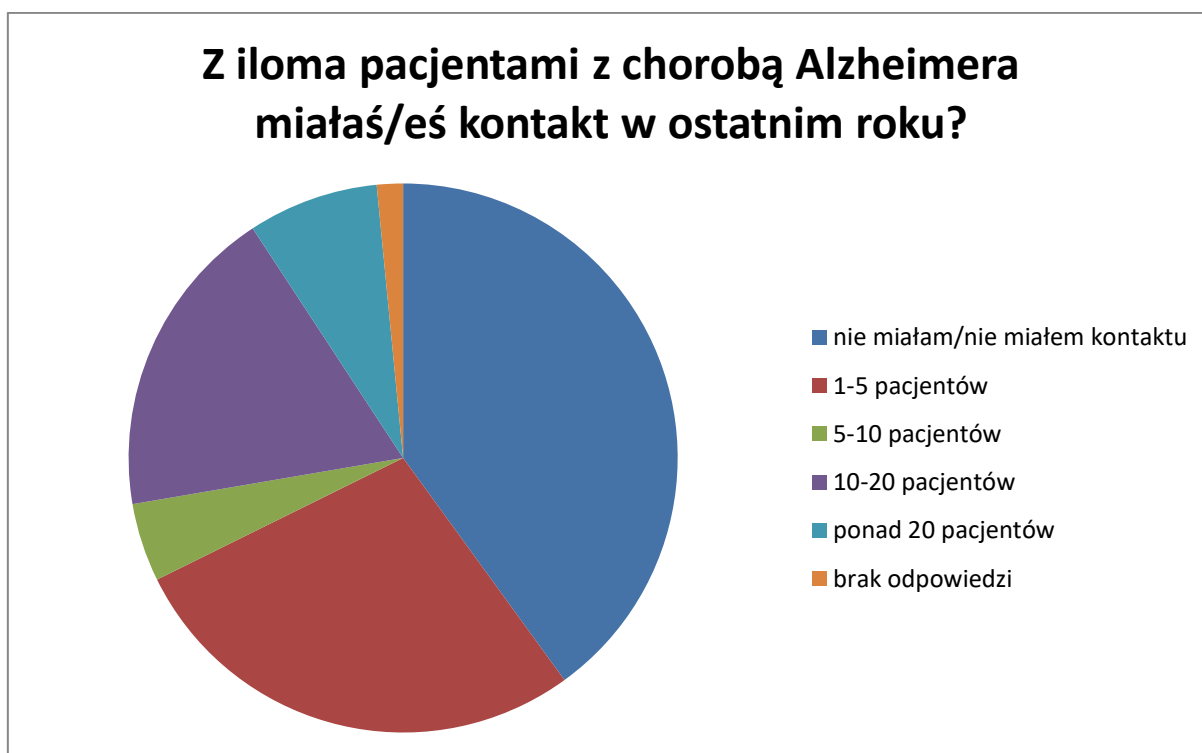
Informacją nieco podobną, jednak w swojej istocie zupełnie inną jest kwestia, z iloma pacjentami z chorobą Alzheimera dany respondent miał kontakt w roku poprzedzającym wypełnienie ankiety. Z jednej strony można bowiem mieć codziennie kontakt z jedną osobą, np. gdy jest to członek rodziny. Z drugiej zaś strony mieć kontakt z chorymi jedynie dwa-trzy razy w roku, jednak ilość takich pacjentów może wynosić nawet kilkunastu, np. gdy jest to lekarz wykonujący co pół roku badania kontrolne i spędzający w tym czasie sporo czasu z chorymi. Z tego powodu, choć wyniki są w tym przypadku podobne, zauważalne są jednak pewne różnice, na które należy zwrócić uwagę.

Podobnie jak w przypadku poprzedniej informacji, najczęściej respondentów wybrało opcję – brak kontaktu. W tym przypadku osób takich było jednak nieco ponad 100 (104 osoby – 40,6%). Już w tej grupie widać więc różnicę. Spora grupa respondentów miało kontakt z 1-5 chorymi rocznie. Odpowiedź taką zaznaczyły 72 osoby, czyli 28.1% z ankietowanych, którzy

zdecydowali się udzielić takiej informacji. Uwagę zwraca również duży procent biorących udział w badaniu, którzy mieli kontakt z 10-20 pacjentami z chorobą Alzheimera. Takich osób było aż 48 (18,8%). Dodać należy, że 20 osób (7,8%) miało kontakt z aż ponad 20 chorymi, natomiast 12 osób (4,7%) – z 5-10 pacjentami z chorobą Alzheimera. Informacji tej nie podały 4 osoby.

Wykres 3.

Liczba pacjentów, z którymi respondenci mieli kontakt w roku poprzedzającym wypełnienie ankiety.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Analizę statystyczną na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej przeprowadzono przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics w wersji 20.0. Do oceny statystycznej różnic w zakresie cech jakościowych i porządkowych pomiędzy badanymi grupami użyto testu Fishera-Freemana-Haltona¹¹. Wartości p poniżej 0,05 uznawano za wynik istotny statystycznie. Wyniki analizy statystycznej wskazane zostały w rozdziałach dotyczących analizy badań empirycznych.

¹¹ G.H. Freeman, J.H. Halton, Note on an exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance, *Biometrika* 1951, nr 38(1/2), s. 141–149.

ROZDZIAŁ II

WPROWADZENIE DO MEDYCZNYCH ASPEKTÓW CHOROBY ALZHEIMERA

§ 1. Charakterystyka chorób neurozwyrodnieniowych

Wpływ choroby Alzheimerera na codzienne życie człowieka zostanie w niniejszej rozprawie doktorskiej przeanalizowany w aspektach prawnych (na gruncie prawa karnego i medycznego) i kryminologicznych (dotyczących problematyki wykluczenia społecznego chorých i ryzyka stania się ofiarą przestępstwa). Dokonanie tej prezentacji wydaje się zasadne nie tylko w zakresie istoty tej choroby, czyli przede wszystkim jej przebiegu i objawów, ale również ukazania ogólnej charakterystyki schorzeń neurodegeneracyjnych, do których należy choroba Alzheimerera, jak i syntetycznego wskazania (z uwagi na prawniczy charakter niniejszej rozprawy) najważniejszych problemów związanych ze stanem badań nad tą chorobą.

Zaprezentowanie medycznej charakterystyki choroby Alzheimerera, ze szczególnym uwzględnieniem dynamiki jej rozwoju i objawów wpływających na codzienne życie, pozwoli na dalszą analizę wpływu tego schorzenia na sytuację prawną chorego, jak również na ryzyko jego marginalizacji społecznej i zagrożenia przestępczością. Informacje zawarte w niniejszym rozdziale stanowią więc będą punkt odniesienia do dalszych rozważań prawnych i kryminologicznych, porządkując i systematyzując dalsze badania.

Zagrożenie chorobą Alzheimerera rośnie wśród ogółu populacji. Jest to efektem starzenia się społeczeństwa i wzrostu odsetka osób należących do grupy, która jest szczególnie narażona na zdiagnozowanie tego schorzenia. Z tego powodu analizę zawartą w tym rozdziale rozpocząć należy od przytoczenia aktualnej sytuacji związanej z postępem prac badawczych nad tą chorobą.

W World Alzheimer Report 2021, który jest najnowszą edycją corocznego raportu przygotowywanego przez Alzheimers Disease International szczególną uwagę poświęcono problematyce diagnostyki. Na uwagę zasługuje fakt, że zgodnie z szacunkami zawartymi w przedmiotowym raporcie, 3 na 4 osoby żyjące obecnie z demencją nie zostały zdiagnozowane pod kątem tej choroby. Co więcej, w krajach rozwijających się osób, które nie otrzymały rozpoznania może być nawet 90%. Biorąc pod uwagę fakt, że zgodnie z danymi wskazanymi w raporcie aktualnie na całym świecie ponad 55 milionów osób cierpi na demencję, problem ten

wyduje się być szczególnie poważny. Stąd też na uwagę zasługuje inicjatywa podjęta przez Światową Organizację Zdrowia, zgodnie z którą do 2050 r. minimum połowa krajów powinna osiągnąć poziom diagnozowania przynajmniej 50% przypadków demencji¹².

Jeszcze istotniejsze z punktu widzenia tematyki niniejszej pracy są dane, które zostały umieszczone w World Alzheimer Report 2018. Zgodnie z treścią tego dokumentu stan badań dotyczących choroby Alzheimera, która jest najczęściej występującym schorzeniem neurozwyrodnieniowym, jest niezadawalający. Istnieją trzy kluczowe przejawy tej niepokojącej sytuacji. Po pierwsze, nadal brakuje środków na badania¹³. Być może jest to tradycyjnie największym problemem, który staje przed naukowcami, niezależnie od dziedziny nauki, którą się zajmują, niemniej jednak zagrożenie związane z chorobami neurozwyrodnieniowymi jest tak poważne, że pozyskanie większych funduszy na badania, nie tylko medyczne, ale również psychologiczne, socjologiczne i kryminologiczne, staje się koniecznością.

Po drugie, mimo wzrostu świadomości powagi sytuacji, niedostateczna jest ilość publikacji dotyczących choroby Alzheimera. Jak wskazuje World Alzheimer Report 2018, stosunek publikacji, których tematyką jest choroba Alzheimera, do publikacji, które traktują o nowotworach, wynosi 1:12¹⁴. Ta szokująca różnica pokazuje, jak wielkie jest zapotrzebowanie na badania dotyczące choroby Alzheimera i poprawy życia, zarówno pacjentów, którzy zmagają się z tym schorzeniem, jak również ich najbliższego otoczenia. Niezbędne wydaje się, aby również kryminologia spojrzała na problem wszystkich osób, u których zdiagnozowano chorobę neurozwyrodnieniową, z większą atencją niż miało to miejsce do tej pory.

Trzecim problemem, który zaznacza World Alzheimer Report 2018, jest kwestia współpracy między naukowcami i środowiskami, które zajmują się badaniami dotyczącymi choroby Alzheimera¹⁵. Fundamentalne wydaje się podkreślenie, iż wymóg kooperacji nie dotyczy jedynie środowisk medycznych. W coraz bardziej zróżnicowanym i złożonym świecie niezbędne jest otwarcie się na współpracę z naukowcami z różnych dziedzin i tworzenie wspólnych dużych zespołów badawczych o charakterze interdyscyplinarnym. Niezwykle ważna w tym zakresie jest również rola kryminologii, jako nauki, która może pomóc chronić

¹² Executive summary (w:) S. Gauthier, P. Rosa-Neto, J. A. Morais, C. Webster, Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia, Londyn 2021, s.19, źródło: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/> (dostęp: 10.12.2021 r.).

¹³ Foreword (w:) C. Patterson, Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers, Londyn 2018, s. 4-5, źródło: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2018/> (dostęp: 10.12.2021 r.).

¹⁴ Tamże.

¹⁵ Tamże.

osoby z chorobami neurozwyrodnieniowymi przez wykluczeniem społecznym, a także ryzykiem stania się ofiarą przestępstwa.

Chorobami neurozwyrodnieniowymi nazywa się grupę różnych schorzeń, których wspólnym mianownikiem są rozwijające się stopniowo zmiany degeneracyjne w tkance nerwowej organizmu człowieka. Zmiany te, nazywane procesem neurodegeneracji, polegają na sukcesywnym niszczeniu struktury i funkcji neuronów. Skutkiem tego uszkodzenia w mózgu jest zmniejszenie się liczby synaps i pogarszanie się procesu przekazywania między nimi sygnałów. Wynikiem tych patologicznych przemian staje się śmierć neuronów¹⁶.

Choroby te można podzielić ze względu na konkretne miejsce ich występowania. Niektóre schorzenia charakteryzujące się procesem neurodegeneracji dotyczą ośrodkowego układu nerwowego. Do takich patologicznych stanów chorobowych zaliczyć można chorobę Huntingtona, chorobę Parkinsona wraz z innymi zespołami parkinsonowskimi, jak również chorobę Alzheimerera. Drugą grupą schorzeń neurozwyrodnieniowych stanowią zaburzenia, które rozwijają się w obwodowym układzie nerwowym. Do tej drugiej grupy zaliczyć można choroby neuronu ruchowego wśród których wskazać należy stwardnienie zanikowe boczne, jak również rdzeniowy zanik mięśni¹⁷.

Najczęściej występującym na świecie schorzeniem neurozwyrodnieniowym jest choroba Alzheimerera¹⁸. Schorzenie to można zdiagnozować u niemal trzech na czterech pacjentów z demencją¹⁹. Dane te wskazują, że choroba Alzheimerera jest dolegliwością, na którą należy zwrócić szczególną uwagę wśród chorób neurozwyrodnieniowych. Warto dodać, że drugą w kolejności dolegliwością charakteryzującą się procesem neurodegeneracji, biorąc pod uwagę częstotliwość występowania, jest choroba Parkinsona²⁰.

§ 2. Choroba Alzheimerera oraz fazy jej przebiegu

Do dnia dzisiejszego nie udało się rozstrzygnąć, jakie są przyczyny występowania choroby Alzheimerera. W literaturze medycznej odnaleźć można czynniki, których występowania-

¹⁶ D.E. Bredsen, R.V. Rao, P. Mehlen, Cell death in the nervous system, *Nature* 2006, nr 443, s. 796-802.

¹⁷ What is neurodegenerative disease?, <http://www.neurodegenerationresearch.eu/about/what/> (dostęp: 23.02.2019 r.).

¹⁸ L.L. Beason-Held, J.O. Goh, Y. An, M.A. Kraut, R.J. O'Brien, L. Ferrucci, S.M. Resnick, Changes in Brain Function Occur Years before the Onset of Cognitive Impairment, *Journal of Neuroscience* 2013, nr 33(46), s. 18008-18014.

¹⁹ C. Reitz, R. Mayeux, Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers, *Biochemical Pharmacology* 2014, nr 88(4), s. 640-651.

²⁰ A. Elbaz, L. Carcaillon, S. Kab, F. Moisan, Epidemiology of Parkinson's disease, *Rev Neurol (Paris)* 2016, nr 172(1), s. 14-26.

nie zwiększa ryzyko wystąpienia tego schorzenia. Wśród tych czynników wymienić należy przede wszystkim wiek (zagrożenie wzrasta u osób, które ukończyły 65 lat), a także występowanie choroby Alzheimera wśród członków rodziny. Ponadto jako okoliczności, które zwiększają niebezpieczeństwo pojawienia się tej dolegliwości, należy wskazać płeć (większe ryzyko choroby u kobiet), a także wystąpienie niektórych chorób (m.in. cukrzyca typu 2, czy nadciśnienie tętnicze). Ostatnim czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera jest obciążenie genetyczne (chodzi tutaj o polimorfizm genu apolipoproteiny E i genów presenilin)²¹.

Omawiając przebieg choroby Alzheimera należy zacząć od podkreślenia, że przebiega ona w konkretnych fazach. Fazy te określane są na podstawie stopnia zaawansowania choroby oraz towarzyszących jej objawów. W literaturze medycznej wskazuje się dwa główne podziały choroby Alzheimera na etapy rozwoju.

W ramach pierwszego z nich w rozwoju schorzenia wyróżnia się trzy fazy zaawansowania. W tym podziale pierwszym etapem choroby jest faza przedkliniczna, która nazywana jest również fazą bezobjawową. Następnie wraz z postępowaniem zmian neurodegeneracyjnych choroba wchodzi w etap łagodnych zaburzeń poznawczych (często dla wskazania tej fazy używa się angielskiego skrótu „MCI”, czyli mild cognitive impairment). Ostatnim etapem rozwoju choroby jest otępienie²².

Drugim występującym w literaturze podziałem choroby Alzheimera za względu na stopień jej rozwoju jest skala BEHAVE-AD. Skala ta jest bardziej szczegółowa, ponieważ wyróżnia się w niej aż siedem etapów choroby. Podobnie jak w przypadku trzyetapowego podziału w początkowym stadium rozwoju choroby wskazuje się fazę bezobjawową. Kolejne

²¹ C. Reitz, R. Mayeux, Alzheimer disease..., op. cit., s. 640-651, Alzheimer's Association, 2014 Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, nr 10(2), s. e47–e92, P. Muszyński, Znaczenie białka YKL-40 w patogenezie choroby Alzheimera. Praca doktorska na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, Białystok 2017, s. 9.

²² R.A. Sperling, P.S. Aisen, L.A. Beckett, D.A. Bennett, S. Craft, A.M. Fagan, T. Iwatsubo, C.R. Jack Jr, J. Kaye, T.J. Montine, D.C. Park, E.M. Reiman, C.C. Rowe, E. Siemers, Y. Stern, K. Yaffe, M.C. Carrillo, B. Thies, M. Morrison-Bogorad, M.V. Wagster, C.H. Phelps, Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3), s. 280-292, M.S. Albert, S.T. DeKosky, D. Dickson, B. Dubois, H.H. Feldman, N.C. Fox, A. Gamst, D.M. Holtzman, W.J. Jagust, R.C. Petersen, P.J. Snyder, M.C. Carrillo, B. Thies, C.H. Phelps, The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3), s. 270-279, G.M. McKhann, D.S. Knopman, H. Chertkow, B.T. Hyman, C.R. Jack Jr, C.H. Kawas, W.E. Klunk, W.J. Koroshetz, J.J. Manly, R. Mayeux, R.C. Mohs, J.C. Morris, M.N. Rossor, P. Scheltens, M.C. Carrillo, B. Thies, S. Weintraub, C.H. Phelps, The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3), s. 263-9.

etapy wskazuje się przez scharakteryzowanie poziomu zaburzeń poznawczych, które są skutkiem tego schorzenia i postępują wraz z jego rozwojem. Zaburzenia te mogą być: bardzo łagodne, umiarkowane, znaczne, średniociężkie, ciężkie oraz bardzo ciężkie²³.

Ocenia się, że faza bezobjawowa zaczyna się długo przed wystąpieniem łagodnych zaburzeń poznawczych. Według szacunków wskazywanych w literaturze medycznej, najwcześniejsze patologiczne zmiany, charakterystyczne dla choroby Alzheimera, pojawiają się w obrębie ośrodkowego układu nerwowego od dziesięciu do nawet piętnastu lat przed pojawieniem się pierwszych widocznych objawów schorzenia, a więc przed początkiem drugiej fazy²⁴.

Jak wspomniano wyżej, symptomy choroby Alzheimera stają się coraz poważniejsze wraz z postępowaniem schorzenia. Tempo rozwoju choroby może różnić się u konkretnego człowieka. Według danych Alzheimer's Association średni czas życia człowieka od momentu zdiagnozowania choroby Alzheimera do śmierci to nie więcej niż dziesięć lat, jednak zdarzają się sytuacje, w których osoba taka przeżywa nawet dwie dekady²⁵.

Druga faza choroby Alzheimera zaczyna się wraz z pojawieniem się pierwszych objawów. Jako najważniejszy z początkowych symptomów choroby należy wskazać pogarszającą się pamięć. Wśród innych łagodnych zaburzeń poznawczych pojawiających się na początku drugiej fazy należy wskazać trudności w uczeniu się, kłopoty w orientacji przestrzennej, problemy z abstrakcyjnym myśleniem, utrudnione poprawne liczenie, a także upośledzenie mowy²⁶. Nie są to jeszcze objawy, które stanowią poważną przeszkodę w normalnym egzystowaniu, jednak bez wątpienia zaczynają one utrudniać codzienne życie chorego.

Chory zaczyna mieć problemy z pamięcią krótkotrwałą oraz średniotrwałą. Przejawia się to powtarzaniem się, np. ponownym pytaniem osoby z chorobą Alzheimera o fakty i informacje, co do których udzielono mu już odpowiedzi, ale także zapomnianiem nazw ulic czy też niemożnością przypomnienia sobie konkretnych nazwisk²⁷. Do tego należy dodać ryzy-

²³ B. Reisberg, I. Monteiro, C. Torossian, S. Auer, M.B. Shulman, S. Ghimire, I. Boksay, F. Guillo-Benarous, R. Osorio, A. Vengassery, S. Imran, H. Shaker, S. Noor, S. Naqvi, S. Kenowsky, J. Xu, The BEHAVE-AD Assessment System: A Perspective, A Commentary on New Findings, and A Historical Review, *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014, nr 38(1-2), s. 89-146.

²⁴ L.L. Beason-Held, J.O. Goh, Y. An, M.A. Kraut, R.J. O'Brien, L. Ferrucci, S.M. Resnick, *Changes in Brain Function...*, op. cit., s. 18008-18014.

²⁵ Alzheimer's Association, *Stages of Alzheimer's*, <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages> (dostęp: 11.04.2019 r.).

²⁶ A.M. Kubis, M. Janusz, *Alzheimer's disease: new prospects in therapy and applied experimental models*, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2008, nr 62, s. 372-392.

²⁷ B. Klimova, P. Maresova, M. Valis, J. Hort, K. Kuca, *Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment*, *Journal of Clinical Interventions in Aging* 2015, nr 10, s. 1401-1408, A.

ko gubienia cennych przedmiotów, a także rosnące problemy z planowaniem lub organizowaniem²⁸. Sytuacje takie mogą z jednej strony powodować intensyfikującą się irytację chorego, a drugiej odbijać się negatywnie na jego relacji z najbliższymi.

Wśród kolejnych objawów choroby Alzheimera, które pojawiają się wraz z rozwojem choroby należy wskazać problemy z komunikacją polegające przede wszystkim na kłopotach ze znajdowaniem podczas rozmowy właściwych słów oraz na trudnościach w pojmowaniu sensu wypowiedzi drugiego człowieka. Ponadto chory zaczyna zapominać informacje i fakty, których się dawniej nauczył²⁹.

Objawy postępującej choroby Alzheimera stają się coraz bardziej zauważalne dla otoczenia. Chory coraz częściej ma problemy z przypomnieniem sobie istotnych zdarzeń z własnej historii życia, takich jak fakt ukończenia konkretnej uczelni, a także zaczyna zapominać swój adres czy numer telefonu. Pojawiają się wahania nastrojów, a także wycofanie, które dotyczą zwłaszcza sytuacji trudnych dla osoby z chorobą Alzheimera. Innym objawem, który może wystąpić w raz z rozwojem choroby Alzheimera jest utrudniona orientacja w czasie i przestrzeni, której skutkiem jest wzrost ryzyko zgubienia się chorego.

Charakterystyczne dla osoby, w której mózgu zachodzą przemiany neurodegeneracyjne, są również trudności w ubraniu się stosownie do okazji, czy nawet pory roku. Ponadto należy wspomnieć o zaburzeniach rytmu dobowego, które charakteryzują się problemem ze snem w nocy i odsypianiem tego w ciągu dnia³⁰. Jak widać symptomy, które początkowo jedynie nieznacznie komplikowały normalne życie, na tym etapie rozwoju schorzenia w znacznym stopniu wpływają na codzienność chorego, czyniąc ją coraz trudniejszą. Dlatego też osoba z chorobą Alzheimera staje się w konsekwencji postępującej degeneracji neuronów coraz bardziej zależna od otoczenia i pomocy innych ludzi.

Faza otępienia charakteryzuje się bardzo poważnymi objawami zmian neurozwyrodnieniowych. W tym stadium choroby pojawiają się problemy z najprostszymi codziennymi czynnościami, takimi jak poruszanie się, jedzenie, czy też załatwianie swoich potrzeb fizjologicznych³¹. Ostatni etap choroby cechują między innymi następujące symptomy: afazja (problemy z mową, których skutkiem jest utrata przez chorego osobowości), agnozja (niezdolność

Pfeffer, Choroba Alzheimera – obraz kliniczny, rozpoznawanie, możliwości terapeutyczne zaburzeń poznawczych, Przewodnik Lekarza 2004, nr 5, s. 70-78.

²⁸ Alzheimer's Association, Stages..., op. cit.

²⁹ Alzheimer's Association, Stages..., op. cit., M. Barcikowska, Choroba Alzheimera – rozpoznanie (w:) M. Zabawy (red.), Diagnostyka i leczenie otępień, Otwock 2012, s. 58-79.

³⁰ Alzheimer's Association, Stages..., op. cit.

³¹ B. Hausz-Piskorz, K. Buczkowski, Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego, Forum Medycyny Rodzinnej 2013, t. 7, nr 4, s. 198-207.

do nazywania przedmiotów), czy też apraksja (zakłócenie czynności ruchowych). Faza otępienia kończy się śmiercią pacjenta, najczęściej z powodu chorób współistniejących³². Finalny etap rozwoju choroby Alzheimera można więc określić jako czas, w którym chory na skutek bardzo zaawansowanej degeneracji układu nerwowego staje się osobą zupełnie niesamodzielną, zagubioną i niezdolną do pojmowania realnego świata.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy literatury medycznej, nie jest w tym momencie możliwe powstrzymanie, czy też cofnięcie przemian neurodegeneracyjnych, które zachodzą w mózgu na skutek rozwoju choroby Alzheimera. Oznacza to, że fakty naukowe dotyczące tego schorzenia, które zostały do tej pory zebrane w ramach badań medycznych, nie pozwalają na trwałe wyleczenie chorego. Nie jest to jednak równoznaczne z tym, że współczesne metody terapeutyczne są zupełnie nieskuteczne w tym względzie. Chociaż bowiem jak na razie nie można zatrzymać rozwoju choroby, znane są sposoby pozwalające na pewne spowolnienie jej postępowania

Polega to na leczeniu objawowym, zarówno za pomocą metod . farmakologicznych, jak też pozafarmakologicznych. Wskazując na bardziej konkretne metody leczenia warto zwrócić uwagę na rolę leków uspokajających, przeciwdepresyjnych, czy też neuroleptycznych. Celem kuracji aplikowanych pacjentom z chorobą Alzheimera jest po pierwsze wzmacnianie sprawności umysłowej chorego, a po drugie poprawa komfortu codziennego bytowania osób zmagających się z tym schorzeniem neurodegeneracyjnych oraz tych, którzy sprawują nad nimi pieczę, którzy każdego dnia pielęgnują osoby chore i pomagają im w bieżących sprawach³³.

Wyraźnie widać, że na przestrzeni ewolucji choroby Alzheimera objawy zmieniają się w znaczący sposób. Informacja ta będzie podstawą analizy kryminologicznych oraz prawnych aspektów tego schorzenia w niniejszej rozprawie doktorskiej. Różnice w natężeniu symptomów są bowiem na tyle istotne, że codzienne życie w fazie pierwszej jest zupełnie inne niż w ostatniej fazie. Różnice te wyrażają się między innymi w takich aspektach jak zdolność do podejmowania racjonalnych i przemyślanych decyzji, czy też kompetencje związane z komu-

³² A. Pfeffer, *Choroba Alzheimera...*, op. cit., s. 70-78.

³³ J. Olazarán, B. Reisberg, L. Clare, I. Cruz, J. Peña-Casanova, T. Del Ser, B. Woods, C. Beck, S. Auer, C. Lai, A. Spector, S. Fazio, J. Bond, M. Kivipelto, H. Brodaty, J.M. Rojo, H. Collins, L. Teri, M. Mittelman, M. Orrell, H.H. Feldman, R. Muñoz, *Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy*, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2010/30(2), s. 161-178, C. Berk, G. Paul, M. Sabbagh, *Investigational drugs in Alzheimer's disease: current progress*, *Expert Opinion on Investigational Drugs* 2014, nr 23(6), s. 837-846, B. Klimova, P. Maresova, M. Valis, J. Hort, K. Kuca, *Alzheimer's disease and language...*, op. cit., s. 1401-1408.

nikacją z innymi ludźmi, co może rodzić bezpośrednio skutki prawne i kryminologiczne opisane w kolejnych rozdziałach.

ROZDZIAŁ III

PRAWNOMEDYCZNE ASPEKTY CHOROBY ALZHEIMERA

§ 1. Prawo pacjenta z chorobą Alzheimera do informacji o jego stanie zdrowia i do tajemnicy lekarskiej

Pierwszym z zagadnień prawnomedycznych, które należy poruszyć, jest kwestia prawa pacjenta, w tym pacjenta z chorobą Alzheimera do informacji o jego stanie zdrowia. Przepisy regulujące tę problematykę znajdują się w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry³⁴. Zgodnie z art. 31 ust. 1 tej ustawy: „*Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu*”.

Jak podkreśla się w literaturze, obowiązek ten jest niezwykle istotny. Wynika to z tego, że odpowiednie zorientowanie pacjenta w jego sytuacji medycznej umożliwia mu w pełni uczestnictwo w procesie leczenia, o którym będzie mowa w kolejnych paragrafach niniejszego rozdziału. Udział ten polega przede wszystkim na zapewnieniu pacjentowi informacji niezbędnych dla racjonalnej oceny jego sytuacji i podjęcia decyzji dotyczących między innymi zgody na zabieg czy też inne czynności medyczne³⁵.

Prawo pacjenta do informacji jest również przedmiotem regulacji Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁶. Jak wskazuje art. 9 ust. 2 tejże ustawy: „*Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia*

³⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 2021 r. poz. 790 ze zm., dalej jako: u. z. l. d.

³⁵ R. Tymiński, Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej, *Prawo i Medycyna* 2012, nr 1, s. 44-58, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., I ACa 51/10, źródło: LEX (dostęp: 13.09.2021 r.), M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2014, LEX (dostęp: 14.09.2021 r.)

³⁶ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417, dalej jako: u. p. p.

oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami”. Są to dwie, niezwykle podobne do siebie, zasady ogólne udzielania pacjentowi informacji medycznych.

W obu przypadkach mamy do czynienia z dwoma podmiotami, którym przekazywana jest informacja. Jest to po pierwsze pacjent, co wynika z samej istoty tej problematyki. Na uwagę zasługuje fakt, że wśród wymogów podmiotowych po stronie pacjenta brak jest zarówno warunku jego pełnoletności, jak też pełnej zdolności do czynności prawnych na gruncie prawa cywilnego³⁷.

Po drugie zaś, osobą właściwą do odbioru tych wiadomości może być również przedstawiciel ustawowy pacjenta. Jest to istotne z punktu widzenia tych pacjentów z chorobą Alzheimera, którzy z powodu poważnych zaburzeń poznawczych występujących w zaawansowanych fazach choroby, zostali uznani na gruncie przepisów prawa cywilnego za osoby ubezwłasnowolnione. W takiej sytuacji ich opiekunowie, którzy zostali wyznaczeni jako przedstawiciele ustawowi, mogą w ramach sprawowania pieczy nad chorymi, otrzymywać informacje o ich stanie zdrowia, również w odniesieniu do schorzeń innych niż choroba Alzheimera.

Z punktu widzenia osób z chorobą Alzheimera, u których pojawiły się już pierwsze objawy tego schorzenia, ale które są jeszcze w stanie samodzielnie funkcjonować i podejmować decyzje dotyczące swojego stanu zdrowia, ważny jest powtarzający się w literaturze postulat, aby informacje przekazywane były pacjentowi w sposób zrozumiały, co oznacza również, że powinny być dostosowane do jego indywidualnych cech, w tym jego indywidualnej zdolności do przyjęcia intelektualnie tych wiadomości³⁸.

Daje to szansę pacjentowi z chorobą Alzheimera, którego zdolności poznawcze ulegają stopniowemu pogorszeniu, na jak najdłuższe osobiste uczestnictwo w jego procesie leczenia i świadomość tego, co się z nim dzieje w kontekście opieki zdrowotnej, która jest nad nim sprawowana. Nieco odmienne stanowisko zostało wyrażone w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2010 r., w którym stwierdzono, że: „Zakres obowiązku informacji zależy od tego, co rozsądna osoba, będąca w sytuacji pacjenta, obiektywnie powinna usłyszeć od lekarza, aby

³⁷ M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.) Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.

³⁸ Ł. Caban (w:) M. Kopeć (red.), Ustawa o zawodach lekarza. i lekarza dentystry. Komentarz, Warszawa 2016 LEX (dostęp: 16.09.2021 r.), J. Ciechorski, Glosa do wyroku SA w Gdańsku z dnia 28 listopada 2012 r., V ACA 826/12, Palestra 2014, nr 1–2, s. 156–161, Zob. też D. Hajdukiewicz, Przywilej terapeutyczny – wątpliwy relikw paternalizmu, czy istotny element leczniczy, Prawo i Medycyna 2013, nr 3–4, s. 57–67.

*móc podjąć świadomą i roztropną decyzję o poddaniu się proponowanemu zabiegowi medycznemu*³⁹.

Kolejne przepisy obu ustaw wprowadzają regulacje szczegółowe. Na uwagę zasługuje w pierwszej kolejności treść art. 31 ust. 2. u. z. l. d.: „*Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego*”. Przepisem o analogicznej treści jest art. 9 ust. 3 u. p. p..

Regulacja ta wydaje się być szczególnie istotna w odniesieniu do pacjentów z chorobą Alzheimera. Jak zostało wskazane w rozdziale wprowadzającym w medyczną problematykę niniejszej pracy, stan osoby z chorobą Alzheimera w trakcie rozwoju choroby jest bardzo zróżnicowany. Na początku rozwoju choroby przebiega ona bez objawowo, by po pewnym czasie pojawiły się pierwsze objawy, które następnie postępują, aż do ostatnich etapów schorzenia, gdy chory nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować.

Niewątpliwie w początkowym okresie choroby Alzheimera człowiek jest w stanie egzystować samodzielnie. Dotyczy to również jego funkcjonowania jako pacjenta w relacji z lekarzem i innymi pracownikami systemu opieki zdrowotnej. W tym okresie pacjent jest całkowicie zdolny do tego, aby nie tylko otrzymywać i rozumieć przekazywane mu przez lekarza informacje o jego stanie zdrowia, ale również aby podejmować prawnie wiążące decyzje dotyczące jego sytuacji zdrowotnej, w tym wyrażać zgodę na czynności lecznicze. Wraz z rozwojem choroby ta sytuacja ulega stopniowej zmianie aż do momentu, gdy chory będzie potrzebował osoby, która będzie decydować za niego.

Należy przy tym mieć na uwadze fakt, że choroba Alzheimera dotyka osoby starsze, które poza tym schorzeniem mają z reguły również inne problemy zdrowotne, niekiedy bardzo poważne i trwające wiele lat. W trakcie rozwoju tych innych stanów chorobowych pacjent z osoby chorującej na Alzheimera bezobjawowo zmienia się w osobę z bardzo poważnymi zaburzeniami poznawczymi. Stąd też wydaje się zasadne stworzenie bliskim chorego na chorobę Alzheimera możliwości asystowania mu w jego procesie leczenia dotyczącym również innych schorzeń.

Dzięki temu w sposób płynny, bez większych komplikacji będą oni w stanie pomóc choremu w leczeniu nawet wówczas, gdy możliwości podejmowania przez pacjenta świadomych decyzji będą znacznie ograniczone. Zmiana ta, tak trudna na wielu płaszczyznach, nie zapominając również o płaszczyźnie emocjonalnej, będzie wówczas łatwiejsza zarówno dla chorego, jak też dla jego przyszłego opiekuna.

³⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10, źródło: LEX (dostęp: 17.09.2021 r.).

W tym kontekście należy przytoczyć treść art. 31 ust. 6 u. z. l. d., który dotyczy wspomnianej wyżej sytuacji pacjentów z chorobą Alzheimerera, u których pojawiły się już poważne objawy, w tym zaburzenie funkcji poznawczych: *„Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”*. Zgodnie zaś z treścią owego przepisu za osobę bliską uznaje się: *„małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta”*.

Przesłanka niezdolności do zrozumienia znaczenia informacji budzi pewne wątpliwości co do swojego znaczenia. Według T. Dukiet-Nagórskiej, nie licząc nieistotnego z punktu widzenia tematyki niniejszej pracy czynnika młodego wieku pacjenta, za sytuacje które wiążą się z niezdolnością do zrozumienia informacji przekazywanych przez lekarza należy uznać sytuacje, w których pacjent jest nieprzytomny, ale również wszystkie te stany, w których nie potrafi on przyjmować rozumowo sygnałów, które otrzymuje z zewnątrz, a także racjonalnie odnosić się do tych bodźców⁴⁰.

W literaturze przywoływane są takie przykłady jak: osoba w stanie nietrzeźwości lub odurzenia narkotycznego, znajdująca się pod wpływem leków upośledzających sprawność psychiczną, czy też osoba, która odczuwa w danej sytuacji ból o wysokim stopniu natężenia. Wobec takiego wyjaśnienia owego pojęcia mogą pojawić się wątpliwości, czy i w jakiej sytuacji pacjent z chorobą Alzheimerera jest niezdolny do zrozumienia informacji. Wydaje się, że decyzję taką należy podejmować w odniesieniu do konkretnego przypadku⁴¹. W ramach uzupełnienia należy dodać, że art. 9 u. p. p. zawiera również inne przepisy, który dotyczą problematyki informowania pacjenta o jego stanie zdrowia. Ponieważ jednak nie są one powiązane z problematyką prawnomedycznych aspektów choroby Alzheimerera, nie zostaną poddane analizie w niniejszym rozdziale⁴².

Tematyką powiązaną z problematyką informowania pacjenta z chorobą Alzheimerera o jego stanie zdrowia jest kwestia tajemnicy lekarskiej. Dotyka ona bowiem podobnej kwestii – przekazywania wiadomości dotyczących stanu zdrowia konkretnego człowieka. Podobnie jak w przypadku informowania pacjenta o jego stanie zdrowia, również w kontekście tajemnicy

⁴⁰ T. Dukiet-Nagórska, Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim, Prawo i Medycyna 2000, nr 2, s. 83.

⁴¹ M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.), T. Dukiet-Nagórska, Świadoma zgoda pacjenta..., op. cit., s. 83.

⁴² Zob. Art. 9. u. z. l. d.

lekarskiej należy mieć na uwadze specyficzną sytuację pacjenta z chorobą Alzheimera. Wynika ona z postępujących objawów jego choroby, które wpływają w zasadniczym stopniu na jego funkcjonowanie w systemie opieki zdrowotnej i rodzą szereg następstw zarówno o charakterze formalnym, jak też praktycznym w odniesieniu do jego procesu leczenia.

Problematyka tajemnicy lekarskiej jest uregulowana w dość obszernym przepisie – art. 40 u. z. l. d.. Zgodnie z ust. 1 tego przepisu lekarz zobowiązany jest do nieujawniania wiadomości dotyczących pacjenta, które otrzymał w ramach swojej pracy. Z treści tego przepisu wynika po pierwsze to, że tajemnicą lekarską nie są objęte jedynie wiadomości odnoszące się do jego sytuacji medycznej, ale wszystkie informacje, które dotyczą pacjenta, w tym również związane z jego życiem prywatnym, czy też zawodowym, o których lekarz dowiedział się przy wykonywaniu swojego zawodu. Może więc odnosić się to również do spraw związanych z chorobą Alzheimera pacjenta⁴³.

Po drugie zaś, przepis wyraźnie wskazuje, że chodzi o te wiadomości, które lekarz otrzymał w związku z wykonywaniem przez niego jego zawodu medycznego. Jest to szeroki zakres, który wykracza poza samo wykonywanie czynności leczniczych. Obejmuje on m.in. informacje, o których lekarz dowiedział się, słysząc rozmowę pacjent z innym medykiem. Po trzecie, dla faktu istnienia tajemnicy medycznej nie ma znaczenia, w jaki sposób lekarz uzyskał w ramach wykonywania swojego zawodu owe informacje⁴⁴.

Dodać jednak należy, że tajemnica lekarska swoim zakresem nie obejmuje jednak faktów, które są powszechnie znane⁴⁵. Jest to zasada ogólna, w stosunku do której dalsza część przepisu wprowadza wyjątki. Kluczowy w tym kontekście jest ust. 2 u. z. l. d., zgodnie z którym możliwe jest informowanie przez lekarza o pacjencie w sytuacji gdy:

„1) tak stanowią ustawy;

2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;

3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;

⁴³ Ł. Caban (w:) M. Kopeć (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.

⁴⁴ Tamże.

⁴⁵ M. Safjan, Problemy prawne tajemnicy lekarskiej, Kwartalnik Prawa Prywatnego 1995, nr 1, s. 16.

5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;

6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń”.

Co ważne, we wskazanych wyżej przypadkach: „ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie”.

Przykładem sytuacji opisanej w ust. 2 pkt. 1 jest art. 180 § 2. Kodeksu postępowania karnego, zgodnie z którym: „Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej, dziennikarskiej lub statystycznej oraz tajemnicy Prokuraturii Generalnej, mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu (...)”⁴⁶. Należy jednak przy tym zaznaczyć, że zgodnie z treścią art. 199 kpk.: „Złożone wobec biegłego albo wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu”.

Ponadto na uwagę zasługuje fakt, że tajemnica lekarska nie przestaje obowiązywać po śmierci pacjenta. W tym przypadku osobą, która posiada możliwość zdecydowania o przedstawieniu tych informacji jest osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u. p. p., o ile sprzeciwu wobec ujawnienia tych informacji nie wyrazi inna osoba bliska lub też sam pacjent jeszcze przed śmiercią. W dalszej części przepisu ustawodawca reguluje kwestię sporu między bliskimi zmarłego pacjenta. W takiej sytuacji decyzję w tym przedmiocie podejmuje sąd nie tylko na wniosek osoby bliskiej, ale też na wniosek samego lekarza.

W kompetencji medyka jest również złożenie wniosku do sądu odnośnie ujawnienia tajemnicy lekarskiej, w sytuacji gdy ma uzasadnione wątpliwości dotyczące tego, czy człowiek podający się za osobę bliską faktycznie może zostać za nią uznany. Sąd może również wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej nawet w przypadku, gdy zmarły pacjent podjął decyzję o braku zgody na jej pośmiertne ujawnienie. Sytuacja taka może mieć miejsce zgodnie z art. 40 ust. 3c u. z. l. d., gdy jest to konieczne:

„1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;

2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej”.

⁴⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. z 2021 r. poz. 534 ze zm., dalej jako kpk.

Dodać należy, że na gruncie u. z. l. d. lekarz nie ma również prawa ujawnić informacji, które mogłyby pozwolić na identyfikację pacjenta, o ile sam zainteresowany nie wyrazi na to zgody. Jest to więc swego rodzaju rozszerzenie zakresu tajemnicy lekarskiej i wzmocnienie prawa pacjenta do poszanowania jego prywatności, zwłaszcza w tak wrażliwej sferze, jak problemy zdrowotne. Analizując treść art. 40 u. z. l. d. należy więc skonstatować, że choć tajemnica ta pełni fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ma dość szeroki zakres, nie ma ona charakteru absolutnego i w pewnych szczególnych sytuacjach możliwe jest jej ujawnienie⁴⁷. Na koniec należy zaznaczyć również, że złamanie przez lekarza tajemnicy lekarskiej może prowadzić do jego odpowiedzialności karnej za popełnienie czynu zabronionego stypizowanego w art. 266 Kodeksu karnego⁴⁸.

Problematyka tajemnicy lekarskiej została uregulowana również w u. p. p. Zgodnie z art. 13. tejże ustawy: „*Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego*”. Na uwagę zasługuje fakt, że w cytowanym przepisie zakres podmiotowy obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej jest ujęty szerzej niż w u. z. l. d.. Dotyczy on bowiem wszystkich osób wykonujących zadów medyczny. W pozostałym zakresie przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej nie różnią się co do swojej istoty od regulacji zawartej w u. z. l. d.. Prawo medyczne jest w tym zakresie spójne wewnętrznie⁴⁹.

Przepisy odnoszące się do nieujawniania informacji medycznych zawarte są również w innych ustawach, co wskazuje na znacznie szerszy katalog osób, które obowiązują ta zasada. Poza wspomnianymi już lekarzami, którzy są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej na gruncie art. 40 u. z. l. d., podobna tajemnica obowiązuje na gruncie innych ustaw m.in. pielęgniarki i położne (art. 17 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej⁵⁰), felczerów (art. 7 Ustawy o zawodzie felczera⁵¹), diagnostów laboratoryjnych (art. 29 Ustawy o diagnostyce laboratoryjnej⁵²), czy też fizjoterapeutów (art. 9 Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty⁵³).

Można więc stwierdzić, że jest to regulacja typowa dla różnego rodzaju zawodów medycznych. Jak zauważa D. Karkowska: „*Należy przychylić się do poglądu, że obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej może być konstruowany niezależnie od wyraźnych potwier-*

⁴⁷ Ł. Caban (w:) M. Kopeć (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit..

⁴⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm., dalej jako: kk.

⁴⁹ Zob. art. 14.u. p. p.

⁵⁰ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2021 r. poz. 479 ze zm.

⁵¹ Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, Dz. U. z 2021 r. poz. 742.

⁵² Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz. U. z 2021 r. poz. 866 ze zm.

⁵³ Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Dz. U. z 2021 r. poz. 553 ze zm.

dzeń ustawowych, o ile tylko należy do istotnych elementów wykonywania określonego zawodu – a jest tak na pewno w sferze szeroko rozumianych obecnie podmiotów wykonujących działalność leczniczą”⁵⁴.

Przepisy regulujące problematykę tajemnicy lekarskiej są niezwykle potrzebne, ponieważ chronią prywatność osoby korzystającej z opieki zdrowotnej. Z drugiej zaś strony konstrukcja zarówno tej instytucji, jak też treść norm prawnomedycznych odnoszących się do informowania pacjenta o jego stanie zdrowia sprawiają, że w sytuacji wyjątkowej, która może dotyczyć m.in. osoby z chorobą Alzheimera, przekazanie najistotniejszych informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej osoby chorej, jest zgodne z prawem. Wynika to m.in. z art. 40 ust. 2 pkt. 3 u. p. p., który wskazuje, że lekarz nie ma obowiązku zachować tajemnicy zawodowej, gdy: *„zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób”*, ale też z treści art. 31 ust. 6 u. z. l. d., zgodnie z którym: *„Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej”*.

Taka nagła sytuacja faktyczna mogłaby mieć miejsce np. w sytuacji osoby z chorobą Alzheimera, która znajduje się w fazie, gdy zaburzenia poznawcze stają się na tyle istotne, że jej zdolność do przyjmowania ze zrozumieniem informacji medycznych, jak również podejmowania decyzji w procesie leczenia, powoli zanika. Jak zostało bowiem już wspomniane, na początku choroby nie ma żadnych podstaw, aby uznać chorego za osobę z chorobą Alzheimera w choćby niewielkim stopniu nieświadomą, czy też niezdolną do decydowania o sobie, a także w jakikolwiek sposób ograniczać udział tego pacjenta w aktywnym decydowaniu o jego procesie leczenia.

W końcowych etapach choroby stan pacjenta jest na tyle poważny, że również nie ma najmniejszych wątpliwości do co tego, że jego samodzielny udział w procesie decyzyjnym dotyczącym kwestii leczenia jest niemożliwy. Najbardziej problematyczny jest etap środkowy, który można nazwać przejściowym, gdy stan świadomości pacjenta i jego zdolności poznawczych nie jest oczywisty i jednoznaczny. Jak wynika z treści wspomnianej wyżej regulacji, w kryzysowej sytuacji opiekun osoby z chorobą Alzheimera nie zostanie pozbawiony niezbędnych informacji o jej stanie zdrowia.

Problematyka zachowywania przez lekarza w tajemnicy informacji, które uzyskał w ramach wykonywania swojego zawodu, jest również przedmiotem regulacji karnych. W art. 266 kk. znajduje się bowiem typ przestępstwa, który bezpośrednio dotyczy tej tematyki.

⁵⁴ D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2016, LEX (dostęp: 17.06.2021 r.).

Czynność sprawcza w typie z § 1 polega na sprzecznym z prawem ujawnieniu lub wykorzystaniu informacji, która podlega ochronie. W typie z § 2 jest to natomiast jedynie ujawnienie informacji⁵⁵. Z punktu widzenia tematyki niniejszego rozdziału najistotniejsze znaczenie ma możliwość poniesienia na jego podstawie odpowiedzialności karnej przez osobę sprawującą opiekę medyczną nad pacjentem z chorobą Alzheimera. Ujawnienie polega w tym przypadku na takim zachowaniu sprawcy, które sprawia, że informacje, które do tej pory były nieznane, stają się wiadome⁵⁶. Natomiast wykorzystanie informacji to, zgodnie z tezą wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku: „wszelkie działania podejmowane przez sprawcę, dla których znajomość informacji stanowiła podstawowy impuls działania nakierowanego na uzyskanie określonej korzyści dla siebie lub innego podmiotu. O wykorzystaniu informacji można mówić, gdy sprawca po zapoznaniu się z nią podjął określone decyzje, działania, czynności”⁵⁷.

Analizując ten typ czynu zabronionego w aspekcie podmiotowym należy podkreślić, że ma ono charakter indywidualny. W przypadku typu z § 1 jego sprawcą może być jedynie osoba, na której ciąży obowiązek zachowania tajemnicy. Jego źródłem może być zarówno przepis ustawowy, jak też umowa, w której treści znajduje się wprost zapis o konieczności nieujawniania zdobytych informacji⁵⁸. Przykładem tajemnicy, której obowiązek nieujawnienia wynika z ustawy jest m.in. tajemnica lekarska będąca przedmiotem analiz niniejszego rozdziału⁵⁹. Typ z § 2 może natomiast zostać popełniony jedynie przez osobę będącą funkcjonariuszem publicznym⁶⁰.

W ramach uzupełnienia należy dodać, że od strony podmiotowej analizowany czyn zabroniony, zarówno w typie z § 1, jak też z § 2 może zostać popełniony jedynie umyślnie. W grę wchodzi oba postacie zamiaru⁶¹. Przestępstwo to jest materialne w typie z § 1. Pewne wątpliwości w doktrynie budzi natomiast kwestia skutkowości przypadku § 2⁶².

⁵⁵ R.G. Hałas (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.) Kodeks karny. Komentarz 2021, wydanie VII, Warszawa 2021, Legalis (dostęp: 28.10.2021 r.).

⁵⁶ M. Kalitowski (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V, Warszawa 2016, LEX (dostęp: 28.10.2021 r.), J. Wojciechowski, Kodeks karny. Komentarz. Orzecznictwo, Warszawa 1997, s. 465-466.

⁵⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 12 lutego 2013 r., II AKa 2/13, źródło: LEX (dostęp: 28.10.2021 r.).

⁵⁸ A. Lach (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2020, LEX (dostęp: 28.10.2021 r.).

⁵⁹ W. Wróbel, D. Zajac (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część II. Komentarz do art. art. 212-277d, Warszawa 2017, LEX (dostęp: 28.10.2021 r.).

⁶⁰ A. Lach (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks karny..., op. cit.

⁶¹ P. Kozłowska-Kalisz (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany 2021, LEX (dostęp: 28.10.2021 r.).

⁶² Zob. R.G. Hałas (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.) Kodeks karny..., op. cit.

Występujący w treści przepisu zwrot „w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową” podobnie jak zwrot „w związku z wykonywaniem czynności służbowych” wskazuje na to, że niezbędny dla zrealizowania znamion przestępstwa jest bezpośredni związek, który występuje między ową funkcją, pracą, działalnością, czy też czynnościami, a faktem, że dana osoba uzyskała dane informacje. Z punktu widzenia odpowiedzialności za czyn zabroniony stypizowany w tym przepisie nieistotne są więc te wiadomości, które dana osoba usłyszała na gruncie prywatnym⁶³.

Na uwagę zasługuje również fakt, że nie wypełnia znamion tego typu czynu zabronionego osoba, którą co prawda obowiązuje określona tajemnica, ale która została zobowiązana do jej ujawnienia w oparciu o obowiązujące przepisy prawa. Jako przykład podać można zasadniczo instytucję świadka w procesie karnym w przypadku podjęcia przez organ procesowy decyzji o zwolnieniu go z konieczności nieujawniania danych informacji, czy też w sytuacji, gdy możliwość podzielenia się posiadanymi wiadomościami wynika bezpośrednio z ustawy⁶⁴.

Przedmiotem ochrony tego typu czynu zabronionego jest dobro określone jako poufność informacji wskazanych w treści przepisu⁶⁵. Ochronie na gruncie tego przepisu podlega więc – w przypadku § 1 tajemnica zawodowa i prywatna, a w przypadku § 2 – tajemnica służbowa⁶⁶. Według Sądu Najwyższego: „Przy przestępstwie stypizowanym w art. 266 § 1 k.k. rodzajowym przedmiotem ochrony jest dyskrecjonalność informacji, zaś przedmiotem ochrony bezpośredniej prawo zachowania określonych informacji w tajemnicy, przy czym obowiązek dyskrecji spoczywający na depozytariuszu informacji podyktowany może być potrzebą ochrony istotnego interesu prywatnego, stosunku zaufania łączącego dysponenta informacji z jej depozytariuszem, ale także prawidłowego wykonywania niektórych zawodów lub prowadzenia określonej działalności, w których szczególne znaczenie odgrywa stosunek zaufania”⁶⁷.

Argumentacja przedstawiona we wskazanym Postanowieniu Sądu Najwyższego doskonale wskazuje na wagę tego przepisu w odniesieniu do relacji między lekarzem, czy też inną osobą wykonującą czynności medyczne wobec osoby z chorobą Alzheimera. W tym przypadku potrzeba niezwyklej dyskrecji, istotność interesu prywatnego, a także niezbędne zaufanie wydają się być szczególnie istotne.

⁶³ A. Lach (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks karny..., op. cit.

⁶⁴ W. Wróbel, D. Zając (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny..., op. cit.

⁶⁵ A. Lach (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks karny..., op. cit., Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 2013 r., III KK 267/12, źródło: LEX (dostęp: 28.10.2021 r.).

⁶⁶ R.G. Hałas (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.) Kodeks karny..., op. cit.

⁶⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 2013 r..., op. cit.

§ 2. Zdolność do podejmowania decyzji o procesie leczenia pacjenta z chorobą Alzheimera

Drugą fundamentalną kwestią dotyczącą osób z chorobą Alzheimera, którą należy przeanalizować pod kątem regulacji prawnomedycznych, jest problem zdolności do podejmowania przez pacjenta świadomych decyzji o kształcie jego procesu leczenia. Problem ten jest w istotnym stopniu powiązany z kwestiami, które zostały poddane analizie w poprzednim paragrafie, zwłaszcza zaś z problematyką informowania pacjenta o jego stanie zdrowia i zdolności rozumienia przez niego otrzymanych informacji. W ramach wstępu i uporządkowania analizy należy zauważyć, że jak zaznacza B. Janiszewska, termin „niezdolność do świadomego wyrażenia zgody” jest pojęciem stricte prawnomedycznym, które należy odróżnić od pojęcia zdolności do czynności prawnych, które z kolei ma charakter cywilnoprawny⁶⁸. Stąd też analiza dokonana w tym miejscu przeprowadzona zostanie w oparciu o przepisy prawa medycznego.

Problematyka wyrażania zgody na przeprowadzenie czynności leczniczych została szczegółowo uregulowana w u. z. l. d.. Na wstępie należy przytoczyć art. 32 ust. 1 tejże ustawy, który reguluje ogólną zasadę, w myśl której: *„Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”*, a także art. 16. u. p. p., zgodnie z którym: *„Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”*. Oba wspomniane akty prawne zawierają przepisy regulujące tę problematykę.

Aby zgoda wyrażona przez pacjenta była ważna, musi ona spełnić kilka przesłanek. Przede wszystkim, wymagana jest jej uprzedniość w stosunku do czynności, której dotyczyła. Zgoda udzielona po fakcie nie spełnia przewidzianych prawem wymogów⁶⁹. Ponadto decyzję

⁶⁸ B. Janiszewska, Rozdział V. Zgoda pacjenta jako przesłanka legalności udzielenia świadczenia zdrowotnego. 4. Postępowanie z pacjentami niemogącymi (prawnie lub faktycznie) udzielić zgody (w:) M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych, Warszawa 2019., s. 488.

⁶⁹ B. Janiszewska, 2. Rozdział V. Zgoda pacjenta jako przesłanka legalności udzielenia świadczenia zdrowotnego. 2. Wyrażenie i forma zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (w:) M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.), System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych, Warszawa 2019, LEX (dostęp: 14.09.2021 r.), Ł. Caban (w:) M. Kopec (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.

taką musi podjąć osoba, która jest do tego prawnie uprawniona⁷⁰. Co do zasady jest to naturalnie sam pacjent, ale z uwagi na różne przesłanki, uprawnioną może być inna osoba. W przypadku osób w późnym stadium choroby Alzheimera, które zostały ubezwłasnowolnione, decyzję podejmuje przedstawiciel ustawowy⁷¹.

Należy również wspomnieć o tym, że przedmiotem zgody udzielonej przez pacjenta mogą być jedynie czynności, które są zgodne z przepisami prawa, zarówno co do treści, jak też co do formy, a także zasadami współżycia społecznego⁷². Trzeba również zaznaczyć, że nie jest możliwe udzielenie zgody ogólnej, dotyczącej wszystkich czynności, które lekarz uzna za stosowne. Przy każdej czynności medycznej niezbędna jest konkretna zgoda pacjenta lub innej osoby uprawnionej⁷³.

Przesłanką, o której należy wspomnieć w niniejszej pracy, jest warunek, zgodnie z którym zgoda dysponenta dóbr musi być świadoma. Biorąc pod uwagę sytuację pacjentów z chorobą Alzheimera, ich postępujące objawy, w tym zwłaszcza pogarszające się wraz z rozwojem schorzenia funkcje poznawcze, wydaje się, że jest to najistotniejszy atrybut udzielanej przez nich zgody na przeprowadzenie zabiegu medycznego. Przyjmuje się, że istnieją dwa warunki, których spełnienie warunkuje ową świadomość. Po pierwsze lekarz zobowiązany jest wyjaśnić pacjentowi jego stan zdrowia oraz możliwe do zrealizowania terapie, a także ryzyko, które z nich wynika⁷⁴. Takie postępowanie uzasadnione jest faktem, że niemożliwym byłoby wymagać od pacjenta posiadania wystarczającej wiedzy medycznej, pozwalającej na podjęcie racjonalnej decyzji.

Po drugie zaś, psychiczny oraz fizyczny stan zdrowia pacjenta musi umożliwiać mu podjąć taką decyzję w sposób świadomy⁷⁵. Z uwagi na tę przesłankę przytoczyć można pojawiający się w literaturze podział pacjentów na samodzielnych decyzyjnie i niesamodzielnych decyzyjnie. Jak zauważa B. Janiszewska: „*Do pierwszej z tych grup zaliczane są osoby pełno-*

⁷⁰ M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.

⁷¹ Zob. u. z. l. d.

⁷² M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit. M. Filar, Postępowanie lecznicze (świadczenia zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody, Prawo i Medycyna 2003, nr 1, s. 41.

⁷³ A. Rososzczuk, Zakres informacji przekazywanych pacjentowi przez lekarza przed wyrażeniem lub odmową udzielenia zgody na świadczenie zdrowotne, Przegląd Sądowy 2017, nr 4, źródło: LEX (dostęp: 14.09.2021 r.), B. Janiszewska, 2. Wyrażenie i forma zgody..., op. cit.

⁷⁴ M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie, z dnia 19 lutego 2019 r. V ACa 119/18, źródło: LEX (dostęp: 14.09.2021 r.), Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 lutego 2018 r., VI ACa 781/16, źródło: LEX (dostęp: 14.09.2021 r.), Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 2 września 2014 r., I ACa 665/14, źródło: LEX (dostęp: 14.09.2021 r.).

⁷⁵ Wyrok SA w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., I ACa 51/10, M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit..

letnie, nieubezwłasnowolnione, nie dotknięte chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym, a jednocześnie takie, które w czasie miarodajnym dla podjęcia decyzji medycznej nie były niezdolne do świadomego wyrażenia zgody. (...) Z kolei do grona pacjentów niesamodzielnych decyzyjnie należą osoby małoletnie (w tym te, które ukończyły 16. rok życia), ubezwłasnowolnione całkowicie lub częściowo, dotknięte chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym oraz niezdolne do świadomego wyrażenia zgody”⁷⁶.

Wyróżnić można dwa rodzaje przyczyn, które sprawiają, że pacjent nie jest zdolny do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczącej jego procesu leczenia. Pierwszy z nich można określić jako przyczyny o charakterze formalnym. Są to uwarunkowania prawne, które uniemożliwiają lub też ograniczają prawo pacjenta do podejmowania autonomicznych, suwerennych decyzji odnośnie czynności medycznych, którym ma być poddawany, bez względu na jego stan psychiczny w momencie, w którym pojawia się konieczność podjęcia takiej decyzji. Chodzi tutaj o pacjentów małoletnich (nie licząc specyficznej sytuacji pacjenta, który ukończył 16 lat), ubezwłasnowolnionych częściowo lub całkowicie, a także pacjentów z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym⁷⁷.

Drugim rodzajem przyczyn są pewne faktyczne, czy też psychologiczne okoliczności, które sprawiają, że osoba będąca legalnie zdolna do decydowania, w danym, konkretnym momencie, nie jest w stanie podjąć takiej decyzji w sposób prawnie ważny. Przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być różne⁷⁸. Należy jednak zauważyć, że w przepisach prawa medycznego brakuje wyraźnego wskazania czynników warunkujących ową niezdolność. Jak wskazuje się w doktrynie, stan ten jest czymś szerszym od pojawiającej się w art. 31 u. z. l. d. i lekarza dentystry niezdolności do rozumienia przekazywanych przez lekarza informacji odnośnie sytuacji medycznej. Można bowiem wyobrazić sobie sytuację, w której dana osoba co prawda jest w stanie pojąć informacje, które otrzymuje od medyka, jednak problem pojawia się w momencie próby reakcji na te informacje⁷⁹.

W literaturze wyróżnia się takie czynniki jak m.in.: „nieprzytomność, zaburzenia świadomego kontaktu z otoczeniem wywołane niedomaganiem zdrowotnymi, działaniem le-

⁷⁶ B. Janiszewska, 2. Wyrażenie i forma zgody..., op. cit., Szersza analiza dotycząca poszczególnych kategorii pacjentów w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry – zob. E.M. Guzik-Makaruk, P. Mroczko, Kategorie pacjentów w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo (w:) E.M. Guzik-Makaruk, N. Waszkiewicz, S. Chojnowska, S.D. Szajda (red.), Wybrane prawne i medyczne aspekty zaburzeń psychicznych i ich profilaktyki, Białystok 2019, s. 17-30.

⁷⁷ Tamże.

⁷⁸ D. Karkowska, Prawa pacjenta, Warszawa 2009, s. 388, U. Drozdowska, W. Wojtal, Zgoda i informowanie pacjenta, Warszawa 2010, s. 20, B. Janiszewska, 2. Wyrażenie i forma zgody..., op. cit.

⁷⁹ M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.

ków, szokiem, silnym wzburzeniem, bólem czy ogólnym osłabieniem sił witalnych”⁸⁰. Zaznacza się jednak, że sama konkretna przyczyna pojawienia się owego stanu pacjenta, ani też trwałość tego staniu nie mają kluczowego znaczenia. Istotny jest fakt, że w momencie, w którym powinien podjąć decyzję, nie jest on w stanie tego zrobić⁸¹.

Można więc postawić tezę, że niezdolność pacjenta do decydowania o czynnościach medycznych jest efektem pewnego stanu fizycznego i psychicznego, w którym się znajduje. Pacjent nie jest w stanie zrozumieć przekazywanych mu przez lekarza informacji o jego stanie zdrowia, a następnie ustosunkować się do przedstawionych mu propozycji leczenia w postaci podjęcia konkretnych decyzji. Podmiotem, który podejmuje się oceny tej zdolności jest lekarz⁸².

Dodać należy jeszcze, że owo kryterium świadomości, które uzdalnia pacjenta do wyrażenia zgody na przeprowadzenie zabiegu medycznego należy analizować biorąc pod uwagę rodzaj zabiegu, który może zostać przeprowadzony. Jak słusznie zauważa P. Sobolewski inaczej należy oceniać zdolność danego pacjenta do podejmowania decyzji dotyczącej zabiegu polegającego na pobraniu krwi, a inaczej w przypadku, gdy decyzja dotyczyć ma istotnego zabiegu operacyjnego⁸³. Należy zatem brać pod uwagę nie tylko sam stan psychiczny chorego, ale również to, jak poważny zabieg medyczny jest przedmiotem danej decyzji.

W kontekście tematyki niniejszej pracy należy dodać, że wraz z postępującymi zmianami neurodegeneracyjnymi, które zachodzą w mózgu człowieka w trakcie rozwoju choroby Alzheimera, pogorszeniu ulegają funkcje poznawcze człowieka, a pacjent traci psychiczną zdolność do świadomego podejmowania decyzji. Dotyczy to również możliwości wyrażania zgody na przeprowadzenie zabiegu medycznego i innych czynności związanych z jego procesem leczenia. Niewątpliwie wyzwaniem pozostaje określenie momentu, w którym osoba z chorobą Alzheimera traci taką zdolność.

Wydaje się, że wymaga to pełnej rozmysłu oceny lekarza w każdym konkretnym przypadku. Jakakolwiek próba arbitralnego oznaczenia stopnia rozwoju choroby, czy też jej fazy, w której następuje utrata takiej zdolności, wydaje się bowiem niemożliwa. Bez wątpienia jednak osoba z chorobą Alzheimera w końcowym stadium choroby nie jest już w stanie samodzielnie podejmować tak istotnych decyzji.

⁸⁰ B. Janiszewska, 2. Wyrażenie i forma zgody..., op. cit.

⁸¹ Tamże.

⁸² M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.

⁸³ P. Sobolewski, Dział III, Rozdział 6. Zgoda na zabieg medyczny (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), Instytucje Prawa Medycznego, Tom 1, Warszawa 2018, Legalis (dostęp: 11.12.2021 r.)

W tym miejscu zasygnalizować należy, że z całą pewnością pomocne w tym kontekście może być ewentualne ubezwłasnowolnienie osoby z chorobą Alzheimera na gruncie przepisów prawa cywilnego. Następstwem takiej zmiany cywilnoprawnej sytuacji pacjenta byłoby rozwianie wszelkich wątpliwości w odniesieniu do jego zdolności do podejmowania ważnych, świadomych decyzji dotyczących podejmowanych względem niego czynności medycznych. W takim przypadku podejmowanie takich decyzji należałoby do kompetencji przedstawiciela pacjenta. Jest to jednak zagadnienie z przedmiotu cywilnego prawa medycznego, które nie należy do tematyki niniejszej pracy.

Sytuację w której pacjent nie jest w stanie samodzielnie decydować o swoim procesie leczenia regulują kolejne ustępy art. 32 u. z. l. d.. Dotyczą one kolejnych kategorii pacjentów niemogących, z powodów faktycznych lub formalnych, podejmować autonomicznych decyzji w tym względzie. Zgodnie z art. 32 ust. 2 u. z. l. d.: *„Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego”*. Co więcej, w przypadku gdy zgoda dotyczyć ma jedynie przeprowadzenia badania w stosunku do wskazanej kategorii pacjenta, wystarczająca jest jedynie zgoda opiekuna faktycznego.

Art. 32 ust. 4 u. z. l. d. w dalszej kolejności wskazuje na grupę pacjentów, którzy zostali ubezwłasnowolnieni całkowicie na gruncie przepisów prawa cywilnego. W przypadku tych osób podmiotem właściwym do decydowania o ich procesie leczenia jest przedstawiciel ustawowy. Przepis ten zawiera jednak bardzo istotną z punktu widzenia prawa pacjenta do samostanowienia klauzulę, zgodnie z którą: *„Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby”*. Podobnie wygląda regulacja prawna sytuacji pacjenta małoletniego, który ukończył 16. rok życia. Zgodnie z art. 32 ust. 4 u. z. l. d., jego zgoda w przedmiocie przeprowadzenia czynności medycznych również jest wymagana.

Autonomię pacjenta w procesie decydowania o procesie leczenie, nawet w przypadku, gdy z różnych powodów może on być uznawany za niezdolnego lub nie w pełni zdolnego do podejmowania tak istotnej decyzji, wzmacnia art. 32 ust. 6 u. z. l. d., zgodnie z którym: *„Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego”*.

W ramach uzupełnienia należy wspomnieć, że funkcję przedstawiciela ustawowego pacjenta zgodnie z prawem rodzinnym sprawują: rodzic dziecka, gdy sprawuje on nad nim władzę rodzicielską, a także przysposabiający, opiekun lub kurator⁸⁴. Za opiekuna faktycznego zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 1 u. p. p. uznaje się natomiast: „osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga”.

Zbieżne regulacje znajdują się w art. 17 u. p. p. Przepisy te przyznają kompetencję decydowania o przeprowadzeniu czynności leczniczych pacjentom, którzy ukończyli 16 lat. W przypadku pacjentów, którzy nie przekroczyli tego wieku, a także całkowicie ubezwłasnowolnionych (np. z powodu choroby Alzheimera), czy też niezdolnych do podejmowania takiej decyzji w sposób świadomy, zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy pacjenta, a w razie jego braku – zgodę na badanie może udzielić opiekun faktyczny chorego.

U. p. p., podobnie jak miało to miejsce przy u. z. l. d., również podkreśla rolę samostanowienia pacjenta, nawet nie w pełni zdolnego do podejmowania samodzielnie decyzji. Stąd też w art. 17 ust. 3 u. p. p. ze wspomnianych aktów prawnych znajduje się regulacja kładąca nacisk na współdziałanie pacjenta w procesie decydowania: „Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego”.

Podobnie wygląda regulacja dotycząca podejmowania przez pacjenta decyzji w przedmiocie czynności leczniczych, które stwarzają wyższe ryzyko dla pacjenta. Problematykę tę reguluje art. 34 u. z. l. d.. W tym przypadku lekarz również może zastosować leczenie jedynie w razie uzyskania zgody pacjenta, która musi być udzielona na piśmie i którą poprzedzać musi przedstawienie mu informacji dotyczących jego stanu zdrowia. Zgodnie z art. 34 ust. 3 u. z. l. d.: „Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego”.

W przypadku pacjentów, którzy są jeszcze niepełnoletni, ale ukończyli już 16 rok życia, wymagana jest ponadto również ich pisemna zgoda. Podobnie jak miało to miejsce przy

⁸⁴ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. z 2020 r. poz. 1359.

czynnościach medycznych, które nie stwarzają tak poważnego ryzyka, zgodnie z u. z. l. d.: „Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent choroby psychicznej lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego”.

Należy jednak zaznaczyć, że brak zgody przedstawiciela dotyczący czynności leczniczych o wyższym ryzyku w przypadku, gdy nieprzeprowadzenie tych czynności wiąże się z niebezpieczeństwem śmierci pacjenta lub chociażby odniesieniem przez niego ciężkiego uszkodzenia ciała, czy też ciężkiego rozstroju zdrowia, nie jest ostateczny. Zgodnie z ust. 6 u. z. l. d. lekarz ma prawo wykonać tę czynność leczniczą, jeżeli pozwoli na to decyzja sądu opiekuńczego.

§ 3. Czynności lecznicze bez zgody pacjenta z chorobą Alzheimera

Podstawą wykonywania przez lekarza czynności leczniczych jest uzyskanie zgody pacjenta lub w przypadku osób, które nie są zdolne do decydowania w tej materii, m.in. z uwagi na postępującą chorobę Alzheimera – zgody innego podmiotu będącego dysponentem. Należy jednak zaznaczyć, że istnieją w prawie medycznym sytuacje, w których wykonanie świadczenia zdrowotnego jest możliwe bez uzyskania zgody samego pacjenta lub jego przedstawiciela czy opiekuna. Pierwszym z takich przepisów jest art. 32 ust. 8 u. z. l. d., zgodnie z którym: „Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 2, nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy”.

Przepis ten dotyczy co prawda jedynie przeprowadzenia badania, przez które zdaniem Ł. Cabana: „należy rozumieć podstawowe czynności zmierzające do ustalenia stanu zdrowia pacjenta”⁸⁵, więc jego zakres nie jest szeroki, jednak może on mieć znaczenie w odniesieniu do osób z chorobą Alzheimera. W przypadku tych pacjentów możliwa jest sytuacja, w której z uwagi na zaburzenia czynności poznawczych ustalenie ich opiekuna, który ma kompetencje wyrażania zgody na ich leczenie, może okazać się dość czasochłonnym zajęciem. Regulacja z art. 32 ust. 8 może pozwolić nie przedłużać ponad miarę ich procesu leczenia.

⁸⁵ Ł. Caban (w:) M. Kopec (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.

Nie jest to jedyna tego typu regulacja. Należy zwrócić uwagę na fakt, że z uwagi na specyfikę zawodu lekarza i podejmowanych przez niego czynności medycznych, które mogą mieć charakter nagły i niecierpiący zwłoki, w art. 33 u. z. l. d. znajduje się wyjątek od zasady współuczestniczenia pacjenta w procesie leczenia. Zgodnie z ust. 1 tegoż przepisu: „*Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym*”.

W treści przepisu nie jest jednoznacznie określone, jakie przesłanki powinna spełniać owa konieczność niezwłocznego udzielenia pomocy. W literaturze wskazuje się, że nie muszą to być jedynie czynniki związane z postępującymi komplikacjami zdrowotnymi pacjenta, ale również m.in. uwarunkowania które sprawiają, że opóźnianie przeprowadzenia danego badania może zmniejszyć jego skuteczność w kontekście prawidłowego rozpoznania medycznego⁸⁶. Najprościej problem ten wyjaśnia M. Świdarska, według której decydującym argumentem za przeprowadzeniem czynności bez zgody na gruncie tego przepisu jest fakt, że czynność ta jest w interesie pacjenta⁸⁷.

Przepis ten ma zastosowanie w sytuacji, gdy lekarz nie jest w stanie poznać decyzji pacjenta lub też innej osoby, która jest władna podejmować decyzje dotyczące procesu leczenia, tj. przedstawiciela ustawowego pacjenta, czy też jego opiekuna faktycznego. Jedną ze wskazanych w ustawie przesłanek, która warunkuje zastosowanie tego przepisu dotyczy jego stanu zdrowia. Jak wskazuje się w literaturze, dotyczy ona również osób z demencją, u których objawy w postaci zaburzenia funkcji poznawczych, nie tylko w kontekście podejmowania przez nich racjonalnych decyzji, ale też w odniesieniu do zaburzeń komunikacji. Równie ważną w przypadku pacjenta z chorobą Alzheimera (w przypadku gdy został on ubezwłasnowolniony) może jednak okazać się również niemożność kontaktu z jego przedstawicielem ustawowym. W ramach uzupełnienia należy dodać, że w przepisie tym nie chodzi o sytuację, gdy przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody na działania lekarza⁸⁸.

Podobnie wygląda regulacja prawna przeprowadzenia czynności leczniczych, które wiążą się z wyższym ryzykiem (m.in. zabieg operacyjny), bez zgody pacjenta. W oczywisty sposób w medycynie zdarzają się sytuacje wyjątkowe, gdy zgodnie z u. z. l. d. „*zwłoka spo-*

⁸⁶ Ł. Caban (w:) M. Kopeć (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit.

⁸⁷ M. Świdarska, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007, s. 173.

⁸⁸ Zob. M. Malczewska (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza..., op. cit., Kulesza J., Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy a lekarski obowiązek udzielania pomocy, Prawo i Medycyna 2005, nr 2, s. 75-76.

wodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”. W takich okolicznościach lekarz może, na gruncie u. z. l. d., podjąć czynności medyczne nie tylko bez uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego osoby chorej, ale również bez zezwolenia sądu opiekuńczego. W takiej skrajnej sytuacji wymagane jest jedynie, jeśli jest oczywiście taka możliwość, aby dany lekarz poradził się w tej sprawie drugiego lekarza, najlepiej tej samej specjalności. Ponadto nieodzowne jest udzielenie informacji o zaistnieniu takiej sytuacji przedstawicielowi ustawowemu chorego, jego opiekunowi faktycznemu lub sądowi opiekuńczemu.

Problematyka podejmowania czynności leczniczych bez zgody pacjenta jest również zagadnieniem łączącym prawo medyczne z prawem karnym. Zachowania te mogą bowiem realizować znamiona czynności sprawczej czynu zabronionego stypizowanego w art. 192 kk. Jak zostało wskazane w tej części pracy, zagadnienie oceny prawnokarnej zachowania pod kątem art. 192 kk w istotnym stopniu dotyczy również osób z chorobą Alzheimera.

Ma to miejsce zwłaszcza w późniejszych fazach rozwoju choroby, gdy objawy polegające m.in. na postępujących zaburzeniach poznawczych, mogą negatywnie wpływać na zdolności pacjenta do komunikowania się z otoczeniem. Odnosić się to może również do kwestii przyjmowania i rozumienia przekazywanych przez lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i potencjalnych możliwościach terapii, a także do samej kompetencji podejmowania tak ważnych decyzji.

Czynność sprawcza w przypadku tego czynu zabronionego, jak można wyczytać z treści przepisu, polega na wykonaniu przez sprawcę zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Brak owej zgody nie ma jednak znaczenia dla bytu czynu zabronionego w sytuacji, gdy poddanie się przez niego określonej czynności medycznej jest obowiązkowe na mocy przepisów prawa⁸⁹. Kluczowe z punktu widzenia rozumienia, na czym polega zabronione zachowanie sprawcy jest więc wyjaśnienie trzech pojęć. Pierwszym z nich jest zabieg leczniczy, drugim zgoda pacjenta na zabieg, a trzecim problematyka tego, kto jest uprawniony do udzielania tej zgody. Dwie ostatnie ze wspomnianych kwestii zostały już zaprezentowane w niniejszym rozdziale, stąd też w tym miejscu dokonana zostanie analiza pierwszego pojęcia.

⁸⁹ M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany 2021, LEX (dostęp: 10.09.2021 r.), zob. m.in. Art. 21. ust. 1. Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535: „Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego (...)”.

Ponieważ pojęcie zabiegu leczniczego nie posiada definicji ustawowej wynikającej z przepisów prawa medycznego, prób wyjaśnienia tego określenia podjęła się doktryna. Należy jednak zauważyć, że nie jest ono w literaturze rozumiane jednakowo. Wątpliwości dotyczą m.in. tego, które świadczenia zdrowotne powinny być uznawane za zabieg leczniczy. Jedni autorzy zaliczają tu wszystkie czynności lecznicze polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, podczas gdy inni stosują węższe rozumienie tego pojęcia i jako zabieg leczniczy kwalifikują jedynie zabiegi operacyjne, czy też zabiegi, które wiążą się z podwyższonym ryzykiem⁹⁰.

A. Zoll stoi na stanowisku, że przez określenie zabieg leczniczy należy rozumieć: „zarówno zabiegi dokonywane w ramach rutynowych świadczeń medycznych, jak i zabiegi eksperymentalne zarówno lecznicze, jak i badawcze”⁹¹. Zdaniem M. Filara zabieg leczniczy to natomiast: „każdy zabieg lekarski przybierający formę czynności leczniczej (terapeutycznej) lub czynności lekarskiej (nieterapeutycznej) podejmowany w stosunku do pacjenta na etapie profilaktyki, diagnozy, terapii i rehabilitacji, który ze względu na właściwą mu technikę medyczną łączy się z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta poprzez naruszenie jego tkanki cielesnej lub fizycznym inwazyjnym wniknięciem w jego ciało bez naruszenia tej tkanki”⁹².

Na uwagę zasługuje fakt, że równie problematyczna w kontekście tej regulacji jest kwestia zgody pacjenta na zabieg leczniczy. W treści przepisu z art. 192 kk. wyraźnie wskazane jest, że znamiona czynu zabronionego wypełnia przeprowadzenie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Tymczasem, jak zostało to wskazane we wcześniejszych rozważaniach, nie w każdej sytuacji to pacjent jest osobą kompetentną na gruncie przepisów prawa medycznego do udzielania takiej zgody. Dotyczy to m.in. niektórych osób z chorobą Alzheimera. Jest to więc bardzo istotny problem z punktu widzenia problematyki niniejszej pracy.

Jak zauważa J. Lachowski mogłoby to oznaczać, że przeprowadzenie zabiegu leczniczego prawidłowego na gruncie przepisów prawa medycznego, stanowiłoby naruszenie znamion czynu zabronionego z art. 192 kk.⁹³. Stąd też A. Marek słusznie postuluje, aby zmodyfi-

⁹⁰ Zob. J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie XXVI, 2021 Legalis (dostęp: 11.09.2021 r.), M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz..., op. cit.

⁹¹ A. Zoll (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a, Warszawa 2017, LEX (dostęp: 11.09.2021 r.).

⁹² M. Filar, Lekarskie prawo karne, Kraków 2000, s. 247–248, zob. też M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz..., op. cit., A. Złotek, Charakter prawny zabiegu leczniczego - zarys problemu, Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych 2010, nr 2, s. 51-62, A. Złotek, Odpowiedzialność karna lekarza transplantologa, Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych 2010, nr 1, s. 5-42.

⁹³ J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2020, LEX (dostęp: 13.09.2021 r.).

kować treść istniejącego przepisu art. 192, tak aby znamion tego czynu zabronionego nie realizowało przeprowadzenie zabiegu leczniczego zgodnego z przepisami u. z. l. d.⁹⁴.

Przy obecnym ukształtowaniu tego przepisu należy, jak się wydaje, traktować przeprowadzenie zabiegu leczniczego, na który została udzielona zgodnie z przepisami prawa medycznego zgoda przez podmiot inny niż pacjent, jako kontratyp działania w granicach uprawnień i obowiązków⁹⁵. Dzięki temu nie tylko zostanie rozwiązana ta sprzeczność, a lekarze postępujący zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i ratujący życie pacjentów nie będą ponosili odpowiedzialności karnej za takie zachowanie, ale też przede wszystkim wzmocni to realnie ochronę tej grupy pacjentów, którzy z różnych powodów nie są w stanie samodzielnie podejmować decyzji dotyczącej swojej sytuacji medycznej. Rozwiązanie takie pozwoli więc na pełniejszą ochronę zdrowia osób z chorobą Alzheimera.

Podobnego zdania jest A. Zoll, który podnosi, że: „*jeżeli ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry albo o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie wymaga wyjątkowo zgody pacjenta i warunek ten zastępuje zgodą innej osoby lub sądu opiekuńczego albo dopuszcza przeprowadzenie zabiegu w ogóle bez uzyskania zgody na jego przeprowadzenie, to w wypadkach tych wyłączona jest także odpowiedzialność z art. 192. Brak jest bowiem koniecznej do odpowiedzialności karnej bezprawności czynu*”⁹⁶. Należy więc zaznaczyć, że pomimo literalnego brzmienia art. 192 kk., nie mamy do czynienia z realizacją ustawowych znamion tego czynu zabronionego nie tylko w sytuacji, gdy zgodę na zabieg wyraził sam pacjent, ale również, gdy decyzję tę podjęła inna uprawniona osoba.

Pewne spory w doktrynie pojawiają się w kontekście próby określenia możliwego katalogu sprawców tego typu czynu zabronionego⁹⁷. Zdaniem niektórych jest to przestępstwo powszechne, które może popełnić każda osoba zdolna do ponoszenia odpowiedzialności karnej⁹⁸, podczas gdy inni zaliczają wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta do przestępstw indywidualnych, które może zostać popełnione jedynie przez osobę uprawnioną do przeprowadzenia takiego zabiegu⁹⁹. Dobrem, które podlega ochronie w przypadku tego prze-

⁹⁴ A. Marek, Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2010, s. 442.

⁹⁵ J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks karny. Komentarz..., op. cit.

⁹⁶ A. Zoll (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit.

⁹⁷ Zob. omówienie poglądów doktryny: J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz...

⁹⁸ Tak m.in.: S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz. wydanie VII, Warszawa 2021, Legalis (dostęp: 11.09.2021 r.), J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks karny. Komentarz..., op. cit., M. Filar, M. Berent (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V, Warszawa 2016, LEX (dostęp: 11.09.2021 r.).

⁹⁹ Tak m.in.: A. Łyżwa (w:) M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, A. Łyżwa, R. Łyżwa, Kodeks karny. Część szczególna. Art. 148–251. Komentarz, Warszawa 2020, Legalis (dostęp: 11.09.2021 r.), A. Zoll (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit.

pisu, jest natomiast wolność, która wyraża się w możliwości podejmowania przez pacjenta dowolnych decyzji w przedmiocie poddania się zabiegowi leczniczemu¹⁰⁰. W literaturze wskazuje się też na prawo pacjenta do samostanowienia¹⁰¹.

Od strony podmiotowej jest to przestępstwo umyślne, w przypadku którego dopuszczalne są obie postacie zamiaru – zarówno bezpośredni, jak też ewentualny¹⁰². Od strony przedmiotowej jest to natomiast przestępstwo formalne¹⁰³. Sprawca realizuje znamiona tego typu czynu zabronionego bez względu na to, czy skutek czynności leczniczych jest pozytywny czy negatywny dla pacjenta. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że z uwagi na konstrukcję § 2. tegoż przepisu, zgodnie z którym ściganie sprawcy następuje dopiero na wniosek pokrzywdzonego, z praktycznego punktu widzenia skutek podjętych bez zgody czynności leczniczych może mieć jednak kluczowe znaczenie dla odpowiedzialności karnej potencjalnego sprawcy.

Problemem, na który należy na koniec wskazać, jest kwestia powołania się przez lekarza na stan wyższej konieczności i przeprowadzenie zabiegu leczniczego w celu ratowania życia lub zdrowia pacjenta wbrew woli osoby uprawnionej do podejmowania decyzji w tej kwestii. Choć analiza konkurujących ze sobą dóbr prawnych - z jednej strony prawa pacjenta do samostanowienia, z drugiej zaś ochrony życia lub zdrowia człowieka – mogłaby sugerować wskazanie drugiego z nich jako dobra wyższego rzędu, w przypadku tego przepisu należy dać prymat wolności pacjenta lub innej osoby uprawnionej¹⁰⁴. W przeciwnym wypadku nie tylko sens tego przepisu traciłby rację bytu, ale też, jak zauważa E. Zielińska, zostałaby podważona istota instytucji autonomii decyzyjnej pacjenta¹⁰⁵. Wyjątkiem od tej zasady są wskazane w tej części pracy sytuacje, w których na gruncie przepisów u. z. l. d. możliwe jest wy-

¹⁰⁰ S. Hypś (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz..., op. cit.

¹⁰¹ M. Mozgawa, M. Kanadys-Marko, Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, Prokuratura i Prawo 2004, nr 3, s. 26, A. Łyżwa (w:) M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, A. Łyżwa, R. Łyżwa, Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit., M. Safjan, Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny, Warszawa 1998, s. 35, Zob. też J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz..., op. cit.

¹⁰² Zob. m.in. J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks karny. Komentarz..., op. cit., M. Filar, M. Berent (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny... op. cit.

¹⁰³ M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz..., op. cit.

¹⁰⁴ Zob. m.in. M. Mozgawa (w:) M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, Kodeks karny. Komentarz..., op. cit., A. Zoll, Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988, s. 19, Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2007 r., V KK 81/07, źródło: LEX (dostęp: 10.09.2021 r.).

¹⁰⁵ E. Zielińska, Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym, Prawo i Medycyna 2000, nr 5, s. 81.

konanie zabiegu leczniczego bez konieczności uzyskania zgody pacjenta. Jak zauważa T. Bojarski, są one zbliżone do stanu wyższej konieczności¹⁰⁶.

¹⁰⁶ T. Bojarski (w:) T. Bojarski (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie VII, LEX 2016 (dostęp: 13.09.2021 r.).

ROZDZIAŁ IV

PRAWNOKARNE ASPEKTY CHOROBY ALZHEIMERA

§ 1. Zdolność osoby z chorobą Alzheimera do ponoszenia odpowiedzialności karnej

Choroba Alzheimera nie tylko w istotny sposób wpływa na sytuację osoby chorej w kontekście prawa medycznego, ale również rodzi poważne następstwa na gruncie prawa karnego. Wpływ ten dostrzec można już podczas analizy podstawowego pojęcia wskazanej gałęzi prawa – przestępstwa. Definicję tego pojęcia określa się w literaturze poprzez interpretację art. 1 kk.

J. Giezek opisuje przestępstwo jako: „*zachowanie się człowieka będące czynem: a) realizującym znamiona określone w ustawie karnej, b) naruszającym – przy braku jakichkolwiek okoliczności usprawiedliwiających – normę sankcjonowaną, czyli formalnie bezprawnym, c) społecznie szkodliwym w stopniu wyższym niż znikomy, a zatem karygodnym, d) zawinionym, e) zagrożonym karą w ustawie*”¹⁰⁷. Według A. Marka i V. Konarskiej-Wrzosek jest to: „*czyn człowieka zabroniony pod groźbą kary przez obowiązującą ustawę określającą jego znamiona, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy*”¹⁰⁸. J. Lachowski przedstawia natomiast elementy struktury przestępstwa wskazane w analizowanym przepisie, a więc: „*czyn, zabronienie czynu pod groźbą kary oraz bezprawność, winę i społeczną szkodliwość czynu w stopniu większym niż znikomy*”¹⁰⁹.

Również w orzecznictwie podjęte zostały próby zdefiniowania pojęcia przestępstwa. Wskazać tutaj należy na Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 17 marca 2016 r., zgodnie z którym: „*Dla uznania zachowania za przestępstwo konieczne jest ustalenie, że jest to czyn bezprawny, to jest sprzeczny z porządkiem prawnym, czyn karalny, to jest realizujący znamiona opisane w przepisie części szczególnej kodeksu karnego lub innej ustawy, karygodny, to jest społecznie szkodliwy w stopniu wyższym i wreszcie czyn zawiniony, to jest pozwalający postawić sprawcy zarzut, że choć mógł postąpić inaczej, postąpił niezgodnie z prawem*

¹⁰⁷ J. Giezek (w:) D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, Warszawa 2021, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.).

¹⁰⁸ A. Marek, V. Konarska-Wrzosek, Prawo karne, Warszawa 2019, s. 99.

¹⁰⁹ J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2020, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.).

(art. 1 k.k. i art. 42 ust. 1 Konstytucji). Dla bytu przestępstwa niezbędna jest jego materialna cecha (art. 1 § 2 k.k. w zw. z art. 115 § 2 k.k.). Przeszestępstwem jest czyn nie tylko formalnie wyczerpujący znamiona określone w ustawie karnej, ale i godzący w substancjalne dobra społeczne, uznawane przez społeczeństwo i pozostające pod ochroną nie tylko prawa karnego, ale i innych systemów normatywnych. Czyn ten musi wykazywać obiektywną aspołeczność jako skierowany przeciwko wartościom akceptowanym przez społeczeństwo”¹¹⁰.

Jednym z kluczowych elementów definicji przestępstwa jest więc fakt, że jest to czyn zawiniony. Wina warunkuje więc, czy mamy do czynienia z przestępstwem, czy jedynie z czynem zabronionym. W związku z tym postawić można tezę, że problematyka winy i jej istoty stanowi fundamentalne zagadnienie z punktu widzenia prawa karnego. Ma ona też podstawowe znaczenie dla analizy zdolności do ponoszenia odpowiedzialności karnej przez osoby z chorobą Alzheimera.

Kk. z 1997 r., ustanawiając we wspomnianym na początku niniejszego rozdziału art. 1 § 3 zasadę winy, wyraźnie wskazuje na odpowiedzialność subiektywną i indywidualną sprawcy czynu zabronionego. Potwierdza to Sąd Najwyższy w Wyroku z dnia 4 listopada 2002 r., w którym wskazuje również, że: „sprawca czynu zabronionego ponosi odpowiedzialność karną tylko na tyle, na ile można mu postawić zarzut”¹¹¹. Nawiązuje to do współczesnych trendów prawa karnego, które zdecydowanie odrzucają odpowiedzialność obiektywną, występująca np. w Kodeksie Hammurabiego, zgodnie z którym lekarz karany był za wynik operacji. Regulacja kodeksowa nie tworzy odrębnej definicji tego, jednak na podstawie konkretnych przepisów możliwa jest analiza ustawowych przesłanek winy¹¹².

W tym kontekście należy zwrócić uwagę na zdolność danej osoby do ponoszenia winy. Wynika ona przede wszystkim z określonego wieku, ale również ze stanu umysłowego człowieka, czyli jego psychicznej zdolności do zachowania się, które jest wymagane przez prawo. Kwestię wieku jako przesłanki winy sprawcy reguluje art. 10 kk. W § 1. znajduje się zasada ogólna: „Na zasadach określonych w tym kodeksie odpowiada ten, kto popełnia czyn zabroniony po ukończeniu 17 lat”. Wynika ona z faktu, że do pewnego wieku rozwoju psychicznego i intelektualnego człowieka, jego odpowiedzialność za podejmowane decyzje oraz ich rozumienie znajdują się na niższym poziomie niż u człowieka dorosłego, w pełni już ukształtowanego. W tym przypadku 17 rok życia jest pewną umowną granicą odpowiedzial-

¹¹⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 17 marca 2016 r., II AKa 301/15, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.).

¹¹¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2002 r., III KK 58/02, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.).

¹¹² A. Marek, V. Konarska-Wrzosek, Prawo karne..., op. cit., s. 132-134, L. Gardocki, Prawo ..., op. cit., s. 10, 56.

ności karnej nieletniego na zasadach ogólnych. Przyjęcie tego typu regulacji jest powszechnym rozwiązaniem w nowożytnej, europejskiej kodyfikacji karnej, obecnym również we wszystkich dotychczasowych polskich kodeksach karnych¹¹³. Wyjątki od tej reguły wskazane są w art. 10 § 2 kk.¹¹⁴. Choć problematyka odpowiedzialności karnej nieletnich nie jest przedmiotem analizy niniejszej pracy, niemniej warto podkreślić, że jest to katalog zamknięty, zawierający najcięższe przestępstwa, w tym m.in. przestępstwa o charakterze terrorystycznym¹¹⁵.

Jak zostało już zasygnalizowane, zdolność konkretnej osoby do zachowania się zgodnego z przepisami prawa karnego, a w konsekwencji zdolność do zawinienia zależy nie tylko od wieku, ale również od stanu psychicznego sprawcy. W tym kontekście szczególne znaczenie z punktu widzenia problematyki zdolności do zawinienia osób z chorobą Alzheimera ma niepoczytalność, która jest jedną z okoliczności wyłączających winę. Jako pozostałe wskazać można na gruncie przepisów karnych: stan wyższej konieczności (art. 26 § 2 kk.), usprawiedliwiony błąd co do okoliczności wyłączającej bezprawność czynu albo winę (art. 29 kk.), usprawiedliwiony błąd co do bezprawności czynu (art. 30 kk.), a także działanie na rozkaz (art. 318 kk.)¹¹⁶. Należy jednak dodać, że możliwe są również inne nadzwyczajne okoliczności faktyczne, w przypadku których wina będzie wyłączona¹¹⁷. M. Kulik i A. Wąsek wyróżniają natomiast pozytywne i negatywne przesłanki winy. Do tych pierwszych zaliczają wiek (art. 10), popełnienie czynu umyślnie, umyślno-nieumyślnie, nieumyślnie lub nieumyślnie-nieumyślnie (art. 9 § 1-3), a także nieświadomość bezprawności czynu (art. 30), natomiast do tych drugich - niepoczytalność (art. 31 § 1), usprawiedliwiony błąd co do okoliczności wyłączającej bezprawność czynu albo winę (art. 29), stan wyższej konieczności (art. 26 § 2), a także działanie na rozkaz (art. 318)¹¹⁸.

¹¹³ A. Walczak-Żochowska (w:) R. Stefański (red.) Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2020, Legalis (dostęp: 05.01.2021 r.).

¹¹⁴ Art. 10. § 2. kk.: *Nieletni, który po ukończeniu 15 lat dopuszcza się czynu zabronionego określonego w art. 134, art. 148 § 1, 2 lub 3, art. 156 § 1 lub 3, art. 163 § 1 lub 3, art. 166, art. 173 § 1 lub 3, art. 197 § 3 lub 4, art. 223 § 2, art. 252 § 1 lub 2 oraz w art. 280, może odpowiadać na zasadach określonych w tym kodeksie, jeżeli okoliczności sprawy oraz stopień rozwoju sprawcy, jego właściwości i warunki osobiste za tym przemawiają, a w szczególności, jeżeli poprzednio stosowane środki wychowawcze lub poprawcze okazały się bezskuteczne.*

¹¹⁵ A. Walczak-Żochowska (w:) R. Stefański (red.) Kodeks..., op. cit.

¹¹⁶ Zob. m.in. J. Giezek (w:) D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, Kodeks..., op. cit., A. Zoll (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Część I. Komentarz do art. 1-52, wydanie V, Warszawa 2016, LEX (dostęp: 17.07.2021 r.), A. Barczak-Oplustil, Sporne zagadnienia istoty winy w prawie karnym. Zarys problemu, Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych 2005, nr 2, s. 82.

¹¹⁷ J. Giezek (w:) D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, Kodeks..., op. cit.

¹¹⁸ M. Kulik, A. Wąsek (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V, Warszawa 2016, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.).

Problematykę niepoczytalności reguluje przepis art. 31 kk.: „§ 1. Nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem”. W tym samym przepisie znajduje się również definicja ograniczonej poczytalności: „§ 2. Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary”¹¹⁹.

Zagadnienie to posiada fundamentalne znaczenie pod kątem analizy zdolności do zawinienia pacjentów z chorobą Alzheimera. U osób tych, wraz z rozwojem kolejnych faz schorzenia, w coraz większym zachodzą zmiany neurodegeneracyjne. Powodują one postępujące objawy, które mogą wpływać również na ich zmniejszającą się zdolność do unikania zachowań sprzecznych z normami prawa karnego.

Wskazany wyżej przepis wskazuje, że analizując stan danej osoby pod względem jej poczytalności, należy zastosować metodę psychiatryczno-psychologiczną. Wynika to z dwuczłonowego zdefiniowania pojęcia niepoczytalności. Z jednej strony bowiem Kodeks wskazuje na element psychiatryczny, który może być przyczyną takiego stanu sprawcy czynu zabronionego, czyli chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, a także inne zakłócenie czynności psychicznych. Z drugiej zaś wyraźnie zaznaczone są efekty psychologiczne, które muszą wystąpić, aby można było mówić o niepoczytalności. Są to albo niezdolność rozpoznania przez sprawcę znaczenia swojego czynu, albo też niemożność kierowania przez niego swoim postępowaniem. Kluczowy dla tej konstrukcji jest związek przyczynowy, w którym element psychologiczny wynika z elementu psychiatrycznego. Najprościej rzecz ujmując, pewnego rodzaju czynniki o charakterze psychiatrycznym prowadzą do wystąpienia określonych stanów psychologicznych, które mogą oznaczać niepoczytalność sprawcy czynu zabronionego¹²⁰.

L.K. Paprzycki i J.K. Gierowski, analizując problematykę niepoczytalności z przedstawionej wyżej perspektywy psychiatryczno-psychologicznej, uznają, że mamy w tym przypadku: „do czynienia ze specyficznym, ograniczonym w czasie, stanem psychicznym człowieka, stanem psychicznego funkcjonowania czy też stanem zdrowia psychicznego człowieka, w których nie może on rozpoznać, w sposób świadomy zarówno sytuacji, w której się znalazł, jak i faktycznego, a co za tym idzie również i prawnego kontekstu podejmowanych przez sie-

¹¹⁹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, Dz.U. Nr 88, poz. 553.

¹²⁰ A. Grześkowiak (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red), Kodeks karny. Komentarz, wydanie VI, Warszawa 2019 Legalis (dostęp: 05.01.2021 r.), Wyrok SA w Warszawie z 29.6.2016 r., II AKa 129/16, Legalis (dostęp: 05.01.2021 r.).

bie czynności. Nie jest też w stanie poddać kontroli zarówno swoich procesów psychicznych, jak i podejmowanych działań i zaniechań, w ich behawioralnym wymiarze”¹²¹.

Pierwszą z przesłanek, które wpływają na niepoczytalność sprawcy czynu zabronionego, jest choroba psychiczna. Jak zauważają M. Filar i M. Berent: „Choroby psychiczne mają charakter postępujący, mogą przybierać formę psychoz organicznych, które cechują się uchwytnymi zmianami organicznymi w centralnym układzie nerwowym, powodującymi upośledzenie funkcji myślowych, często prowadzące do całkowitego ośpienia. Dezintegracji ulega tu więc funkcja intelektualna osobowości (np. psychozy wieku starczego, psychozy spowodowane kłką lub chronicznym alkoholizmem). Mogą jednak występować także w postaci neuroz funkcjonalnych (czynnościowych) niezwiązanych z uchwytnymi zmianami organicznymi, przy których nie zawsze występują upośledzenia sfery intelektualnej, występują natomiast zaburzenia sfery emocjonalno-wolicyjnej (np. schizofrenia, paranoja)”¹²².

W literaturze podkreśla się, że chorobami, które szczególnie często stanowią psychiatryczne źródło stanu niepoczytalności, są m.in. schizofrenia, paranoja oraz psychoza maniakalno-depresyjna. Szczególnie ważną z punktu widzenia problematyki niepoczytalności cechą chorób psychicznych jest to, że mogą one mieć różny przebieg. Oznacza to, że nie w każdym momencie trwania choroby jej objawy są na takim samym poziomie. Możliwa jest również sytuacja, gdy przez jakiś okres trwania choroby jej objawy się zmniejszają. Skutkiem tego jest niemożność przyjęcia założenia, że choroba psychiczna automatycznie stanowi przesłankę niepoczytalności. Sprawca może bowiem swoim zachowaniem wypełnić znamiona jakiegoś czynu zabronionego w czasie w którym jego stan zdrowia będzie na tyle poprawny, że będzie można przypisać mu pełną lub chociaż ograniczoną poczytalność¹²³. Stąd też niezwykle istotne jest, aby analizować wpływ choroby psychicznej na poczytalność sprawcy w momencie popełnienia czynu zabronionego, nie zaś w momencie procesu. Natężenie objawów może bowiem być w tym czasie zupełnie inne¹²⁴.

Drugą z psychiatrycznych przesłanek niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego jest, jak wspomniano już wcześniej, upośledzenie umysłowe. Wskazuje się, że podstawowym objawem wskazującym na występowanie pewnego upośledzenia umysłowego jest obniżenie

¹²¹ L.K. Paprzycki, J.K. Gierowski, Okoliczności uchylające lub umniejszające winę (w:) L.K. Paprzycki (red), Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej, Warszawa 2016, Legalis (dostęp: 05.01.2021 r.), s. 588.

¹²² M. Filar, M. Berent (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V, Warszawa 2016, LEX (dostęp: 17.07.2021 r.).

¹²³ J. Giezek (w:) D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, Kodeks..., op. cit.

¹²⁴ Zob. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 6 listopada 2013 r., II AKa 204/13, LEX (dostęp: 17.07.2021 r.).

poziomu inteligencji danego człowieka¹²⁵. Jak twierdzi T. Bojarski: „Upośledzenie umysłowe jest natomiast zjawiskiem statycznym. Ujawnia się we wczesnym etapie życia człowieka i oznacza zahamowanie rozwoju jednostki ludzkiej. W celu stwierdzenia niepoczytalności wymaga się odpowiedniego stopnia tego upośledzenia”¹²⁶. Dodać należy, że niedorozwój umysłowy, nie musi być zawsze stanem wrodzonym. W niektórych sytuacjach może on również pojawić się na skutek pewnych urazów o charakterze mechanicznym, których efektem jest zanik niektórych funkcji mózgu człowieka¹²⁷. Jest to więc stan zupełnie odmienny od choroby psychicznej.

Na szczególną uwagę z punktu widzenia tematu niniejszej pracy zasługuje trzecia z omawianych przesłanek, czyli inne zakłócenie czynności psychicznych. Choroba Alzheimera w oczywisty sposób nie może zostać uwzględniona jako choroba psychiczna (jest schorzeniem neurozwyrodnieniowym), ani też jako upośledzenie umysłowe (rozwija się wiele lat po ukończeniu 18 roku życia, nie jest też skutkiem urazów mózgu). Należy więc przeanalizować tę przesłankę przede wszystkim pod kątem zaliczenia do niej choroby Alzheimera.

Analizując treść art. 31 można wnioskować, że pojęcie to jest szerokie. Nie wskazano bowiem jakichkolwiek granic definicyjnych, ani też wyjątków. Wydaje się więc, że faktycznie chodzi o wszelkie stany faktyczne, w których czynności psychiczne są zakłócone. W literaturze wskazuje się, że dotyczy to sytuacji, gdy osobowość człowieka, czyli w tym przypadku sprawcy czynu zabronionego ustawą karną, nie spełnia typowych dla siebie funkcji o charakterze integracyjnym oraz regulacyjnym. Katalog przyczyn innych zakłóceń czynności psychicznych jest otwarty i może być pojmowany stosunkowo szeroko. Już w orzecznictwie okresu międzywojennego w Polsce zauważyć można rozumienie źródeł owych zakłóceń w takich sytuacjach wpływających na psychikę sprawcy jak czas trwania procesu dojrzewania płciowego, czy też znajdowanie się przez kobietę w ciąży, a nawet w okresie menstruacyjnym. Jak zaznacza A. Zoll, również choroby wieku podeszłego, takie jak choroba Alzheimera i choroby mózgu mogą zakłócać czynności psychiczne w stopniu uzasadniającym uznanie sprawcy czynu zabronionego za niepoczytalnego¹²⁸.

¹²⁵ M. Filar, M. Berent (w:) M. Filar (red.), Kodeks..., A. Zoll (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część ogólna..., op. cit., Zob. też M. Cieślak, K. Spett, A. Szymusik, W. Wolter, Psychiatria w procesie karnym, Warszawa 1991, s. 204.

¹²⁶ T. Bojarski (w:) T. Bojarski (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie VII, Warszawa 2016, LEX (dostęp: 17.07.2021 r.).

¹²⁷ M. Filar, M. Berent (w:) M. Filar (red.), Kodeks..., op. cit., J. Giezek (w:) D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, Kodeks..., op. cit.

¹²⁸ M. Budyn-Kulik, Zabójstwo tyrana domowego. Studium prawnokarne i wiktymologiczne, Lublin 2005, s. 284, Wyrok SN z 6.2.1935 r., 1 K 1075/34, Zb. Orz. SN (Izba Karne) 1935, z. XI, poz. 441., Wyrok SN z

Analizując przebieg choroby Alzheimera i jej postępujących objawów można założyć, że w pierwszych fazach tego schorzenia, kiedy zmiany neurodegeneracyjne w mózgu na początku są bezobjawowe, później zaś przejawiają się w łagodnych zaburzeniach funkcji poznawczych, trudno mówić o realnym wpływie na poczytalność chorego. Wraz z rozwojem choroby i coraz silniejszą demencją, zakłócenia czynności psychicznych, o których mowa w art. 31 kk., stają się poważne i bez wątpienia wpływają na proces decyzyjny człowieka oraz jego zdolność do świadomej oceny rzeczywistości.

Powyższe rozważania wskazują, że choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie może stać się przesłanką niepoczytalności jako przykład innego zakłócenia czynności psychicznych. Ocena stanu psychicznego sprawcy przestępstwa następuje podczas procesu i jest regulowana przez kpk. Zgodnie z art. 193 § 1. kpk.: „*Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych*”. Pierwsza z tych przesłanek, co zostało już wskazane we wcześniejszych fragmentach niniejszego rozdziału, w sposób oczywisty jest w tym przypadku spełniana. Uznanie sprawcy czynu zabronionego za niepoczytalnego warunkuje jego zdolność do zawinienia. Jeśli chodzi o drugą przesłankę skorzystania z opinii biegłego, a więc wiadomości specjalne, których znajomością wykazują się biegli, przyjmuje się, że chodzi o taką wiedzę, która wykracza poza informacje posiadane przez osobę wykształconą, dysponującą odpowiednim doświadczeniem życiowym¹²⁹.

Problematykę opinii psychiatrycznej reguluje art. 202 kpk.¹³⁰. Jak wskazuje treść przepisu, opinię dotyczącą poczytalności sprawcy czynu zabronionego, w tym również sprawcy z chorobą Alzheimera, wydają co najmniej dwaj biegli, którzy są lekarzami i posia-

27.3.1933 r., 3 K 111/33, Zb. Orz. SN (Izba Karna) 1933, z. V, poz. 102, A. Zoll (w:) A. Zoll (red.), Kodeks karny : część ogólna : komentarz. T. 1, Komentarz do art. 1-116 k. k., Warszawa 2007, s. 474, L.K. Paprzycki, J.K. Gierowski, Okoliczności uchylające lub umniejszające..., op. cit., s. 609-611.

¹²⁹ K.T. Boratyńska, P. Czarnecki, A. Lach, Komentarz do art. 193 (w:) A. Sakowicz (red.), Kodeks postępowania karnego. Komentarz, Warszawa 2020, Legalis (dostęp: 05.01.2021 r.).

¹³⁰ Art. 202. kpk.:

§ 1. *W celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów.*

§ 2. *Na wniosek psychiatrów do udziału w wydaniu opinii powołuje się ponadto biegłego lub biegłych innych specjalności.*

§ 3. *Do udziału w wydaniu opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego, w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje biegłego lekarza seksuologa.*

§ 4. *Biegli nie mogą pozostawać ze sobą w związku małżeńskim ani w innym stosunku, który mógłby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do ich samodzielności.*

§ 5. *Opinia biegłych powinna zawierać stwierdzenia dotyczące zarówno poczytalności oskarżonego w chwili popełnienia zarzucanego mu czynu, jak i jego aktualnego stanu zdrowia psychicznego, a zwłaszcza wskazanie, czy stan ten pozwala oskarżonemu na udział w postępowaniu i na prowadzenie obrony w sposób samodzielny i rozsądny, a w razie potrzeby także stwierdzenia co do okoliczności wymienionych w art. 93b Kodeksu karnego.*

dają specjalizację z psychiatrii. Należy jednak zauważyć, że w przypadku gdy lekarze psychiatrzy dojdą do wniosku, że potrzebne jest im wsparcie merytoryczne osób, które posiadają wiedzę z innych dziedzin, powołuje się również jednego lub więcej biegłych dysponujących takimi wiadomościami. Pewne wątpliwości dotyczą tego, czy każdy z nich wydaje własną opinię, czy też ich praca skutkuje powstaniem jednej opinii¹³¹. Ustawodawca za istotne uznał również to, aby każdy z nich był samodzielny w swojej pracy, stąd też nie mogą to być osoby, które pozostają ze sobą w związku małżeńskim, czy też istnieje między nimi jakakolwiek inna relacja, która wzbudza uzasadnione zastrzeżenia dotyczące ich autonomii i suwerenności w zakresie konstruowania opinii.

Biegli lekarze psychiatrzy, którzy wydają opinię dotyczącą stanu zdrowia psychicznego powoływani są przez sąd. W przypadku, gdy opinia taka wydawana jest jeszcze w postępowaniu przygotowawczym decyzja ta leży w kompetencjach prokuratora. Jak dodaje Sąd Najwyższy w Wyroku z dnia 10 lipca 1972 r. wskazuje, że: „*biegłych (z jakiegokolwiek dziedziny) powołuje się wówczas, gdy dla rozstrzygnięcia sprawy konieczne są wiadomości specjalne. W zakresie badań psychiatrycznych konieczność taka powstaje jedynie wówczas, gdy co do stanu poczytalności oskarżonego istnieją uzasadnione wątpliwości*”¹³². W ramach uzupełnienia należy dodać, że zagadnienie udziału biegłego w procesie karnym, w tym między innymi procedurę wydania przez niego opinii reguluje Rozdział 22 kpk.

W tym miejscu należy dodać, że bardzo podobna do niepoczytalności instytucja istnieje w prawie cywilnym. Jest to ubezwłasnowolnienie, które może być całkowite lub częściowe. Zagadnienia dotyczące tej instytucji cywilnoprawnej, w tym przede wszystkim jej przesłanki i następstwa, znajdują się w art. 8-24 Kodeksu cywilnego¹³³, a przede wszystkim w art. 13¹³⁴ i art. 16¹³⁵ tego aktu prawnego. Ponieważ niniejsza praca ma charakter w głównej mierze

¹³¹ Zob. m.in. M. Kurowski (w:) D. Świecki (red.), Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany, 2021, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 1995 r., II KRN 255/94, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.), K. Marszał, Przebieg procesu karnego, Katowice 1982, s. 220–224, T. Grzegorzczak, Kodeks postępowania karnego. Komentarz. Tom I. Artykuły 1-467, Warszawa 2014, s. 723, Z. Doda, A. Gaberle, Dowody w procesie karnym, Warszawa 1995, s. 135–136.

¹³² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 1972 r., I KR 125/72, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.), zob. też Uchwała Sądu Najwyższego 7 sędziów - zasada prawna z dnia 16 czerwca 1977 r., VII KZP 11/77, LEX (dostęp: 19.07.2021 r.).

¹³³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.

¹³⁴ Art. 13. Kodeksu cywilnego:

§ 1. *Osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem.*

§ 2. *Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską.*

¹³⁵ Art. 16. Kodeksu cywilnego:

prawno-kryminologiczny, dokładne omówienie tego zagadnienia wykracza poza jej zakres tematyczny.

Wspomnieć należy jednak o tym, że przesłanki zastosowania tej instytucji są bardzo podobne do przesłanek niepoczytalności. Jest to choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy, czy też innego rodzaju zaburzenia psychiczne (w szczególności podaje się tutaj pijaństwo lub narkomanię), jeżeli prowadzą one do niemożności kierowania przez daną osobę swym postępowaniem (w przypadku ubezwłasnowolnienia całkowitego) lub sprawiają, że osoba ta potrzebuje pomocy w prowadzeniu swoich spraw (ubezwłasnowolnienie częściowe). Skutkiem ubezwłasnowolnienia całkowitego jest brak zdolności do czynności prawnych, ubezwłasnowolnienia częściowego - ograniczona zdolność do czynności prawnych.

§ 2. Osoba z chorobą Alzheimera jako szczególna kategoria pokrzywdzonego przestępstwem

Analizując zagadnienie osoby z chorobą Alzheimera jako szczególnej kategorii pokrzywdzonego przestępstwem należy odnieść się do pojęcia „osoby nieporadnej”. Zwrot ten pojawia się w pięciu miejscach w Kodeksie karnym wskazując na pewne wyjątkowe okoliczności osobiste związane bezpośrednio z ofiarą czynu zabronionego. Obecna konstrukcja tych przepisów jest następstwem stosunkowo niedawnej nowelizacji Kodeksu karnego – ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz ustawy - Kodeks postępowania karnego¹³⁶.

Pojęcie „osoby nieporadnej” znajduje się obecnie w następujących przepisach kk.: art. 53 § 2 (dyrektywy wymiaru kary), art. 189 (bezprawne pozbawienie wolności), art. 207 (znęcanie się), art. 210 (porzucenie) i art. 211 (uprowadzenie). Warto przy tym podkreślić, że wprowadzając te określenie do przepisów karnych ustawodawca w różny sposób określił przyczyny, które warunkują możliwość uznania danej osoby za nieporadną. W art. 53 § 2 jest to „osoba nieporadna ze względu na wiek lub stan zdrowia”. W art. 189 i art. 207 mamy do czynienia z „osobą nieporadną ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny”. Nato-

§ 1. Osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw.

§ 2. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratele.

¹³⁶ M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany, 2021, LEX (dostęp: 12.07.2021 r.).

miast w art. 210 oraz art. 211 występuje określenie „osoba nieporadna ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny”¹³⁷.

Obecny kształt tych przepisów jest efektem zmian zainicjowanych prezydenckim projektem nowelizacji. W treści uzasadnienia brak jest odniesienia do zróżnicowania przyczyn nieporadności występujących w nowelizowanych przepisach. Wskazano jedynie, że: „*Celem projektu ustawy o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich jest podwyższenie poziomu ochrony małoletnich, ze szczególnym uwzględnieniem małoletnich poniżej lat 15, a także osób nieporadnych ze względu na swój stan psychiczny lub fizyczny*”¹³⁸. Można więc zakładać, że intencją projektodawcy nie było zaakcentowanie różnic w przyczynach nieporadności.

Jak twierdzi I. Zgoliński, określenie „osoba nieporadna” można uznać za niejednoznaczne, nieostre. Rodzi to pewne wątpliwości dotyczące właściwego jego rozumienia¹³⁹. Według Z. Gądzik¹⁴⁰ pomocne w pojęciu znaczenia tego zwrotu tego pojęcia mogą być Wytyczne Wymiaru Sprawiedliwości Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 1976 r., w których zdefiniowane zostało pojęcie „osoby bezradnej”: „*Bezradne są osoby, które z powodu swoich właściwości fizycznych: podeszłego wieku, kalectwa, obłożnej choroby, lub właściwości psychicznych (np. upośledzenie umysłowe) nie mają możliwości samodzielnie ani decydować o swoim losie, ani zmienić swojego położenia*”¹⁴¹. Zgodnie z interpretacją Z. Gądzik pojęcie „osoba nieporadna” należy zdefiniować w taki sam sposób¹⁴².

Pewnie różnice w interpretacji znaczenia określenia „osoba nieporadna” wynikają również z wspomnianego wyżej faktu, że w różnych przepisach przyczyny takiego stanu są określone odmiennie. Jak wskazuje V. Konarska-Wrzošek, analizując to pojęcie w kontekście art. 53 kk., który dotyczy dyrektyw wymiaru kary, w którym mowa jest o popełnieniu przestępstwa na szkodę osoby nieporadnej ze względu na wiek lub stan zdrowia (zostanie to

¹³⁷ Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz ustawy - Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 2017 poz. 773.

¹³⁸ Uzasadnienie do projektu ustawy z 23.03.2017 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz ustawy - Kodeks postępowania karnego, VIII kadencja, druk sejm. nr 846, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/C82FD2CAF85A8A2FC125803500244863/%24File/846.pdf> (dostęp: 07.07.2021 r.).

¹³⁹ I. Zgoliński (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2020, LEX (dostęp: 05.07.2021 r.).

¹⁴⁰ Z. Gądzik (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz. wydanie VII, Warszawa 2021, Legalis (dostęp: 03.07.2021 r.).

¹⁴¹ Wytyczne Wymiaru Sprawiedliwości Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 1976 r. VI KZP 13/75, źródło: Legalis (dostęp 03.07.2021 r.). Zob. też W. Świda, w: I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, Kodeks karny z komentarzem, Warszawa 1973, s. 549.

¹⁴² Z. Gądzik (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit.

omówione w dalszej części niniejszego rozdziału), w zwrocie tym chodzi o osobę (ofiara czynu zabronionego): „którą łatwo skrzywdzić, gdyż jest bezbronna lub ograniczona w możliwościach zadbania o swoje dobra i interesy. Chodzi tu zatem o popełnienie przestępstwa na szkodę stosunkowo małego dziecka, osoby w podeszłym wieku (starej) lub osoby w każdym wieku o bardzo różnym, ale istotnym stopniu niepełnosprawności, którym powinno się pomagać, obejmować większą troskliwością a nie szkodzić”¹⁴³.

Jak zaznacza I. Zgoliński nieporadność ze względu na wiek, z uwagi na fakt, że co do zasady związana jest z pewnymi trudnościami, komplikacjami o charakterze fizycznym, również w gruncie rzeczy jest w istotnym stopniu związana ze stanem zdrowia danej osoby. Jeżeli chodzi o drugą przesłankę, a więc stan zdrowia, nie ma znaczenia ani to, czy w danej sytuacji chodzi o objawy o charakterze fizycznym, czy też psychicznym, ani też sam rodzaj schorzenia. Istotne jest jedynie to, aby problemy związane ze stanem zdrowia sprawiały, że można w racjonalny sposób określić daną osobę jako nieporadną¹⁴⁴.

Jak wskazuje się w literaturze, zarówno wiek, jak też stan zdrowia, stanowią dwie oddzielne i niezależne od siebie przesłanki. Może więc dojść do sytuacji, w której dana osoba, np. osoba z chorobą Alzheimera, staje się osobą nieporadną jedynie ze względu na stan zdrowia. Tak samo możliwa jest sytuacja, w której owa nieporadność wynika wyłącznie z wieku (w przypadku choroby Alzheimera jest to, naturalnie, niemożliwe). Ponadto, określając daną osobę jako nieporadną, można powołać się również na obie wskazane okoliczności, a więc zarówno na wiek, jak też na stan zdrowia. Taka sytuacja może mieć miejsce w przypadku późniejszych faz choroby Alzheimera¹⁴⁵.

Oczywiście określenie „osoba nieporadna ze względu na wiek lub stan zdrowia” nie dotyczy każdej osoby z chorobą Alzheimera. Jak wskazano w rozdziale dotyczącym medycznych aspektów tego schorzenia w początkowym okresie rozwoju choroby objawy nie wpływają jeszcze w istotnym stopniu na codzienne funkcjonowanie człowieka. Wraz z postępowaniem choroby osoba nią dotknięta staje się jednak osobą w coraz większym stopniu bezradną, czy też nieporadną z uwagi na swój stan psychiczny, a w końcowych fazach choroby, również fizyczny.

Niezasadna wydaje się próba jednoznacznego, ogólnego określenia, czy i w którym momencie osoba z chorobą Alzheimera staje się „osobą nieporadną”. Z uwagi na dynamiczny

¹⁴³ V. Konarska-Wrzosek (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie XXVI, 2021, Legalis (dostęp: 05.07.2021 r.).

¹⁴⁴ I. Zgoliński (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit., M. Budyn-Kulik (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany, 2021, LEX (dostęp: 05.07.2021 r.).

¹⁴⁵ I. Zgoliński (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit.

rozwój tego schorzenia właściwa ocena wymagać będzie indywidualnego podejścia do chorego w danym momencie (np. w momencie w którym osoba ta została pokrzywdzona czynem zabronionym). Ta zmienność i duża trudność w próbach ogólnego określenia katalogu osób nieporadnych wydaje się być szczególnie istotna z punktu widzenia dynamicznego postępowania objawów choroby Alzheimera¹⁴⁶.

Jak zauważa natomiast J. Kosonoga komentując art. 207 kk.: „*Ustawodawca nie wymaga, aby nieporadność była przemijająca lub trwała – tak jak to czyni w przypadku stosunku zależności. Może ona zatem być chwilowa. W rachubę wchodzić mogą takie sytuacje, jak np. matka karmiąca dziecko, kobieta rodząca, epileptyk w czasie ataku choroby, cukrzyk w razie nagłego spadku poziomu glukozy we krwi. Źródłem nieporadności może być sam pokrzywdzony w tym sensie, że za nieporadnego należy uznać także np. osobę odurzoną alkoholem lub środkami narkotycznymi*”¹⁴⁷. Jest to niezwykle cenne uzupełnienie wcześniejszych rozważań. Wskazuje ono na bardzo różne możliwe źródła stanu nieporadności i podkreśla złożoność tego zjawiska.

Zwrot „osoba nieporadna” w kontekście ofiary czynu zabronionego występuje między innymi w przepisach regulujących dyrektywy wymiaru kary. Są to pewne zasady, wskazówki, którymi powinien kierować się sąd przy wymierzaniu kary sprawcy czynu zabronionego¹⁴⁸. Liczba i określenie dyrektyw wymiaru kary jest zagadnieniem spornym w literaturze¹⁴⁹. Nie wdając się w szczegółowe rozważania dotyczące tej problematyki, które nie są przedmiotem niniejszej pracy, wydaje się, że wyróżnić można za I. Zgolińskim cztery ogólne dyrektywy wymiaru kary: „*stopnia winy, społecznej szkodliwości czynu, prewencji generalnej i indywidualnej*”¹⁵⁰. Są one wskazane bezpośrednio w art. 53. § 1. kk. W kolejnych przepisach uregulowane są pozostałe zasady, którymi powinien kierować się sąd przy wymierzaniu kary.

Na szczególną uwagę z punktu widzenia problematyki osoby z chorobą Alzheimera jako ofiary czynu zabronionego, zasługuje art. 53 § 2. kk. Zgodnie z tym przepisem sąd ustalając wymiar kary osobie, która popełniła czyn zabroniony, powinien brać pod uwagę również motywację sprawcy czynu zabronionego, a także sposób jego zachowania „*zwłaszcza w razie popełnienia przestępstwa na szkodę osoby nieporadnej ze względu na wiek lub stan zdrowia*”.

¹⁴⁶ S. Hypś (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz. wydanie VII, Warszawa 2021, Legalis (dostęp: 07.07.2021 r.).

¹⁴⁷ J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie XXVI, 2021, Legalis (dostęp: 14.07.2021 r.).

¹⁴⁸ Z. Gądzik (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁴⁹ J. Giezek (w:) D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, Kodeks..., op. cit.

¹⁵⁰ I. Zgoliński (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit.

Jest to sytuacja ewidentnie obciążająca z punktu widzenia osoby, która popełniła czyn zabroniony przez prawo karne¹⁵¹.

Uzasadnienie takiego rozwiązania wynika głównie z niezwykle negatywnej oceny wykorzystania przez sprawcę czynu zabronionego faktu, że z różnych przyczyn jego ofiara nie jest w stanie bronić swoich dóbr prawnych z taką samą skutecznością jak osoba w pełni sprawna i zdrowa¹⁵². Analizując objawy choroby Alzheimera w późniejszej fazie rozwoju choroby nietrudno dojść do wniosku, że osobie, którą dotknęła ta choroba, bez wątplenia trudniej stawić czoła człowiekowi, który chce ją w jakiś sposób skrzywdzić, czy oszukać. Jest ona osobą na wiele sposobów bardziej bezbroną.

Wskazany przepis dotyczący dyrektyw wymiaru kary nie jest jednak jedynym miejscem w Kodeksie karnym, w którym wskazać można na osobę nieporadną, m.in. ze względu na postępujące objawy choroby Alzheimera, jako szczególną kategorię pokrzywdzonego czynem zabronionym. Regulacja taka pojawia się także w przepisach dotyczących konkretnych typów przestępstw. Pierwszym z nich, na który należy zwrócić uwagę, jest art. 189. kk. który ustanawia typ przestępstwa bezprawne pozbawienie wolności¹⁵³.

Czynność sprawcza w przypadku typu podstawowego tego czynu zabronionego realizowana jest poprzez pozbawienie człowieka wolności, rozumianej, jak już zostało to wskazane, jako wolność fizyczna. W przypadku typów kwalifikowanych jest to pozbawienie wolności, które: trwało dłużej niż 7 dni (§2), dotyczy osoby nieporadnej ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny (§ 2a), łączyło się ze szczególnym udręczeniem (§3)¹⁵⁴.

Przestępstwo to ma charakter materialny. Skutkiem, który musi nastąpić, aby doszło do jego dokonania, jest bezprawne pozbawienie wolności człowieka. Należy jednak podkreślić, że nie zostało dokładnie określone, jaki konkretnie zachowania ma przedsięwziąć sprawca, aby zrealizować znamiona tego przestępstwa. Uznaje się więc, że może to nastąpić poprzez każde działanie lub zaniechanie, które doprowadzi do wskazanego wyżej skutku¹⁵⁵.

Nie należy natomiast do znamion tego czynu zabronionego takie zachowanie, którego skutkiem jest jedynie utrudnienie przemieszczania się. Przykładem może być np. zabranie laski osobie, która co prawda ma pewne problemy z samodzielnym poruszaniem się, ale mi-

¹⁵¹ M. Królikowski, S. Żółtek (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki (red.) Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Art. 1–116. wydanie V, Warszawa 2021, Legalis (dostęp: 05.07.2021 r.).

¹⁵² Z. Gądzik (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁵³ J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁵⁴ A. Łyżwa (w:) M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, A. Łyżwa, R. Łyżwa, Kodeks karny. Część szczególna. Art. 148–251. Komentarz, Warszawa 2020, Legalis (dostęp: 06.07.2021 r.).

¹⁵⁵ S. Hypś (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit.

mo tego jest w stanie zmieniać miejsce swojego przebywania, poruszać się. Człowiek ten nadal zachowuje wolność, choć jest to dla niej w pewnym stopniu utrudnione¹⁵⁶.

Bezprawne pozbawienie wolności jest przestępstwem powszechnym. Może je więc popełnić każda osoba, która jest zdolna do tego, aby ponieść odpowiedzialność karną. Należy jednak pamiętać, że przez zaniechanie może ten czyn popełnić jedynie osoba, na której ciążył szczególny prawny obowiązek¹⁵⁷. "W przypadku osób zmagających się z chorobą Alzheimera taki obowiązek spoczywa na ich opiekunach. Zdaniem Sądu Najwyższego, w przypadku tego typu czynu zabronionego dobrem, które podlega ochronie jest: „*wolność człowieka w znaczeniu fizycznym, tj. możliwość swobodnego, zgodnego z wolą jednostki przemieszczania się i potencjalna wola zmiany miejsca przebywania*”¹⁵⁸. Podobne jest rozumienie przedmiotu ochrony tego przepisu w doktrynie¹⁵⁹.

Analizując ten czyn zabroniony od strony podmiotowej, wskazać należy, że może ono zostać popełnione jedynie umyślnie. Jakikolwiek formy nieumyślnego pozbawienia kogoś wolności nie realizują znamion czynu zabronionego z tego przepisu. Możliwe są obie postacie zamiaru, a więc zarówno zamiar bezpośredni, jak też ewentualny¹⁶⁰. W doktrynie pojawiają się pewne wątpliwości dotyczące strony podmiotowej typu kwalifikowanego z § 2. (gdzie bezprawne pozbawienie wolności trwało dłużej niż 7 dni), jednak dogłębna analiza tego problemu nie jest przedmiotem rozprawy¹⁶¹.

Kluczowy z punktu widzenia tematyki niniejszej pracy jest typ kwalifikowany z § 2a. Jest to bezprawne pozbawienie wolności, które trwało dłużej niż 7 dni i które dotyczy osoby nieporadnej ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny. Mamy więc w tym miejscu do czynienia z dwoma znamionami kwalifikującymi. Istotne w kontekście osoby z chorobą Alzheimera, która została pozbawiona wolności, jest naturalnie przede wszystkim drugie z

¹⁵⁶ J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit., J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit., Odmiennie stanowisko - Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2010 r., V KK 228/09, LEX (dostęp: 06.07.2021 r.).

¹⁵⁷ J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit., J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit., S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁵⁸ Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 5 grudnia 2018 r., V KK 508/17, Legalis (dostęp: 05.07.2021 r.), Zob. też Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - II Wydział Karny z dnia 5 czerwca 2013 r., II AKa 107/13, Legalis (dostęp: 05.07.2021 r.).

¹⁵⁹ Zob. m.in. S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit., M. Mozgawa (w:) Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit., a także J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁶⁰ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 21 marca 2017 r., II AKa 44/17, LEX (dostęp: 06.07.2021 r.), S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁶¹ Zob. J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit.

tych znamion. Należy przy tym podkreślić, że dla bytu tego typu kwalifikowanego nie jest istotne, aby sprawca czynu zabronionego w jakikolwiek sposób wykorzystał nieporadność pokrzywdzonego w trakcie wypełniania ustawowych znamion przestępstwa. Znaczenie ma sam fakt występowania pewnych specyficznych cech przedmiotu czynności wykonawczej, związanych z jego wiekiem, stanem psychicznym czy też fizycznym, które sprawiają, że można uznać daną osobę za nieporadną¹⁶². Pojęcie osoby nieporadnej zostało już omówione we wcześniejszych akapitach niniejszego rozdziału.

Zauważyć należy, że z uwagi na konstrukcję przepisów art. 189 kk., typem kwalifikowanym z uwagi na nieporadność pokrzywdzonego jest jedynie takie bezprawne pozbawienie wolności, które trwało dłużej niż 7 dni. W przypadku, gdy osoba z chorobą Alzheimera, której stan psychiczny jednoznacznie wskazuje na nieporadność, zostanie pozbawiona wolności na krótszy okres, będziemy mieli do czynienia z typem podstawowym z § 1¹⁶³.

Uregulowanie to musi budzić wątpliwości z punktu widzenia ochrony praw osób z chorobą Alzheimera. Ustawowy wymiar kary w przypadku typu kwalifikowanego z § 2a wynosi od lat 2 do 12. W przypadku typu podstawowego jest to natomiast jedynie od 3 miesięcy do lat 5. Różnica jest więc przy dolnej granicy ustawowego zagrożenia aż ośmiokrotna. Oczywiście nie podlega dyskusji fakt, że długotrwałe pozbawienie wolności osoby znajdującej się z dalszych fazach choroby Alzheimera jest zdecydowanie bardziej dolegliwe dla pokrzywdzonego niż krótkotrwałe. Zastanawia jednak to, dlaczego w przypadku bezprawnego pozbawienia wolności, które nie trwa dłużej niż siedem dni, nieporadność ofiary jest uznawana za dużo mniej istotną okoliczność obciążającą sprawcę.

Jeżeli natomiast osoba nieporadna, np. z uwagi na postępujące objawy choroby Alzheimera, zostanie pozbawiona wolności na czas dłuższy niż 7 dni, ale ponadto owe bezprawne pozbawienie wolności łączyło się ze szczególnym udręczeniem, zachowanie sprawcy zostanie zakwalifikowane jako typ kwalifikowany z § 3. W takiej sytuacji sprawca tego czynu zabronionego będzie podlegał jeszcze surowszej karze niż w przypadku § 2a. Ustawowe zagrożenie karą dla takiego sprawcy wynosi bowiem nie mniej niż 3 lata pozbawienia wolności.

Kolejnym typem czynu zabronionego, w którym można wskazać na osobę nieporadną, np. z powodu choroby Alzheimera, jako na szczególną kategorię pokrzywdzonego, jest przestępstwo znęcania się z art. 207 kk. Czynność sprawcza tego przestępstwa w typie podstawowym polega na znęcaniu się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy.

¹⁶² J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁶³ M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit.

Oprócz typu podstawowego znęcania się, wyróżniamy również 3 typy kwalifikowane. Pierwszy z nich (§ 1a) polega na znęcaniu się fizycznie lub psychicznie nad osobą nieporadną ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny. Czynność sprawcza drugiego z nich (§ 2) wyraża się w znęcaniu się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy lub nad osobą nieporadną ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny, które połączone jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa. Trzeci typ kwalifikowany (§ 3) polega na znęcaniu się opisanym we wcześniejszych typach, którego skutkiem jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie.

Jak można przeczytać w Wytycznych Wymiaru Sprawiedliwości Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 1976 r.: „*Ustawowe określenie: „znęca się” oznacza działanie albo zaniechanie, polegające na umyślnym zadawaniu bólu fizycznego lub dotkliwych cierpień moralnych, powtarzającym się albo jednorazowym, lecz intensywnym i rozciągniętym w czasie*”¹⁶⁴. Przepięstwo to może zostać popełnione zarówno przez działanie, jak też przez zaniechanie¹⁶⁵. Co do zasady jest to przestęstwo formalne, zarówno w typie podstawowym, jak też w typach kwalifikowanych. Wyjątkiem jest tutaj typ kwalifikowany z § 3, w przypadku którego niezbędne jest wystąpienie skutku, czyli targnięcia się pokrzywdzonego na własne życie¹⁶⁶.

Przepięstwo znęcania się, w zależności od tego, kim jest pokrzywdzony, może być powszechne lub indywidualne. W stosunku do osoby nieporadnej, może popełnić je każda osoba zdolna do ponoszenia odpowiedzialności karnej. Jeżeli natomiast ofiarą jest osoba najbliższa lub nad inna osoba pozostająca w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy, katalog potencjalnych sprawców w naturalny sposób się zmniejsza i jest to przestęstwo indywidualne¹⁶⁷.

Od strony podmiotowej przyjmuje się, że przy przestęstwie znęcania się wymagana jest umyślność. Nie ma jednak zgody odnośnie tego, czy niezbędny jest zamiar bezpośredni, czy też dopuścić można również zamiar ewentualny. Sprzeczne opinie dotyczące tego zagad-

¹⁶⁴ Wytyczne Wymiaru Sprawiedliwości Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 1976 r., VI KZP 13/75, Legalis (dostęp: 08.07.2021 r.).

¹⁶⁵ M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁶⁶ J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit., J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a, Warszawa 2017, LEX (dostęp: 14.07.2021 r.), M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit..

¹⁶⁷ S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., S. Hyps (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117-221. Tom I. wydanie IV, Warszawa 2017, Legalis (dostęp: 12.07.2021 r.), J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit.

nienia pojawiają się zarówno w orzecznictwie¹⁶⁸, jak też w doktrynie prawa karnego materialnego¹⁶⁹. Jak dodaje S. Hyps, w przypadku typu kwalifikowanego z art. 207 § 3 mamy do czynienia z umyślno-nieumyślną stroną podmiotową (umyślność co do zachowania sprawcy, nieumyślność co do następstw)¹⁷⁰.

Istnieją różne poglądy w doktrynie odnośnie precyzyjnego określenia dóbr, które są chronione tym przepisem¹⁷¹. Wydaje się, że trafnie przedmiot ochrony przestępstwa zniewagi określa J. Kosonoga, według którego głównym dobrem, którego ochrona jest celem tego przepisu, jest: „rodzina, jej prawidłowe funkcjonowanie, wychowanie młodzieży oraz ochrona osób nieporadnych i zależnych od sprawcy”¹⁷². Jako dobro chronione wskazuje się również instytucję opieki¹⁷³. J. Kosonoga zwraca również uwagę na inne dobra, które również mogą stać się przedmiotem zamachu: „życie, zdrowie, nietykalność cielesna, wolność i cześć człowieka”. Będzie to miało związek ze sposobem zachowania sprawcy czynu zabronionego¹⁷⁴.

Podobne poglądy można znaleźć również w orzecznictwie¹⁷⁵. Nie zagłębiając się w analizy sporów dotyczących przedmiotu ochrony tego typu czynu zabronionego warto przytoczyć opinię J. Jodłowskiego i M. Szewczyka: „*Faktem jest, że z uwagi szerokie określenie*

¹⁶⁸ Jedynie zamiar bezpośredni - zob. m.in. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2003 r., IV KKN 312/99, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 października 1999 r., V KKN 580/97, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 1995 r., II KRN 6/95, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.),

Również zamiar ewentualny - zob. m.in. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2017 r., III KK 157/17, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2015 r., III KK 432/14, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.), Uchwała Sądu Najwyższego cała izba SN - Izba Karne z dnia 9 czerwca 1976 r., VI KZP 13/75, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.).

¹⁶⁹ Jedynie zamiar bezpośredni - zob. m.in. M. Szewczyk (w:) Zoll, Kodeks karny : część szczególna : komentarz. T. 2, Komentarz do art. 117-277 k.k., Warszawa 2008, s. 733, A. Marek, Kodeks karny, Warszawa 2007, s. 402, Z. Siwik, (w:) Filar, Kodeks karny, Warszawa 2008, s. 858.

Również zamiar ewentualny - zob. m.in. A. Wąsek (w:) A. Wąsek (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 177-221, tom I, Warszawa 2006, s. 1048, M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit., M. Siewierski (w:) J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski (red.), Kodeks karny : komentarz, Warszawa 1971, s. 470, J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit., S. Hyps (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁷⁰ S. Hyps (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks..., op. cit..

¹⁷¹ Zob. m.in. M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit., S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit.

¹⁷² J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁷³ tak np. J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit.

¹⁷⁴ J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁷⁵ Zob. m.in. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 1996 r., II KRN 186/95, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 1974 r., I KRN 33/74, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 1988 r., V KRN 366/87, LEX (dostęp: 08.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karne, z dnia 26 lutego 2019 r., II KK 37/19, Legalis (dostęp: 08.07.2021 r.).

katalogu podmiotów objętych ochroną analizowanej normy prawnokarnej może dojść do sytuacji, gdy ochrona wynikająca z tego przepisu nie będzie sprowadzała się ani do ochrony rodziny, ani do instytucji opieki (np. w sytuacji gdy dojdzie do znęcania się nad osobą nieporadną, względem której sprawca nie pozostaje w jakiegokolwiek relacji rodzinnej czy też relacji wynikającej z opieki nad nią)”¹⁷⁶.

Pogląd ten wydaje się istotny z punktu widzenia tematyki niniejszej rozprawy doktorskiej. Niewątpliwie osoba, która z uwagi na poważne objawy choroby Alzheimera zostanie uznana za nieporadną, może zostać ofiarą znęcania się nie tylko przez osoby z najbliższej rodziny (co z uwagi na specyfikę tej choroby i opieki nad pacjentami w domach może mieć miejsce), ale również przez inne osoby, np. pracowników domów opieki (a więc osoby, które w żaden sposób nie są z nią spokrewnione), a także przez inne osoby, w przypadku których trudno jest wskazać na pokrewieństwo rodzinne, czy też pewne relacje związane z opieką nad osobą chorą. Problematyka ta zostanie rozwinięta w dalszej części pracy.

Z punktu widzenia tematyki niniejszej rozprawy doktorskiej szczególne znaczenie ma w oczywisty sposób § 1a. omawianego przepisu, który reguluje typ kwalifikowany - znęcanie się fizycznie lub psychicznie nad osobą nieporadną ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny. Przyczyną takiej nieporadności może być, jak już wskazano wcześniej choroba Alzheimera na pewnym, bardziej zaawansowanym etapie swojego rozwoju. Znęcanie się nad osobą, która np. z powodu choroby Alzheimera może być uznana za nieporadną wiąże się z podwyższeniem ustawowego zagrożenia karą w stosunku do typu podstawowego tego czynu zabronionego (kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 - przy typie podstawowym i kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 - przy typie kwalifikowanym).

Warto dodać, że w przypadku gdy osoba nieporadna ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny zostanie ofiarą znęcania się, które połączone jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, zachowanie sprawcy wypełnia znamiona typu kwalifikowanego z § 2, w przypadku którego ustawowe zagrożenie karą jest jeszcze surowsze (kara pozbawienia wolności od roku do lat 10). Jeżeli natomiast osoba nieporadna, np. z powodu choroby Alzheimera, zostanie pokrzywdzonym znęcania się, którego następstwem jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, zachowanie sprawcy zostaje uznane za czyn zabroniony z § 3, za które grozi najwyższy ustawowy wymiar kary wskazany w art. 207 kk. (kara pozbawienia wolności od lat 2 do 12).

¹⁷⁶ J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit.

Ostatnim przepisem, który zostanie omówiony w tej części rozdziału, będzie typ przestępstwa uprowadzenie małoletniego lub osoby nieporadnej z art. 211 kk.¹⁷⁷. Czynność sprawcza tego czynu zabronionego polega na uprowadzeniu lub zatrzymaniu małoletniego poniżej lat 15 albo osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, wbrew woli osoby powołanej do opieki lub nadzoru. Jak można zauważyć, czynność sprawcza tego typu przestępstwa może więc polegać na jednym z dwóch znamion czasownikowych: uprowadzeniu lub zatrzymaniu¹⁷⁸.

J. Jodłowski i M. Szewczyk definiują uprowadzenie jako: „*zabranie, usunięcie spod władzy i nadzoru osoby uprawnionej, spowodowanie zmiany miejsca pobytu osoby pozostającej pod opieką, wbrew woli osoby sprawującej opiekę, i tym samym pozbawienie osoby uprawnionej możliwości faktycznego sprawowania opieki lub nadzoru*”¹⁷⁹. Zatrzymanie natomiast według Z. Siwika: „*odnosi się do sytuacji, w której sprawca skłania lub zmusza podopiecznego do pozostania w miejscu dotychczasowego pobytu wbrew woli osób uprawnionych do sprawowania opieki lub nadzoru (...) Oznacza to, że znamię zatrzymania jest spełnione również wtedy, gdy podopieczny znalazł się w miejscu zatrzymania początkowo legalnie*”¹⁸⁰.

Należy też podkreślić, że penalizowane jest zachowanie wbrew woli osoby powołanej do opieki lub nadzoru, nie zaś wbrew woli samej osoby, która zostaje porwana. Ewentualna zgoda małoletniego poniżej lat 15 albo osoby nieporadnej nie sprawia, że nie mamy do czynienia ze zrealizowaniem ustawowych znamion czynu zabronionego¹⁸¹.

Jak wskazuje się w literaturze, jest to przestępstwo materialne. Pewne wątpliwości dotyczą jednak tego, na czym konkretnie polegać ma skutek, który musi wystąpić, aby doszło do zrealizowania znamion tego czynu zabronionego. Według jednego poglądu skutkiem tym jest, gdy zachowanie sprawcze polega na uprowadzeniu – zmiana miejsca, w którym znajduje się

¹⁷⁷ Art. 211. kk.: *Kto, wbrew woli osoby powołanej do opieki lub nadzoru, uprowadza lub zatrzymuje małoletniego poniżej lat 15 albo osobę nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

¹⁷⁸ Z. Siwik (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V., Warszawa 2016, LEX (dostęp: 12.07.2021 r.).

¹⁷⁹ J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit., zob. też R.A. Stefański, Przepięstwo uprowadzenia małoletniego (art. 211 k.k.), Prokuratura i Prawo 1999, nr 9, s. 64.

¹⁸⁰ Z. Siwik (w:) M. Filar (red.), Kodeks..., zob. też. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2019 r., V KK 42/18, LEX (dostęp: 09.07.2021 r.).

¹⁸¹ J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit.

porwana osoba, a gdy zachowanie sprawcze polega na zatrzymaniu – pozostanie osoby porwanej w miejscu, w którym do tej pory przebywała¹⁸².

Inna pojawiająca się w doktrynie prawa karnego materialnego opinia głosi, że skutek polega na pozbawieniu przez sprawcę czynu zabronionego osoby uprawnionej przez przepisy prawa możliwości sprawowania opieki lub nadzoru wobec osoby porwanej¹⁸³. Sprawca może popełnić ten czyn zabroniony, jeżeli polega ono na uprowadzeniu, jedynie przez działanie. Natomiast w przypadku gdy przestępstwo to polega na zatrzymaniu, możliwe jest zrealizowanie ustawowych znamion również poprzez zaniechanie¹⁸⁴.

Czyn zabroniony z art. 211 kk. może popełnić każda osoba, która jest zdolna do poniesienia odpowiedzialności karnej. Jest to więc przestępstwo powszechne¹⁸⁵. Pewne wątpliwości rodzi natomiast to, czy sprawcą może zostać również jeden z rodziców. W orzecznictwie wielokrotnie powtórzony został pogląd, według którego podmiotem tego czynu zabronionego nie może być rodzic, który dysponuje pełną władzą rodzicielską, a jedynie taki, którego władza została ograniczona, czy też który został tej władzy pozbawiony¹⁸⁶. Podobnego zdania są również niektórzy przedstawiciele doktryny¹⁸⁷.

Pojawiają się jednak w literaturze opinie, że sprawcą tego czynu zabronionego może być jeden z rodziców, gdy uniemożliwia drugiemu korzystanie z jego prawa do opieki, nawet gdy oboje posiadają pełnię władzy rodzicielskiej¹⁸⁸. Za dobro chronione tym przepisem uznaje się najczęściej instytucję opieki i nadzoru, jej prawidłowe, niezakłócone sprawowanie¹⁸⁹.

¹⁸² Zob. m.in. R.A. Stefański, *Przestępstwo uprowadzenia...*, op. cit., s. 66, A. Ratajczak, *Przestępstwa przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży w systemie polskiego prawa karnego. Zagadnienia wybrane*, Warszawa 1980, s. 225.

¹⁸³ Zob. J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna...*, op. cit., A. Wąsek (w:) A. Wąsek, *Kodeks...*, op. cit., s. 1128.

¹⁸⁴ R.A. Stefański, *Przestępstwo uprowadzenia...*, op. cit., s. 65-66, Z. Siwik (w:) M. Filar (red.), *Kodeks...*, op. cit., A. Wąsek, J. Warylewski (w:) A. Wąsek, R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 1289.

¹⁸⁵ S. Hyps (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks...*, op. cit.

¹⁸⁶ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 1992 r., I KZP 40/92, LEX (dostęp: 12.07.2021 r.), Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1979 r., VI KZP 15/79, LEX (dostęp: 12.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2019 r..., op. cit., Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 2003 r., III KK 116/03, LEX (dostęp: 12.07.2021 r.).

¹⁸⁷ Zob. też A. Wąsek, J. Warylewski (w:) A. Wąsek, R. Zawłocki (red.), *Kodeks...*, op. cit., s. 1293–1294, J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna...*

¹⁸⁸ Zob. m.in. J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, op. cit., M. Mozgawa, M. Kulik, A. Szczekala, *Przestępstwo uprowadzenia lub zatrzymania małoletniego lub osoby nieporadnej – art. 211 k.k. (ze szczególnym uwzględnieniem tzw. uprowadzeń rodzicielskich)*, *Prawo w Działaniu* 2013, nr 16, s. 29–30, M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, op. cit.

¹⁸⁹ J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna...*, op. cit., podobnie J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), *Kodeks...*, op. cit., M. Mozgawa (w:) M. Mozgawa (red.), *Kodeks...*, op. cit.

Pojawiają się jednak również inne poglądy dotyczące przedmiotu ochrony tego czynu zabronionego¹⁹⁰. Ich dokładne omówienie nie jest jednak przedmiotem tej rozprawy. Zachowanie sprawcy musi charakteryzować się od strony podmiotowej umyślnością, z zamiarem co najmniej ewentualnym¹⁹¹.

Wskazane powyżej przepisy, zarówno ten regulujący wymierzanie przez sąd kary sprawcy czynu zabronionego, jak też te, które dotyczą poszczególnych typów przestępstw, przyczyniają się, choćby w niewielkim stopniu, do większego brania pod uwagę sytuacji osoby z chorobą Alzheimera. Naturalnie trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że nie są to wszystkie typy czynów zabronionych, których ofiarą może stać się osoba z chorobą Alzheimera. W niniejszym rozdziale wskazane zostały jedynie te przepisy, w których fakt zmagania się z tym schorzeniem może mieć prawnokarne znaczenie i wpływać na sytuację sprawcy tego czynu.

Należy również dodać, że nie są to wszystkie tego typu przepisy. W części dotyczącej prawa medycznego omówiono również, niezwykle istotne z punktu widzenia prawnokarnych aspektów choroby Alzheimera, zagadnienie wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, a także problematykę ujawnienia tajemnicy służbowej i zawodowej.

Problem osób z chorobą Alzheimera jako pokrzywdzonych czynem zabronionym przez prawo karne pojawi się jeszcze w niniejszej pracy, między innymi w jednym z rozdziałów kryminologicznych. Zagadnienie to zostanie wówczas naturalnie przeanalizowane z punktu widzenia tej nauki. Wydaje się jednak, że rozważania z tej części rozdziału poświęconego prawnokarnym aspektom choroby Alzheimera stanowią pewnego rodzaju niezbędne wprowadzenie, czy też wartościowe uzupełnienie do tego zagadnienia. Przedstawienie w tym miejscu tych przepisów o charakterze prawnokarnym czyni rozważania dotyczące sytuacji osoby z chorobą Alzheimera pokrzywdzonej przestępstwem bardziej kompletne.

§ 3. Odpowiedzialność karna opiekunów osób z chorobą Alzheimera

Osoby z chorobą Alzheimera mogą stać się ofiarami wielu przestępstw. Część z nich wskazano już w poprzednich akapitach niniejszego rozdziału. Wskazane zagadnienie zostanie jeszcze bardziej rozwinięte przy analizie kryminologicznych aspektów tego schorzenia neurodegeneracyjnego. W tym miejscu, po wskazaniu tych przepisów prawnokarnych, w których osoba z chorobą Alzheimera tworzy szczególną kategorię ofiary, należy zwrócić uwagę na

¹⁹⁰ Zob. S. Hyps (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁹¹ S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., Z. Siwik (w:) M. Filar (red.), Kodeks..., op. cit.

jeszcze jeden aspekt o charakterze jednoznacznie dogmatycznym. Jest to problem odpowiedzialności opiekunów osób z chorobą Alzheimera na gruncie prawa karnego materialnego.

Relacja pomiędzy opiekunem a osobą chorą jest w przypadku tego schorzenia szczególnie fundamentalna. Jej znaczenie wzrasta wraz z rozwojem objawów choroby i związanym z tym często postępowaniem wykluczenia społecznego chorego. Gdy inne relacje i kontakty osoby chorej zmniejszają swoje natężenie i bliskość, jej związek z opiekunem staje się coraz ważniejszy.

Opiekunem może być przede wszystkim małżonek, naturalnie jeżeli ma siły – trzeba pamiętać że choroba ta dotyka osoby po 60 roku życia. Funkcję taką spełniać mogą również dzieci lub wnuki chorego. Przy opiece domowej wsparciem dla opiekunów należących do rodziny pacjenta może być również w pewnym zakresie personel medyczny, np. wykwalifikowana pielęgniarka. Osoba z chorobą Alzheimera może być jednak oddana również pod opiekę profesjonalnemu personelowi domów opieki. Stąd też zakres podmiotowy osób mogących popełnić czyny zabronione na szkodę chorego jest bardzo duży.

Analiza różnego rodzaju następstw rozwoju choroby Alzheimera bez uwzględnienia aspektów związanych z opiekunem musiałaby zostać uznana za w znacznym stopniu niekompletną. W niniejszym rozdziale musi ono dotyczyć przede wszystkim problematyki odpowiedzialności karnej opiekunów osób z chorobą Alzheimera. Należy zacząć od zauważenia tego, że opiekunowie osób z chorobą Alzheimera mogą popełnić wobec tych osób cały szereg czynów zabronionych.

Nie chodzi tutaj jedynie o, wychodzące na pierwszy plan, przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece. Osoba z chorobą Alzheimera może równie dobrze zostać ofiarą popełnionych przez opiekuna przestępstw przeciwko życiu lub zdrowiu (zwraca uwagę zwłaszcza spowodowanie uszczerbku na zdrowiu z art. 156 lub 157 kk., a także nieudzielenie pomocy z art. 162 kk.), przeciwko wolności (m.in. bezprawne pozbawienie wolności z art. 189 kk., które może być skutkiem irytacji wynikającej z faktu, że chory wielokrotnie samodzielnie wychodzi z domu i gubi się w różnych miejscach, czasem odległych od miejsca zamieszkania, czy też wspomniane już wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta z art. 192 kk.), przeciwko czci i nietykalności cielesnej (np. naruszenie nietykalności cielesnej z art. 217 kk.), czy też przestępstwa przeciwko mieniu (np. kradzież z art. 278 kk., czy nawet rozbój z art. 280 kk. - związane z pogarszającymi się zdolnościami poznawczymi chorego, który może nie zauważyć lub nie pamiętać takich sytuacji).

Opiekun osoby z chorobą Alzheimera może więc popełnić wiele różnych czynów zabronionych na niekorzyść tej osoby. Przeważnie taki stan faktyczny nie wynika jednak bezpo-

średnio w swojej istocie z faktu, że występuje ta specyficzna relacja opiekun-chory. Fakt, że mamy do czynienia z osobą zajmującą się chorym jest jedynie okolicznością zdarzenia. Naturalnie okoliczność taka może mieć duży, czy wręcz decydujący wpływ na to, że sprawca popełnił czyn zabroniony, jednak nie jest to związane z sednem, rdzeniem danego typu przestępstwa.

Istnieją jednak takie typy przestępstw, w przypadku których związek między ich istotą a faktem, że sprawca jest opiekunem pokrzywdzonego z chorobą Alzheimera, jest fundamentalny. Czynem zabronionym, w przypadku którego taki związek wydaje się szczególnie widoczny, jest typ przestępstwa uregulowany w art. 210 kk. – porzucenie małoletniego lub osoby nieporadnej. Czynność sprawcza tego przestępstwa wyraża się w porzuceniu małoletniego poniżej lat 15 albo osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny wbrew obowiązkowi troszczenia się o tę osobę. Oprócz typu podstawowego z § 1 istnieje również typ kwalifikowany tego przestępstwa (§ 2). Znamieniem kwalifikującym jest następstwo zachowania sprawcy w postaci śmierci ofiary. Typ kwalifikowany charakteryzuje się dużo surowszym zagrożeniem karą. Ustawowy wymiar kary w typie podstawowym to kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W typie kwalifikowanym jest to natomiast kara pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

W doktrynie przyjmuje się, że w typie podstawowym jest to przestępstwo formalne. Jest ono więc dokonane niezależnie od tego, czy porzucenie faktycznie będzie miało negatywny skutek dla małoletniego poniżej lat 15 czy też osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny¹⁹². Porzucenie zaś zdaniem Sądu Najwyższego: „oznacza działanie polegające na opuszczeniu dziecka lub osoby nieporadnej, połączone z zaprzestaniem troszczenia się o nią, bez zapewnienia jej opieki ze strony innych osób. Do istoty „porzucenia” należy więc pozostawienie osoby, nad którą miała być roztoczona opieka, własnemu losowi, przy czym chodzi tu nie tylko o zaniechanie sprawowania opieki nad osobą małoletnią lub nieporadną, lecz także o uniemożliwienie takiej osobie udzielenia natychmiastowego wsparcia”¹⁹³.

W typie kwalifikowanym niezbędne jest natomiast, jak zostało już zasygnalizowane, następstwo w postaci śmierci osoby porzuconej. Kwestią sporną w literaturze jest natomiast to, czy przestępstwo porzucenia można popełnić jedynie przez działanie, zarówno przez dzia-

¹⁹² J. Jodłowski, M. Szweczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit., R. A. Stefański, Przestępstwo porzucenia (art. 187 k.k.), Prokuratura i Prawo 1997, nr 5, s. 47–48, J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁹³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2001 r., V KKN 94/99, LEX (dostęp: 13.07.2021 r.).

łanie, jak też zaniechanie, czy jedynie przez zaniechanie¹⁹⁴. Rozstrzygnięcie tego sporu nie jest przedmiotem rozprawy.

Jest to kolejny przepis omawiany w niniejszym rozdziale, w którym pojawia się określenie „osoba nieporadna”. O ile jednak w przypadku wcześniejszych czynów zabronionych fakt, że osoba nieporadna, np. z powodu choroby Alzheimera, stanowiła szczególną kategorię pokrzywdzonego, nie wiązało się z zawężeniem katalogu osób, który mogły popełnić ten czyn wobec osoby chorej, o tyle w tym przypadku zakres takich osób uległ zmniejszeniu na tyle, że należy wskazać ten typ przestępstwa jako przejaw odpowiedzialności karnej opiekuna osoby z chorobą Alzheimera. Jest to bowiem przestępstwo indywidualne właściwe. Oznacza to, że odpowiedzialność karną na gruncie tego przepisu ponieść może jedynie osoba, która ma obowiązek troszczenia się o małoletniego albo o osobę nieporadną¹⁹⁵.

W literaturze wskazuje się na różne możliwe źródła takiego obowiązku. Może to być ustawa, orzeczenie sądu albo umowa¹⁹⁶. Pewne wątpliwości budzi kwestia tego, czy takim źródłem mogą być również tzw. okoliczności faktyczne, jednak obecnie większość przedstawicieli doktryny dopuszcza również taką możliwość¹⁹⁷.

W różny sposób określany jest w doktrynie przedmiot ochrony przestępstwa porzucenia. Zdaniem jednych dobrem chronionym przez ten przepis prawnokarny jest opieka nad osobą nieporadną, np. z powodu choroby Alzheimera, a także nad małoletnim, który nie ukończył 15 roku życia¹⁹⁸. Inni wskazują na dobro małoletniego poniżej lat 15 czy też osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny¹⁹⁹. Pojawiają się również opinie uwzględniające oba te poglądy, a także uznające za dobro chronione rodzinę²⁰⁰. W przypadku typu kwalifikowanego z uwagi na następstwo w postaci śmieci ofiary przedmiotem ochrony

¹⁹⁴ Zob. m.in. J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit., R. A. Stefański, Przesłpstwo porzucenia..., op. cit., s. 45–46 S. Hyps (w:) A. Grzeskowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., L. Kubicki, Przesłpstwo popełnione przez zaniechanie. Zagadnienia podstawowe, Warszawa 1975, s. 45, Z. Siwik (w:) M. Filar (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁹⁵ S. Hyps (w:) A. Grzeskowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit.

¹⁹⁶ V. Konarska-Wrzosek, Ochrona dziecka w polskim prawie karnym, Toruń 1999, s. 127, J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁹⁷ Zob. m.in. J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit., S. Hyps (w:) A. Grzeskowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., A. Wąsek, J. Warylewski (w:) A. Wąsek, R. Zawłocki (red.), Kodeks..., op. cit., s. 1275, Z. Siwik (w:) M. Filar (red.), Kodeks..., op. cit.

¹⁹⁸ J. Kosonoga (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit., R. A. Stefański, Przesłpstwo porzucenia..., op. cit., s. 41, A. Ratajczak, Przesłpstwa przeciwko rodzinie..., op. cit., s. 210.

¹⁹⁹ A. Wąsek (w:) A. Wąsek (red.), Kodeks karny. Część szczególna, t. 1, Komentarz do artykułów 117–221, Warszawa 2004, s. 1047–1048, J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit.

²⁰⁰ J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit.

jest również życie małoletniego poniżej 25 roku życia lub osoby nieporadnej²⁰¹. Analizując typ podstawowy tego czynu zabronionego od strony podmiotowej wskazać należy, że można go popełnić jedynie umyślnie. Dopuszczalne są jednak obie formy zamiaru²⁰².

Jak zauważa J. Lachowski: „Nie ponosi odpowiedzialności karnej na podstawie art. 210 § 1 k.k. sprawca, który zapomniał odebrać dziecko z przedszkola lub szkoły albo osobę nieporadną. W takim przypadku mamy do czynienia z nieumyślnością”²⁰³. W typie kwalifikowanym przestępstwa porzucenia mamy natomiast do czynienia z tzw. winą kombinowaną. Jest to typ umyślno-nieumyślny. Umyślność dotyczy samego porzucenia małoletniego poniżej lat 15 albo o osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny. Nieumyślnością objęte jest natomiast następstwo tego zachowania, czyli śmierć ofiary²⁰⁴.

Drugim z czynów zabronionych, o których należy szczególnie wspomnieć analizując odpowiedzialność karną opiekuna osoby z chorobą Alzheimera jest typ przestępstwa wskazany w art. 160. kk. – narażenie człowieka na niebezpieczeństwo. Czynność sprawcza tego czynu zabronionego w typie podstawowym (§ 1) polega na narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Typ kwalifikowany (§ 2) został wyodrębniony z uwagi na osobę sprawcy, na którym ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo. Typ uprzywilejowany²⁰⁵ (§ 3) polega zaś na nieumyślnym narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w tym również przez sprawcę, na którym ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo.

Jak wskazuje Sąd Najwyższy: „Przepis art. 160 § 2 k.k. chroni życie i zdrowie człowieka na etapie poprzedzającym naruszenie tych dóbr. Jest to przestępstwo skutkowe, do przyjęcia odpowiedzialności konieczne jest zatem zaistnienie skutku w postaci obiektywnie istniejącego potencjału niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Narażenie na to niebezpieczeństwo ma mieć charakter konkretny, ustawodawca wymaga, aby było to niebezpieczeństwo bezpośrednie. Bezpośredniość tę rozumieć należy bądź jako nieuchronne następstwo dalszego niebezpiecznego dla życia lub zdrowia rozwoju sytuacji, bądź

²⁰¹ S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit.

²⁰² J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit.

²⁰³ J. Lachowski (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks..., op. cit.

²⁰⁴ S. Hyps (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., J. Jodłowski, M. Szewczyk (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit., Z. Siwik (w:) M. Filar (red.), Kodeks..., op. cit.

²⁰⁵ Przeważa opinia, że typ z § 3 jest typem uprzywilejowanym, choć zdarzają się również opinie, że jest to odrębny typ podstawowy narażenia człowieka na niebezpieczeństwo, zob. m.in. M. Budyn-Kulik (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit., V. Konarska-Wrzošek (w:) V. Konarska-Wrzošek (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2020, LEX (dostęp: 16.07.2021 r.).

*jako wysokie prawdopodobieństwo jego wystąpienia*²⁰⁶. Przedmiotem ochrony tego przepisu jest więc życie i zdrowie człowieka. Narażenie tych dwóch dóbr na niebezpieczeństwo jest zaś skutkiem, który musi nastąpić, aby sprawcy czynu zabronionego można było przypisać dokonanie.

Istnieje natomiast różnica zdań dotycząca tego, czy czyn zabroniony w typie podstawowym (§ 1) można popełnić jedynie przez działanie²⁰⁷, czy też również przez zaniechanie²⁰⁸. Typ kwalifikowany z § 2 i typ uprzywilejowany z § 3 popełnić można zarówno poprzez działanie sprawcy, jak też jego zaniechanie²⁰⁹. Strona podmiotowa przestępstwa narażenia człowieka na niebezpieczeństwo jasno wynika zaś z samej treści art. 160. Zarówno w typie podstawowym z § 1, jak też w szczególnie istotnym z punktu widzenia tematyki niniejszej pracy typie kwalifikowanym z § 2 zachowanie sprawcy musi cechować umyślność. Dla bytu tego przestępstwa w typie podstawowym i kwalifikowanym nie ma znaczenia, czy mamy do czynienia z zamiarem bezpośrednim, czy też jedynie ewentualnym. Obie postaci umyślności realizują bowiem znamiona czynu zabronionego z § 1 i § 2. Typ uprzywilejowany z § 3 można natomiast popełnić jedynie nieumyślnie²¹⁰.

Analizując czyn zabroniony stypizowany w art. 160 kk. karnego zauważyć można, że katalog potencjalnych sprawców jest odmienny w typie podstawowym i w typie kwalifikowanym. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia tematyki niniejszej pracy. O ile bowiem typ podstawowy z § 1 jest przestępstwem powszechnym, a więc może je popełnić każdy człowiek zdolny do odpowiedzialności karnej, o tyle w przypadku typu kwalifikowanego z § 2, sprawcą może być jedynie osoba w szczególny sposób zobowiązana do sprawowania opieki nad ofiarą²¹¹.

²⁰⁶ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2016 r., V KK 342/15, LEX (dostęp: 15.07.2021 r.).

²⁰⁷ M. Budyn-Kulik (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit., A. Zoll (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a, Warszawa 2017, LEX (dostęp: 14.07.2021 r.).

²⁰⁸ V. Konarska-Wrzosek (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks..., op. cit., K. Wiak (w) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz. wydanie VII, Warszawa 2021, Legalis (dostęp: 14.07.2021 r.), podobnie Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 7 września 2005 r., II AKa 162/05, LEX (dostęp: 15.07.2021 r.).

²⁰⁹ M. Budyn-Kulik (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks..., op. cit., A. Zoll (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna..., op. cit., R. Kokot (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie XXVI, 2021, Legalis (dostęp: 15.07.2021 r.).

²¹⁰ K. Wiak (w) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks..., op. cit., R. Kokot (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit., zob. też Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 29 września 1998 r., II AKa 87/98, Legalis (dostęp: 16.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2000 r., V KKN 318/99, LEX (dostęp: 16.07.2021 r.), Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2011 r., II KK 177/11, LEX (dostęp: 16.07.2021 r.).

²¹¹ R. Kokot (w:) R. Stefański (red.), Kodeks..., op. cit.

Jak zauważa J. Karnat: „*Obowiązek opieki roztacza się na osoby, które nie są w stanie same zadbać o siebie z uwagi na wiek, stan zdrowia bądź też szczególną sytuację faktyczną, w jakiej się znajdują (np. osoba ucząca się nurkować)*”²¹². Jak dodaje V. Konarska-Wrżosek: „*Opieki, a w tym przede wszystkim czuwania nad zachowaniem życia i zdrowia, wymagają osoby, które z uwagi na wiek, niepełnosprawność psychiczną lub fizyczną albo ze względu na znajdowanie się w szczególnej sytuacji faktycznej nie są w stanie zatroszczyć się o siebie samodzielnie*”²¹³.

Katalog źródeł tego obowiązku został wskazany przez Sąd Najwyższy w Wyroku z dnia 19 lipca 2018 r.: „*w doktrynie nie udało się osiągnąć jednomyslności dotyczącej szczegółów tego katalogu. Tym niemniej w judykaturze i doktrynie szeroko przyjmowany jest pogląd, że źródłem obowiązku gwaranta mogą być: akt normatywny, orzeczenie sądu, umowa, dobrowolne zobowiązanie przyjęcia pieczy nad inną osobą, uprzednie zachowanie się gwaranta stwarzające zagrożenie dla dobra prawnego czy też skonkretyzowana sytuacja faktyczna, w której w sposób jednoznaczny urzeczywistnia się powstanie po stronie tej osoby wymagania zapobieżenia powstaniu skutku stanowiącego znamię określonego czynu zabronionego*”²¹⁴. Może to więc dotyczyć m.in. opiekuna osoby z chorobą Alzheimera, która znajduje się w zaawansowanym stopniu rozwoju schorzenia, u której występują już pewne istotne zaburzenia poznawcze.

Omówione powyżej dwa typy czynów zabronionych uregulowane w Kodeksie karnym stanowią szczególny przykład odpowiedzialności karnej opiekuna osoby z chorobą Alzheimera za przestępstwa popełnione na szkodę chorego. Wraz z przedstawioną w pierwszej części niniejszego rozdziału problematyką zdolności do ponoszenia odpowiedzialności karnej przez osoby z chorobą Alzheimera, a także z przeanalizowanymi w drugim paragrafie przepisami, w których pojawia się szczególna kategoria pokrzywdzonego, jaką jest osoba nieporadna, stanowią one szczególnie istotne prawnokarne aspekty choroby Alzheimera.

Jak zostało już zasygnalizowane, wpływ tego schorzenia neurodegeneracyjnego na przeróżne aspekty życia człowieka, w tym również te, które związane są z prawem karnym, może być bardzo zróżnicowany i niezwykle szeroki. Nie wydaje się możliwe, aby w pojedynczym opracowaniu naukowym wskazać wszystkie prawnokarne następstwa rozwoju tej cho-

²¹² J. Karnat (w:) M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, A. Łyżwa, R. Łyżwa, Kodeks karny. Część szczególna. Art. 148–251. Komentarz, Warszawa 2020, Legalis (dostęp: 15.07.2021 r.).

²¹³ V. Konarska-Wrżosek (w:) V. Konarska-Wrżosek (red.), Kodeks..., op. cit., zob. też V. Konarska-Wrżosek, Uwagi o przestępstwie pozostawienia człowieka w położeniu grożącym niebezpieczeństwem, Państwo i Prawo 1997, nr 3, s. 80–81 i 83.

²¹⁴ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lipca 2018 r., IV KK 371/17, LEX (dostęp: 15.07.2021 r.).

roby, jakie mogą wystąpić. Celem niniejszego rozdziału było jednak zwrócenie uwagi na te zagadnienia, które w szczególny sposób związane są z chorobą Alzheimera, a zwłaszcza z jej postępującymi objawami i w których skutki występowania tego schorzenia u człowieka są wyjątkowo istotne. Relacje między rozwojem choroby Alzheimera a przestępstwami, czy też raczej przestępczością będą jeszcze przedmiotem analizy w części tej rozprawy o charakterze kryminologicznym. Stanowiąc to będzie niejako dopełnienie zagadnień, które zostały wskazane lub przynajmniej zasygnalizowane w tym rozdziale.

ROZDZIAŁ V

WPLYW CHOROBY ALZHEIMERA NA PRZESTĘPCZOŚĆ

§ 1. Wprowadzenie do wiktymologicznych aspektów choroby Alzheimera

Przepisy kk. wskazują, że osoby, które z różnych względów są w jakiś sposób nieporadne, powinny być uważane za swego rodzaju szczególną kategorię pokrzywdzonego czynem zabronionym²¹⁵. Fakt, że wskazane jest to zarówno w przepisach o charakterze ogólnym – dotyczących dyrektyw wymiaru kary, jak też o charakterze szczególnym – przy niektórych typach przestępstw, zwraca uwagę na to, z jak szerokim zagadnieniem mamy do czynienia. Chociaż bowiem istnieją takie czyny zabronione, w przypadku których owa nieporadność pokrzywdzonego jest ściśle związana z istotą przestępnego zachowania, ustawodawca jednoznacznie zwraca uwagę na to, że osoba taka może zostać ofiarą bardzo wielu różnych typów przestępstw.

Rozważania zawarte w rozdziale prawnokarnym prowadzą do wniosku, że w celu lepszego zrozumienia problematyki osoby z chorobą Alzheimera jako pokrzywdzonego czynem zabronionym niezbędne jest przeprowadzenie, obok analiz prawnodogmatycznych, również badań wiktymologicznych o charakterze empiryczno-teoretycznym. Wiktymologia, mówiąc ogólnie, jest bowiem nauką, która w centrum rozważań teoretycznych i empirycznych stawia ofiarę przestępstwa²¹⁶. Jak wskazuje się w literaturze, nauka ta posiada wiele nurtów i różnorodnych podejść, od tych opartych w znacznej mierze na badaniach empirycznych i twardych faktach, po te w których fundamentalne znaczenie mają kwestie ideologiczne oraz intuicyjne²¹⁷. W niniejszym rozdziale zaprezentowano pierwsze ze wskazanych podejść i postanowiono oprzeć rozważania na badaniach empirycznych przeprowadzonych w na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej, wzbogaconych o kwerendę pozycji bibliograficznych z dziedziny wiktymologii.

²¹⁵ Zob. Rozdział IV Prawnokarne aspekty choroby Alzheimera.

²¹⁶ Zob. zwłaszcza E. Bieńkowska, Wiktymologia, Warszawa 2018, B. Hołyst, Wiktymologia kryminalna, Warszawa 2021, B. Hołyst, Wiktymologia, Warszawa 2011.

²¹⁷ Zob. m.in. W. Zalewski, Przyszłość wiktymologii – w stronę realizmu? (w:) W. Klaus, L. Mazowiecka, A. Tarwacka (red.), Z problematyki wiktymologii, Warszawa 2017, LEX (dostęp: 24.07.2021 r.) i wskazana tam literatura, a także E. Bieńkowska, Wiktymologia. Zarys wykładu, Warszawa 2000, s. 30, E.A. Fattah, Victimology: Past Present and Future, Criminologie 2000, nr 33(1), s. 38-46, G.F. Kirchhoff, Foreword (w:) N. Ronel, K. Jaishankar, M. Bensimon (red.), Trends and Issues in Victimology, Newcastle 2008, s. x-xiv.

Potrzeba szczególnej troski nad ochroną praw osoby chorej na Alzheimera jest wskazywana przez różne podmioty, nie tylko te które na stałe zajmują się tą problematyką. Na uwagę w tym kontekście zasługuje m.in. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji²¹⁸, w której przedstawionych zostało wiele postulatów dotyczących diagnostyki, a także opieki nad osobami z chorobą Alzheimera. W odniesieniu do ochrony pacjentów z tym schorzeniem przed czynami zabronionymi uwagę zwraca apel Parlamentu Europejskiego, w którym: *“zachęca państwa członkowskie i Komisję Europejską do wspierania refleksji nad chorymi i etycznego postępowania w odniesieniu do nich, tak aby zagwarantować poszanowanie godności ludzkiej; do zastanowienia się nad statutem prawnym osoby cierpiącej na choroby neurodegeneracyjne, aby zapewnić ramy prawne dotyczące kwestii ubezwłasnowolnienia i ochrony prawnej chorego”*²¹⁹.

Wspomnieć należy również o konferencji eksperckiej pt. „Pierwszy Europejski Dzień Mózgu. Starzenie się, udar mózgu i choroba Alzheimera – w poszukiwaniu innowacyjnych rozwiązań”, która została zorganizowana we współpracy przez polskie Ministerstwo Zdrowia, a także Europejską Radę Mózgu. Wydarzenie to miało miejsce 18 listopada 2011 r., a więc w czasie, w którym Polska przewodniczyła Radzie Unii Europejskiej. Wśród licznych konkluzji pokonferencyjnych na uwagę w kontekście tematyki niniejszego rozdziału zasługuje szczególnie jedna, zgodnie z którą: *“Uczestnicy Konferencji przypominają, że (...) zobowiązaniem społeczeństwa obywatelskiego na poziomie europejskim i krajowym jest stałe wspieranie zdrowia publicznego, zwłaszcza tych działań, które mają na celu ochronę i wsparcie starszych, przewlekle chorych pacjentów i ich opiekunów, poprzez upowszechnianie informacji dla pacjentów, ich rodzin i opiekunów oraz wspieranie usług w celu lepszego zaspokojenia ich potrzeb; promowania bliskości i integracji społecznej, bezpiecznego i przyjaznego środowiska oraz ochrony przed samotnością, urazami i przemocą”*²²⁰.

Konieczność podjęcia licznych działań na rzecz osób z chorobą Alzheimera, w tym działań, których skutkiem może być m.in. zmniejszenie się ryzyka wiktymologicznego chorych wynika również z Polskiego Planu Alzheimerowskiego, który zostanie omówiony dokładniej w rozdziale dotyczącym profilaktyki wykluczenia społecznego osób z chorobą AL-

²¹⁸ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji (2010/2084 (INI)), Dz. U. UE. C. z 2012 r. str. 136., dalej jako e. i. c. a. d.

²¹⁹ Tamże.

²²⁰ G. Opala, Starzenie się społeczeństwa – dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej (w:) A. Szczudli (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016, s. 27-29.

zheimera. W tym miejscu zaznaczyć należy, że piąta część tego Planu dotyczy opieki nad chorym, w tym wypracowania niezbędnych standardów opieki, a także zaimplementowania szeregu rozwiązań, które poprawią sytuację życiową chorego, a także jego opiekuna/opiekunów. Wspomina się m.in. o uruchomieniu ośrodków pomocy osobom z otępieniem, zarówno ośrodków, które zajmują się taką opieką całodobowo. Nadmienia się również, co szczególnie ważne z punktu widzenia wsparcia opieki domowej, placówek dziennych, o zorganizowaniu mechanizmów finansowej pomocy chorym mieszkającym w swoich domach i ich opiekunom, a także o przygotowaniu programów edukacyjnych m.in. dla opiekunów domowych i pomocy społecznej²²¹.

Przyczyny zachowań przestępczych, których ofiarami są osoby z chorobą Alzheimera, mogą być bardzo zróżnicowane. Warte zauważenia są wnioski przedstawione przez E. Sygit i R. Ossowskiego, którzy analizując etiologię przemocy wobec osób znajdujących się w podeszłym wieku, zwrócili uwagę na niektóre cechy tych osób, takie jak pewnego rodzaju bezradność, czy też niesamodzielność, zależność od innych osób, które powodują, że osoba taka może być postrzegana jako ktoś, wobec kogo potencjalnie łatwiej popełnić czyn zabroniony. Wśród przyczyn przemocy o charakterze ekonomicznym wspomniani autorzy wskazali natomiast na chęć zdobycia przez sprawców majątku osoby starszej²²². Pierwszy z przytoczonych czynników jeszcze doskonale odnosi się do osób z chorobą Alzheimera, które oprócz cech typowych dla starości, wykazują również postępujące objawy degeneracji mózgu, takie jak zaburzenia poznawcze, które zwłaszcza w późniejszych fazach rozwoju choroby czynią je osobami jeszcze bardziej podatnymi na ryzyko pokrzywdzenia przestępstwem..

W przeróżnych badaniach wskazuje się 5 głównych czynników, które wpływają na ryzyko wystąpienia przemocy wobec osób starszych. Są to: wiek (określa okres między 70 a 74 rokiem życia jako szczególnie niebezpieczny), wykształcenie, jakość relacji osoby starszej, jego dotychczasowe doświadczenia związane z przemocą, a także niepełnosprawność fizyczna i intelektualna²²³. Można wyinterpretować z tego, że poza innymi przyczynami, jedną z

²²¹ A. Szczudlik, M. Barcikowska-Kotowicz, A. Sadowska, Polski Plan Alzheimerowski – prezentacja założeń (w:) A. Szczudli (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016, s. 57-58.

²²² E. Sygit, R. Ossowski, Przemoc wobec osób starszych ze względu na ich wiek, płeć i wykształcenie, Gerontologia Polska 2008, nr 16(3), 163-164.

²²³ R. Kijak, Przemoc wobec ludzi starszych (w:) R. Kijak, Z. Szarota (red.), Starość. Między diagnozą a działaniem, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 79, D. K. Taylor, G. Bachuwa, J. Evans, V. Jackson-Johnson, Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians, Journal of the National Medical Association 2006 nr 98(3), s. 403-404, C. Cooper, A. Selwood, G. Livingston, The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, Age and ageing 2008, nr 37(2), s. 151-160, B. D. Dunlop, M. B. Rothman, K. M. Condon, K. S. Hebert, I. L. Martinez, Elder abuse:

okoliczności, które zwiększają ryzyko bycia ofiarą przemocy przez osobę starszą jest fakt postępujących objawów choroby Alzheimera.

Ważne, zarówno w kontekście etiologii zjawiska przestępczości wobec osób z chorobą Alzheimera, jak też w odniesieniu do zapobiegania temu problemowi, wydaje się również zainteresowanie sytuacją życiową ich opiekunów. Dotyczy to zwłaszcza opiekunów będących członkami rodzin. Osoby te po pierwsze pełnią tę funkcję w zasadzie cały czas, a po drugie są dużo intensywniej związani emocjonalnie z chorymi, w odróżnieniu od opiekunów profesjonalnych, dla których jest to praca, która ma swój wymiar.

Stąd też wsparcie psychologiczne, a niekiedy również finansowe (np. aby członek rodziny był w stanie opłacić profesjonalną pomoc, która zmniejszy jego zakres obowiązków wobec chorego) dla opiekunów można uznać za działania o wysokim stopniu pilności. Przemoc, zwłaszcza gdy mówimy o agresji, która nie jest skutkiem jakiegoś zaplanowanego działania, a bardziej chwilowego zachowania, może być skutkiem stresu, przemęczenia i wykluczenia opiekunów z ich dotychczasowego życia. Wśród przyczyn frustracji pojawiającej się po stronie opiekuna osoby starszej podaje się w literaturze m.in. przykład dzieci lub zięciów, którzy weszli w taki etap życia, w którym zakończyli proces wychowywania swoich dzieci i sądzili, że będą mogli w ciągu kolejnych lat zająć się realizacją swoich własnych potrzeb, pragnień, tymczasem zostali zmuszeni do sprawowania opieki nad potrzebującymi tego rodzicami lub teściami²²⁴.

W literaturze wskazuje się na wiele negatywnych skutków w codziennym życiu opiekunów osób z chorobą Alzheimera, które mogą prowadzić do frustracji i problemów emocjonalnych. Zwraca się uwagę m.in. na postępujące problemy z komunikowaniem się z chorym, których źródłem są objawy zmian neurodegeneracyjnych w mózgu. Trudności te są w zasadzie wpisane w istotę opieki nad osobą z chorobą Alzheimera²²⁵.

Risk factors and use of case data to improve policy and practice, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2001, nr 12(3-4), s. 95-122, N. G. Choi, J. Jun, Life regrets and pride among low-income older adults: Relationships with depressive symptoms, current life stressors and coping resources, *Aging and Mental Health* 2009, nr 13(2), s. 213-225.

²²⁴ B. Tobiasz-Adamczyk, Osoby starsze i niepełnosprawne jako kategoria osób szczególnie narażonych na przemoc (w:) D. Jaszczak-Kuźmińska, K. Michalska (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, Warszawa 2010, s. 52.

²²⁵ W. E. Haley, The family caregiver's role in Alzheimer's disease, *Neurology* 1997, nr 48(5 Suppl 6), s. 25-29, B. T. Mausbach, T. L. Patterson, R. Von Känel, P. J. Mills, J. E. Dimsdale, S. Ancoli-Israel, I. Grant, The attenuating effect of personal mastery on the relations between stress and Alzheimer caregiver health: a five-year longitudinal analysis, *Aging Ment Health* 2007 nr, 11(6), s 637-644.

Ponadto wskazuje się na pojawiające się u opiekunów problemy ze zdrowiem oraz ze snem²²⁶, w tym również na zagrożenie zaburzeniami o charakterze psychiatrycznym, takimi jak depresja, czy stany lękowe²²⁷. Niemal trzech z czterech opiekunów osób z chorobą Alzheimera, którzy sprawują pieczę nad chorymi w domu, ma problemy z permanentnym stresem. Co druga z takich osób zmagają się z zespołami depresyjnymi i depresją²²⁸. Jest to ogromne obciążenie dla zdrowia psychicznego tych osób.

Ponieważ w Polsce zdecydowana większość osób z Alzheimera znajduje się w domach, nie zaś w ośrodkach opieki, osobami, które szczególnie mogą odczuć brzemień o charakterze psychicznym i fizycznym, a także społecznym, które jest następstwem zajmowania się chorym, są opiekunowie. Stan ten potęguje fakt, że większość z nich sprawuje pieczę codziennie, a jedynie niewielka grupa korzysta z pomocy profesjonalnych opiekunów. Z uwagi zaś na charakter tego schorzenia, które z czasem rozwija się i staje się coraz bardziej poważne, opieka ta przeobraża się w coraz trudniejszą, coraz bardziej wymagającą czasu i energii. Należy przy tym pamiętać, że opiekunowie nadal muszą zajmować się również swoimi dotychczasowymi zadaniami, w tym również zawodowymi i rodzinnymi, które również są bardzo ważne.

Do tego dodać należy niemałe nakłady finansowe, z którymi wiąże się opieka, co również wpływa na ogólną sytuację osoby sprawującej opiekę nad chorym na Alzheimera²²⁹. Sytuacja taka może doprowadzić do pewnej awersji, nieprzychylności ze strony opiekuna wobec osoby z chorobą Alzheimera²³⁰. W dalszej perspektywie może to stać się jedną z przyczyn rodzącego się między nimi konfliktu, czy też stosowania przez osobę zajmującą się chorym przemocy, nawet jeśli nie wynika to z jakiegoś rozmyślnego, zaplanowanego działania, a jest raczej wynikiem chwilowego impulsu.

Innym zagadnieniem, które pojawia się w literaturze, jest również problem wzajemnej agresji opiekuna i osoby, nad którą sprawuje on pieczę, która przybiera na sile i w przypadku

²²⁶ W. E. Haley, *The family caregiver's role...*, op. cit., s. 25–29, R. Schulz, S. Beach, *Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study*, JAMA 1999 nr, 282(23) s. 2215.

²²⁷ A. Witusik, T. Pietras, *Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie – badania pilotażowe*. *Psychogeriatrya Polska* 2007 nr, 4(1), s. 1-6, D. Coon, B. Evans, *Empirically Based Treatments for Family Caregiver Distress: What Works and Where Do We Go from Here?*, *Geriatric Nursing* 2009 nr, 30(6), s. 426-436.

²²⁸ H. Feldman, S. Gracon, S. Gauthier, *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's disease*, Londyn 1996, s. 239-259.

²²⁹ K. Gustaw, K. Bełtowska, M. Makara-Studzińska, *Reakcje emocjonalne opiekunów z demencją – potrzeba pomocy społecznej*, *Przegląd Lekarski* 2008 nr, 65(6), s. 304-307, M. A. Basińska, P. N. Lewandowska, A. Kasprzak, *Wsparcie społeczne a zmęczenie życiem codziennym u opiekunów osób chorych na Alzheimera*, *Psychogeriatrya Polska* 2013 nr, 10(2), s. 1-10.

²³⁰ I. Kłoszewska, *Rola opiekuna chorych z otępieniem*, *Polski Przegląd Neurologiczny* 2007 nr, 2, s. 105-109.

której niekiedy niemożliwym jest nawet precyzyjne określenie, kto jako pierwszy zaczął zachowywać się w niewłaściwy sposób²³¹. Jak zostało wspomniane w rozdziale o aspektach medycznych choroby Alzheimera, jednym z objawów tego schorzenia mogą być problemy z panowaniem nad emocjami, w tym również nad złością, co może prowadzić również do agresywnych zachowań ze strony chorego. Zagadnienie to zostanie dokładniej omówione w dalszej części niniejszego rozdziału.

Naturalnie różnorakie negatywne dla zdrowia psychicznego i fizycznego następstwa opieki nad osobą z chorobą Alzheimera nie mogą tłumaczyć stosowania przemocy wobec chorego. Wskazują one jednak na pewne podłoże, które może w istotnym stopniu zwiększać ryzyko takich zachowań ze strony opiekunów. Należy więc zgodzić się z apelem zawartym we wspomnianej wyżej Rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji, w którym Parlament Europejski m.in.: *“zwraca się do państw członkowskich o rozwinięcie różnorodnych, innowacyjnych i odpowiedniej jakości struktur wypoczynku dla opiekunów, takich jak zakwaterowanie i ośrodki czasowego pobytu, oraz o zapewnienie opieki zdrowotnej opiekunom, proponując im na przykład odpowiednią opiekę medyczną i wsparcie psychologiczne lub socjalne”, a także “podkreśla wagę psychologicznego wsparcia dla pacjentów i ich rodzin; podkreśla znaczenie powiązania psychospołecznego podejścia do starzenia się z wynikami badań medycznych i biomedycznych; podkreśla potrzebę prowadzenia badań naukowych w dziedzinie ekonomiki zdrowia oraz nauk społecznych i humanistycznych, jak również innych niż farmakologiczne aspektów leczenia, aby zrozumieć aspekty psychologiczne, gospodarcze i społeczne demencji oraz wpierać korzystanie z istniejących technologii (e-zdrowie, TIK, technologie asystujące itd.)”*²³².

Jest to apel, który można skierować wprost do osób zajmujących się badaniami w zakresie nauk społecznych, w tym między innymi nauk prawnych i kryminologii. Wśród kilku kluczowych aspektów związanych z analizą problemów stojących przed, przede wszystkim, osobami z chorobą Alzheimera, ale również przed ich opiekunami, bezwzględnie należy zwrócić uwagę również na problematykę wiktymologicznych aspektów choroby Alzheimera.

Nie jest możliwe na ten moment dokładne określenie rzeczywistej liczby przestępstw, w których ofiarami są osoby z chorobą Alzheimera. Wynik to ze specyfiki tej choroby, z jej objawów, które przy całej swojej złożoności można sprowadzić do wieloaspektowego pogar-

²³¹ E. Jaroszewska, Starość i agresja — osoby starsze jako ofiary oraz sprawcy przemocy, *Problemy Polityki Społecznej* 2012 nr, 17, s. 114.

²³² Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy..., op. cit.

szania się funkcji poznawczych. Z tego powodu zgłoszenie takich czynów zabronionych lub chociażby zasygnalizowanie przez osoby chore, że dzieje się coś niedobrego, może być wyzwaniem przekraczającym ich możliwości. Skutkuje to bardzo wysoką ciemną liczbą przestępstw. Być może wraz z rozwojem technologii sytuacja ta w jakiejś mierze ulegnie zmianie, zwłaszcza gdy mowa o przemocy lub innych przestępstwach które popełniane są w domach opieki.

W tym momencie próbując analizować problem przestępczości wobec osób z chorobą Alzheimera nieuniknionym wydaje się poruszanie się w swego rodzaju niewiadomej. Znakoomicie widać to na przykładzie prób oszacowania zjawiska, które jest problemem bardzo zbliżonym, czyli przemocy wobec osób starszych (wśród których są również, rzecz jasna, osoby z chorobą Alzheimera). Trudności te dotyczyły zarówno badań, które były przeprowadzane w otoczeniu osób starszych, jak też podczas wywiadów z samymi ofiarami, które z różnych przyczyn nie okazywały się pomocne na tyle, aby możliwe było pełne poznanie skali zjawiska. Wśród tych przyczyn pojawiała m.in. obawa, że wyznanie prawdy mogłoby skutkować przeprowadzką do domu opieki lub też emocjonalną niechęcią do wskazywania na niewłaściwe postępowanie najbliższych²³³, a także trudności z uzmysłowieniem sobie tego, że zachowanie innych osób można zakwalifikować jako przemoc, czy też nieświadomość tego, gdzie można uzyskać wsparcie w tej sprawie²³⁴.

Potwierdzają to również badania, które przeprowadzono w latach 2010-2011 przy wykorzystaniu dokumentacji Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu, a także wywiadów z osobami, które pracowały w tym ośrodku. Dotyczyły one przemocy wobec osób starszych. Osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie analizy zdobyły wiadomości o 108 sytuacjach, w których dochodziło do przemocy wobec osób starszych w Poznania. Przy weryfikacji tych informacji okazało się, że w odniesieniu do 44 potencjalnych ofiar osoby przeprowadzające badania nie były w stanie potwierdzić domniemanych zdarzeń przemocowych. Po rozmowach z pracownikami Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie okazało się, że wśród tych niepotwierdzonych ofiar w ogromnej liczbie znajdowały się osoby z chorobą Alzheimera lub cierpiące na otępienie starcze²³⁵.

²³³ K. Michalska, D. Jaszczak-Kuźmińska, *Przemoc w rodzinie* (w:) D. Jaszczak-Kuźmińska, K. Michalska (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełno-sprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, Warszawa 2010D, s. 16–19, E. Jaroszewska, *Starość i agresja...*, op. cit., s. 117.

²³⁴ B. Tobiasz-Adamczyk, *Definicje przemocy* (w:) B. Tobiasz-Adamczyk (red.), *Przemoc wobec osób starszych*, Kraków 2009, s. 26.

²³⁵ A. Czabański, K. Lewicka-Pańczak, *Przemoc wobec osób starszych w świetle danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu*, *Nowiny Lekarskie* 2021 nr, 81(1), s. 55–57.

Próbując usystematyzować fenomen zjawiska przestępczości wobec osób z chorobą Alzheimera poprzez określenie jego rodzajów czy też form skorzystać można z zaproponowanego przez B. Tobiasz-Adamczyk podziału przemocy wobec osób starszych. Zgodnie z tą typologią istnieje 5 rodzajów przemocy wobec tej grupy osób, które równie dobrze można odnieść do czynów zabronionych, których ofiarami są osoby z chorobą Alzheimera. B. Tobiasz-Adamczyk wyróżnia: zaniedbanie, przemoc seksualną, przemoc finansową, przemoc fizyczną, a także przemoc psychiczną i emocjonalną²³⁶.

Podział ten dobrze oddaje zróżnicowanie form naruszania praw osób starszych, w tym osób z chorobą Alzheimera. Słusznie zostało wskazane, że obok najbardziej oczywistych form przemocy, a więc tych o charakterze fizycznym, jak też psychiczno-emocjonalnym, problemem może być również zaniedbanie. Jego szkodliwość jest tym większa, w im dalszej fazie rozwoju choroby Alzheimera, a tym samym im mniej samodzielny jest chory, a także na przemoc finansową, która ma tym większe znaczenie, im zamożniejsza jest osoba chora.

Pewne światło na skalę zjawiska rzuca opublikowany w 2011 r. raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), który dotyczył przemocy wobec osób starszych. Dokument ten został opracowany na podstawie badań, które przeprowadzono w 53 krajach położonych w Europie. Zgodnie z wynikami raportu najwięcej osób starszych (aż 29 milionów) dotyka problem gróźb i znęcania się. Jest to zdecydowanie najczęstszy rodzaj przemocy. Według badań na drugim miejscu plasuje się przemoc, która związana jest z chęcią odebrania osobom starszym majątku, które zebrały one w ciągu swojego życia. Chodzi tutaj o różnego rodzaju kradzieże i oszustwa, których ofiarami zdaniem autorów raportu WHO zostało 6 milionów osób w podeszłym wieku²³⁷.

Ponadto niewiele mniej, bo ok. 4 miliony osób starszych doświadczyło przemocy o charakterze fizycznym, m.in. bicia, kopania, zamykania w pokojach na długi okres. Jak wynika z raportu najmniejsza grupa seniorów została ofiarami przemocy seksualnej. Mimo wszystko milion ofiar takich zachowań sprawców jest dosyć zaskakujący. Co szczególnie ważne z punktu widzenia tematyki niniejszej rozprawy doktorskiej, zdaniem autorów dokumentu wśród grup osób starszych szczególnie zagrożonych przemocą są osoby z chorobą Alzheimera²³⁸. W raporcie WHO z 2017 r., który przygotowano na gruncie analizy dokonanej w 28 państwach położonych w różnych regionach, wskazano, że co szósta osoba w starszym

²³⁶ B. Tobiasz-Adamczyk, *Osoby starsze i niepełnosprawne ...*, op. cit., s. 45–47.

²³⁷ Przemoc wobec starszych. Wstrząsający raport. Pobrane z: <https://www.tvn24.pl/wiadomosci-ze-swiata,2/przemoc-wobec-starszych-wstrzasajacy-raport,174914.html> (dostęp: 02.08.2021 r.).

²³⁸ Tamże.

wieku jest ofiarą znęcania się w jakiejś formie. Najczęstszymi formami przemocy stosowanej wobec osób starszych, zdaniem autorów dokumentu, była przemoc psychiczna, przemoc finansowa, a także zaniedbanie²³⁹.

Podobne badania, dotyczące przemocy skierowanej wobec osób starszych, wśród których znajdują się również osoby z chorobą Alzheimera, przeprowadzana były w różnych krajach, na różnych kontynentach. W ramach przykładu przytoczyć można wyniki takich analiz dokonanych w Korei, w Indiach i w Kanadzie. W pierwszym z tych krajów 4,2% osób w wieku ponad 65 lat było ofiarami zaniedbania, a wobec niemal podobnej liczby badanych, bo 4,1% stosowano przemoc o charakterze psychicznym²⁴⁰.

Wyniki badań z drugiego z tych państw są jeszcze bardziej alarmujące. Okazuje się, że co dziesiąta osoba starsza musiała mierzyć się ze skierowaną wobec niej przemocą werbalną, a nieco ponad 4% z osób należących do tej kategorii wiekowej zostało ofiarami przemocy fizycznej. Szczególnie groźnie prezentują się jednak wyniki z ostatniego z tych krajów - Kanady. W badaniu, w którym pytano osoby starsze o to, czy w ciągu wcześniejszych 12 miesięcy stosowano wobec nich przemoc, aż 14% z nich wskazało, że miało to miejsce nie mniej niż 10 razy²⁴¹.

Na uwagę zasługuje również metaanaliza wykonana przez R. Sooryanarayana, W. Y. Choo i N. N. Hairi. Dotyczyła ona badań przeprowadzanych w latach 1990-2011, czyli w ostatniej dekadzie XX i pierwszej dekadzie XXI wieku. Efekt prac wspomnianych trzech autorów ukazał, że liczba osób starszych, wobec których stosowana jest przemoc zależy od poziomu rozwinięcia kraju, w którym mieszkają i waha się od 13,5-28,8% w krajach rozwiniętych do aż 44,6% w krajach rozwijających się. Ponadto z metaanalizy wynika, że przemoc stosowana wobec osób starszych ma najczęściej charakter psychiczny, a także finansowy²⁴².

Próby określenia skali przemocy wobec osób starszych podejmowane były również w Polsce. Warto wspomnieć, że już w latach 90. M. Halicka przeprowadziła takie badania na grupie badawczej osób mieszkających w Białymstoku. Tamte analizy, sprzed ponad dwudziestu lat, pokazały, że wśród najważniejszych form przemocy można było wskazać izolowanie

²³⁹ Y. Yongjie, C. R. Mikton, Z. D. Gassoumis, K. H. Wilber, Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet Global Health* 2017 nr, 5(2), s. e147-e156.

²⁴⁰ M. Makara-Studzińska, K. Sosnowska, Przemoc wobec osób starszych – przegląd badań, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2012 nr, 12(1), s 57–59.

²⁴¹ Tamże.

²⁴² R. Sooryanarayana, W. Y. Choo, N. N. Hairi, A review on the prevalence and measurement of elder abuse in the community, *Trauma, Violence, & Abuse* 2013 nr, 14(4), s. 316–325.

osób starszych, a także odmawianie im niezbędnej z uwagi na stan zdrowia opieki²⁴³. Wśród bardziej współczesnych badań wskazać można m.in. na pracę A. Grzanki-Tywińskiej i jej zespołu badawczego, którzy w 2012 r. przeprowadzili taką analizę w Bydgoszczy. W świetle ich badań wobec niemal połowy osób starszych stosowano przemoc o charakterze psychicznym, a wobec co dziesiątej – przemoc fizyczną²⁴⁴.

Istnieją również badania, w których próbowano oszacować skalę przemocy wobec osób z demencją. Wskazują one, że wobec mniej więcej połowy z nich stosowane są różnego rodzaju formy nadużycia²⁴⁵. W głównej mierze chodzi tutaj o przemoc o charakterze psychicznym, a w mniejszym, ale również istotnym o zaniedbanie i przemoc fizyczną²⁴⁶. W przypadku osób z demencją nie można ignorować również zmian w zachowaniu samego chorego. Jak wspomniano już wcześniej, nie próbując usprawiedliwiać zachowania sprawców przemocy, należy zwrócić uwagę na mogące zwiększać jej ryzyko postępowanie osoby z demencją, które jest wynikiem objawów choroby, a może polegać m.in. na zwiększonej częstotliwości zachowań agresywnych, również w odniesieniu do samego opiekuna²⁴⁷.

Przypomnieć można tutaj analizy dotyczące nawarstwiającego się wzajemnie cyklu przemocy pomiędzy chorym a opiekunem, o którym była mowa we wcześniejszej części niniejszego rozdziału. W tym miejscu należy dodać jeszcze, że osobą, która sprawuje pieczę nad chorym może być osoba słabsza lub podobnie słaba do niego. Taka sytuacja może mieć miejsce np. gdy opiekunem jest znajdujący się również w podeszłym wieku współmałżonek.

Jako pewne podsumowanie powyższych rozważań skonstatować można, że choroba Alzheimera jest jednym z czynników ryzyka występowania przemocy wobec osób starszych. Jest to taka cecha, związana bezpośrednio z osobą ofiary, z jej stanem zdrowia psychicznego, a także częściowo fizycznego, która sprawia, że zagrożenie wiktymologiczne, że niebezpie-

²⁴³ J. Mordawska, Zjawisko przemocy wobec osób starszych – skala problemu, czynniki ryzyka, metody przeciwdziałania (w:) A. Lewicka-Zelent, K. Maciąg (red.), *Osoba doświadczająca przemocy w świecie milczenia czy wsparcia? Refleksje interpersonalne*, Lublin 2017, s. 126–130.

²⁴⁴ A. Grzanka-Tywińska, A. Rzepka, M. Chudzińska, B. Sygit, K. Kusza, K. Kędziora-Kornatowska, Problematyka przemocy wobec osób starszych, *Nowiny Lekarskie* 2012 nr, 81(1), s. 44–48, zob. też K. Laskowska, Wybrane środki prawne ochrony członków rodziny przed przemocą (w:) J. Izdebska, A. Popławska (red.), *W trosce o współczesną rodzinę: teoria badania, wsparcie, ujęcie interdyscyplinarne*, Białystok 2013, s. 281–287.

²⁴⁵ C. Cooper, A. Selwood, M. Blanchard, Z. Walker, R. Blizard, G. Livingston, Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey, *BMJ* 2009 nr, 338, s. 155, A. Selwood, C. Cooper, Abuse of people with dementia, *Reviews in Clinical Gerontology* 2009 nr, 19(1), s. 35–43, A. Wiglesworth, L. Mosqueda, R. Mulnard, S. Liao, L. Gibbs, W. Fitzgerald, Screening for abuse and neglect of people with dementia, *Journal of the American Geriatrics Society* 2010 nr, 58(3), s. 493–500.

²⁴⁶ A. Wiglesworth, L. Mosqueda, R. Mulnard, S. Liao, L. Gibbs, W. Fitzgerald, Screening for abuse..., op. cit., s. 493–500.

²⁴⁷ J. Mordawska, Zjawisko przemocy wobec osób starszych..., op. cit., s. 132.

czeństwo związane z byciem pokrzywdzonym przestępstwem staje się większe. Stąd też wydaje się, że obecność rozważań wiktymologicznych w rozprawie doktorskiej dotyczącej m.in. kryminologicznych aspektów choroby Alzheimera, jest nie tylko wskazana, ale wręcz niezbędna.

Jak zostało wskazane, pewną próbą stawienia czoła trudnościom z ustaleniem faktycznej skali przestępczości wobec osób z chorobą Alzheimera i rzucenia przynajmniej w części światła na zjawisko przestępczości wobec osób z chorobą Alzheimera mogą okazać się badania empiryczne, zwłaszcza te w których uczestniczą również osoby mające regularny kontakt z osobami z chorobą Alzheimera – członkowie rodzin, opiekunowie, lekarze neurologzy i geriatrzy. Próba taka została podjęta w ramach prac nad niniejszą rozprawą doktorską.

§ 2. Wiktymologiczne aspekty choroby Alzheimera w świetle badań empirycznych

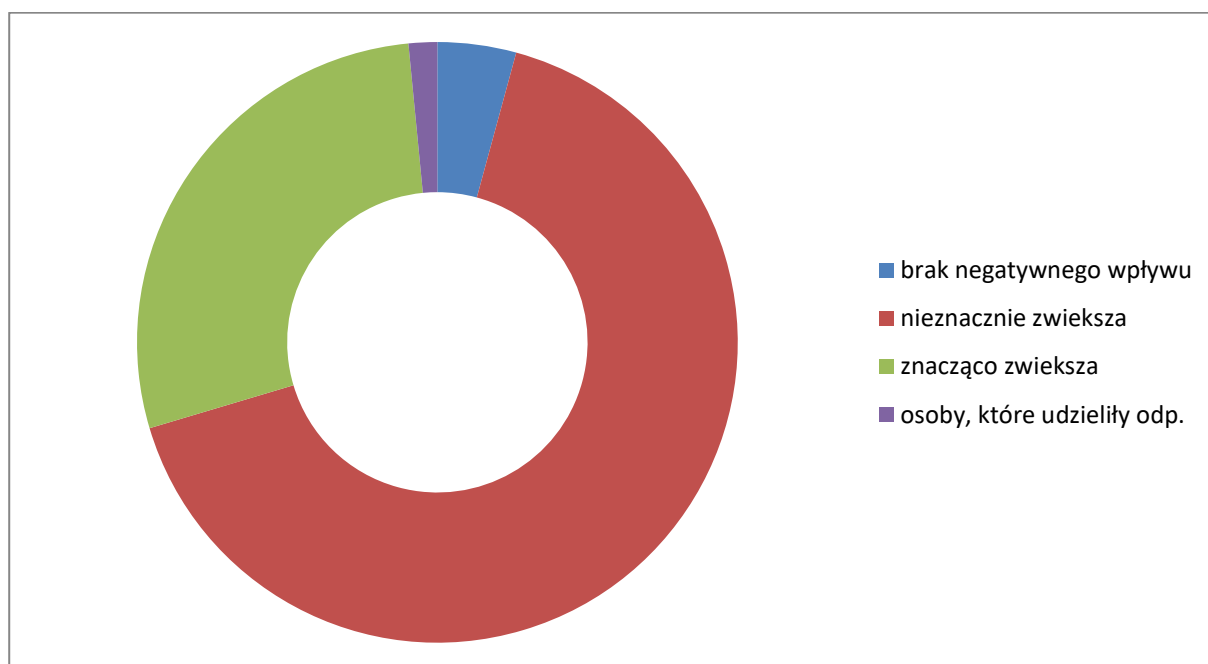
Niezwykle ważnym problemem z punktu widzenia tematyki niniejszej rozprawy doktorskiej jest wpływ rozwijającej się choroby Alzheimera, a zwłaszcza jej postępujących objawów na ryzyko stania się ofiarą przestępstwa. Jak zasygnalizowano w rozdziale dotyczącym metodyki przeprowadzonych badań, zagadnienie to zostało przeanalizowane w ramach badań empirycznych, zarówno jakościowych, jak też ilościowych. Drugi paragraf niniejszego rozdziału służyć będzie analizie wyników tych badań, ze szczególnym uwzględnieniem zależności istotnych statystycznie.

Pierwszym problemem, który został przebadany metodą ilościową, jest to, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach, które charakteryzują się jeszcze łagodnymi zaburzeniami poznawczymi, wpływa na łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa. Wyniki wskazują na to, że zdecydowana większość respondentów jest zdania, że łagodne zaburzenia poznawcze nieznacznie zwiększają ryzyko pokrzywdzenia przestępstwem oszustwa.

Wariant ten wybrało 172 ankietowanych, czyli ponad dwóch na trzech z nich (67,2% wśród tych, którzy zdecydowali się wskazać jedną z odpowiedzi). 73 respondentów uznało natomiast, że wpływ ten jest znaczący (28,5% spośród osób, które zdecydowały się odpowiedzieć). Najmniej ankietowanych uznało, że negatywnego wpływu w tym zakresie nie ma. Wariant ten wskazało 11 z nich (4,3% spośród tych, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie).

Wykres 1.

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

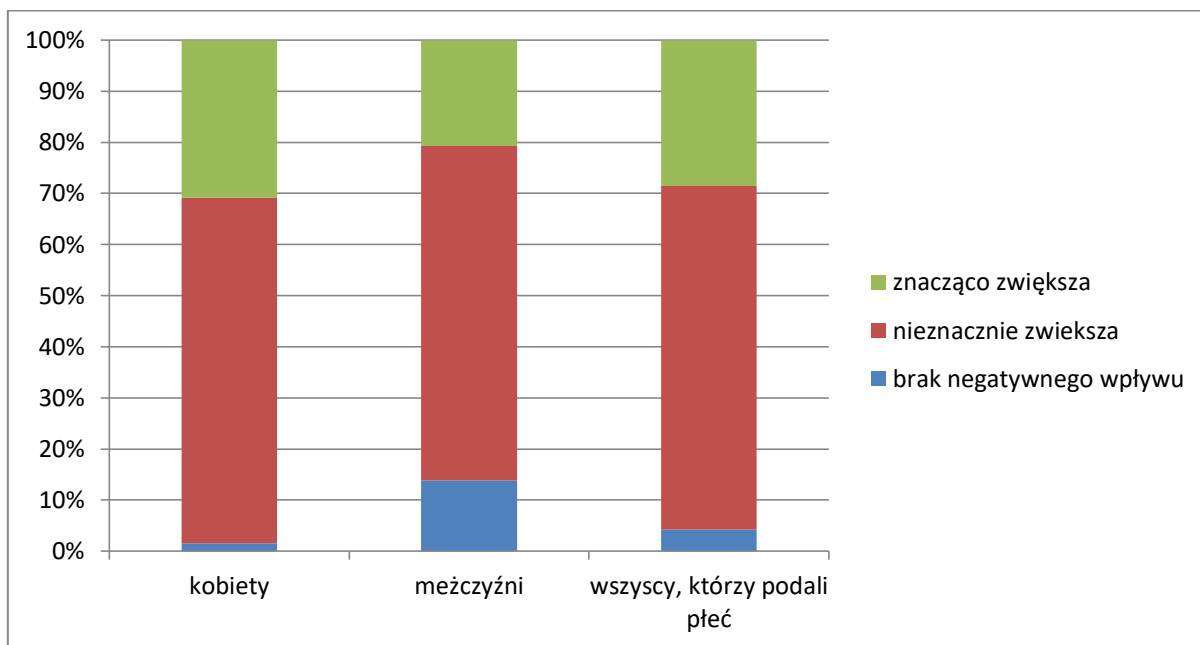
Analiza zebranych danych pozwala stwierdzić, że w przypadku tego pytania istnieją dwie zależności, które wykazują bardzo dużą istotność statystyczną. Pierwsza z nich dotyczy odpowiedzi udzielanych w zależności od płci respondenta (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,000$). Analiza danych zebranych na poniższym wykresie wskazuje, że istnieją różnice w tym, jak odpowiadały kobiety, a jak mężczyźni. Zróznicowanie to dotyczy częstotliwości wskazywania na którąś z dwóch skrajnych odpowiedzi (brak negatywnego wpływu oraz znaczący wpływ).

Zaczynając od tego wariantu, w przypadku którego brak większych anomalii, należy stwierdzić, że mniej więcej dwie na trzy osoby uznały, że choroba Alzheimera w początkowych fazach, kiedy objawy polegają jeszcze na łagodnych zaburzeniach poznawczych, wpływa na łatwowierność chorego, a w konsekwencji na ryzyko stania się ofiarą oszustwa. Takiego zdania było 67,7% kobiet, 65,5% mężczyzn, a także, patrząc ogólnie, 67,2% wśród wszystkich respondentów, którzy podali swoją płeć. Z pozostałych danych zebranych w trakcie przeprowadzonych badań wynika natomiast, że kobiety zdecydowanie częściej wybierały odpowiedź „znacząco zwiększa” niż mężczyźni (kobiety – 30,8%, mężczyźni – 20,7%, ogół –

28,5,5), natomiast radykalnie rzadziej wskazywały na wariant „brak negatywnego wpływu” (kobiety – 1,5%, mężczyźni – 13,8%, ogół – 4,3%).

Wykres 2.

Zależność między udzieleniem odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwości chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa a płcią respondenta.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Druga z bardzo istotnych statystycznie zależności zachodzi między odpowiedzią udzieloną na pytanie, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych wpływa na łatwości chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa a rodzajem relacji respondenta (lub jej brakiem) z osobą z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,004$). Analizując wyniki zauważyć można, że trzy grupy posiadają odsetek głosów na poszczególne warianty dość zbliżony do tego, jaki występuje wśród wszystkich respondentów, którzy poinformowali o rodzaju swojej relacji z osobą z chorobą Alzheimera (brak negatywnego wpływu – 4,4%, nieznacznie zwiększa – 66,5%, znacząco zwiększa – 29%). Chodzi o następujące grupy: brak relacji (odpowiednio – 5,1%, 74,6%, 20,3%), lekarz (odpowiednio – 4,5%, 70,5%, 25%) oraz rodzina (odpowiednio – 4,3%, 69,6%, 26,1%).

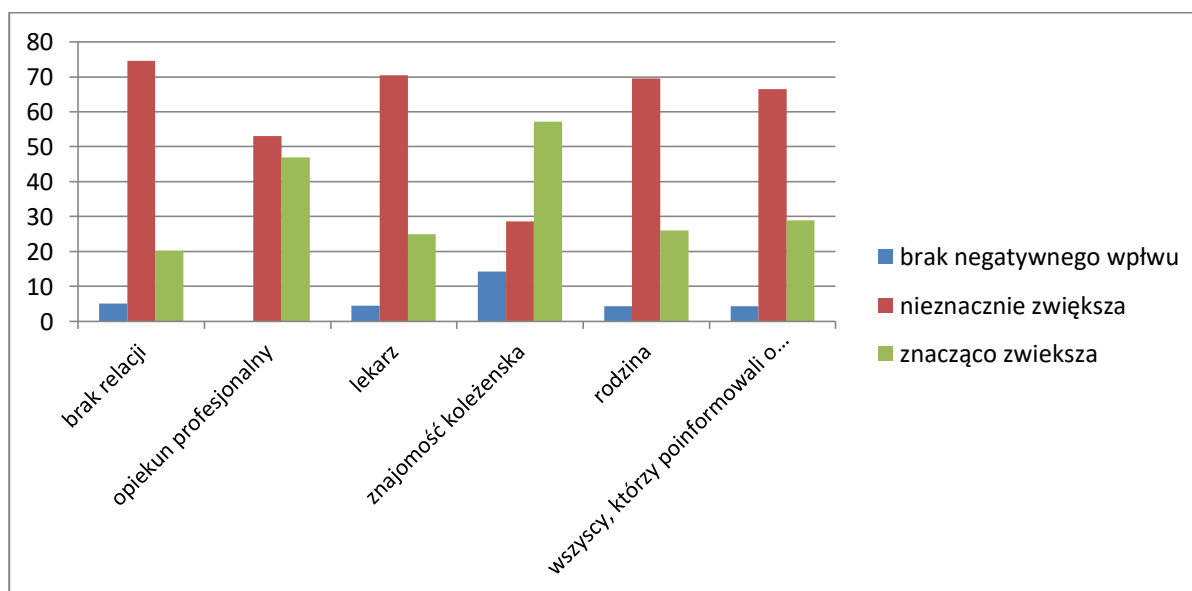
Jak można zauważyć, grupy te wykazują się dużą różnorodnością pod względem bliskości relacji. Z jednej strony mamy osoby, które należą do rodziny, z drugiej zaś respondentów, którzy są zupełnie obcy chorym. Wśród tych grup zauważyć można jednak, że mniej

więcej 4-5% ankietowanych opowiedziało się za odpowiedzią „brak negatywnego wpływu”, 65-75% z nich uznało, że oddziaływanie to jest nieznaczne, a około 20-30% członków tych grup wskazało na znaczący wpływ.

Odmiennie na tym tle kształtuje się rozkład głosów w grupie opiekunów profesjonalnych i znajomych osób chorych. W pierwszej z tych grup zauważyć można zupełny brak wskazania na opcję „brak negatywnego wpływu”, przy jednoczesnym rzadszym niż w przypadku wskazanych wyżej grup wybieraniu wariantu „nieznacznie zwiększa” (53,1% przy 66,5% wśród ogółu) i zdecydowanie częstszym niż w poprzednio omówionych grupach opowiedzeniu się za odpowiedzią „znacząco zwiększa” (46,9% przy 29% wśród ogółu). W grupie znajomych osób z chorobą Alzheimera zauważalnie więcej osób niż we wszystkich innych grupach uznało, że brak jest jakiegokolwiek negatywnego wpływu (14,3% przy 4,4% wśród ogółu – ponad 3 razy częściej), albo że wpływ ten jest znaczny (57,1% przy 29% wśród ogółu – prawie 2 razy częściej). Radykalnie rzadziej wskazywano natomiast na nieznaczne oddziaływanie (28,6% przy 66,5% wśród ogółu – ponad 2 razy rzadziej). Reasumując, wskazać można, że pewne anomalie w rozkładzie głosów zachodzą w przypadku opiekunów profesjonalnych, natomiast wśród znajomych różnice te są jeszcze większe.

Wykres 3.

Zależność między udzieleniem odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa a rodzajem relacji respondenta (lub jej brakiem) z osobą z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym.



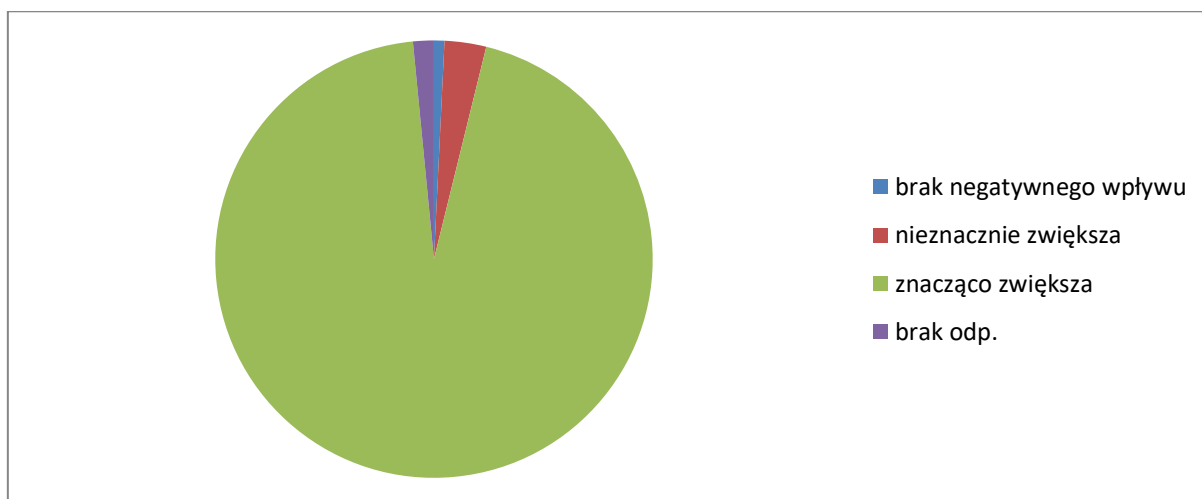
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejnym zagadnieniem, które zostało przeanalizowane w ramach niniejszych badań empirycznych dotyczyło tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie, charakteryzującej się poważnymi zaburzeniami poznawczymi, wpływa na łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że zależność taka istnieje i jest znaczna. Odpowiedzi takiej udzieliło bowiem aż 246 respondentów (96,1% wśród tych, którzy wybrali jedną z opcji).

Dwa pozostałe warianty zostały wskazane przez pojedyncze osoby. 8 ankietowanych uznało, że wpływ ten jest nieznaczny (3,1% spośród tych, którzy zdecydowali się udzielić odpowiedzi). Zaledwie 2 respondentów nie zauważyło żadnej negatywnej zależności (0,8% osób, które zdecydowały się wskazać któryś z wariantów). Dodać należy, że 4 respondentów nie zabrało głosu w tej sprawie. W przypadku tego pytania nie zaobserwowano żadnych zależności istotnych statystycznie.

Wykres 4.

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejnym problemem o charakterze wiktymologicznym, który stanowił przedmiot badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej, było to, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach, gdy pojawiają się łagodne zaburzenia poznawcze, wpływa na zdolność chorego do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby. Niemal dwie na trzy osoby biorące udział w badaniu uznały, że łagodne

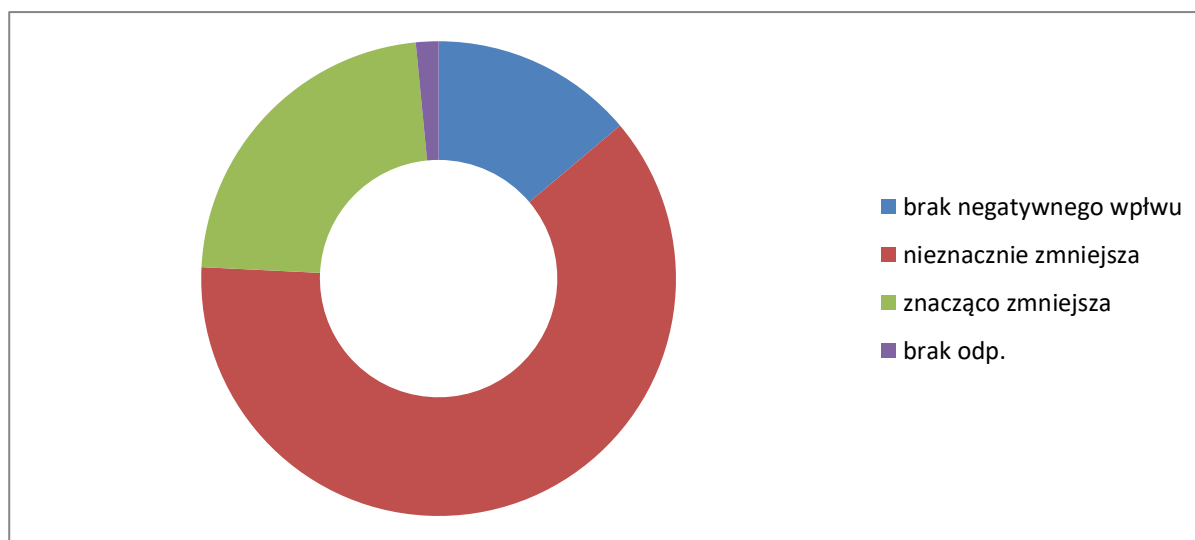
zaburzenia poznawcze nieznacznie zmniejszają zdolność pacjenta do samoobrony. Odpowiedź tę wskazało 161 respondentów (62,9% wśród tych, którzy wybrali jedną z opcji).

Zdecydowanie rzadziej, bo przez zaledwie 59 ankietowanych (23% osób, które zdecydowały się wskazać któryś z wariantów) wybierany był wariant, zgodnie z którym zmniejszenie możliwości obronnych chorego jest w tym przypadku znaczące. Najmniej odpowiadających uznało, że brak jest negatywnego wpływu. Opcję tę wybrało 36 ankietowanych (14,1% spośród tych, którzy zdecydowali się udzielić odpowiedzi). Dodać należy, że 4 osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Analiza statystyczna wskazała, że w tym przypadku pojawiła się jedna istotność statystyczna. Dotyczyła ona pewnych anomalii w udzielanych odpowiedziach z uwagi na płeć respondenta. Istotność ta była jednak na tyle niewielka (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,042$) w porównaniu do innych, omówionych w niniejszej rozprawie doktorskiej, że nie zdecydowano się na jej dokładniejszą analizę w tym miejscu. Wszystkie wyniki badań, łącznie z wypisanymi istotnościami statystycznymi, znajdują się w oddzielnym miejscu i są załączone do niniejszej rozprawy doktorskiej.

Wykres 5.

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność chorego do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejnym zagadnieniem, które zostało poddane analizie w ramach ilościowych badań empirycznych, dotyczy tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie, w

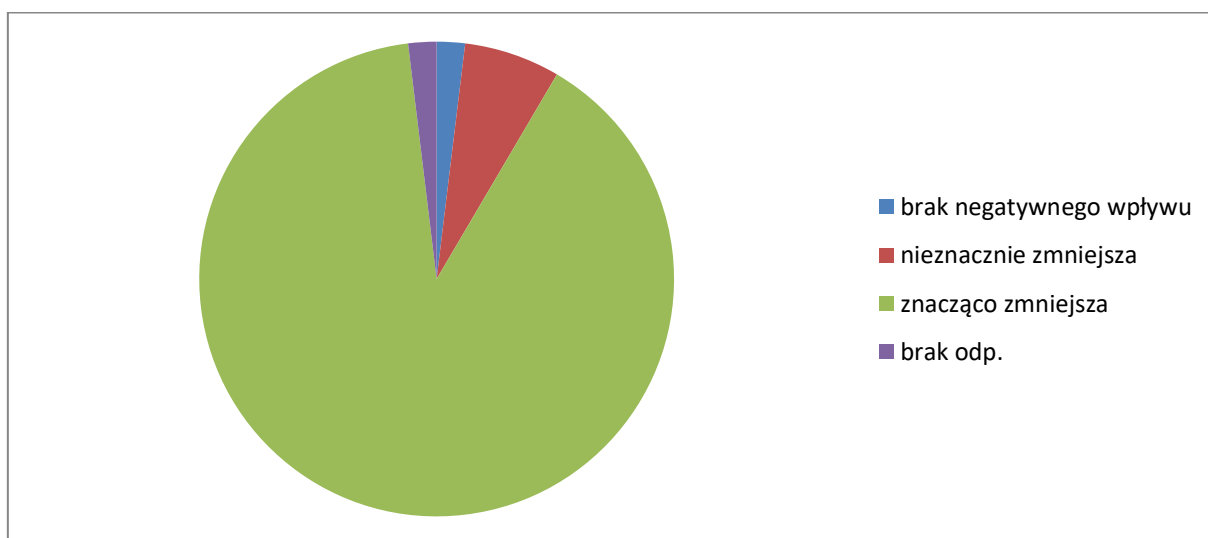
której objawy przejawiają się już w postaci poważnych zaburzeń poznawczych, wpływa na zdolność chorego do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osób. Okazało się, że zdecydowanie najwięcej, bo aż 233 respondentów wybrało odpowiedź „znacząco zmniejsza” (91,4% osób, które zdecydowały się wskazać któryś z wariantów).

Wyraźnie mniej osób – jedynie 17 ankietowanych uznało, że poważne zaburzenia poznawcze nieznacznie zmniejszają możliwości samoobrony chorego (6,7% wśród tych, którzy wybrali jedną z opcji). 5 respondentów nie zauważyło w przedstawionej sytuacji jakiegokolwiek negatywnego wpływu (2% spośród tych, którzy zdecydowali się udzielić odpowiedzi). W ramach uzupełnienia wspomnieć należy, że 5 osób nie wskazało żadnego z wariantów.

Analiza statystyczna danych zebranych w ramach niniejszych badań pozwoliła dostrzec jedną istotną statystycznie zależność. Była to korelacja między wskazaniem jednej z odpowiedzi na pytanie omówione na poniższym wykresie a regionem Polski, z którego pochodzili respondenci. W porównaniu do innych zależności, które zostały ustalone w trakcie analizy statystycznej, istotność ta nie jest jednak wysoka (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,018$). Dlatego nie zdecydowano się na dokładne omówienie tej zależności w niniejszym rozdziale. Informacje dotyczące wszystkich korelacji istotnych statystycznie znaleźć można zgrupowane w załączeniu do niniejszej rozprawy doktorskiej.

Wykres 6.

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność chorego do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby?



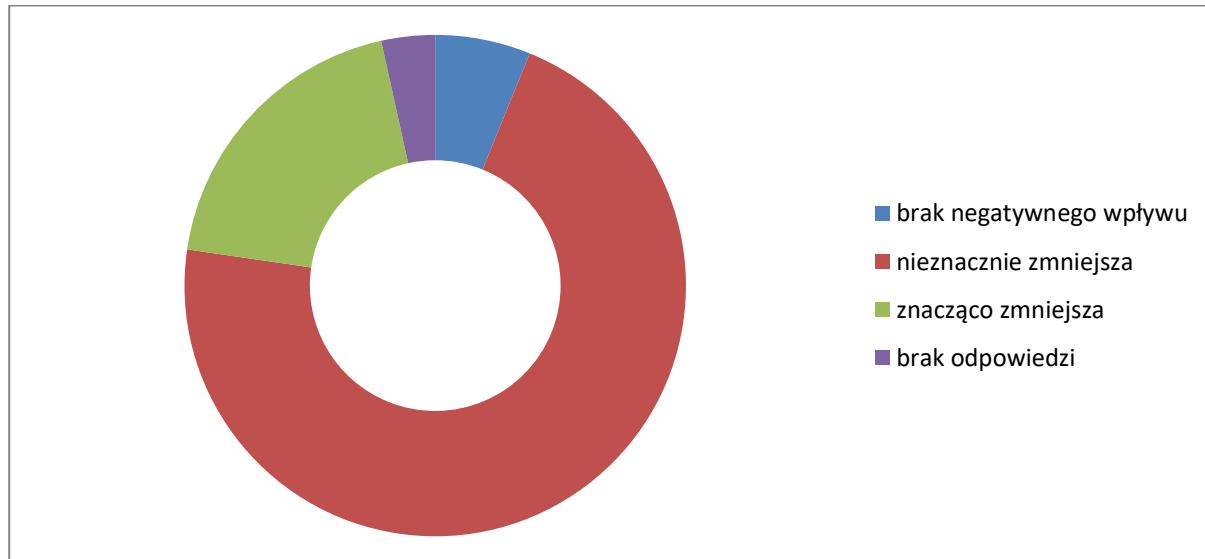
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejnym pytaniem, na które odpowiedzi szukano w ramach badań empirycznych dotyczyło tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach, gdy charakteryzuje się łagodnymi zaburzeniami poznawczymi, wpływa na zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa. W tym przypadku w zdecydowanej większości respondenci opowiedzieli się za wariantem „nieznacznie zmniejsza”. Takiego zdania było 185 ankietowanych (73,7% wśród tych, którzy wybrali jedną z opcji).

Odpowiedź, zgodnie z którą wpływ ten jest znaczący, wskazało natomiast 50 respondentów (19,9% osób, które zdecydowały się wskazać któryś z wariantów). Najmniej, bo zaledwie 16 osób biorących udział w badaniu (6,4% spośród tych, którzy zdecydowali się udzielić odpowiedzi) stwierdziło, że choroba Alzheimera w początkowych fazach nie oddziałuje negatywnie na zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa. 9 osób nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Wykres 7.

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Analiza statystyczna odpowiedzi udzielanych na to pytanie wskazała jedną korelację z danymi dotyczącymi respondentów zebranych w trakcie przeprowadzonych badań, która wykazuje dużą istotność statystyczną (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,003$). Była to zależność między oceną tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach, gdy

charakteryzuje się łagodnymi zaburzeniami poznawczymi, wpływa na zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa, a tym, jak często w ciągu roku poprzedzającego wypełnienie ankiety respondenci mieli kontakt z osobą z chorobą Alzheimera.

Analiza danych wskazanych na poniższym wykresie pozwala zauważyć niezwykle interesującą tendencję. Okazuje się, że im częstszy kontakt ankietowanego z chorym, tym większy odsetek odpowiedzi, zgodnie z którymi łagodne zaburzenia poznawcze znacząco zmniejszają zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa. Najmniejszy procent wskazania na tę opcję zaobserwować można w grupie osób, które ani razu nie miały takiej styczności (10,2%), a także wśród osób, które kontakt miały rzadziej niż raz w tygodniu (15,7%).

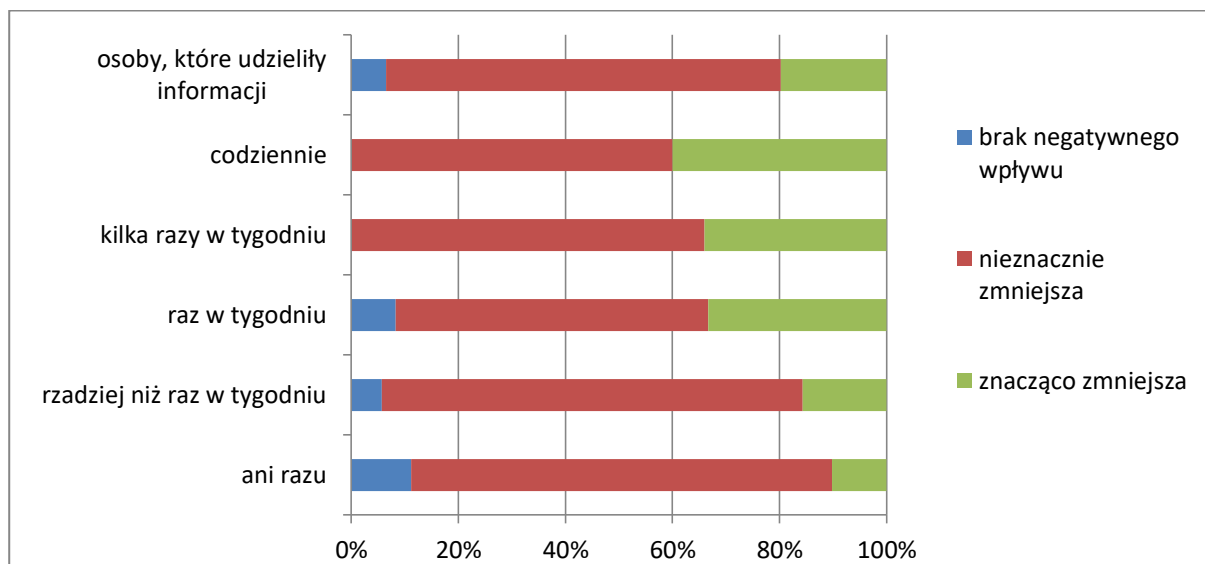
Dużo częściej wariant ten wybierali uczestnicy badania, którzy styczność z osobą chorą mieli raz w tygodniu (33,3%) lub kilka razy w tygodniu (34%). Największy odsetek wskazania na tę odpowiedź zaobserwować można w grupie osób, które codziennie miały kontakt z osobą z chorobą Alzheimera (40%). Częstotliwość wybierania wariantu „znacząco zmniejsza” wśród osób, które styczność z chorym mieli codziennie jest więc aż czterokrotnie większa niż w grupie osób, które nie miały takiego kontaktu, a także dwukrotnie w stosunku do ogółu osób, które poinformowały o częstotliwości swoich kontaktów z osobą z chorobą Alzheimera (19,8%).

Mniejsze różnice zachodzą odnośnie wskazywania przez respondentów na odpowiedzi „brak negatywnego wpływu” oraz „nieznacznie zmniejsza”. Trudno też w przypadku tych wariantów doszukać się jakichś poważniejszych tendencji z uwagi na częstotliwość styczności z osobą z chorobą Alzheimera. W przypadku tego pierwszego wariantu pewną anomalią jest to, że nie wybrał go żaden z ankietowanych, którzy mieli kontakt z chorym częściej niż raz w tygodniu.

W przypadku osób, które styczność taką miały rzadziej, odsetek ten waha się między 5% a 12% (rzadziej niż raz w tygodniu – 5,7%, raz w tygodniu – 8,3%, ani razu – 11,2%). Wariant ten wybrało 6,5% spośród wszystkich osób, które udzieliły informacji dotyczącej częstotliwości kontaktów z chorym. W przypadku wskazywania odpowiedzi „nieznacznie zmniejsza”, wyniki również nie różnią się w znaczący sposób i nie odbiegają istotnie od odsetka wskazywania na ten wariant wśród ogółu ankietowanych, którzy zdecydowali się poinformować o tym, jak często mieli styczność z osobą z chorobą Alzheimera, czyli 73,7% (ani razu – 78,6%, rzadziej niż raz w tygodniu – 78,6%, raz w tygodniu – 58,3%, kilka razy w tygodniu – 66%, codziennie – 60%).

Wykres 8.

Zależność między oceną tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach, gdy charakteryzuje się łagodnymi zaburzeniami poznawczymi, wpływa na zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa, a tym, jak często w ciągu roku poprzedzającego wypełnienie ankiety respondenci mieli kontakt z osobą z chorobą Alzheimera.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

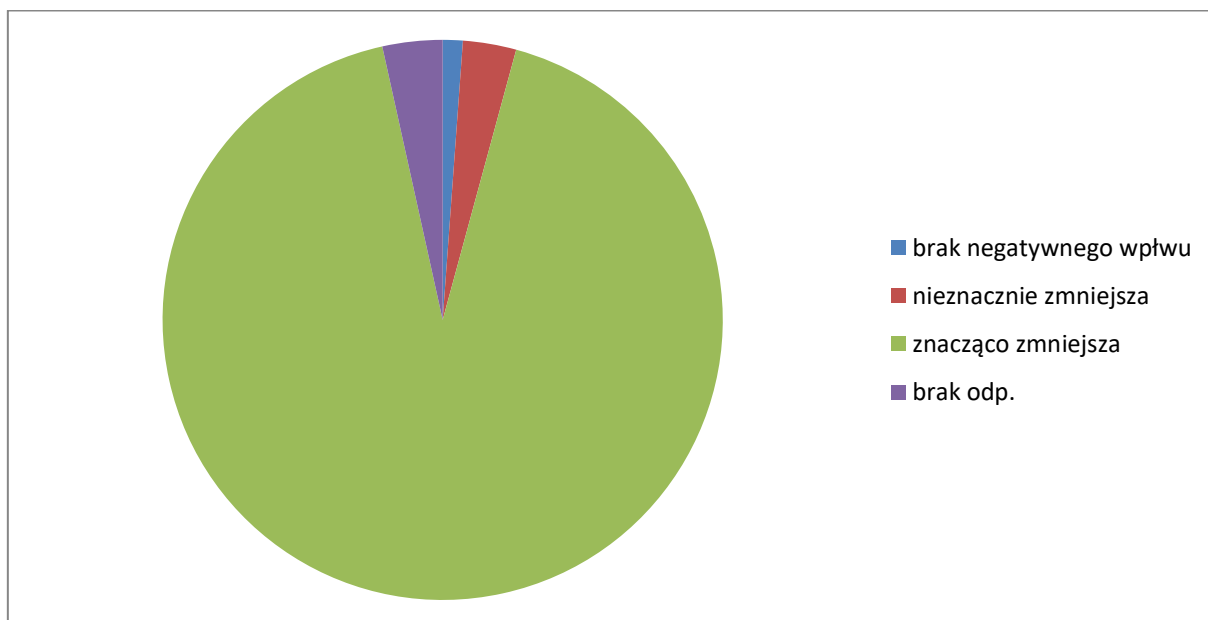
Ostatnie pytanie, które zostało zadane w ramach badań przeprowadzonych metodą ilościową, dotyczyło tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie, gdy pojawiają się już poważne zaburzenia poznawcze, wpływa na zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa. Zdecydowanie najwięcej, bo aż 240 respondentów wybrało odpowiedź „znacząco zmniejsza” (95,6% osób, które zdecydowały się wskazać któryś z wariantów).

Pozostałe warianty odpowiedzi zostały wskazane zauważalnie rzadziej. 8 ankietowanych uznało, że poważne zaburzenia poznawcze nieznacznie zmniejszają możliwości chorego dotyczące udzielenia informacji o fakcie stania się pokrzywdzonym przestępstwem (3,2% wśród tych, którzy wybrali jedną z opcji). Jedynie 3 badanych nie zauważyło jakiegokolwiek negatywnego wpływu (1,2% spośród tych, którzy zdecydowali się udzielić odpowiedzi). 9 osób, które brały udział w badaniach, nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. W przypadku tego pytania nie zaobserwowano żadnych zależności istotnych statystycznie. Oznacza to, że

odsetek poszczególnych odpowiedzi w różnych grupach, ze względu na informacje podane w trakcie wypełniania metryczki i części ogólnej, wyglądał mniej więcej podobnie.

Wykres 9.

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

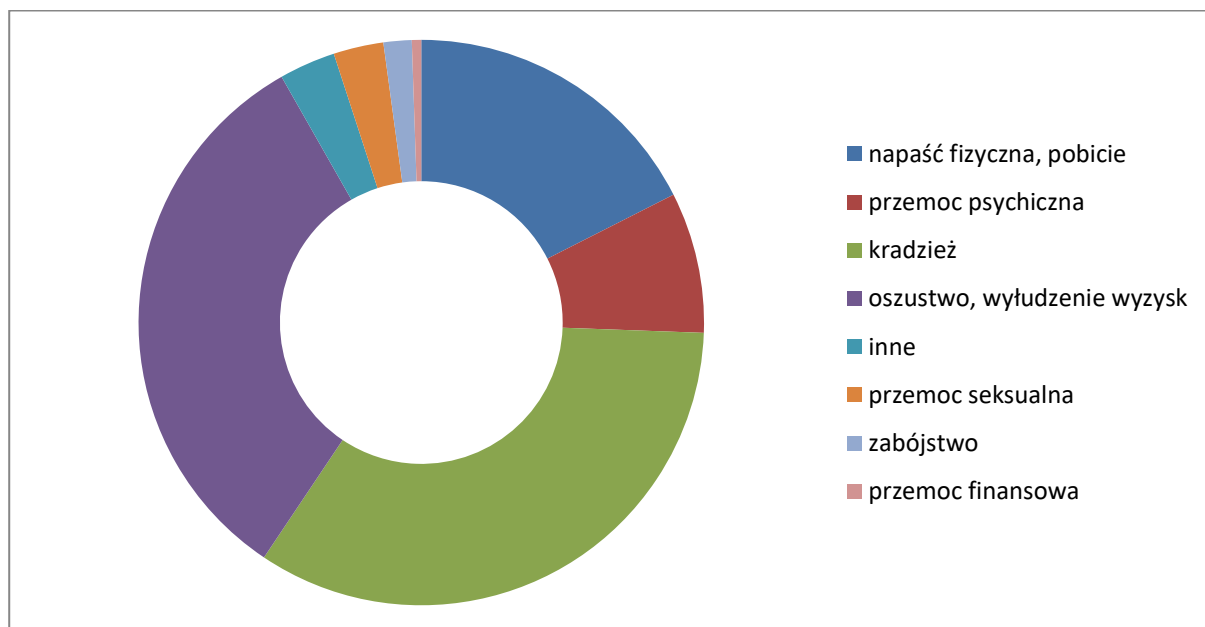
Druga część badań empirycznych dotyczących wiktymologicznych aspektów choroby Alzheimera przeprowadzona została metodą badań jakościowych. Respondenci poproszeni zostali o wskazanie 3 przestępstw, których ofiarą mogą stać się pacjenci z chorobą Alzheimera. Przy tym pytaniu pozostawiona została ankietowanym pełna dowolność w wyborze przestępstwa. Nie brano też pod uwagę podziału na chorobę Alzheimera w początkowych fazach, gdy zaburzenia poznawcze są jeszcze łagodne, oraz w fazie zaawansowanej, w której objawy polegające na zaburzeniach czynności poznawczych stają się już poważne.

Uczestnicy badań empirycznych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej udzielali różnych odpowiedzi, co doskonale obrazuje poniższy wykres. Aby ułatwić analizę zebranych danych, dokonano pewnego umownego połączenia przeróżnych zachowań, które zostały zaproponowane przez ankietowanych na 8 grup: napaść fizyczna/pobicie, przemoc psychiczna, kradzież, oszustwo/wyłudzenie/wyzysk, przemoc seksualna, zabójstwo, przemoc finansowa oraz inne. Należy też dodać, że nie wszystkie wskazane przez

nich zachowania są uznawane przez polskie prawo karne za przestępstwo (np. samobójstwo). Odpowiedzi, które nie zawierały przestępstw, zostały wyeliminowane z niniejszego opracowania. Nie każdy też wpisał trzy czyny zabronione, tak jak został poproszony, dlatego zsumowane odsetki wszystkich odpowiedzi różnią się od 300%.

Wykres 10.

Przestępstwa, których ofiarą mogą stać się osoby z chorobą Alzheimera.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Zauważyć można, że dwie grupy przestępstw wskazywane zostały zdecydowanie najczęściej jako stanowiące zagrożenie dla osób z chorobą Alzheimera. Pierwszą z nich była kradzież. Odpowiedziało tak aż 189 respondentów, czyli 72,7% procent wszystkich uczestników badań empirycznych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej. Można więc stwierdzić, że niemal trzech na czterech ankietowanych zwróciło uwagę na zagrożenie tą grupą przestępstw.

Drugim zbiorem czynów zabronionych, który niezwykle chętnie proponowali respondenci, była grupa określona jako: oszustwo, wyłudzenie, wyzysk. Odpowiadający przytaczali w tym przypadku takie zachowania, jak np. oszustwa mające na celu podpisywanie przez osoby z chorobą Alzheimera dokumentów kredytowych, czy też manipulowanie osobą chorą w celu niekorzystnego rozporządzenia przez nią mieniem. Przestępstwa, które znalazły się w tym zbiorze zostały wskazane przez 181 odpowiadających, co stanowi 69,6% ogółu osób bio-

raczących udział w badaniach. Ponad dwóch na trzech ankietowanych zdecydowało się więc na czyn zabroniony należący do tej umownej grupy.

W dalszej kolejności na zauważenie zasługuje częste wskazywanie przez respondentów na przeróżne przestępstwa związane z napaścią fizyczną, czy też stosowaniem przemocy fizycznej wobec chorego. Wspominano tutaj takie zachowania jak pobicie, atak fizyczny, czy też spowodowanie uszczerbku na zdrowiu. Czyny zabronione należące do tej grupy wskazało 98 osób, czyli zdecydowanie mniej niż w dwóch poprzednich przypadkach, ale nadal aż 37,7%, czyli więcej niż co trzeci ankietowany.

Przestępstwa związane z przemocą psychiczną jako zagrożenie dla osób z chorobą Alzheimera zaproponowało natomiast 45 uczestników badań empirycznych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej. Zwracano w tym przypadku uwagę na takie postępowanie jak poniżanie, czy wyśmiewanie osoby chorej. Nierzadko respondenci wymieniaли też razem przemoc fizyczną i psychiczną, mają na myśli dwa różne zachowania. Ogółem przestępstwa związane z przemocą psychiczną wpisało 17,3% wszystkich osób biorących udział w badaniach.

Cztery wskazane wyżej grupy czynów zabronionych zostały zaproponowane przez respondentów zdecydowanie najczęściej. Osoby biorące udział w badaniach wskazały jednak również na inne przestępstwa, które niekiedy mogą budzić zdziwienie. Sporym zaskoczeniem jest fakt, że aż 16 ankietowanych, czyli 6,2% wszystkich odpowiadających na pytania uznało, że osoby z chorobą Alzheimera zagrożone są przemocą seksualną, w tym przestępstwem zgwałcenia. Jest to zastanawiające z uwagi na fakt, że choroba ta dotyka osoby powyżej sześćdziesiątego roku życia.

Ponadto wskazać należy na zabójstwo, o którym wspomniało 9 ankietowanych, czyli 3,5% osób biorących udział w badaniach empirycznych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej. Ponadto 3 osoby (1,2% respondentów) zwróciły uwagę na przemoc finansową jako potencjalne zagrożenie dla osób z chorobą Alzheimera. Dodać należy, że 18 osób, czyli 6,9% wszystkich uczestników badania wskazało na czyny zabronione, które trudno było umieścić w którejkolwiek z umownych grup. Można przytoczyć tutaj takie odpowiedzi jak spowodowanie wypadku w ruchu drogowym, którego ofiarą byłaby osoba z chorobą Alzheimera, czy też uprowadzenie osoby z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym.

§ 3. Kryminogenne aspekty choroby Alzheimera

Analizując problematykę wpływu choroby Alzheimera na przestępczość, w naturalny sposób na myśl przychodzi wiktymologiczne aspekty tego schorzenia. Osoba chora staje się bowiem, zwłaszcza wraz z postępowaniem zaburzeń poznawczych, w oczywisty sposób coraz mniej zdolna do obrony przed bezprawnymi zamachami na jej dobra, a także do późniejszego zgłaszania przemocy, czy też innych form przestępnego zachowania, które zostało popełnione na jej niekorzyść. Intuicyjnie widzi się w osobie z chorobą Alzheimera ofiarę przemocy, nie zaś jej sprawcę. Tendencję tę zauważyć można również dokonując przeglądu literatury naukowej z socjologii, kryminologii, czy pedagogiki dotyczącej związków pomiędzy przemocą lub też pomiędzy różnego rodzaju przestępczością, a chorobą Alzheimera, czy też bardziej ogólnie – problematyką sytuacji życiowej osób starszych i ich relacji z opiekunem.

Istnieją liczne opracowania dotyczące osób starszych jako ofiar, natomiast występuje wyraźny niedobór pozycji bibliograficznych traktujących o osobach starszych, w tym osobach z chorobą Alzheimera jako o sprawcach przemocy, czy też sprawcach czynów zabronionych popełnionych wobec ich opiekunów, domowników lub innych osób, z którymi mają regularny kontakt. Wydaje się jednak, że problem ten zasługuje na uwagę, dlatego w tym miejscu dokonana zostanie próba przedstawienia tego zagadnienia, jako uzupełnienia do wcześniejszych rozważań z niniejszego rozdziału. Osoba z chorobą Alzheimera może bowiem zostać nie tylko ofiarą, ale również sprawcą czynu zabronionego.

Jak zostało to już dokładniej wskazane w rozdziale stanowiącym medyczne wprowadzenie do problematyki choroby Alzheimera, schorzenie to ma charakter postępujący. Wraz z rozwojem, choroba ta staje się coraz bardziej poważna. O ile bowiem na początku jej istnienia objawy mają charakter marginalny, wraz z jej rozwojem pojawiają się najpierw łagodne zaburzenia poznawcze, a potem otępienie²⁴⁸.

²⁴⁸ R.A. Sperling, P.S. Aisen, L.A. Beckett, D.A. Bennett, S. Craft, A.M. Fagan, T. Iwatsubo, C.R. Jack Jr, J. Kaye, T.J. Montine, D.C. Park, E.M. Reiman, C.C. Rowe, E. Siemers, Y. Stern, K. Yaffe, M.C. Carrillo, B. Thies, M. Morrison-Bogorad, M.V. Wagster, C.H. Phelps, Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3), s. 280-292, M.S. Albert, S.T. DeKosky, D. Dickson, B. Dubois, H.H. Feldman, N.C. Fox, A. Gamst, D.M. Holtzman, W.J. Jagust, R.C. Petersen, P.J. Snyder, M.C. Carrillo, B. Thies, C.H. Phelps, The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3), s. 270-279, G.M. McKhann, D.S. Knopman, H. Chertkow, B.T. Hyman, C.R. Jack Jr, C.H. Kawas, W.E. Klunk, W.J. Koroshetz, J.J. Manly, R. Mayeux, R.C. Mohs, J.C. Morris, M.N. Rossor, P. Scheltens, M.C. Carrillo, B. Thies, S. Weintraub, C.H. Phelps, The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on

W początkowym stadium postępowania schorzenia trudno jest więc rozpatrywać osobę z chorobą Alzheimera jako osobą kryminologicznie kategorię sprawców przestępstw. Gdy jednak objawy przyjmą wysoki poziom intensywności, fakt występowania tego schorzenia staje się czynnikiem, który należy wziąć pod uwagę jako jedną z determinant zachowania sprzecznego z prawem. Jasnym wydaje się więc, że analizy poczynione, nie tylko w tym paragrafie, ale też w całym tym rozdziale, dotyczące kryminogennych i wiktymologicznych aspektów choroby Alzheimera, odnoszą się do tych etapów postępowania schorzenia, gdy jego objawy stają się już poważne i zauważalne.

Niektóre objawy choroby Alzheimera mają znaczenie kryminogenne, jako czynniki zwiększające ryzyko popełnienia przez chorego czynów sprzecznych z prawem karnym. Symptomami, które pojawiają się jako pierwsze wraz z rozwojem schorzenia są naturalnie problemy z pamięcią, które jest zapewne najbardziej stereotypowym następstwem choroby, a także, m.in. zaburzenia związane z mową²⁴⁹. Choć objawy te same w sobie nie stanowią szczególnie istotnych czynników kryminogennych, bez wątpienia przyczyniają się do wzrostu poziomu irytacji i zdenerwowania chorego. Trzeba zaś zauważyć, że wraz z rozwojem choroby i postępującym procesem degeneracji neuronów, chory zaczyna mieć również wahania nastrojów, problemy związane z bezsennością, a także coraz mniejsze umiejętności komunikacji²⁵⁰. Tworzy to razem uwarunkowania, które mogą już mieć pewien wpływ na zwiększenie ryzyka popełnienia przez chorego czynu zabronionego wynikającego z nagłego wybuchu agresji.

W ramach uzupełnienia należy dodać, że problemy z orientacją w czasie i przestrzeni, które również rozwijają się w fazie łagodnych zaburzeń poznawczych²⁵¹ mogą zaś stać się przyczyną sprawstwa czynów zabronionych związanych z udziałem w ruchu drogowym. Wydaje się, że na pewnym etapie osoba z chorobą Alzheimera powinna zaprzestać kierowania samochodem, czy też jakimkolwiek innym pojazdem mechanicznym.

Zagrożenia związane z potencjalną przemocą ze strony chorego przestają mieć rację bytu, gdy choroba Alzheimera wchodzi w etap otępienia. W tym okresie człowiek przestaje

Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3), s. 263-9.

²⁴⁹ A.M. Kubis, M. Janusz, Alzheimer's disease: new prospects in therapy and applied experimental models, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2008, nr 62, s. 372-392.

²⁵⁰ Alzheimer's Association, Stages of Alzheimer's, <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages> (dostęp: 11.04.2019 r.), M. Barcikowska, Choroba Alzheimera – rozpoznanie (w:) M. Zabawy (red.), *Diagnostyka i leczenie otępień*, Otwock 2012, s. 58-79.

²⁵¹ Alzheimer's Association, Stages of Alzheimer's, <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages> (dostęp: 11.04.2019 r.).

być w stanie samodzielnie funkcjonować i powoli gaśnie, zanika jako człowiek²⁵². Jest to końcowy etap jego życia. Trudno w tej sytuacji mówić o jakimś większym niebezpieczeństwie z jego strony. Na pewno jednak pewnym wyzwaniem jest określenie dokładnej granicy, w której osoba z chorobą Alzheimera przestaje być zdolna do zachowań naruszających dobra prawne drugiej osoby. Wydaje się, że jest to kwestia indywidualna u każdego człowieka, która nie następuje z dnia na dzień, a postępuje wraz z przechodzeniem do fazy otępienia.

Można więc stwierdzić, że na początku, wraz z rozwojem tego schorzenia, jego poszczególne następstwa tworzą pewien stan, który zwiększa ryzyko zachowań agresywnych, które mogą prowadzić do przestępczości związanej z przemocą, czy też, z uwagi na zwiększające się zaburzenia poznawcze, do większego ryzyka spowodowania wypadku z komunikacji. Do pewnego momentu postępowania choroby można uznać ją za czynnik kryminogenny, jednak w momencie gdy otępienie w znacznej mierze uniemożliwia choremu samodzielne funkcjonowanie i gdy chory coraz bardziej zbliża się do śmierci, przestaje mieć rację bytu rozpatrywanie go w kategoriach potencjalnego sprawcy czynów zabronionych.

W fazie środkowej choroby, gdy zaburzenia poznawcze dopiero się pojawiają i mają lekki charakter, zagrożenie kryminogenne ze strony osoby z chorobą Alzheimera istnieje i ma również związek z jego objawami, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę również te aspekty relacji chorego z opiekunem i innymi domownikami, na które zwrócono wcześniej uwagę w niniejszym rozdziale. Spirala wzajemnej agresji i przemocy, o które była mowa przy analizie osób z chorobą Alzheimera jako ofiar przestępczości, może w takiej sytuacji wzrastać wraz z pogłębianiem się wahań nastroju chorego. W takiej sytuacji obie strony, zarówno opiekun, jak też jego podopieczny, mogą występować w podwójnej roli sprawcy i ofiary czynu zabronionego. Warto przy tym zauważyć, że dopóki chory znajduje się jeszcze w nienajgorszym stanie fizycznym, gdy objawy ograniczają się jedynie do zaburzeń poznawczych, możliwe jest z jego strony również stosowanie przemocy o charakterze fizycznym.

Próbując określić, kto może najczęściej zostać ofiarą agresywnych zachowań osoby z chorobą Alzheimera, należy przytoczyć wyniki badań, zgodnie z którymi w Polsce mniej więcej 9 na 10 osób z chorobą Alzheimera nadal mieszka w swoich domach. Osobami, które się nimi zajmują są zaś osoby z najbliższego kręgu rodziny²⁵³. Nieczęstym zjawiskiem jest

²⁵² B. Hausz-Piskorz, K. Buczkowski, Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013, t. 7, nr 4, s. 198-207, A. Pfeffer, Choroba Alzheimera – obraz kliniczny, rozpoznawanie, możliwości terapeutyczne zaburzeń poznawczych, *Przewodnik Lekarza* 2004, nr 5, s. 70-78.

²⁵³ K. Gustaw, K. Bełtowska, M. Makara-Studzińska, Reakcje emocjonalne opiekunów..., op. cit., s. 304-307.

więc instytucjonalizacja chorego, co może wynikać z różnych przyczyn, które zostaną wskazane przy analizie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera.

Następstwem takiego stanu rzeczy jest to, że jako potencjalne ofiary wskazać można głównie domowników²⁵⁴. Nie muszą to być, rzecz jasna, jedynie osoby, które sprawują pieczę nad chorym. Przemoc spotykać może również inne osoby, które wspólnie mieszkają i miewają kontakt z chorym, np. pomagając mu w przeróżnych codziennych czynnościach, odciążając przy tym opiekuna.

Analizując fenomen tego zjawiska wskazać można cztery rodzaje przemocy, której sprawcami są osoby starsze. Pierwszym z nich są zachowania, które można określić jako mające charakter werbalny lub psychiczny. Chodzi tutaj o różnego rodzaju znieważanie, groźby, złośliwe komentarze, czy też poddawanie opiekunów krytyce. Drugą z nich jest przemoc fizyczna, która w przypadku seniorów być może przeważnie nie jest aż tak niebezpieczna, jak w przypadku osób w pełni sił życiowych, tym niemniej jednak może okazać się niezwykle uciążliwa. Przytoczyć tutaj można rozmaite formy naruszania nietykalności cielesnej, takie jak m.in. popychanie, tarmoszenie, uderzanie za pomocą laski, opluwanie, czy nawet rzucanie w opiekunów różnymi przedmiotami.

Trzecim rodzajem przemocy, tym który wydaje się być najbardziej zaskakujący, jest przemoc o charakterze seksualnym, która może polegać nie tylko na niewłaściwych komentarzach, ale również na masturbowaniu się w obecności opiekuna. Na szczególną uwagę zasługuje jednak forma przemocy, która bywa określana mianem dywersji. Chodzi tutaj o podjęcie działań wymierzonych wprost w opiekuna i jego czynności związane z pomocą osobie starszej. Jako przykład podać można zaprzestanie zjadania posiłków, przyjmowania niezbędnych leków, czy też złośliwe brudzenie pościeli²⁵⁵. Można więc zauważyć, że formy zachowań przemocowych stosowanych przez osoby starsze wobec osób, które się nimi zajmują, nie różnią się w znaczący sposób od tych stosowanych przez osoby sprawujące pieczę nad seniorami. Mogą one przybrać bardzo zróżnicowany charakter, choć dominują tutaj formy właściwe dla każdej kategorii wiekowej, a więc przemoc fizyczna, psychiczna i seksualna.

Próbując oszacować skalę zjawiska przemocy stosowanej przez seniorów wobec ich opiekunów, warto przytoczyć za E. Jaroszewską dane zebrane przez Niemieckiego Ministerstwa Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży. Resort ten przeprowadził badania, zgodnie z którymi wobec mniej więcej dwóch na trzech opiekunów, którzy zajmowali się osobą starszą

²⁵⁴ Zob. szczerzej o zjawisku przemocy w rodzinie: B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2016, s. 526-539.

²⁵⁵ E. Jaroszevska, *Starość i agresja...*, op. cit., s. 119, E. Szwalkiewicz, J. Kaussen, *Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarok i opiekunek*, Toruń 2006, s. 26-27.

w jej domu, w ciągu 12 wcześniejszych miesięcy stosowana była przemoc, której sprawcą był ich podopieczny. Zdecydowanie dominowała tutaj przemoc psychiczna, choć stosunkowo często pojawiała się również przemoc fizyczna, a niekiedy również seksualna. Według tych badań w przypadku osób, które były rodziną seniora, skala zjawiska była nieco mniejsza, choć nadal ok. 33% badanych przyznało się do zachowań przemocowych o charakterze werbalnym, a nieco ponad 15% - o charakterze fizycznym, których sprawcami byli seniorzy²⁵⁶.

Na uwagę zasługuje analiza sprawców przestępczości osób starszych w latach 2014-2019, którą na podstawie danych otrzymanych z Policji dokonała A. Świerczewska-Gąsiorowska. Autorka ta zwróciła uwagę na to, że najwięcej przestępstw wśród osób w wieku 60+, popełnili sprawcy, którzy nie ukończyli 70 roku życia. Osoby znajdujące się w grupie 60-69 lat popełniły około 4/5, a w grupie 60-65 lat - niemal 2/3 wszystkich czynów zabronionych, których sprawcami byli seniorzy. Ponadto zdecydowaną większość sprawców, którzy znajdowali się w wieku 60 lat lub więcej, stanowili mężczyźni. Na jedną sprawczynię, która ukończyła 60 rok życia, przypadało bowiem aż 9 sprawców płci męskiej²⁵⁷.

Analizując problem przestępstw dokonywanych przez osoby z chorobą Alzheimera nie sposób nie wspomnieć również o jeszcze jednym obszarze występowania tego zjawiska. Jest nim, opisywana w literaturze, przemoc domowa w relacjach osób starszych, przede wszystkim starszych małżeństw. Problem ten może występować nie tylko wśród par, u których agresja i przemoc występowały już w czasach młodości, ale również może być zjawiskiem nowym, które zaistniało dopiero gdy oboje partnerów osiągnęło dojrzały wiek. Zwraca się uwagę, że zachowania te są dość podobne do przemocy występującej wśród młodszych par, zarówno co do formy, jak też odnośnie do tego, że częściej ofiarą jest kobieta²⁵⁸.

Wydaje się, że wraz z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa, a także coraz większą liczbą osób cierpiących na chorobą Alzheimera, wzrastać będzie w kryminologii znaczenie problemu przestępczości osób starszych, w tym osób zmagających się z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym. Zwiększa się bowiem grupa potencjalnych sprawców, którzy należą do tej kategorii osób. Można też zauważyć, że zagadnienie to jest w dość istotnym stopniu powiązane z całością analiz przedstawionych w niniejszym rozdziale, dotyczących związków między chorobą Alzheimera a przestępczością.

²⁵⁶ E. Jaroszewska, *Starość i agresja...*, op. cit., s. 120, zob. przytoczone badania: *Kriminalitäts — und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen*, Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend, Berlin 2012, s. 30-34.

²⁵⁷ A. Świerczewska-Gąsiorowska, *Przestępczość osób starszych – wybrane aspekty kryminologiczne*, *Studia Prawnoustrojowe* 2021 nr, 52, s. 493-494.

²⁵⁸ B. Tobiasz-Adamczyk, *Osoby starsze i niepełnosprawne ...*, op. cit., s. 57-58, E. Jaroszewska, *Starość i agresja...*, op. cit., s. 123.

Perspektywa wiktymologiczna i kryminogenna tego zjawiska mogą mieć ze sobą wiele wspólnego nie tylko w, omawianym wcześniej, kręgu wzajemnej przemocy, agresji, złości między opiekunem o osobą chorą, ale też w kontekście bardziej systemowym, związanym z sytuacją opieki nad osobą z chorobą Alzheimera i jej następstw w życiu samego chorego, jego rodziny, a także opiekuna. Zagadnienie to, w tym rozdziale jedynie zasygnalizowane, nie jest co prawda głównym przedmiotem analiz niniejszej pracy, jednak zostanie rozwinięte przy analizie problematyki wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera. Poza wieloma innymi aspektami ma ono jednak, jak wskazują powyższe rozważania, również znaczenie wiktymologiczne i kryminogenne.

ROZDZIAŁ VI

PRZYCZYNY WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO OSÓB Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA

§ 1. Czynniki związane z osobą chorą

Jak zostało wskazane we wcześniejszych częściach pracy, objawy choroby Alzheimera w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie osoby chorej. Stąd też analizę przyczyn wykluczenia społecznego osób z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym należy zacząć od czynników, która związane są z samą osobą pacjenta. W niniejszym rozdziale wskazane zostaną odpowiedzi udzielone przez osoby biorące udział w badaniach empirycznych, które dotyczyły tego zagadnienia. Respondenci otrzymali do wyboru pięć wariantów odpowiedzi, z których mogli zaznaczyć dwie. Suma odpowiedzi może więc równać się 200%, może też być niższa, gdy w jakimś pytaniu respondent wskazał jedynie jedną przyczynę.

Pierwszym czynnikiem, na który mogli wskazać respondenci, były pogarszające się funkcje poznawcze. Chodziło tutaj o takie sytuacje jak utrata zdolności poprawnego liczenia, myślenia, czy też orientacji przestrzennej. Kolejnym wariantem odpowiedzi były trudności w komunikowaniu się z innymi. Jako przykład takich przyczyn marginalizacji wskazać można trudności chorego ze znalezieniem odpowiednich słów i wyrażeniem tego, co chce powiedzieć, jak również trudności w precyzowaniu swoich komunikatów.

Trzecim czynnikiem, który mógł wybrać respondent był pogarszający się stan emocjonalny chorego. Wskazać tutaj można na takie objawy jak apatia, stany depresyjne, czy też zniechęcenie. Następnym wariantem odpowiedzi była przyczyna marginalizacji określona jako mniejsza aktywność życiowa. W ramach tego pojęcia kryją się takie skutki choroby jak zaprzestanie aktywności zawodowej, spotkań towarzyskich, jak również realizowania swoich pasji. Piątym czynnikiem, który mógł wybrać respondent, była odpowiedź „Inne”. W przypadku wskazania takiej opcji, osoba wypełniająca kwestionariusz poproszona była o wskazanie, jakie inne czynniki jej zdaniem wpływają na zwiększenie nasilenia wykluczenia społecznego osoby chorej.

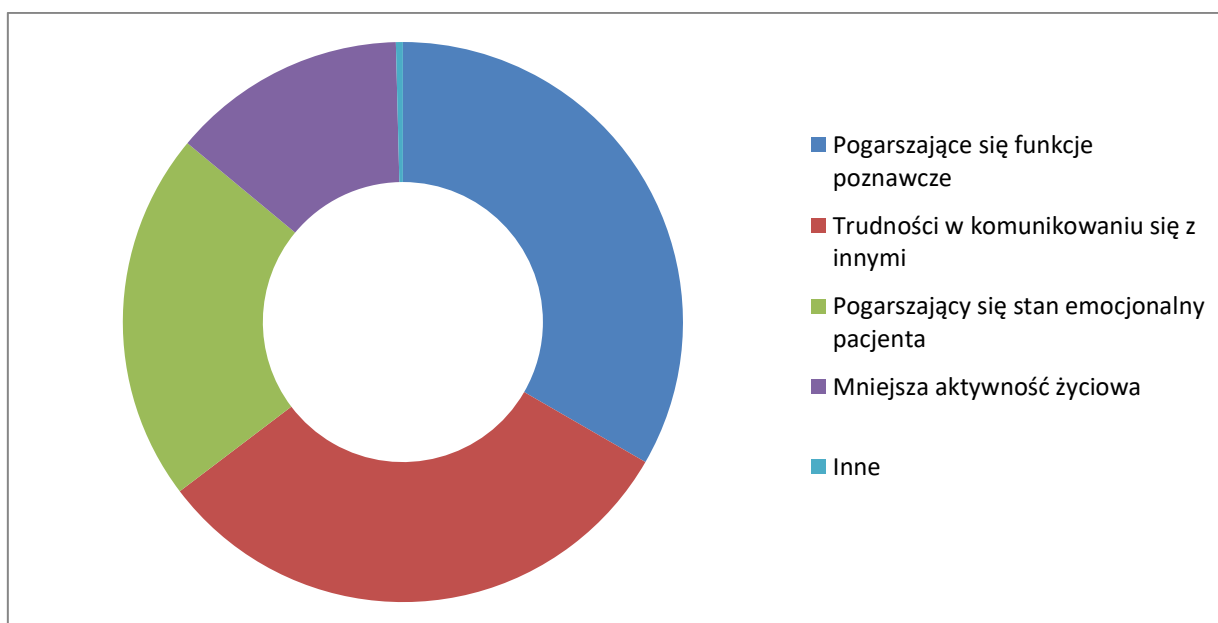
Wyniki badań wśród całości osób wypełniających kwestionariusz pokazały, że są dwa powody, które w dość istotnym stopniu wpływają na zwiększenie ryzyka marginalizacji. Najwięcej, bo aż 167 osób (64,2%) wskazało na pogarszające się funkcje poznawcze chorego.

Drugim w kolejności najczęstszym wyborem był czynnik polegający na trudnościach w komunikowaniu się z innymi. Odpowiedź taką wskazało 157 respondentów (60,4%).

Kolejne okoliczności zostały wskazane przez mniejszą liczbę osób. Na trzecim miejscu wśród przyczyn marginalizacji osób z chorobą Alzheimera znalazł się ich pogarszający się stan emocjonalny. Czynnik ten został uznany za jeden z dwóch najważniejszych przez 107 osób (41,2%). 68 uczestników badania wskazało (26,2%) uznało, że istotną przyczyną wykluczenia społecznego jest natomiast mniejsza aktywność życiowa chorego. Dodać należy, że 2 razy wybrana została również odpowiedź „Inne”. Osoby, które zaznaczyły taką odpowiedź, jako czynniki wskazały „niezrozumienie zachowania chorej osoby przez ludzi z otoczenia” oraz „ubezwłasnowolnienie”.

Wykres 4.

Czynniki związane z pacjentem wpływające na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Wyniki te korespondują z poglądami, które występują w piśmiennictwie. S.H. Ferris i M. Farlow zwracają uwagę na pewne trudności językowe, które przejawiają się w postaci niepowodzeń zarówno w odszukiwaniu właściwych słów, jak również w ich poprawnym rozumieniu, a także, co może szczególnie sprzyjać marginalizacji, w problemach z precyzyjnym

formułowaniem swojego przekazu²⁵⁹. Jak podkreślają B. Klimowa, P. Maresova, M. Valis, J. Hort i K. Kuca, nie chodzi w tym przypadku o błędy składniowe, czy fonetyczne, a o ogólny sens wypowiedzi, którego pojmowanie staje się poważnie utrudnione²⁶⁰.

Dane na powyższym wykresie dotyczą ogółu osób, które brały udział w badaniach. W dalszej analizie zebranych informacji sprawdzone zostały, wyniki w każdej z grup respondentów, które wynikają z danych, które zbierane były w trakcie wypełniania metryczki oraz części ogólnej. W ramach przypomnienia, chodzi tu o takie informacje jak płeć respondenta, jego miejsce zamieszkania, częstotliwość kontaktów z chorym w roku poprzedzającym wypełnienie kwestionariusza, itd. Następnie porównano wyniki, szukając takich zależności, które są istotne statystycznie według testu Fishera-Freemana-Haltona.

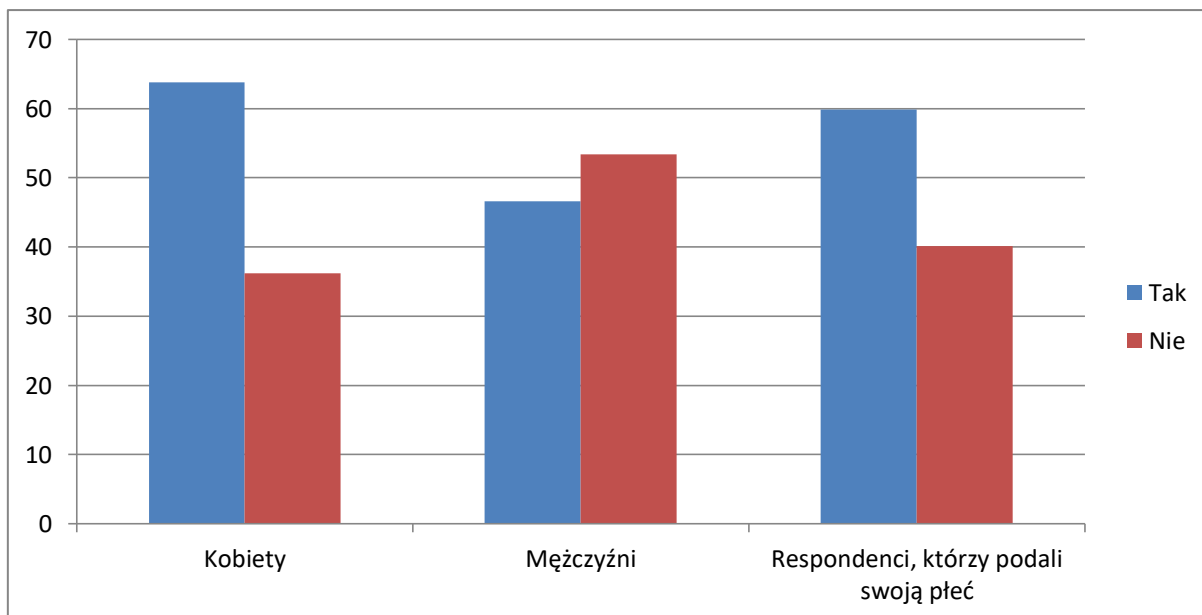
Okazało się, że z istotnością (współczynnik $p=0,022$) mamy do czynienia w przypadku korelacji między płcią respondenta a wybraniem odpowiedzi: „Trudności w komunikowaniu się z innymi (np. trudności ze znalezieniem odpowiednich słów i wyrażeniem tego, co chcą powiedzieć, trudności w precyzowaniu swoich komunikatów)”. Dane przedstawione na poniższym wykresie wskazują na fundamentalne różnice w pojmowaniu zagrożenia marginalizacją ze strony tego czynnika. Prawie dwie na trzy kobiety uznały tę przyczynę za jedną z dwóch najważniejszych, które mogą prowadzić do wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera. Wśród mężczyzn, respondentów, którzy zdecydowali się zaznaczyć ten czynnik, było mniej niż połowa. Komunikacja z pacjentem została więc uznana za dużo ważniejszy problem przez kobiety niż przez mężczyzn.

Wykres 2.

Korelacja między płcią respondenta a wybraniem odpowiedzi: „Trudności w komunikowaniu się z innymi (np. trudności ze znalezieniem odpowiednich słów i wyrażeniem tego, co chcą powiedzieć, trudności w precyzowaniu swoich komunikatów)”.

²⁵⁹ S.H. Ferris, M. Farlow, Language impairment in Alzheimer's disease and benefits of acetylcholinesterase inhibitors, *Journal of Clinical Interventions in Aging* 2013, nr 8, s. 1007-1014.

²⁶⁰ B. Klimowa, P. Maresova, M. Valis, J. Hort, K. Kuca, Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment, *Journal of Clinical Interventions in Aging* 2015, nr 10, s. 1401-1408.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Istotna statystycznie (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,050$) była również zależność między uznaniem mniejszej aktywności życiowej chorego (np. zaprzestanie aktywności zawodowej, spotkań towarzyskich, realizowania swoich pasji) za jedną z dwóch najważniejszych przyczyn marginalizacji a tym, jak często w roku poprzedzającym udział w badaniach respondent miał kontakt z pacjentem z chorobą Alzheimera. Odpowiedź ta nie była wybierana szczególnie często. Rzadziej wskazywanym czynnikiem była tylko odpowiedź „Inne”. Generalnie można zauważyć, że im częstszy kontakt z osobą z chorobą Alzheimera, tym znaczenie spadku aktywności życiowej chorego w jego postępującej marginalizacji uznawane było za mniej ważne.

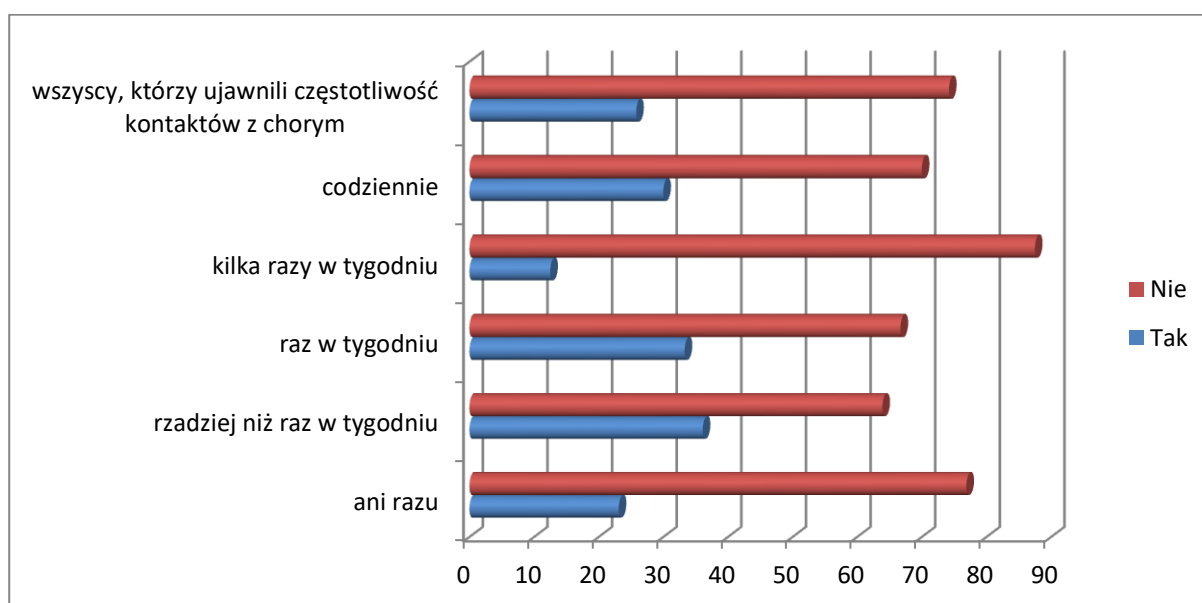
Widoczne były jednak dwa wyjątki. Pierwszym z nich okazała się grupa osób, która ani razu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających udział w badaniu. Wśród tych respondentów procent osób, które wybrały ten czynnik był najbliższy procenta wśród wszystkich, którzy ujawnili częstotliwość kontaktów z chorym. Był on mniejszy niż wśród tych, którzy kontakty te mieli rzadziej niż raz w tygodniu, raz w tygodniu, a także codziennie.

Najbardziej zastanawiające okazały się jednak dane zebrane w grupie respondentów, którzy w ciągu roku poprzedzającego wypełnienie kwestionariusza mieli kontakt z chorym kilka razy w tygodniu. Wśród tych osób szczególnie rzadko uznawano spadek aktywności życiowej za jedną z dwóch głównych przyczyn wykluczenia społecznego chorego. Odpowiedź tę wskazało zaledwie 12,5% z nich. Jest to wartość dużo niższa niż 36,1% w grupie osób, które kontakt taki miały rzadziej niż raz w tygodniu (najwyższy wskaźnik procentowy

dla tej odpowiedzi), czy nawet 30% wśród osób, które kontakt taki miały codziennie. O ile jeszcze dane zebrane w grupie osób, które w ciągu 12 miesięcy poprzedzających wypełnienie kwestionariusza nie miały żadnego kontaktu z osobą z chorobą Alzheimera, mogły w zrozumiały sposób wymykać się tendencji obserwowanej wśród osób, które taki kontakt miały, o tyle trudno pojąć, skąd tak niski współczynnik wśród respondentów, które kontakt miały kilka razy w tygodniu. Jest to bez wątpienia problem, który warto w przyszłości zbadać i spróbować poszukać jego przyczyn.

Wykres 3.

Zależność między uznaniem mniejszej aktywności życiowej chorego (np. zaprzestanie aktywności zawodowej, spotkań towarzyskich, realizowania swoich pasji) za jedną z dwóch najważniejszych przyczyn marginalizacji a tym, jak często w roku poprzedzającym udział w badaniach respondent miał kontakt z pacjentem z chorobą Alzheimera



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

§ 2. Czynniki związane z opiekunem chorego

Drugą grupą czynników wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera, które stały się przedmiotem badań, były przyczyny związane z opiekunem chorego. Respondenci ponownie dostali do wyboru pięć możliwości, a ich zadaniem było zaznaczyć te dwie, które w największym stopniu przyczyniają się do marginalizacji chorego. Pierwszym z czynników, który został zaproponowany w kwestionariuszu, była aktyw-

ność życiowa opiekuna. Chodziło tutaj przede wszystkim o stopień obciążenia opiekuna pracą zawodową, zajęciami związanymi z zainteresowaniami, czy też np. sportem.

Drugą z okoliczności mogących mieć znaczenie w kontekście wykluczenia społeczniego pacjentów z chorobą Alzheimera, którą dostali do wyboru respondenci był stopień pokrewieństwa między opiekunem a chorym, zwłaszcza w kontekście ewentualnego braku bliskiej rodziny. Następnym czynnikiem, który mógł zostać wskazany przez biorących udział w badaniu, była kwestia relacji opiekuna z chorym. Chodziło tutaj przede wszystkim o wpływ złych relacji z osobą z chorobą Alzheimera, np. wieloletniego konfliktu między braćmi, które mogą zwiększyć ryzyko instytucjonalizacji, a w konsekwencji marginalizacji chorego.

Czwartą zaproponowaną przyczyną był wiek opiekuna. Starsze osoby mogą mieć mniej siły do opieki nad pacjentem, co zwłaszcza ma miejsce gdy chorym, który jest w podobnym wieku zajmuje się małżonek, który znajduje się w podobnym wieku. Podobnie jak w przypadku czynników związanych z chorym, respondenci dostali możliwość dopisania innej, wybranej przez siebie przyczyny.

W przypadku tych czynników rozkład odpowiedzi był bardziej wyrównany niż w wypadku przyczyn związanych z samą osobą chorą. Rozłożyły się one na tyle podobnie, że żadna z nich nie została wybrana przez więcej niż 60% ankietowanych. Tym niemniej warto przeanalizować drobne różnice, które się między nimi pojawiły. Przyczyną, która zdobyła najwięcej głosów i jako jedyna została wskazana przez ponad połowę respondentów, była aktywność życiowa opiekuna.

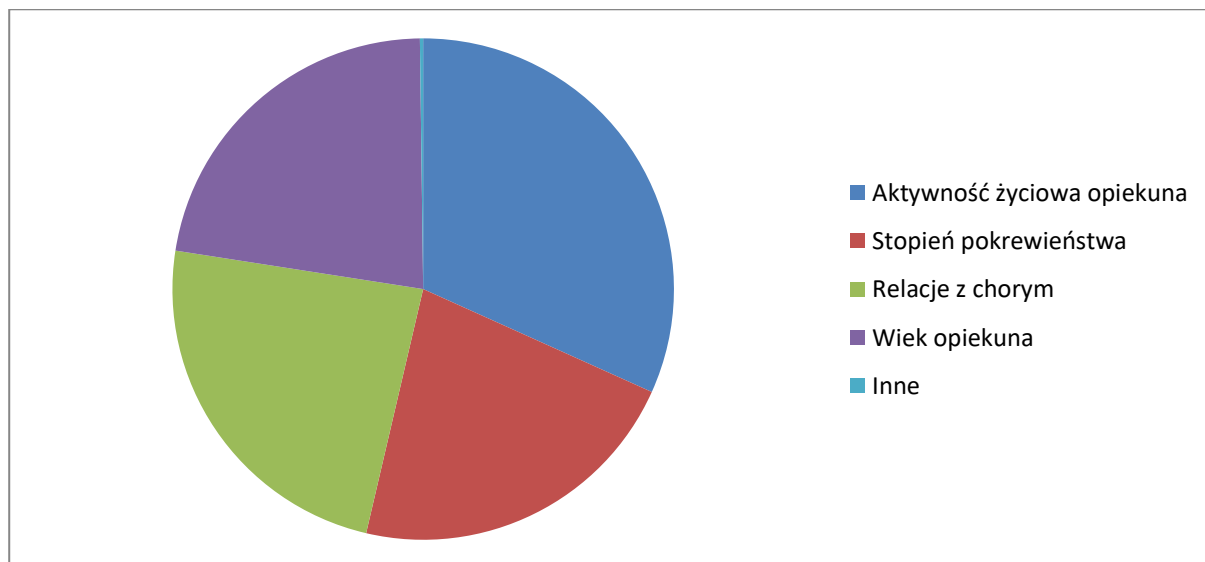
Jako jedną z dwóch okoliczności, które najbardziej przyczyniają się do wykluczenia społecznego chorego wskazało ją 152 ankietowanych, czyli 58,5% wszystkich wypełniających kwestionariusz. Biorący udział w badaniach uznali najwyraźniej, że przyczyny obiektywne, związane z koniecznością realizowania przez opiekuna swojego codziennego życia, wykonywania swoich obowiązków są szczególnie ważnym czynnikiem, który może przyczynić się do marginalizacji chorego. Wydaje się, że jest to szczególnie istotna przyczyna w sytuacji, gdy dziecko opiekuje się chorym rodzicem, zwłaszcza gdy potomek również posiada własną rodzinę, dzieci, którym musi poświęcać czas i łączyć to z pracą zawodową.

Kolejne przyczyny zostały wskazane przez niemal identyczną liczbę osób. Były to, w kolejności od najczęściej wybieranej – relacje z chorym (114 osób – 43,8%), wiek opiekuna (107 osób – 41,2%) i stopień pokrewieństwa (105 osób – 40,4%). Takie odpowiedzi respondentów pokazują, że problem ten jest złożony i nie licząc kwestii aktywności życiowej opiekuna, trudno wskazać jakiś dominujący czynnik. Dodać należy, że jedna osoba wskazała również inną przyczynę, tj. „wydłużający się coraz bardziej czas opieki, brak wsparcia i odciąże-

nia przez inne osoby”. Wydaje się to być bardzo rozsądną propozycją i czynnikiem, który faktycznie może przyczyniać się do marginalizacji chorego.

Wykres 4.

Czynniki związane z opiekunem zwiększające ryzyko wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

W przypadku tych czynników również szukano zależności, które okazały się istotne statystycznie według testu Fishera-Freemana-Haltona. Korelacja taka została znaleziona w odniesieniu do osób, które uznały, że jednym z dwóch najważniejszych czynników sprzyjających wykluczeniu społecznemu osób z chorobą Alzheimera jest stopień pokrewieństwa między pacjentem a opiekunem i dotyczyła grup respondentów, które charakteryzowały się innym miejscem zamieszkania ($p=0,002$ według testu Fishera-Freemana-Haltona). Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami w zależności od miejsca zamieszkania okazały się szokująco duże.

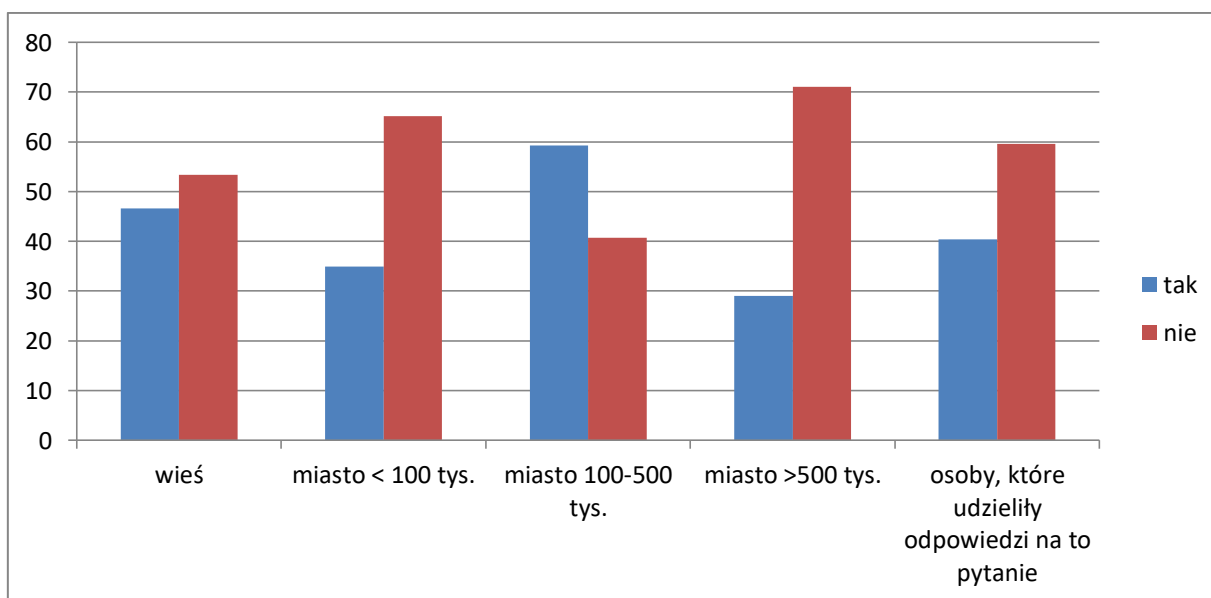
Próbując ustalić jakąś tendencję, można pokusić się o stwierdzenie, że co do zasady odsetek osób, które uznały, że stopień pokrewieństwa między pacjentem a opiekunem jest jednym z dwóch czynników, które najbardziej przyczyniają się do marginalizacji chorego, spadał wraz ze wzrostem wielkości miejsca ich zamieszkania. Najmniejszy procent respondentów, który wskazał na tę przyczynę, znaleźć można bowiem wśród osób, które mieszkają w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców. Jest to zaledwie 29% przy 46,6% wśród mieszkań-

ców wsi i 34,9% w grupie osób, których miejscem zamieszkania jest miasto poniżej 100 tys. mieszkańców.

Jako zupełna anomalia w zakresie wyboru tego czynnika jawiły się jednak odpowiedzi mieszkańców miast w przedziale 100-500 tys. mieszkańców. Była to jedyna grupa, w której większość ankietowanych wskazała na tę przyczynę wykluczenia społecznego. Stopień pokrewieństwa między pacjentem a opiekunem wybrany został aż przez 59,3%. Było to więc nieco ponad dwa razy większa wartość niż odsetek takich osób w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców. Bez wątpienia jest to problem, który wart jest dokładnej analizy w przyszłości.

Wykres 5.

Zależność między miejscem zamieszkania respondenta a uznaniem, że jednym z dwóch najważniejszych czynników sprzyjających wykluczeniu społecznemu osób z chorobą Alzheimera jest stopień pokrewieństwa między pacjentem a opiekunem.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

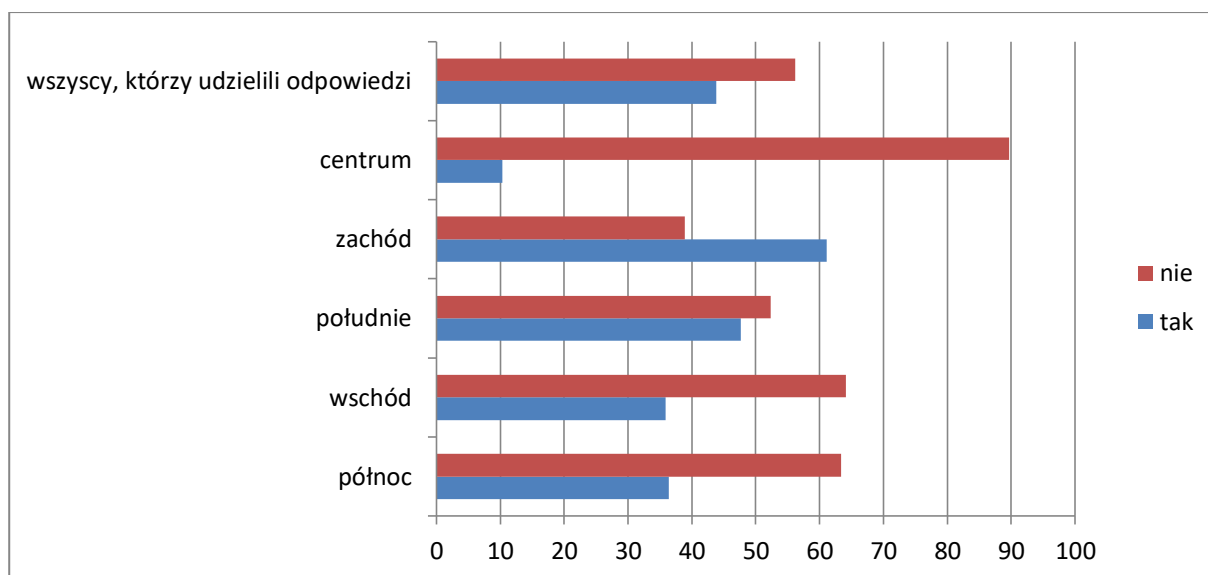
Nie były to jednak jedyne zależności pomiędzy zebranymi w ramach badań danymi, które wykazały istotności statystycznej. Istotny statystycznie wynik zachodził również dla zależności między regionem Polski, w którym mieszkał respondent, a wyborem relacji opiekuna z chorym jako jednej z dwóch przyczyn wykluczenia społecznego. Zależność ta okazała się szczególnie istotna, ponieważ istotność statystyczna według testu Fishera-Freemana-Haltona została określona jako $p=0,000$.

Dane te, wskazane w tabeli poniżej, pokazały, że trzy regiony miały odpowiedzi zbliżone do średniej. W każdym z nich odsetek osób, które zdecydowały się wskazać na tę przyczynę wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, mieścił się w przedziale 35-48% (północ – 36,4%, wschód – 35,9%, południe – 47,7%), czyli w granicach wyniku wszystkich osób, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie, który wynosi 43,8%.

Zdecydowane różnice zaobserwować można w przypadku respondentów mieszkających na zachodzie i w centrum naszego kraju. W przypadku Polski zachodniej mieliśmy do czynienia z jedyną grupą ankietowanych, wśród której większość osób (61,1%) uznała relację chorego z opiekunem za jedną z dwóch najistotniejszych przyczyn wykluczenia społecznego. Skrajnie odmiennie wyglądały odpowiedzi mieszkańców centralnej Polski, spośród których zaledwie 10,3% wskazało na ten czynnik.

Wykres 6.

Zależność między regionem Polski, w którym mieszkał respondent, a wyborem relacji opiekuna z chorym jako jednej z dwóch przyczyn wykluczenia społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Jak widać, pewne niewłaściwe zachowania opiekuna osoby z chorobą Alzheimera mogły prowadzić lub przynajmniej w jakimś stopniu przyczyniać się do wykluczenia społecznego chorego z różnych obszarów życia. Należy jednak zauważyć, że w przypadku pojawienia się tego schorzenia u jednego z bliskich członków rodziny i zaistnienia relacji chory-opiekun, zagrożenie marginalizacją nie dotyczyło jedynie osoby, która wymaga opieki. Ryzyko takie można odnieść również do sprawującego nad nim pieczę.

Omawiając ten aspekt marginalizacji chorego na Alzheimera należy wspomnieć więc również o problemie wykluczenia społecznego, który dotyka jego opiekunów. Problem ten wpływa bowiem w pośrednio również codzienne życie chorego, na jego relację z osobą sprawującą nad nią pieczę i na ryzyko wiktymologiczne, który wskazany został w poprzednim rozdziale. Marginalizacja może bowiem stać się jednym z wielu czynników, które wpływają negatywnie na stan emocjonalny opiekuna.

Zagrożenie wykluczeniem społecznym w przypadku opiekuna osoby z chorobą Alzheimera wynika z kilku czynników. Przede wszystkim wskazać należy na najbardziej oczywisty z nich – na czas. Zajmowanie się osobą chorą jest zajęciem niezwykle zajmującym. Następstwem opieki nad chorym jest więc brak, czy też znaczące ograniczenie czasu na wiele innych codziennych zajęć, aktywności które do tej pory były podejmowane przez opiekuna. Prowadzi to więc do wykluczenia zawodowego (konieczność zaprzestania pracy zawodowej), czego skutkiem może być nierzadko również wykluczenie na gruncie finansowym (zmniejszenie się dochodów gospodarstwa domowego). Ponadto efektem braku czasu może być marginalizacja towarzyska opiekuna, nie tylko związana z ograniczeniem kontaktów ze znajomymi z pracy, ale też ogólnie zmniejszeniem możliwości towarzyskich, które trzeba poświęcić z uwagi na konieczność spędzania czasu z chorym²⁶¹.

§ 3. Czynniki związane ze społeczeństwem

Kolejną grupą czynników wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera są przyczyny związane ze społeczeństwem. W przypadku tych czynników kolejny raz zaproponowano cztery możliwe warianty odpowiedzi, oraz wariant piąty, czyli odpowiedź „Inne”, w przypadku wybrania której respondenci byli proszeni o podanie własnej propozycji. Pierwszą przyczyną, którą wskazać mogli ankietowani była świadomość społeczna, czyli posiadanie wiedzy na temat choroby Alzheimera i sposobów komunikacji z chorym.

Kolejną okolicznością w kwestionariuszu był wiek. Chodziło tutaj przede wszystkim o fakt, że osoby młodsze mogą być mniej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie starsi. Miało to niejako również związek ze świadomością społeczną, natomiast w tym przypadku – ściśle związaną z wiekiem.

²⁶¹ K. Kramkowska, Kampania społeczna jako forma aktywności mediów na rzecz kształtowania odpowiedzialności społecznej wobec osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin, *Psychiatria* 2015, nr 12(4), s. 271-277.

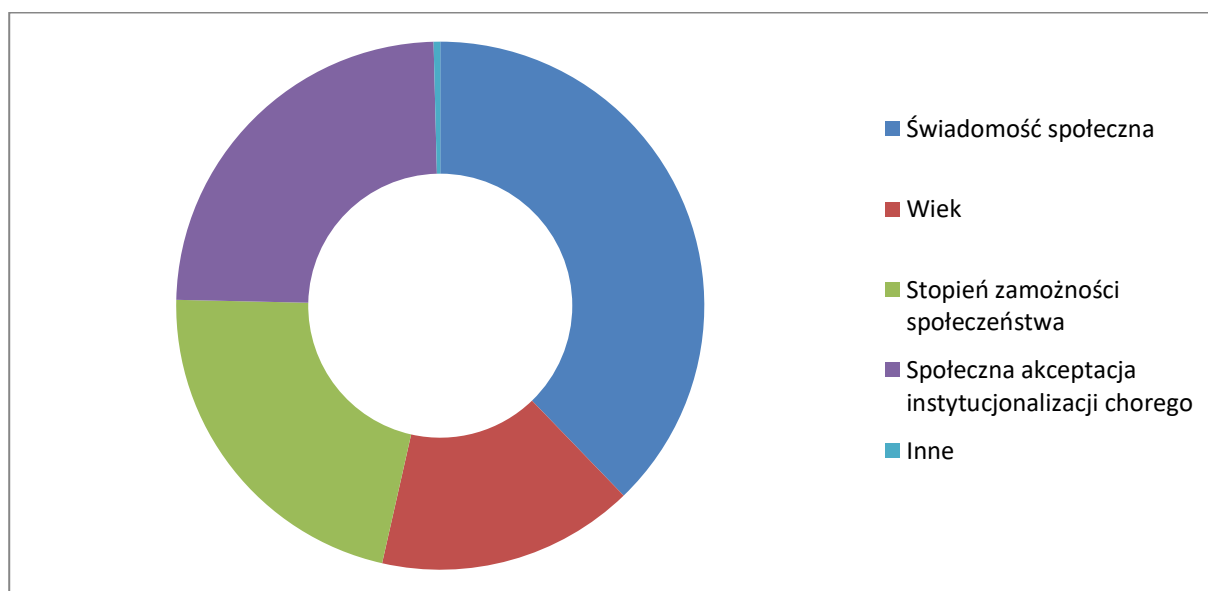
Następnym czynnikiem do wyboru był stopień zamożności społeczeństwa, głównie w związku z tym, że w biedniejszych krajach trudniej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów, co może wpływać na marginalizację chorego. Ostatnią przyczyną wykluczenia była społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego. Chodziło tutaj o fakt, że mniejsza presja społeczna ułatwia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki.

Wśród tej grupy czynników zdecydowanie najczęściej wybieraną opcją była świadomość społeczna. Aż 187 respondentów (71,9%) uznało, że brak w społeczeństwie wiedzy na temat choroby Alzheimera i sposobów komunikacji z chorym jest jedną z dwóch najważniejszych przesłanek marginalizacji osób chorych. Był to jedyny czynnik wskazany przez większość respondentów.

W dalszej kolejności wskazywano na społeczną akceptację instytucjonalizacji chorego (120 osób – 46,2%), a także na stopień zamożności społeczeństwa (108 osób – 41,5%). Najmniej ankietowanych zdecydowało się zaznaczyć wariant „wiek” (78 osób – 30%). Wspomnieć należy również o tym, że padły również dwie odpowiedzi „inne”. Respondenci, wskazali tutaj następujące czynniki: „brak empatii w społeczeństwie” oraz „brak odpowiednich rozwiązań umożliwiających partycypację np.. Środowiskowe formy wsparcia” (dosłowny cytat).

Wykres 7.

Czynniki związane ze społeczeństwem zwiększające ryzyko wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

W literaturze zwraca się uwagę na czynnik, który wskazany został przez respondentów jako drugi najbardziej sprzyjający marginalizacji, czyli problem instytucjonalizacji chorego. Jak wskazują badania opublikowane w 2011 r. w czasopiśmie „American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementians”, już w ciągu pierwszych dwunastu miesięcy od czasu odkrycia u pacjenta faktu występowania demencji, co piąty zdiagnozowany odsyłany jest do różnego rodzaju domów opieki. Wraz z upływem następnych pięciu lat odsetek chorych, którzy zostali zinstytucjonalizowani wynosi już 50%. W ciągu niespełna dekady od momentu zdiagnozowania demencji dziewięciu na dziesięciu chorych przeprowadza się do profesjonalnych ośrodków opieki²⁶². Pokazuje to, że codzienna pielęgnacja pacjentów z chorobą Alzheimera staje się we współczesnym świecie wyzwaniem ponad siły ich bliskich.

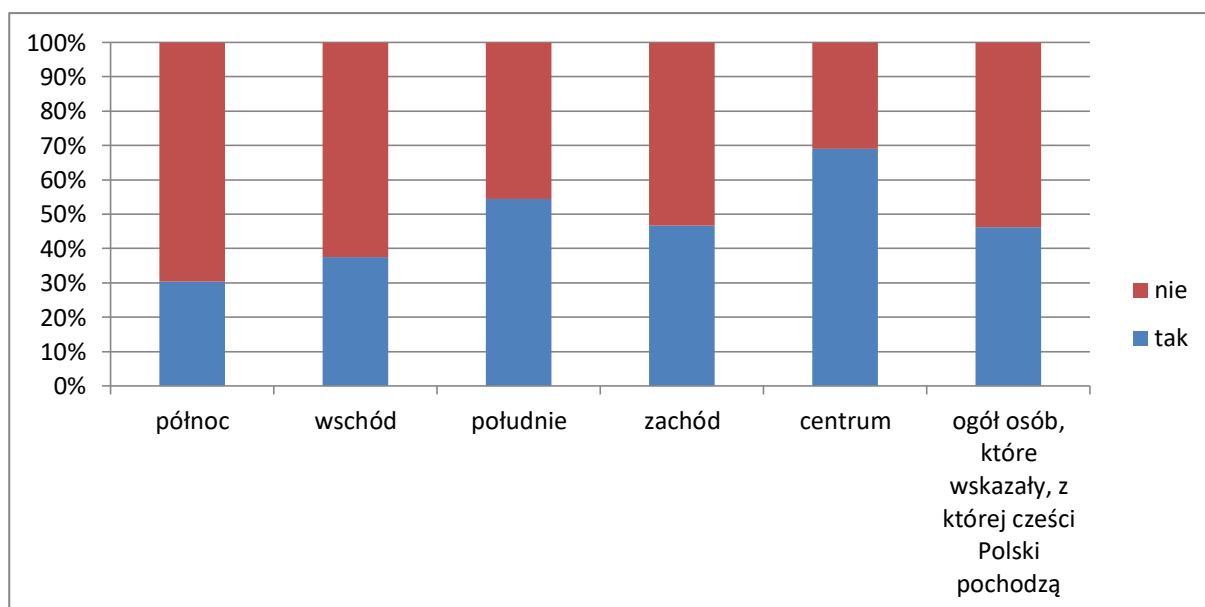
Wśród zależności istotnych statystycznie wskazać należy najpierw na korelację regionu Polski, z którego pochodzili odpowiadający, a wskazaniem społecznej akceptacji instytucjonalizacji chorego jako jednego z dwóch najważniejszych czynników zwiększających ryzyko marginalizacji osoby z chorobą Alzheimera (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,013$). Wyniki wśród poszczególnych grup pokazały dość istotny poziom różnorodności.

W całej grupie ankietowanych odpowiedź tę wskazało 46,2%, czyli prawie połowa osób wypełniających kwestionariusz. Bardzo podobny odsetek respondentów wybrał ten czynnik w grupie mieszkańców zachodu Polski (46,7%, więc niemal identyczny wynik), jak również południa naszego kraju (54,5%, więc co prawda nieznaczna większość, ale nadal mniej więcej połowa). Trochę większa różnica w procencie ankietowanych, którzy wskazali na społeczną akceptację instytucjonalizacji chorego występuje we wschodniej części Polski (37,5%), jednak nie jest to rozbieżność ogromna (mniej niż 10 punktów procentowych). Istotne anomalie zachodziły w przypadku mieszkańców centrum i północy. Wśród tych pierwszych odsetek respondentów, którzy wybrali ten czynnik był wyjątkowo duży (69%), podczas gdy w tej drugiej grupie, rażąco niewielki (30,3%). Zróżnicowanie to bez wątpienia może budzić zaskoczenie.

Wykres 8.

Korelacja między regionem Polski, z którego pochodzili odpowiadający, a wskazaniem społecznej akceptacji instytucjonalizacji chorego jako jednego z dwóch najważniejszych czynników zwiększających ryzyko marginalizacji osoby z chorobą Alzheimera.

²⁶² D. Gallagher, A. Ni Mhaolain, L. Crosby, D. Ryan, L. Lacey, R.F. Coen, C. Walsh, D. Coakley, J.B. Walsh, C. Cunningham, B.A. Lawlor, Determinants of the desire to institutionalize in Alzheimer’s caregivers, American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementians 2011, nr 26(3), s. 205-211.

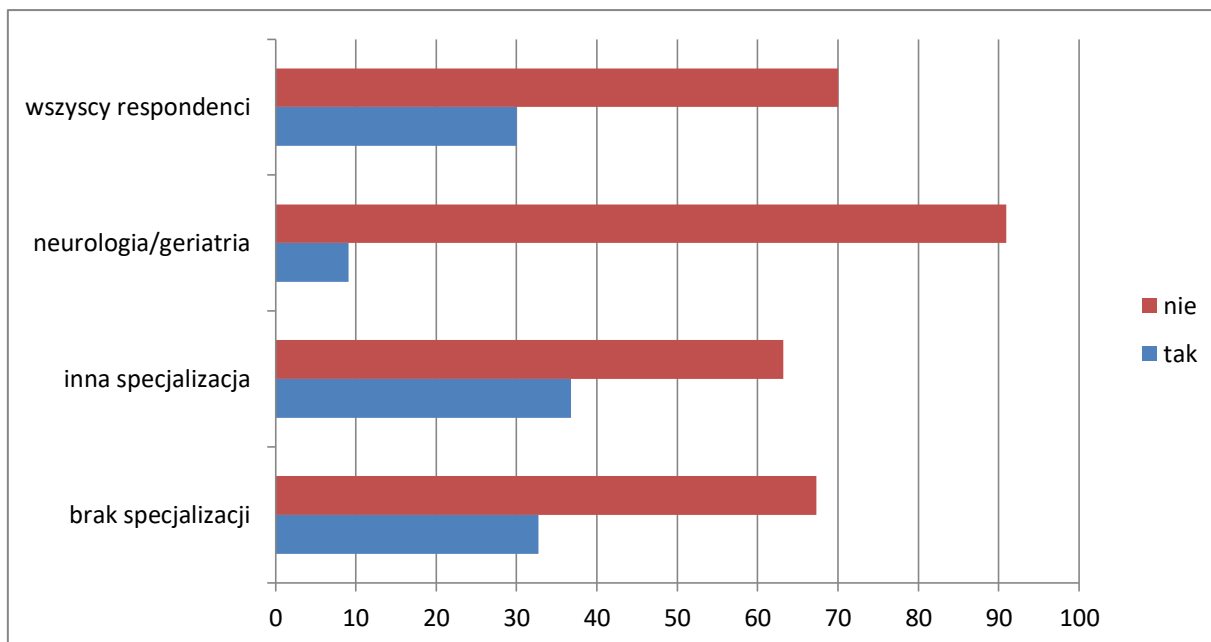


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Inną, dość zaskakującą zależnością, która okazała się być istotna statystycznie, była korelacja między specjalizacją lekarza a wskazaniem na wiek członków społeczeństwa, jako przyczynę wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,019$). Jak można zauważyć na wykresie poniżej odsetek respondentów, który wskazał na ten czynnik nie był wielki – było to 30%. Podobnie kształtowała się ta wartość również wśród lekarzy innej specjalizacji niż neurolog lub geriatra (36,8%), jak również wśród osób, które nie są lekarzami ze specjalizacją (32,7%). Zastanawiające jest jednak to, jak niewielu neurologów lub geriatrów wybrało tę przesłankę jako jedną z dwóch, które najbardziej przyczyniają się do marginalizacji pacjenta z chorobą Alzheimera. Odsetek takich respondentów kształtował się na poziomie 9,1%, czyli aż 4 razy mniej, niż wśród lekarzy innej specjalizacji i o ponad dwadzieścia punktów procentowych mniej niż wśród całości grupy badawczej.

Wykres 9.

Korelacja między specjalizacją lekarza a wskazaniem na wiek członków społeczeństwa, jako przyczynę wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejna istotna statystycznie korelacja, która została ujawniona w trakcie analizy wyników badań, dotyczyła wskazywania na społeczną akceptację instytucjonalizacji chorego jako jednego z dwóch czynników najbardziej wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera w zależności od tego, jak często w roku poprzedzającym wypełnienie ankiety miało się kontakt z pacjentem z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,002$). Wyniki, które zostały wskazane na poniższym wykresie, są bardzo zróżnicowane i mogą być analizowane z różnych punktów widzenia. Szukając najpierw pewnej prawidłowości w tych wynikach, należy wskazać, że co do zasady odsetek respondentów, którzy wybrali tę przyczynę marginalizacji w poszczególnych grupach znajdował się w przedziale 40-60%. Sytuacja taka występowała przede wszystkim w dwóch grupach – wśród osób, które miały kontakt z chorym codziennie (45%), rzadziej niż raz w tygodniu (52,4%), a także znajdował się na granicy w przypadku respondentów, którzy kontakt taki mieli raz w tygodniu (58,3%) lub kilka razy w tygodniu (62,5%).

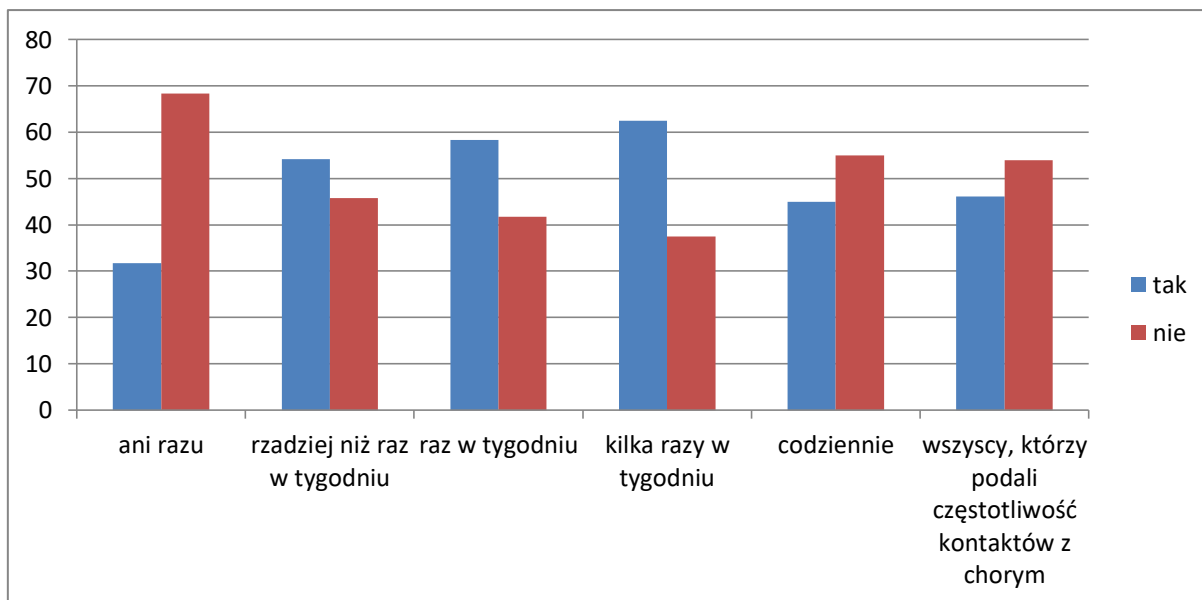
Są to wyniki, mniej (w przypadku dwóch ostatnich grup) lub bardziej (w przypadku dwóch pierwszych grup), zbliżone do średniej wśród wszystkich respondentów, którzy podali częstotliwość kontaktów z chorym w roku poprzedzającym wypełnienie kwestionariusza (46,1%). Na tym tle wyróżnia się odsetek wskazania na ten czynnik wśród ankietowanych, którzy ani razu w roku poprzedzającym udział w badaniu nie mieli kontaktu z osobą z chorobą Alzheimera. Wartość ta jest zaskakująco niska i wynosi zaledwie 31,7%.

Zależność między wskazywaniem na społeczną akceptację instytucjonalizacji chorego jako jednego z dwóch czynników najbardziej wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera a tym, jak często w roku poprzedzającym wypełnienie ankiety miało się kontakt z pacjentem z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym, można interpretować jednak również inaczej. Wyniki przedstawione na wykresie, który znajduje się poniżej, wskazują na występowanie pewnej tendencji, zgodnie z którą im częstszy był kontakt z chorym, tym większa rola, jaką przypisywało się temu czynnikowi w kontekście przyczyniania się do wykluczenia społecznego. Odsetek osób w poszczególnych grupach, które wskazały na tę przyczynę marginalizacji rósł, za wyjątkiem ostatniej grupy. Wśród respondentów, którzy taki kontakt mieli codziennie, wartość ta spadła o prawie dwadzieścia punktów procentowych w stosunku do wartości w grupie osób, które kontakt taki miały kilka razy w tygodniu.

Ostatnią, być może najmniej istotną, niemniej jednak wartą wspomnienia obserwacją, która została poczyniona podczas analizy danych statystycznych z poniższego wykresu jest fakt, że w przypadku dwóch skrajnych grup, a więc osób, które w ciągu roku poprzedzającego wypełnianie ankiety nie mieli ani razu kontaktu z chorym oraz tych, którzy taki kontakt mieli codziennie, odsetek wskazań na tę przyczynę marginalizacji wyniósł mniej niż 50%. W przypadku pozostałych trzech grup przekraczał on tę wartość. Jak widać, zależność między wskazywaniem na społeczną akceptację instytucjonalizacji chorego jako jednego z dwóch czynników najbardziej wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera a tym, jak często w roku poprzedzającym wypełnienie ankiety miało się kontakt z pacjentem z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym prowadzi do wielu zaskakujących konkluzji. Wyniki w poszczególnych grupach wykazują niezwykle poziom zróżnicowania.

Wykres 10.

Zależność między wskazywaniem na społeczną akceptację instytucjonalizacji chorego jako jednego z dwóch czynników najbardziej wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera a tym, jak często w roku poprzedzającym wypełnienie ankiety miało się kontakt z pacjentem z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejną zależnością, na którą należy zwrócić uwagę w tym rozdziale, jest kwestia wyboru społecznej akceptacji instytucjonalizacji chorego jako jednego z dwóch czynników najbardziej wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera wśród różnych grup respondentów z uwagi na to, z iloma pacjentami z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym mieli kontakt w ciągu roku poprzedzającego wypełnienie ankiety (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,001$). Wydaje się to być bardzo podobna zależność do tej, która została wskazana powyżej. Jak wskazano już jednak z rozdziale poświęconym metodologii, częstotliwość kontaktów z chorym nie jest lub nie musi być tożsama z ilością pacjentów, z którymi miało się do czynienia. Dlatego warto przeanalizować również tę korelację i spróbować wyciągnąć wnioski.

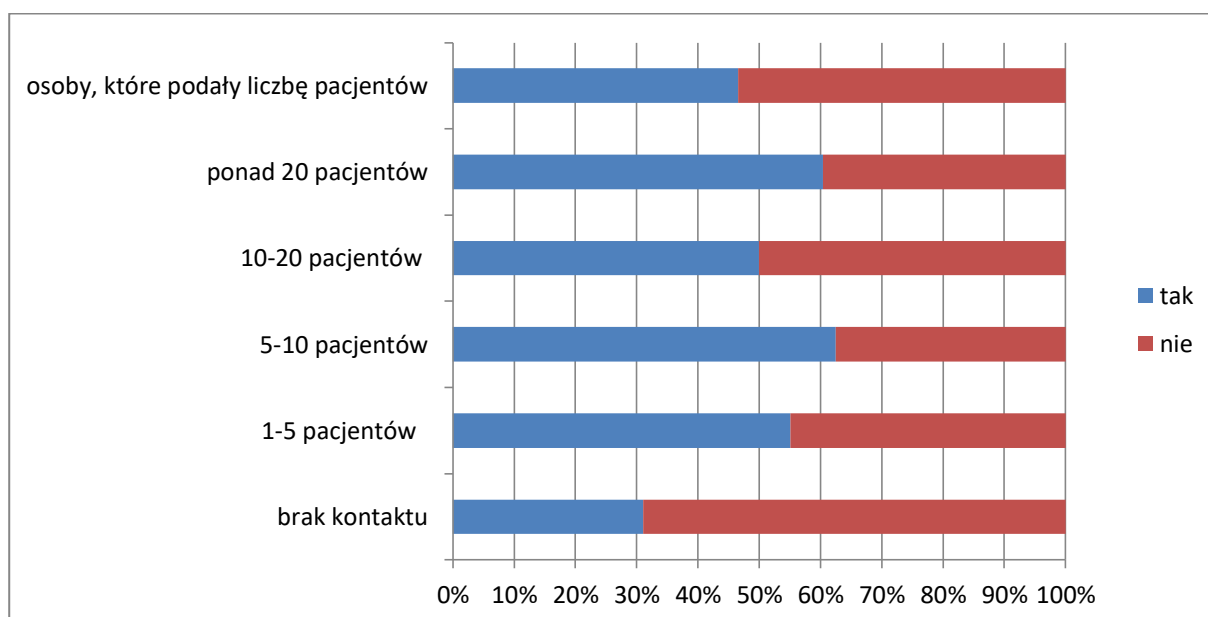
Wyniki przedstawione na poniższym wykresie wskazują, że istniała istotna różnica między ankietowanymi, którzy mieli kontakt z przynajmniej jedną osobą z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym, a tymi, którzy w ciągu 12 miesięcy poprzedzających udział w badaniach nie mieli takiej styczności. Wszystkie grupy respondentów, które miały kontakt z osobą z chorobą Alzheimera odpowiedziały w miarę podobnie.

Odsetek osób, którzy wskazały na ten czynnik jako szczególnie istotny wynosił od 50% wśród respondentów, którzy mieli styczność z 10-20 pacjentami do nieco ponad 60% w grupie tych, którzy mieli kontakt z 5-10 chorymi. Odsetek wyboru tej przyczyny marginalizacji wśród ogółu badanych, którzy poinformowali o tym, z iloma chorymi mieli kontakt, był jednak niższy niż w tych wszystkich grupach i wyniósł 46,6%.

Przyczyną takiego stanu rzeczy były odbiegające od wskazanej powyżej normy wyniki w grupie respondentów, którzy nie mieli styczności z osobą z chorobą Alzheimera. Zaledwie 31,1% z nich uznało społeczną akceptację instytucjonalizacji chorego za jedną z dwóch najważniejszych przyczyn wykluczenia społecznego pacjenta. Była to wartość dwukrotnie niższa niż w przypadku osób, które miały kontakt z 5-10 osobami z chorobą Alzheimera.

Wykres 11.

Zależność między wyborem społecznej akceptacji instytucjonalizacji chorego jako jednego z dwóch czynników najbardziej wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera wśród różnych grup respondentów a tym, z iloma pacjentami z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym mieli kontakt w ciągu roku poprzedzającego wypełnienie ankiety.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Jak zauważa się w literaturze, jedną z przyczyn marginalizacji chorego, która wynika wprost ze społeczeństwa, w którym żyje ta osoba, jest problem traktowania choroby Alzheimera jako tematu tabu, mimo tego, że nie jest ona schorzeniem nietypowym, schorzeniem, które rzadko występuje w naszym społeczeństwie. Zjawisko to jest efektem nadal zbyt słabo rozpowszechnionej wiedzy dotyczącej tego schorzenia. Następstwem tej niedostatecznej wiedzy są zaś trudności z pełnym zrozumieniem jego objawów, które przejawiają się m.in. w niestandardowym zachowaniu chorego w różnych sytuacjach. Może to prowadzić nie tylko do postępującej marginalizacji chorego, ale również do wykluczenia społecznego jego rodziny,

bliskich którzy z nim mieszkają i sprawują nad nim opiekę, którzy odczuwają zakłopotanie w związku z nieobliczalnością chorego²⁶³.

Innym zjawiskiem, które wprost prowadzi do wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera, jest stygmatyzacja tego schorzenia. Jak wskazuje się w literaturze problem taki faktycznie ma rację bytu²⁶⁴. Zjawisko to może cechować duża różnorodność oraz najrozmaitsze przyczyny. Zdarza się też, że różne badania dają odmienne wyniki odnośnie do konkretnych źródeł tej stygmatyzacji. Dotyczy to m.in. wpływu styczności z osobą chorą na ową stygmatyzację. Według jednych badań kontakt ten zmniejsza ryzyko stygmatyzacji²⁶⁵, według innych zaś brak takiego oddziaływania²⁶⁶.

Podobne różnice występują np. w kontekście znaczenia wieku w ewentualnej skłonności do dyskryminowania osób z chorobą Alzheimera. Jedne badania sugerują, że wśród osób starszych zagrożenie stygmatyzacją jest większe²⁶⁷, wyniki innych prowadzą zaś do całkowicie przeciwstawnej konkluzji²⁶⁸. Warto dodać, że stygmatyzacja ta dotykać może nie tylko same osoby z chorobą Alzheimera, ale też ich bliskich, a nawet profesjonalnych opiekunów tych osób, w tym również wolontariuszy²⁶⁹.

§ 4. Inne przyczyny marginalizacji osób z chorobą Alzheimera

W drugiej części pytań kwestionariusza ankietowego, który stanowił podstawę dla przeprowadzonych badań empirycznych, respondenci udzielali odpowiedzi dotyczących dwóch problemów. Pierwszym z nich były inne niż wskazane we wcześniejszych paragrafach niniejszej rozprawy doktorskiej czynniki zwiększające ryzyko wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera. Analizie tego zagadnienia poświęcona będzie dalsza część niniejszego

²⁶³ Tamże.

²⁶⁴ T.M. Cook, J. & Wang, Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta, *BMC psychiatry* 2010, nr 10, s. 29-40, S.L. Blay, E.T.P. Peluso, Public stigma: the community's tolerance of Alzheimer disease, *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2010, nr 18(2), s. 163-171.

²⁶⁵ D.L. Penn, S.M. Couture, Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness, *World Psychiatry* 2002, nr 1(1), s. 20-21.

²⁶⁶ B.K. Woo, Family history and its relationship with dementia stigma beliefs among Chinese Americans, *Geriatrics & gerontology international* 2017, nr 17(1), s. 122-125.

²⁶⁷ S. Kim, M.E. Mortby, Dementia-related stigma, cultural diversity and help-seeking intentions: findings from a population survey, *Alzheimer's & Dementia* 2016, nr 7(12), s. 691.

²⁶⁸ L.C. Piver, P. Nubukpo, A. Faure, N. Dumoitier, P. Couratier, J.P. Clément, Describing perceived stigma against Alzheimer's disease in a general population in France: the STIG-MA survey, *International journal of geriatric psychiatry* 2013, nr 28(9), s. 933-938.

²⁶⁹ M.G. Weiss, J. Ramakrishna, D. Somma, Health-related stigma: rethinking concepts and interventions, *Psychology, health & medicine* 2006, nr 11(3), s. 277-287.

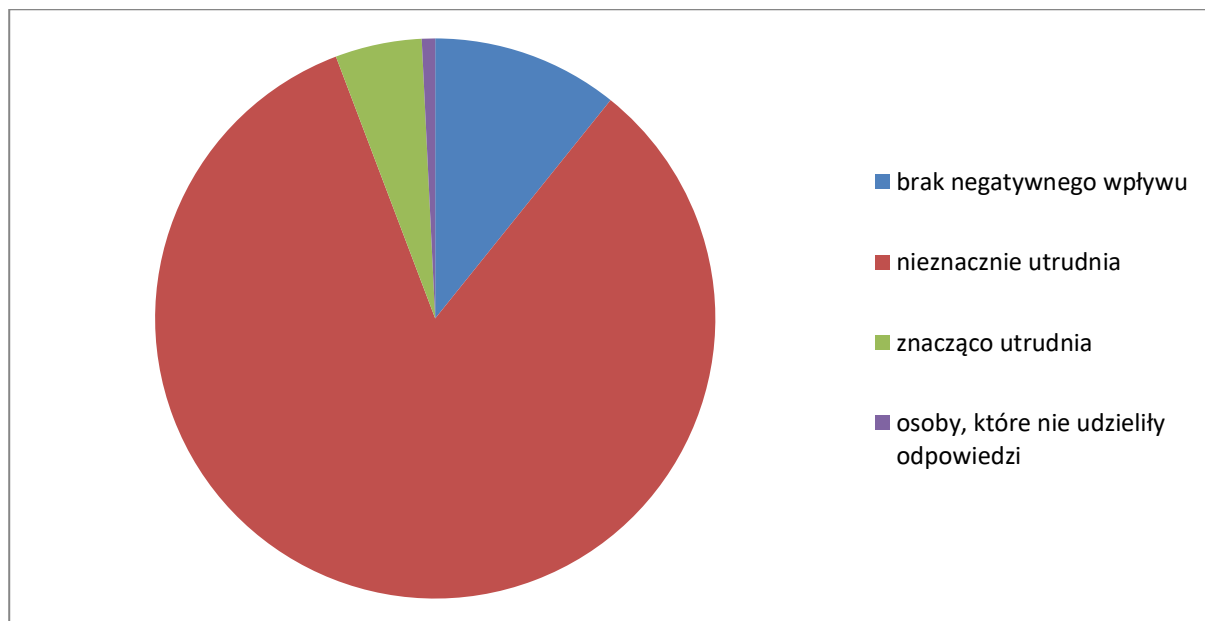
rozdziału. Druga część, która zostanie omówiona w dalszej części niniejszej rozprawy doktorskiej, dotyczyła wpływu choroby Alzheimera na ryzyko stania się ofiarą przestępstwa.

Pierwsze zagadnienie, które analizowane było w tej części, dotyczyło tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z chorym. Zdecydowana większość respondentów uznała, że oddziaływanie to polega na nieznacznym utrudnianiu. Wariant ten wskazało 217 ankietowanych (84,1% spośród tych, którzy zdecydowali się odpowiedzieć na to pytanie).

Drugim najczęstszym wyborem był brak negatywnego wpływu (28 respondentów – 10,9% wśród tych, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie). Najmniej, bo zaledwie 13 (5,0% spośród tych, którzy zdecydowali się wskazać jeden z wariantów) biorących udział w badaniu stwierdziło, że choroba Alzheimera już w początkowych fazach znacząco utrudnia komunikację z chorym. 2 osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Wykres 12.

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z chorym?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Odpowiedzi, które zostały udzielone przez respondentów, przeanalizowane zostały w zależności od informacji, które podano w metryczce i części ogólnej. Okazało się, że jedna z korelacji wykazała szczególną istotność statystyczną (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,001$). Była to zależność związana z regionem Polski, z którego pochodzili respondenci.

Odsetek respondentów, którzy wybrali poszczególne opcje wśród wszystkich, którzy udzieli odpowiedzi na to pytanie, został już opisany wyżej.

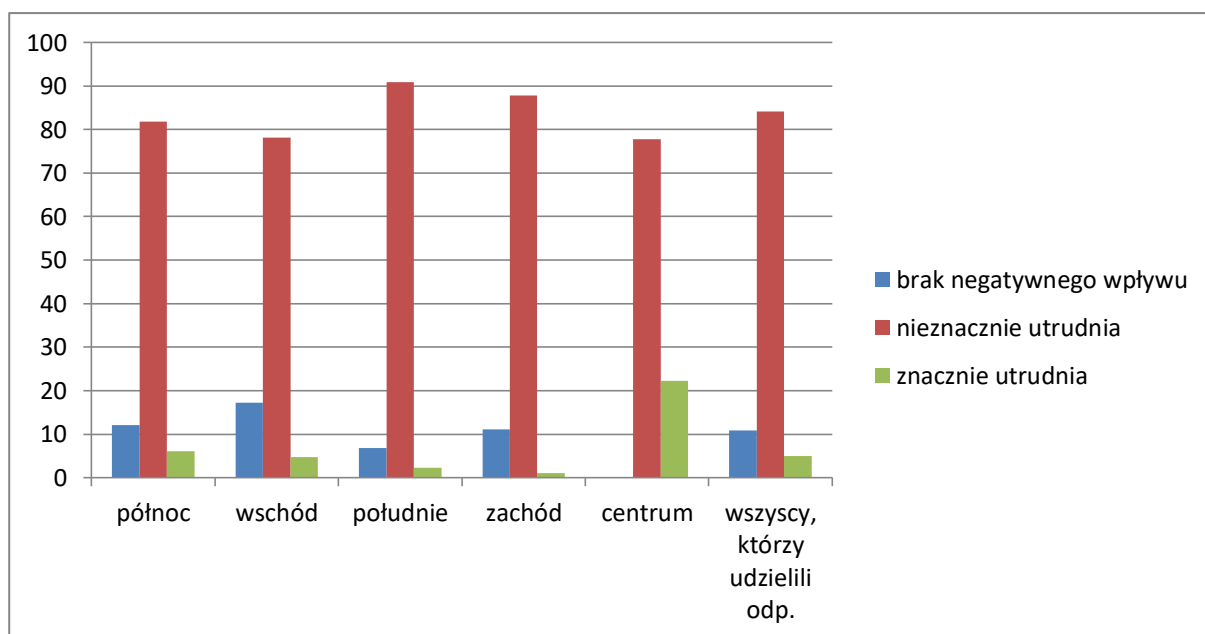
Analiza rozkładu głosów w poszczególnych grupach ankietowanych z uwagi na to, w jakiej części naszego kraju mieszkają, pozwoliła zauważyć pewną prawidłowość. Procent respondentów, którzy wybrali odpowiedź „brak negatywnego wpływu”, w większości przypadków oscylował w granicach 10%, (północ – 12,1%, wschód – 17,2%, południe – 6,8%, zachód 11,1%, ogół – 10,9%). Podobieństwa zauważyć można również w częstotliwości wyboru najpopularniejszej opcji – „nieznacznie utrudnia”. Odsetek ankietowanych, którzy opowiedzieli się za tą odpowiedzią, w każdej z grup zmieścił się między 77,8%, a 90,9% (północ – 81,8%, wschód – 78,1%, południe – 90,9%, zachód – 87,8%, centrum – 77,8%, ogół – 84,1%). Procent osób, które wybrały najmniej popularny wariant, czyli „znacznie utrudnia”, co do zasady nie przekraczał 10%. (północ – 6,1%, wschód – 4,7%, południe – 2,3%, zachód – 1,1%, ogół – 5%).

Anomalie znaleźć można w odpowiedziach udzielanych przez respondentów mieszkających w centrum Polski. Po pierwsze żaden z nich nie uznał, że choroba Alzheimera już w początkowych fazach znacząco utrudnia komunikację z chorym, podczas gdy wśród wszystkich, którzy udzieli odpowiedzi na to pytanie, wariant ten wskazywał średnio co dziesiąty biorący udział w badaniach. Korelacja ta wydaje się być wyjątkowo unikalna.

Niezwykle ciekawie wygląda również zależność między należeniem do grupy respondentów mieszkających w centrum Polski a wybraniem wariantu „znacznie utrudnia”. Odpowiedź tę wskazało 22,2% ankietowanych, co również skrajnie różni się od odsetka wśród ogółu osób, które zdecydowały się odpowiedzieć na to pytanie (5%). Mieszkańcy centralnej części naszego kraju w wyraźny odmienny sposób odpowiedzieli więc na te pytanie. Również w tym regionie najwięcej osób wskazało, że choroba Alzheimera już w początkowych fazach nieznacznie utrudnia komunikację z chorym.

Wykres 13.

Zależność między regionem Polski, z którego pochodzili respondenci, a udzieleniem odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z chorym.



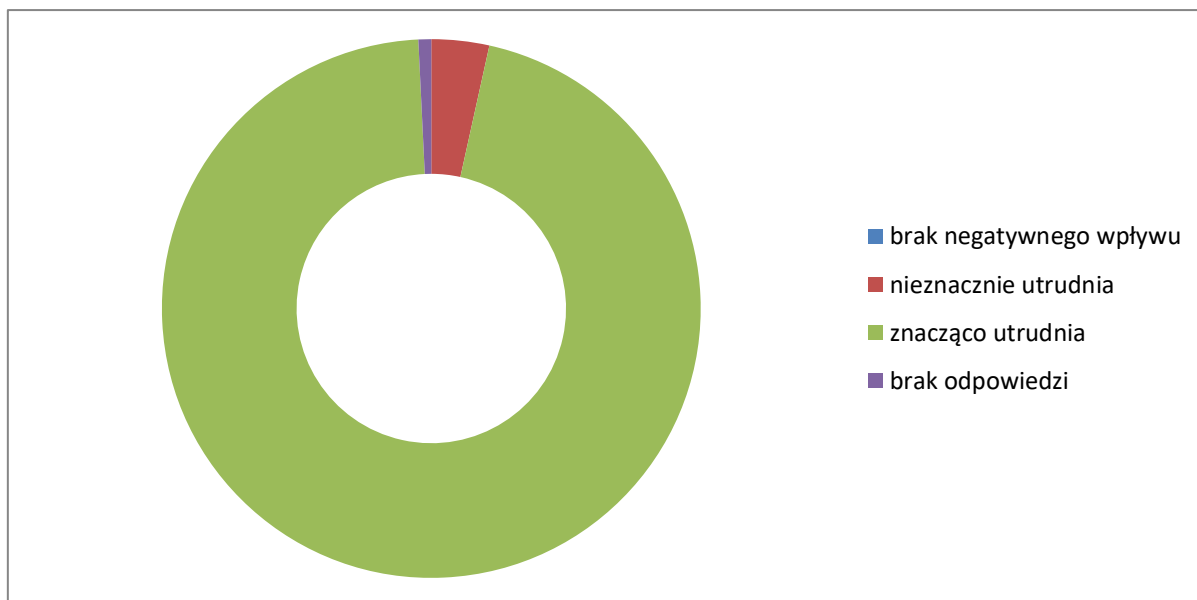
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejne pytanie dotyczyło tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z chorym. Na początku zauważyć należy, że żaden z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi „brak negatywnego wpływu”. Niewielu więcej, bo zaledwie 9 (3,5 % spośród tych, którzy zdecydowali się wskazać jeden z wariantów) uznało, że poważne zaburzenia poznawcze nieznacznie utrudniają komunikację z chorym.

Niemal każdy ankietowany stwierdził, że choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie znacząco utrudnia porozumienie z pacjentem. Wariant ten wskazało 249 respondentów, czyli aż 96,5 % wśród tych, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie. 2 osoby nie zdecydowały się odpowiedzieć na to pytanie. W tym przypadku wyniki okazały się więc jednoznaczne.

Wykres 14.

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z chorym.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

W przypadku tego pytania zaobserwowana została jedna zależność, która charakteryzuje się bardzo wysoką istotnością statystyczną. Korelacja ta odnosi się do wielkości miejsca zamieszkania respondenta (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,002$). Analizując odsetek poszczególnych odpowiedzi w kolejnych grupach zauważyć można, że co do zasady przyjmował on podobną wartość.

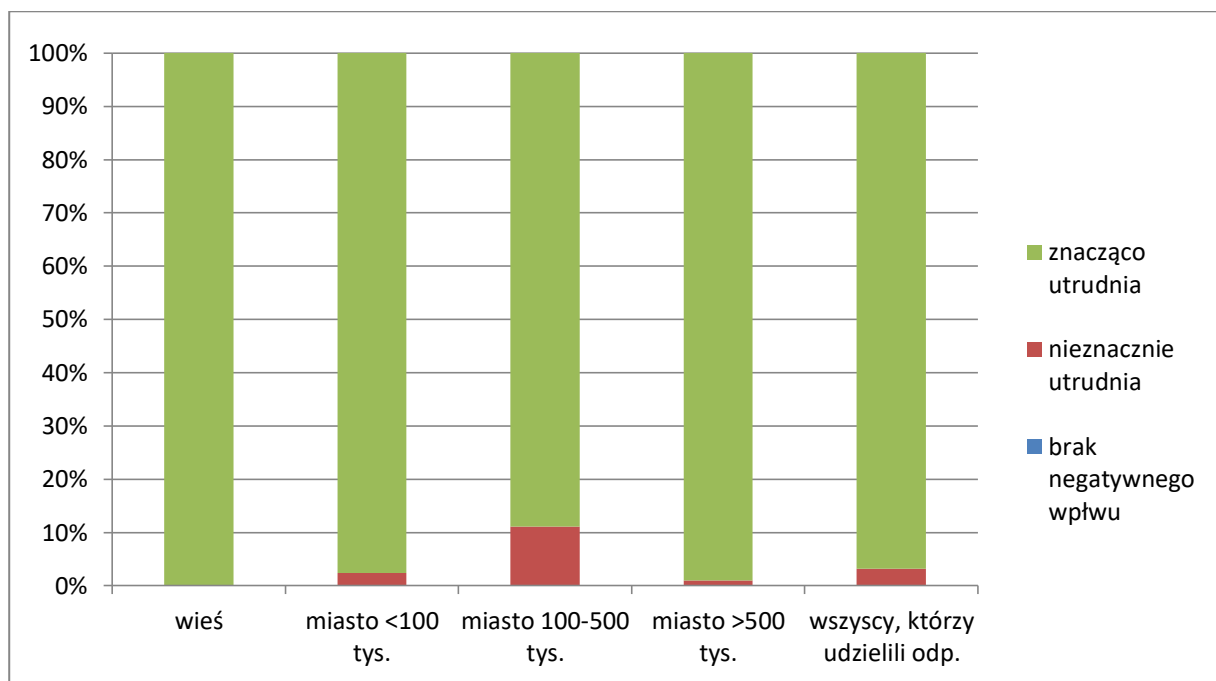
Przytłaczająca większość respondentów opowiedziała się za wariantem „znacząco utrudnia”. Procent osób, które wskazały tę odpowiedź w większości przypadków zdecydowanie przekracza 95% i zbliża się do 100% (wieś – 100%, miasto poniżej 100 tys. mieszkańców – 97,6%, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców – 99%, wszyscy, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie – 96,8%). Odpowiadał temu bardzo rzadki wybór odpowiedzi „nieznacznie utrudnia”, który w niemal każdej grupie nie przekraczał 5%. Jak zostało już podkreślone, nikt nie ocenił, że poważne zaburzenia poznawcze nie mają żadnego wpływu na komunikację z chorym.

Na tle przytoczonych danych zdecydowanie wyróżniały się odpowiedzi udzielone przez mieszkańców miast średniej wielkości (100-500 tys. mieszkańców). W tej grupie układ odpowiedzi okazał się nieco inny, choć nadal zdecydowanie najwięcej z respondentów należących do tej grupy uznało, wpływ zaawansowanej fazy choroby Alzheimera za bardzo istotny. Odpowiedź „znacząco utrudnia” wskazało jednak 88,9% ankietowanych, co stanowi niemal o dziesięć punktów procentowy niższy wynik niż wśród ogółu osób, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

Jeszcze intensywniej różnica ta widoczna była w odniesieniu od osób, które wybrały wariant „nieznacznie utrudnia”. Osób takich było 11,1%, co było wynikiem ponad trzykrotnie większym niż wśród tych, którzy zdecydowali się wskazać jeden z wariantów. Była to więc bardzo wyraźna anomalia. Na uwagę zasługuje również fakt, że wszyscy respondenci mieszkający na wsi uznali, że choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie znacząco utrudnia komunikację z chorym.

Wykres 15.

Zależność między wielkością miejsca zamieszkania respondenta o odpowiedzią na pytanie, w jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z chorym.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

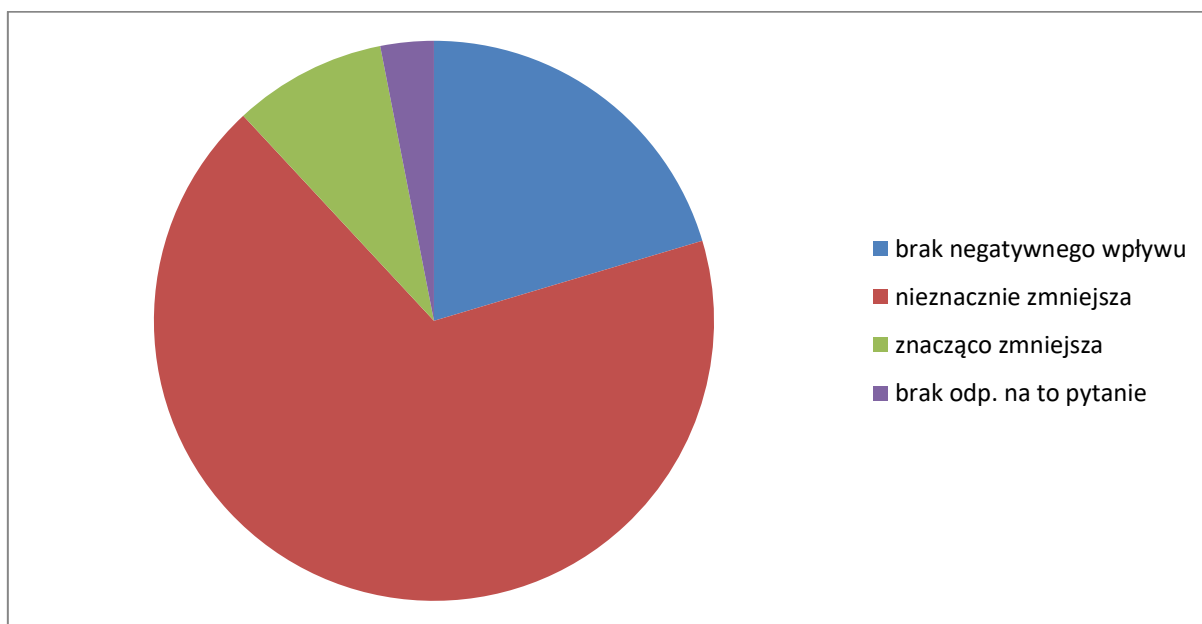
Kolejne zagadnienie, które zostało przeanalizowane w ramach badań ilościowych, dotyczyło tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje. 176 respondentów uznało, że łagodne zaburzenia poznawcze nieznacznie zmniejszają (69,8% osób, które zdecydowały się wskazać jedną z odpowiedzi) liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje.

Drugą w kolejności odpowiedzią, na którą decydowali się ankietowani był „brak negatywnego wpływu”. Taki był wybór 53 respondentów (21,0 % osób, które udzieliły odpowie-

dzi na to pytanie). Najmniej osób uznało, że choroba Alzheimera w początkowych fazach znacząco ogranicza życie towarzyskie chorych. Decyzję taką podjęły 23 osoby (9,1% spośród tych, którzy zdecydowali się udzielić odpowiedzi). 8 ankietowanych nie wskazało żadnej z odpowiedzi.

Wykres 16.

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

W przypadku tego pytania również szukano zależności, które okazały się istotne statystycznie według testu Fishera-Freemana-Haltona. Korelacja taka została znaleziona w odniesieniu do poszczególnych grup wiekowych uczestników badania (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,000$). Okazało się, że rozbieżności były dość duże, zwłaszcza wśród osób najmłodszych i najstarszych.

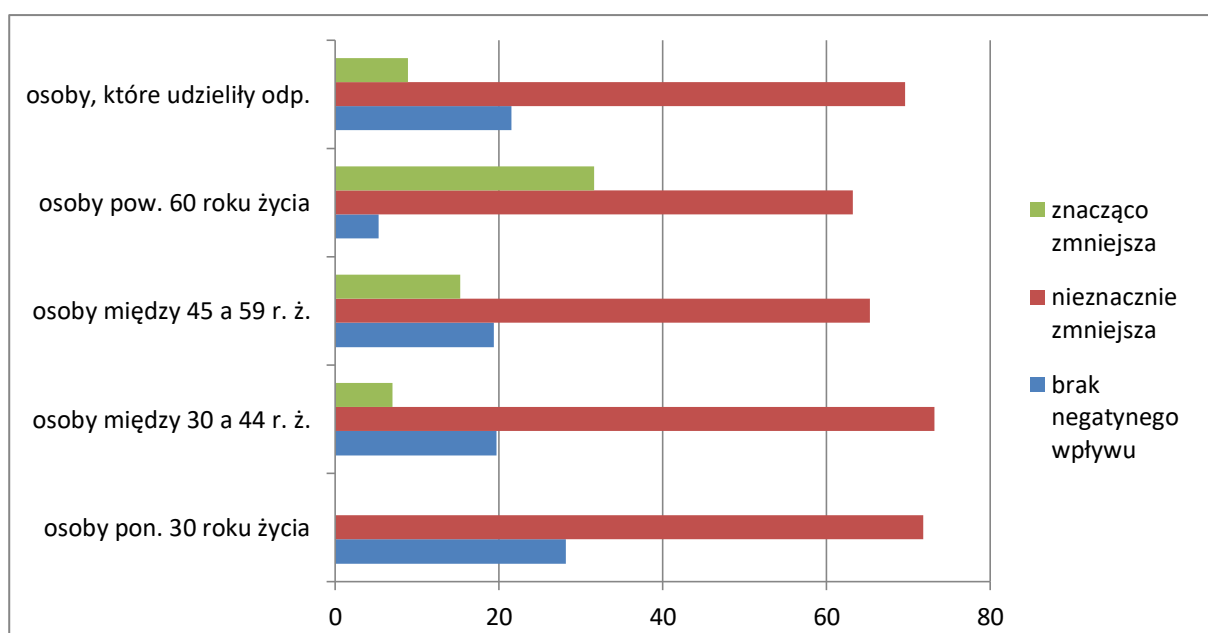
Grupy osób znajdujących się w momencie wypełniania ankiety między 30 a 44 rokiem życia, oraz między 45 a 59 rokiem życia wskazały umiarkowane podobieństwo z wynikami wśród ogółu osób, które zdecydowały się udzielić odpowiedzi na to pytanie. Około 10% z nich wybrało odpowiedź „znacząco zmniejsza” (7% w grupie 30-44 lat, 15,3% w grupie 45-59 lat i 8,9% wśród ogółu), a mniej więcej co piąty uznał, że brak w tym przypadku negatywnego wpływu (19,7% w grupie 30-44 lat, 19,4% w grupie 45-59 lat i 21,5% wśród ogółu).

Bardzo podobnie wyglądał odsetek wskazywania na odpowiedź „nieznacznie zmniejsza”, który wynosił około dwie trzecie (71,8% – osoby poniżej 30 roku życia, 73,2% – osoby między 33 a 44 rokiem życia, 65,3% – osoby między 45 a 59 rokiem życia, 63,2% – osoby powyżej 60 roku życia, 69,6% – wszystkie osoby, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie). Anomalie dotyczyły w tym przypadku jedynie wskazywania na dwie skrajne odpowiedzi – „brak negatywnego wpływu” i „znacząco zmniejsza”. Wśród najmłodszych uczestników badania odsetek wskazywania na te warianty wyniósł odpowiednio – 28,2% i 0%, a wśród najstarszych ankietowanych we wskazanej wyżej kolejności – 5,3% oraz 31,6% (wśród ogółu jest to odpowiednio – 21,5% i 8,9%).

Powyższa analiza pozwala wyciągnąć wnioski dotyczące pewnych tendencji odnośnie wpływu wieku na ocenę negatywnego oddziaływania choroby Alzheimera w początkowych fazach, które charakteryzują się łagodnymi zaburzeniami poznawczymi na liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje. Okazuje się, że wraz z wiekiem wzrasta odsetek odpowiedzi, które uznają, że oddziaływanie to jest znaczące (od 0% do 31,6%), a spada procent tych, którzy nie widzą negatywnego wpływu (od 28,2% do 5,3%).

Wykres 17.

Zależność między wiekiem respondenta a udzieleniem odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje.



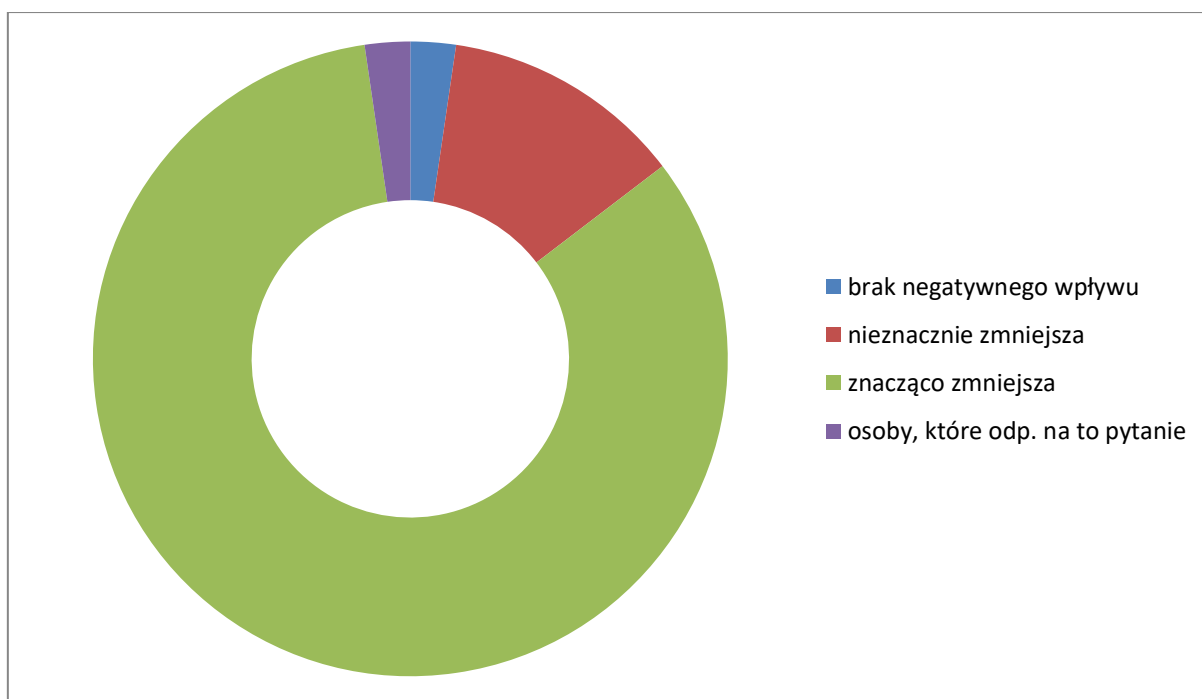
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejnym zagadnieniem analizowanym w ramach badań empirycznych przeprowadzonych na poczet niniejszej rozprawy, było pytanie, w jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie, gdy pojawiają się już poważne zaburzenia poznawcze, wpływa na liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje. Zdecydowana większość, bo aż 216 (85% wśród tych, którzy zdecydowały się odpowiedzieć) spośród osób biorących udział w badaniach, wybrało odpowiedź „znacząco zmniejszają”.

Zaledwie 32 respondentów (12,6% osób, które zdecydowały się wskazać jedną z odpowiedzi) stwierdziło, że poważne zaburzenia poznawcze, nieznacznie zmniejszają liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje. 6 ankietowanych (2,4% osób, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie) uznało natomiast, że brak jest negatywnego wpływu w tej kwestii. 6 osób nie zdecydowało się wskazać żadnej odpowiedzi.

Wykres 18.

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

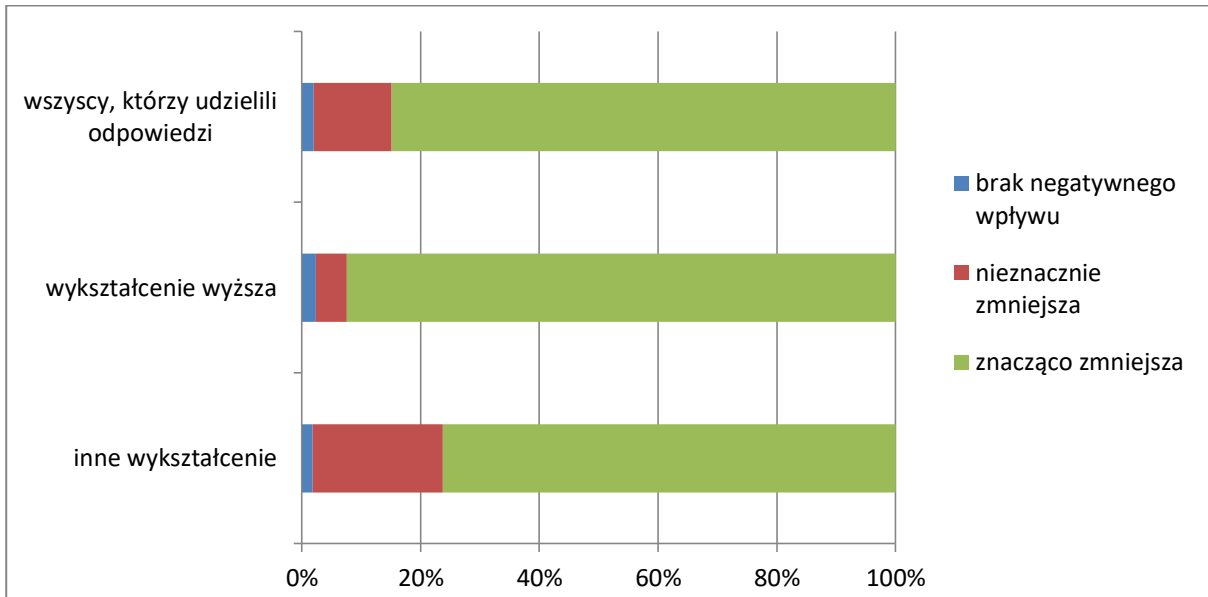
Dzięki analizie odpowiedzi udzielonych na te pytanie wskazała jedną, bardzo wyraźną istotność statystyczną. Jest ona związana z poziomem wykształcenia osób biorących udział w niniejszych badaniach empirycznych (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,000$). Okazało się, że o ile odsetek osób, które uznały, że brak jest negatywnego wpływu choroby Alzheimera

ra w zaawansowanej fazie na liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje był mniej więcej podobny w każdej z grup (2% wśród wszystkich, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie, 2,3% w grupie respondentów z wyższym wykształceniem i 1,8% wśród osób z wykształceniem innym niż wyższe), o tyle wybór dwóch pozostałych odpowiedzi w istotny sposób zależał od poziomu wykształcenia.

Wnioskować można, że osoby z wyższym wykształceniem co do zasady uznały, że wpływ ten jest znaczny (92,4% ankietowanych – znacząco zmniejsza, 5,3% ankietowanych – nieznacznie zmniejsza). W grupie respondentów z innym wykształceniem również większość opowiedziała się za odpowiedzią „znacząco zmniejsza”, jednak osób takich było zdecydowanie mniej – zaledwie nieco ponad trzy czwarte (76,3%), podczas gdy aż co piąty z nich (21,9%) wpływ ten określił jako nieznaczny.

Wykres 19.

Zależność między poziomem wykształcenia osób biorących udział w niniejszych badaniach empirycznych a odpowiedzią na pytanie, jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

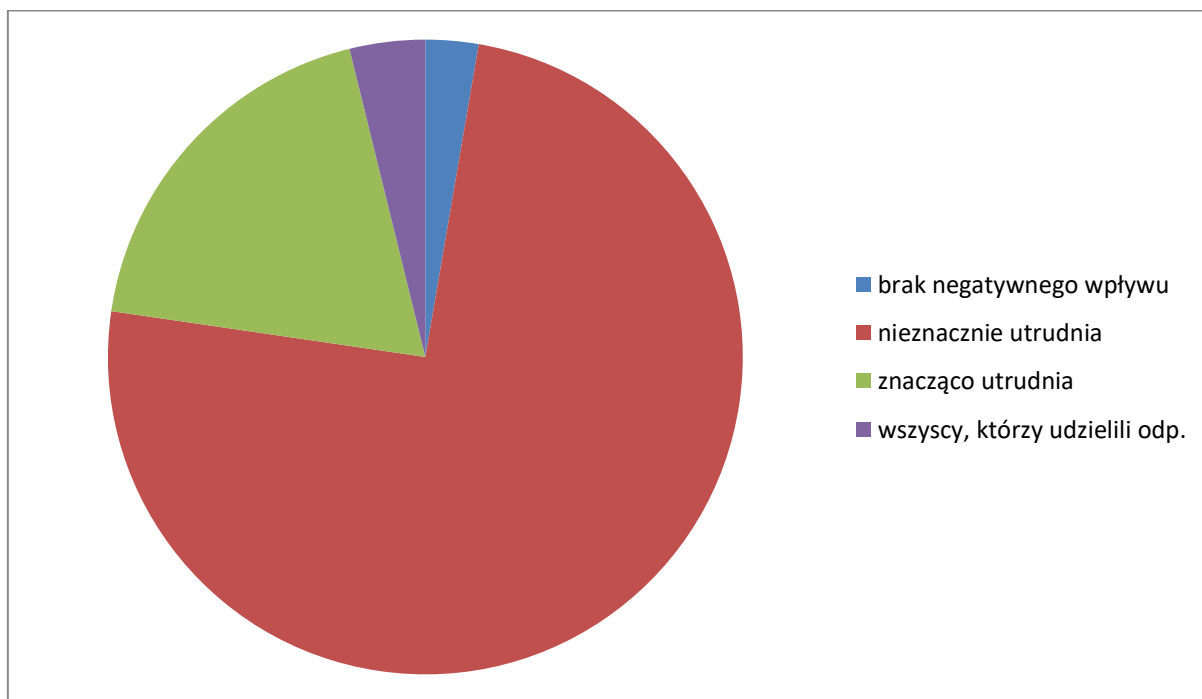
Kolejny problem, którego analizie służyły badania empiryczne, dotyczył tego, w jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach, gdy objawy polegają na łagodnych zaburzeniach poznawczych, wpływa na pracę zawodową chorego. Okazało się, że 194 ankieto-

wanych, czyli więcej niż trzech na czterech wybrało odpowiedź „nieznacznie utrudnia” (77,6% osób, które zdecydowały się wskazać jedną z odpowiedzi).

Zdecydowanie mniejsza liczba respondentów, ale nadal całkiem sporo, bo 49 z nich uznało, że łagodne zaburzenia poznawcze znacząco utrudniają pracę zawodową chorego (19,6% wśród osób, które zdecydowały się odpowiedzieć). Najmniej ankietowanych wskazało na wariant „brak negatywnego wpływu”. Było ich zaledwie 7 (2,8% osób, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie). Dodać należy, że 10 osób nie zdecydowało się wypowiedzieć w tej kwestii.

Wykres 20.

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową chorego?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

W przypadku tego pytania również dokonano analizy statystycznej w celu odnalezienia zależności mających znamiona istotnych statystycznie. W toku analizy pojawiały się korelacje, które miały taką cechę istotności. Dotyczyło to np. wpływu wykształcenia respondentów (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,032$), czy też regionu Polski, z którego pochodzili ankietowani (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,010$) na udzieloną odpowiedź.

Uznano jednak, że korelacje te nie posiadają aż tak wysokiego poziomu istotności statystycznej w stosunku do innych wyników badań empirycznych, które pojawiły się w ramach

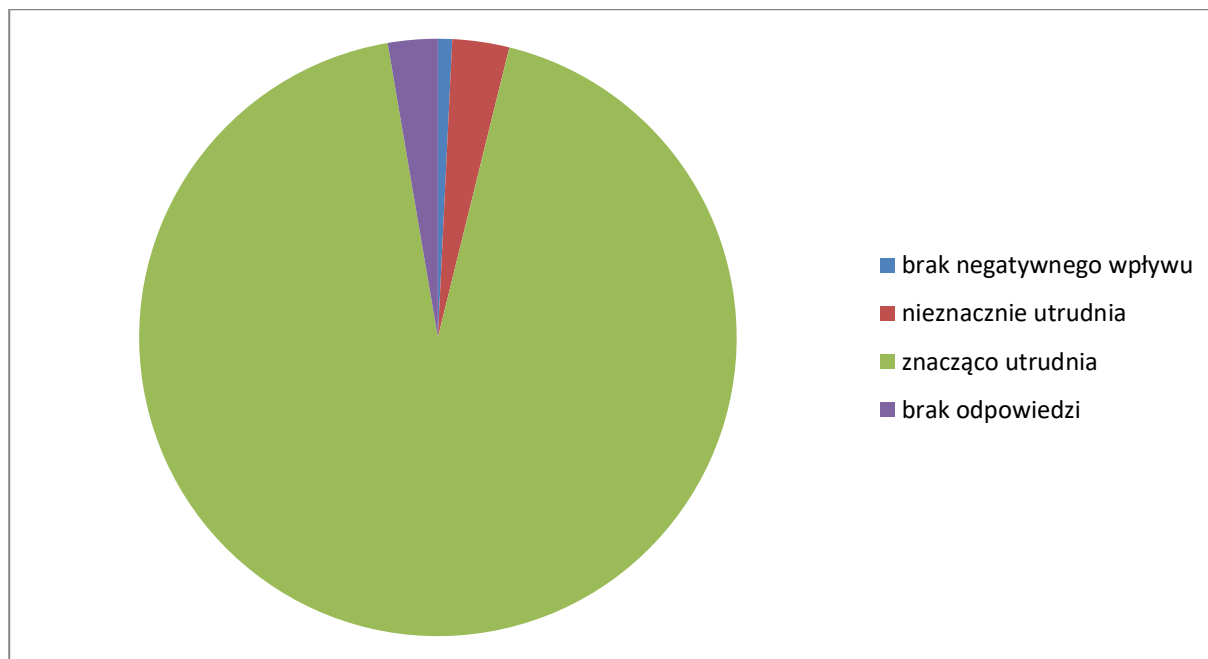
analiz statystycznych, więc nie zostały one dokładniej omówione w tym rozdziale. Informacje dotyczące tych zależności, podobnie jak wszystkie wyniki badań empirycznych, zostały opracowane i umieszczone w osobnym miejscu niniejszej rozprawy doktorskiej.

Kolejnym zagadnieniem, które zostało zbadane na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej, było to, w jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie, gdy zaburzenia poznawcze stają się już poważne, wpływa na pracę zawodową chorego. W tym przypadku rozkład głosów był jednoznaczny. Prawie każda osoba, która wzięła udział w badaniach i oddała swój głos, uznała, że poważne zaburzenia poznawcze, które pojawiają się z zaawansowanej fazy choroby Alzheimera znacząco utrudniają kontynuowanie przez chorego aktywnego życia zawodowego. Takiego zdania było aż 243 ankietowanych, czyli 96% spośród tych, którzy zdecydowali się odpowiedzieć na to pytanie.

Zdecydowanie mniej osób, co zrozumiałe, uznało, że utrudnienia te są nieznaczne. Wariant ten wybrało 8 ankietowanych, czyli zaledwie 3,2% osób, które zdecydowały się wskazać jedną z odpowiedzi. Marginalnym poparciem cieszyła się opcja „brak negatywnego wpływu”. Wskazało ją jedynie 2 respondentów, czyli – 0,8% spośród tych, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie. Dane te należy uzupełnić informacją, że 7 osób nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Wykres 21.

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową chorego?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

W przypadku tego pytania, podobnie jak miało to miejsce przy pytaniu poprzednim, które porusza podobny problem, również nie zaobserwowano zależności, które charakteryzowałyby dużą istotność statystyczna. Oznacza to, że ankietowani udzielali odpowiedzi na to pytanie w dość podobnych proporcjach we wszystkie grupy, jakie wynikają z metryczki i części ogólnej kwestionariusza. Anomalie, które w przypadku niektórych wcześniejszych zależności znajdowały się na bardzo wysokim poziomie, w tym przypadku w zasadzie nie występują. Jedyna korelacja, w której zachodziła jakakolwiek istotność statystyczna dotyczyła regionu Polski, z którego pochodzili respondenci (test Fishera-Freemana-Haltona - $p=0,021$). Nie była to jednak duża istotność w porównaniu z innymi, które pojawiają się podczas analizy wyników badań empirycznych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy.

Wspomnieć należy również o dwóch pytaniach otwartych, na które odpowiedzieli uczestnicy badań. Pierwsze z nich dotyczyło tego, które objawy choroby Alzheimera utrudniają komunikację z pacjentem. Respondenci wskazywali tutaj przede wszystkim na takie symptomy jak: problemy z pamięcią, zaburzenia funkcji poznawczych, problemy z komunikacją, problemy z mową, problemy emocjonalne, w tym stany depresyjne, nierozpoznanie innych ludzi, w tym swoich bliskich, utrata zdolności logicznego myślenia, agresja, dezorientacja, czy też otępienie.

Drugie pytanie poruszało problem tego, które objawy choroby Alzheimera utrudniają pracę zawodową pacjenta. Respondenci przy tym pytaniu również mogli udzielać dowolnych odpowiedzi, według swojego uznania. Najczęściej wskazywali oni na takie symptomy jak: problemy z pamięcią, zaburzenia funkcji poznawczych, problemy z komunikacją, w tym problemy z mową, zaburzenia orientacji i zagubienie, problemy z logicznym myśleniem, problemy z koncentracją, problemy emocjonalne, w tym stany depresyjne, jak również otępienie. Jak można zauważyć, wiele z tych objawów powtarzało się w obu przypadkach. Bez wątpienia można uznać je za te symptomy, które zwiększają zagrożenie wykluczenia społecznego i zawodowego chorego.

Ogromny wpływ na ryzyko wykluczeniem społecznym osób z chorobą Alzheimera, a także ich opiekunów, rodziny, bliskich mają rozwiązania państwowe dotyczące systemu opieki instytucjonalnej nad chorym. Dobrze zorganizowane przez władze państwowe i samorządowe wsparcie może wspomóc integrację chorego, a także umożliwić wartościowe spędzanie przez niego czasu i realizację jego różnego rodzaju potrzeb, na tyle, na ile jest to możliwe w danym stadium choroby,. Odnośnie do osób, która sprawują pieczę nad chorym, sprawnie

działający system pomocy może w znaczący sposób ich odciążyć. Naturalnym następstwem takiego wsparcia jest przede wszystkim przeciwdziałanie problemowi marginalizacji społecznej opiekuna. Jak zostało wskazane w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich pt. Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce, system opieki instytucjonalnej dedykowany osobom z chorobą Alzheimera nie jest w naszym kraju na zadowalającym poziomie. Jako główny problem wskazano zbyt małą liczbę domów opieki, szczególnie opieki o charakterze dziennych czy też krótkoterminowym²⁷⁰. Rola takich domów jest niezwykle istotna pod kątem wsparcia opiekunów, wsparcia rodzin osoby chorej, które sprawują nad nim pieczę, w postaci odciążenia ich na jakiś czas w zajmowaniu się chorym, a także mogą, przy ich właściwym funkcjonowaniu, zapewnić wartościowe, jakościowe spędzanie czasu osobie z chorobą Alzheimera w obecności wykwalifikowanego personelu.

Niedostateczna liczba takich ośrodków sprawia, że całość lub niemal całość wysiłku zajmowania się chorym spada na jego bliskich, którzy przeważnie, czemu trudno się dziwić, nie mają doświadczenia w sprawowaniu takiej opieki. Sytuacja ta skutkuje określonymi reperkusjami o charakterze emocjonalnym, fizycznym, ekonomicznym i społecznym po stronie rodziny chorego²⁷¹. Różnorakie reperkusje i koszt, który ponoszą opiekunowie osób z chorobą Alzheimera, a także ich możliwe kryminogenne następstwa zostały już opisane we wcześniejszym rozdziale. Skutki niedostatecznie rozwiniętego systemu opieki instytucjonalnej mogą więc być bardzo zróżnicowane i jako jedne z najważniejszych wskazać należy wykluczenie społeczne chorego, a jeszcze bardziej jego opiekuna, rodziny i bliskich.

Jeszcze więcej światła na stan wsparcia instytucjonalnego państwa dla chorych na Alzheimera i ich opiekunów rzuca analiza wykonana w ramach inicjatywy Alzheimer Europe w 2006 r. w kilku krajach europejskich, w tym w Polsce. W naszym kraju przebadanych zostało 201 opiekunów osób z chorobą Alzheimera mieszkających w różnych miejscach w Polsce. Wyniki tych badań zwracają uwagę na trzy kluczowe obszary, w których wsparcie państwa powinno stać na wyższym poziomie²⁷².

Pierwszym z nich jest problem niedostatecznego informowania opiekunów o chorobie Alzheimera, w tym zwłaszcza o tym, jak wygląda proces rozwoju choroby i jej leczenie, a także, co również istotne o możliwościach ubiegania się o pomoc, nie tylko państwa, ale też

²⁷⁰ M. Wojciechowska-Szepczyńska, Czy Polska może być krajem przyjaznym dla osób z otępieniem? (w:) A. Szczudlik (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016, s. 14.

²⁷¹ Tamże.

²⁷² J. Georges, S. Jansen, J. Jackson, A. Meyrieux, A. Sadowska, M. Selmes, Alzheimer's disease in real life—the dementia carer's survey, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008, nr 23(5), s. 546-551, Who cares? The State of Dementia Care in Europe. Poland Fact Sheet, Alzheimer Europe 2006.

organizacji publicznych, które zajmują się takim wsparciem dla osób z Alzheimerem. Badania wskazały, że aż 80% opiekunów odczuwało niedobór informacji praktycznych²⁷³. Przekazanie wszystkich niezbędnych wiadomości wydaje się zaś, przy różnego rodzaju ograniczeniach państwa, najłatwiejszym sposobem na poprawę sytuacji życiowej osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów, a przez to również na zmniejszenie zagrożenia izolacją społeczną tych osób.

Drugim obszarem mogącym przyczynić się do marginalizacji chorego i jego opiekuna, który został wskazany przez wyniki badań, jest partycypacja państwa w sprawowaniu opieki nad osobą z chorobą Alzheimera. Opiekunowie, którzy wzięli udział w badaniu niemal zgodnie stwierdzili, że pomoc państwa nie stoi na dostatecznym poziomie. Zaledwie 13% z nich uznało ją za odpowiednią²⁷⁴.

Wynika to z szeregu rozwiązań, które nie sprzyjają poprawie jakości życia osoby z chorobą Alzheimera i jego opiekuna. Wskazać należy tutaj przede wszystkim na, wspomniane wcześniej braki dotyczące domów opieki dziennej, które nie tylko ułatwiłyby opiekunowi łączenie sprawowania pieczy nad chorym z pracą zawodową, ale także pomogły choremu pracować nad utrzymywaniem jakości jego funkcji poznawczych, jak również na brak dostępu do niektórych form oddziaływań terapeutycznych czy też rehabilitacyjnych dla chorego na wczesnym stadium rozwoju choroby Alzheimera²⁷⁵.

Kolejnym problemem są niewielkie możliwości korzystania przez chorego z usług opiekuńczych zapewnianych przez pomoc społeczną, poza osobami znajdującymi się w bardzo niekorzystnej sytuacji finansowej. Skutkiem takiego rozwiązania tej kwestii jest konieczność opłacania przez bliskich chorego osób, które wspomagałyby ich w zajmowaniu się chorym. Praktyka wskazuje zaś, że często zatrudniane są osoby o niskich kwalifikacjach do zajmowania się tego typu działalnością. W przypadku zaś, gdy rodzina podejmuje decyzję o umieszczeniu chorego w prywatnym domu opieki, powstaje konieczność uiszczania wysokich opłat za zajmowanie się chorym przez pracowników tego ośrodka²⁷⁶. Tego typu braki w zinstytucjonalizowanym wspomaganium chorych, opiekunów oraz ich rodzin w codziennym życiu wydają się w szczególnym stopniu prowadzić do ich wykluczenia społecznego.

Badania wskazały również na poważne problemy z dostępnością do lekarzy dla osób z chorobą Alzheimera, u których pojawiają się ograniczenia związane z samodzielnym poruszaniem się, z chodzeniem. Państwo nie oferuje w takiej sytuacji choremu możliwości spo-

²⁷³ Tamże.

²⁷⁴ Tamże.

²⁷⁵ Tamże.

²⁷⁶ Tamże.

tkania się z lekarzem specjalistą w domu. W przypadku gdy niezbędne staje się skorzystanie z pomocy lekarskiej, która wyrasta poza kompetencje lekarza rodzinnego, rodzina nie ma innej możliwości niż płacenie za prywatną konsultację medyczną²⁷⁷.

Ponieważ choroba Alzheimera dotyka osoby starsze, korzystanie z pomocy lekarskiej staje się w ich przypadku coraz większą koniecznością, abstrahując nawet od wszelkich objawów tego schorzenia neurodegeneracyjnego. Problem ten sam w sobie być może nie rodzi bezpośrednio zagrożenia marginalizacją chorego, jednak wszelkiego rodzaju pogłębiające się problemy zdrowotne i postępujące choroby współistniejące bez wątpienia nie są okolicznościami, które wykazują w tym zakresie pozytywne oddziaływanie.

Istotne dane dotyczące stanu opieki instytucjonalnej nad osobami z chorobą Alzheimera przekazują również wyniki kontroli „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin”²⁷⁸, która została przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli i dotyczyła głównie lat 2014-2015 (w niektórych przypadkach również lat 2010-2013). Wyniki kontroli wskazały, że w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej brakuje rozwiązań, które byłyby dedykowane konkretnie osobom z chorobą Alzheimera²⁷⁹.

Podobnie wyglądała sytuacja w przypadku dokumentów strategicznych przygotowywanych przez samorządy wojewódzkie. Choć przewidywano w nich podejmowanie działań dotyczących osób starszych, które tyczą się również osób z chorobą Alzheimera, nie umieszczano w nich propozycji dla osób z chorobą Alzheimera. Również jednostki pomocy społecznej, choć realizowały swoje zadania pomocowe w stosunku do ogółu osób starszych, nie posiadały rozwiązań, w których brano by pod uwagę specyfikę osób z chorobą Alzheimera. Jak zauważono w przedstawionych wynikach kontroli, choć organizacje pozarządowe proponowały kształtowanie rozwiązań służących wsparciu osób z chorobą Alzheimera, szczególnie wskazać tutaj można projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego, organy władzy publicznej nie podjęły decyzji o posłużeniu się nimi w celu wypracowania mechanizmów wsparcia skierowanych wprost wobec osób z chorobą Alzheimera²⁸⁰.

Podsumowując kontrolę przeprowadzoną przez Najwyższą Izbę Kontroli należy stwierdzić, że zgodnie z jej wynikami problemem pomocy instytucjonalnej wobec osób z chorobą Alzheimera jest brak wyspecjalizowanych mechanizmów skierowanych wobec tych osób. Są one zmuszone do korzystania z rozwiązań przygotowanych w odniesieniu do ogółu

²⁷⁷ Tamże.

²⁷⁸ „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin”, kontrola nr P/16/067.

²⁷⁹ Informacja o wynikach kontroli „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin” – kontrola nr P/16/067, Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura w Katowicach, Warszawa 2017, s. 14-15.

²⁸⁰ Tamże.

seniorów, co zwłaszcza wraz z rozwojem symptomów choroby, staje się działaniem nieadekwatnym do szczególnych potrzeb tej grupy osób. Niedostateczny poziom instytucjonalnej opieki nad osobami z chorobą Alzheimera może stać się jednym z czynników zwiększających ryzyko wykluczenia społecznego tych osób.

Ryzyko marginalizacją osób z chorobą Alzheimera, a także ich opiekunów i rodzin wzrosło w efekcie rozprzestrzenienia się na świecie pandemii COVID-19²⁸¹. Rzecz jasna nie można zapomnieć o tym, że ponieważ osoby, które znajdują się w grupie ryzyka choroba Alzheimera, a więc osoby starsze, są również zagrożone cięższym przebiegiem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, można stwierdzić, że pandemia stwarza dodatkowe zagrożenie o charakterze stricte medycznym dla osób zmagających się z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym²⁸². Jest to kwestia fundamentalna z punktu widzenia sytuacji życiowej tych osób. W kontekście tej pracy istotniejszy jest jednak wpływ rozwoju pandemii na zagrożenie wykluczeniem społecznym chorego.

Ryzyko to jest zaś niejako wpisane w dominujące strategie zapobiegania rozprzestrzenianiu się COVID-19. Polegają one bowiem w znacznej mierze na izolacji i dystansie społecznym. W odniesieniu do osób z otępieniem mechanizmy walki z pandemią mogą skutkować jednak zwiększeniem trudności w organizacji opieki nad nimi a także ich leczenia²⁸³. Jak wskazują badania przeprowadzone we Włoszech następstwem pandemii COVID-19 jest wzrost dysproporcji dotyczących możliwości korzystania z usług medycznych przez osoby starsze, a także zwiększenie ich wykluczenia²⁸⁴.

W literaturze zwraca się uwagę na to, że we współczesnych czasach dystans fizyczny nie musi prowadzić do izolacji społecznej. Należy zgodzić się z tym, że możliwe jest utrzy-

²⁸¹ COVID-19 jest to choroba wywoływana przez koronawirusa nazywanego SARS-CoV-2. Jej najbardziej charakterystyczne objawy to gorączka, suchy kaszel i przemęczenie. W 80% przypadków choroba ta przebiega łagodnie, w 15% przypadków - poważnie, a w 5% - krytycznie. W grupie największego ryzyka znajdują się osoby starsze oraz osoby z chorobami przewlekłymi. Zob. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19), źródło: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> (dostęp: 18.08.2021 r.).

²⁸² Tamże.

²⁸³ World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020, źródło: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1> (dostęp: 18.08.2021 r.), Wprowadzono m.in. takie ograniczenia jak: obowiązek utrzymania co najmniej 1,5-metrowej odległości między pieszymi, zasłanianie ust i nosa w przestrzeniach zamkniętych, restrykcje dotyczące podróżowania, ograniczenia dotyczące wydarzeń kulturalnych, limity dotyczące udziału w uroczystościach religijnych i imprezach okolicznościowych. Więcej informacji odnośnie ograniczeń, które zostały wprowadzane w związku z pandemią zob. Strona Rządowa Rzeczypospolitej Polskiej dotycząca pandemii COVID-19: <https://www.gov.pl/web/koronawirus> (dostęp: 18.08.2021 r.), a także Strona Ministerstwa Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej: <https://www.gov.pl/web/zdrowie> (dostęp: 18.08.2021 r.).

²⁸⁴ G. Cipriani, M. Di Fiorino, Access to care for dementia patients suffering from COVID-19, *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2020, nr 28(7), s. 796-797.

mywanie kontaktów z drugim człowiekiem mimo przebywania w innym miejscu. W przypadku osób starszych, a w szczególności zaś osób z otępieniem, jest to jednak dużo trudniejsze. Stąd pojawia się postulat, aby opracować nowe mechanizmy wsparcia w tej materii dla tej kategorii osób, które będą możliwe do realizacji przy uwzględnieniu wszelkich ograniczeń wynikających z pandemii COVID-19. Proponuje się również aby podzielić osoby z otępieniem na 3 grupy: osoby mieszkające z rodziną, osoby mieszkające same oraz osoby przebywające na stałe w ośrodkach opieki społecznej²⁸⁵.

Wprowadzenie takiej klasyfikacji osób z otępieniem należy ocenić pozytywnie. Trzeba bowiem podkreślić, że różnorakie ograniczenia dotyczące funkcjonowania różnych dziedzin życia człowieka, które zostały ustanowione przez władze państwowe z uwagi na rozwój pandemii COVID-19 dotyczą również sposobu funkcjonowania Ośrodków Opieki Społecznej²⁸⁶.

Długofalowy wpływ rozwoju pandemii COVID-19 na zagrożenie wykluczeniem społecznym osób z chorobą Alzheimera będzie możliwy do oceny w dłuższej perspektywie czasu. Będzie on zależał od wielu czynników, które trudno w tym momencie przewidzieć. Wskazać należy w tym miejscu m.in. na wprowadzenie odpowiednich mechanizmów postępowania z chorymi, zarówno pozostającymi w swoich domach, jak też przebywającymi w całodobowych Ośrodkach Opieki Społecznej – odnośnie ich codziennego funkcjonowania, możliwości korzystania z opieki zdrowotnej, a także z propozycji terapeutycznych, które pozwolą na ich inkluzję z jednoczesnym zachowaniem wymogów sanitarnych związanych z faktem znajdowania się przez nich w grupie ryzyka zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Wiele będzie zależało też od samego rozwoju pandemii i jej ewentualnego ograniczenia przy wykorzystaniu szczepień lub innych rozwiązań wypracowanych przez środowiska medyczne. W momencie powstawania niniejszej pracy należy jednak podkreślić, że problem taki istnieje i zasługuje na uwagę.

²⁸⁵ R. Armitage, L.B. Nellums, COVID-19 and the consequences of isolating the elderly, *The Lancet Public Health* 2020, nr 5(5), s. e256, M. Łuc, D. Szcześniak, E. Trypka, J. Mazurek, J. Rymaszewska, Pandemia SARS-CoV-2 a populacja osób z otępieniem. Rekomendacje pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, *Psychiatria Polska* 2020, nr 54(3), s. 423-424.

²⁸⁶ A. Hilus, Wyzwania dla ośrodków pomocy społecznej w trakcie pandemii COVID-19 (w:) N.G. Piкуła, M. Grewiński, E. Zdebska, W. Glac (red.), *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa*, Kraków 2020, s. 166-167.

ROZDZIAŁ VII

ZAPOBIEGANIE MARGINALIZACJI OSÓB Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA

§ 1. Rola władzy państwowej i samorządowej w zapobieganiu marginalizacji osób z chorobą Alzheimera

Zagrożenie wykluczeniem społecznym osób z chorobą Alzheimera jest problemem nierozłącznie związanym z istotą tego schorzenia. Jak zostało wskazane w poprzednim rozdziale niniejszej pracy, może ono wynikać z różnorodnych przyczyn, wśród których wyróżnić można te związane z osobą chorego, z jego opiekunem, ze społeczeństwem, ale także inne, wynikające m.in. z systemu opieki zdrowotnej w państwie, czy też będące następstwem pandemii COVID-19. Zagrożenie marginalizacją może dotyczyć nie tylko samego chorego, ale też jego opiekuna, rodzinę, bliskich²⁸⁷.

Ryzyko wykluczenia jest realne, a ponieważ choroba Alzheimera dotyka i zgodnie z prognozami dotykać będzie coraz większej grupy osób. gdyż jednej strony zwiększać się będzie bowiem liczba chorych, z drugiej zaś – więcej chorych oznacza również więcej opiekunów, a także więcej rodzin dotkniętych tym schorzeniem. Zjawisko to należy więc uznać za poważny problem współczesnego świata²⁸⁸.

Pierwsza część rozważań dotyczących profilaktyki odnosi się do roli władzy państwowej i samorządowej w zmniejszaniu zagrożenia marginalizacji osób z chorobą Alzheimera. Wydaje się bowiem, że to władze państwowe, a także w mniejszym zakresie, władze samorządowe mają w swoich rękach szczególne kompetencje, szczególne możliwości implementacji rozwiązań, które w pewnej perspektywie mogą w znaczącym stopniu przyczynić się do zmniejszenia ryzyka wykluczenia tej grupy osób.

Obowiązek troski przez władze państwowe i samorządowe o osoby z chorobą Alzheimera, a także ich opiekunów i bliskich wynika z szeregu aktów prawa polskiego i międzynarodowego. Jako pierwszy z nich wskazać należy Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r.²⁸⁹, której niektóre artykuły pośrednio postulują wprowadzenie rozwiązań, które poprawią

²⁸⁷ Zob. Rozdział V Przyczyny wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera.

²⁸⁸ Zob. Wprowadzenie do niniejszej pracy.

²⁸⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm., dalej jako Konstytucja RP.

codzienne życie osób z chorobą Alzheimera i ich bliskich, w tym również chroniąc te osoby przez wykluczeniem społecznym.

Wskazać tutaj należy przede wszystkim art. 30 Konstytucji RP, który zobowiązuje władze publiczne do poszanowania i ochrony godności człowieka, która jest niezbywalna, a więc dotyczy również osób chorych, w tym na chorobę Alzheimera. Przytoczyć można również inne przepisy ustawy zasadniczej, w tym art. 40, w którym zakazuje się okrutnego i nie-ludzkiego traktowania człowieka, art. 53 gwarantujący wolność religijną, w tym prawo do korzystania z pomocy religijnej, a także w pewnym sensie również art. 38 wprowadzający ochronę życia każdego człowieka.

Na szczególną uwagę zasługuje jednak art. 68 Konstytucji RP, w którym przyznaje się każdemu człowiekowi prawo do ochrony zdrowia. Zgodnie z ustępem 3: „*Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku*”. Przytoczony przepis, wraz ze wskazanymi powyżej innymi artykułami Konstytucji RP można uznać za podstawowe źródło obowiązku władz państwowych i samorządowych troski i szczególnej opieki nad osobami z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunami, rodzinami i osobami bliskimi. Zapobieganie marginalizacji tych osób można zaś określić jako jeden z kluczowych obszarów, w których owe konstytucyjne zobowiązania powinny być realizowane.

Ustawa zasadnicza nie jest naturalnie jedynym aktem prawnym, w którym uregulowana jest ochrona praw osób z chorobą Alzheimera. W poprzednich rozdziałach niniejszej pracy przedstawiono dokładniej przepisy karnoprawne i prawnomedyczne, a także wskazano niektóre rozwiązania cywilnoprawne, które dotyczą osób zmagających się z tym schorzeniem, a także ich opiekunów i bliskich. Nie są to rzecz jasna wszystkie obowiązujące w Polsce regulacje, które mają jakikolwiek związek z problematyką choroby Alzheimera, jednak wydają się one najistotniejsze z punktu widzenia tematyki niniejszej pracy.

W kontekście praw osób z chorobą Alzheimera, w tym ich prawa do partycypowania w życiu społecznym, rodzinnym, publicznym na tyle, na ile pozwala im ich stan zdrowia, wspomnieć należy również o regulacjach o charakterze europejskim i międzynarodowym. W ramach tej pierwszej grupy wskazać trzeba przede wszystkim na Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej (k. p. p.)²⁹⁰, w której dostrzec można kilka artykułów, które w istotnym stopniu dotyczą zapobiegania wykluczaniu osób z chorobą Alzheimera na bardzo różnych płaszczyznach, na których możliwa jest ich postępująca marginalizacja. Art. 4 k. p. p. wpro-

²⁹⁰ Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, Dz. U. UE. C. z 2007 r. Nr 303, str. 1 ze zm., dalej jako: k. p. p.

wadza zakaz nieludzkiego i poniżającego traktowania człowieka. Jest to co prawda uregulowanie na poziomie niezwykle ogólnym, tym niemniej jednak można uznać je za podstawowe źródło na poziomie prawa unijnego troski państwa o osoby z chorobą Alzheimera, w tym również tworzenia mechanizmów włączania ich w życie społeczne²⁹¹.

Kolejnym przepisem jest art. 10 k. p. p., który dotyczy m.in. kwestii wykluczenia religijnego osób np. z chorobą Alzheimera, broniąc ich prawa do swobodnego praktykowania swojej religii poprzez prawo do uczestniczenia w obrzędach religijnych. Ważną regulacją jest również art. 35 k. p. p., który dotyczy kwestii ochrony zdrowia i dostępu do leczenia, które dla osób z chorobą Alzheimera jest niezwykle istotne nie tylko z uwagi na ich postępującą chorobę neurodegeneracyjną, ale również na inne schorzenia, które pojawiają się u osoby starszej.

Szczególne znaczenie mają, występujące po sobie dwa przepisy k. p. p. – art. 25 i art. 26. Zgodnie z pierwszym z nich: „Unia uznaje i szanuje prawo osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym”. Treść drugiego z nich brzmi natomiast następująco: „Unia uznaje i szanuje prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im samodzielność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności”. Dotyczą one wprost zapobieganiu wykluczeniu społecznemu osób z chorobą Alzheimera. Powinny one stanowić wezwanie dla władz państwowych i samorządowych do podjęcia intensywnego wysiłku na rzecz integracji społecznej osób zmagających się z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym.

Kolejnym aktem prawnym o charakterze europejskim, jednak już nie unijnym a związanym z Radą Europy, jest Europejska Karta Społeczna (e. k. s.)²⁹². Wskazuje ona konkretne postulaty, które powinny być wcielane w życie w państwach europejskich. Dotyczą one kilku aspektów szczególnie istotnych dla osób z chorobą Alzheimera, w tym prawa do opieki zdrowotnej (w tym również dla osób, których nie stać na dostęp do tej opieki), prawa do korzystania z opieki społecznej (m.in. dotyczy to osób z podeszłym wiekiem, a więc tych, które znajdują się w grupie ryzyka choroby Alzheimera), a także wsparcia w staraniach związanych z integracją społeczną i zapobieganiem wykluczeniu z życia społeczeństwa.

Aktem prawnym o charakterze globalnym, który porusza tematykę praw osób z chorobą Alzheimera, w tym praw związanych z zapobieganiem ich marginalizacji, jest Między-

²⁹¹ Tamże.

²⁹² Europejska Karta Społeczna, sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r., Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm., dalej jako: e. k. s.

narodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (m. p. p. g. s. k.)²⁹³. Na uwagę zasługują w nim przede wszystkim dwa przepisy. Pierwszy z nich to art. 12, który dotyczy wykluczenia o charakterze medycznym i prawa każdego człowieka do korzystania z opieki zdrowotnej, co jest niezwykle istotnym zagadnieniem z punktu widzenia komfortu codziennego życia osób z chorobą Alzheimera, jak również ich opiekunów, którzy, jak zostało wskazane we wcześniejszych rozdziałach, również wymagają wsparcia dotyczącego ich zdrowia fizycznego i psychicznego.

Niezwykle istotne jest również art. 15 m. p. p. g. s. k., zgodnie z którym w ustępie 1: *„Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do: a) udziału w życiu kulturalnym; b) korzystania z osiągnięć postępu naukowego i jego zastosowań; c) korzystania z ochrony interesów moralnych i materialnych, wynikających z wszelkiej twórczości naukowej, literackiej lub artystycznej, której jest autorem”*. Przepisy m. p. p. g. s. k. powinny więc również mobilizować władze państwowe i samorządowe do realnej walki z wykluczeniem kulturalnym i medycznym osoby z chorobą Alzheimera i jej opiekunów oraz osób bliskich.

Na szczególną uwagę zasługuje Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (k. p. o. n.)²⁹⁴. Dotyka ona szeregu problemów, które bezpośrednio związane są z codziennym życiem wszystkich osób, które z różnych powodów mają pewne trudności z samodzielnym funkcjonowaniem. Dotyczy to więc również osób z chorobą Alzheimera, gdy objawy tej choroby zaczynają poważnie wpływać na ich codzienność i niezależność.

Konwencja ta porusza wiele najistotniejszych zagadnień związanych z prawami osób z chorobą Alzheimera, w tym ich prawa związane z opieką zdrowotną, rehabilitacją, ochroną socjalną, integralnością osobistą, problematykę podnoszenia świadomości społecznej dotyczącej niepełnosprawności, a także dotyka zagadnień związanych z wykluczeniem społecznym osób z niepełnosprawnościami, m.in. wynikającymi z postępujących objawów choroby Alzheimera. W tym miejscu należy wspomnieć o art. 19 k. p. o. n., który dotyka kwestii prowadzenia przez osoby niepełnosprawne samodzielnego życia i ich włączenia w społeczeństwo, a także art. 30 k. p. o. n., który dotyczy udziału tych osób w życiu kulturalnym, rekreacji, wypoczynku i sporcie. Jak najpełniejsza implementacja postanowień tej konwencji dotyczących osób z chorobą Alzheimera powinna stać się przedmiotem najwyższych starań z strony władz publicznych w Polsce.

²⁹³ Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r., Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169, dalej jako m. p. p. g. s. k.

²⁹⁴ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 ze zm., dalej jako k. p. o. n.

Apel do rządów i polityków światowych odnośnie zwiększenia wysiłków wkładanych w prace na rzecz osób z chorobą Alzheimera, znalazł się również w wydanym w 2012 r. dokumencie World Health Organization pt. „Dementia. A Public Health Priority”²⁹⁵. Raport ten powstał we współpracy z Alzheimer's Disease International²⁹⁶. Jedną z najistotniejszych kwestii, które zostały w nim poruszone jest postulat uznania przez państwa całego świata problemu demencji za priorytetowe wyzwanie w dziedzinie zdrowia publicznego²⁹⁷.

Alzheimer's Disease International nie jest jedyną międzynarodową organizacją alzheimerowską, która wzywa władze publiczne do przedsięwzięcia działań na rzecz poprawy codziennego życia osób z chorobą Alzheimera i ich bliskich. Zabiegi takie w odniesieniu do obszaru Europy podejmuje Alzheimer Europe, która jest federacją krajowych stowarzyszeń prowadzących aktywność dotyczącą choroby Alzheimera. Wśród aktywności podejmowanych przez ten związek wskazać można m.in. Deklarację z Glasgow z 2014 r., którą zatwierdziło 26 przedstawicieli organizacji społecznych zajmujących się chorobą Alzheimera z krajów europejskich. Pod jej treścią swój podpis złożyło prawie dwanaście tysięcy polityków, ekspertów, opiekunów osób z demencją, a także zwykłych obywateli państw europejskich zatroskanych problemem choroby Alzheimera. Ponad siedemset podpisów pochodzi z Polski. Treść Deklaracji z Glasgow, podobnie jak było to w przypadku dokumentu World Health Organization pt. „Dementia. A Public Health Priority”, postuluje uznanie przez władze publiczne demencji problematyki demencji za kluczowe zagadnienie w obszarze publicznej ochrony zdrowia, a także wzywa do opracowania strategii postępowania z demencją, zarówno na poziomie krajowym, jak też europejskim i globalnym²⁹⁸.

Analizując działania władzy państwowej w Polsce podejmowane na rzecz poprawy sytuacji życiowej osób z chorobą Alzheimera, w tym zapobiegania ich wykluczeniu społecznemu, wskazać należy w pierwszym rzędzie na fakt, że jedną z Komisji Stałych w Sejmie RP jest Komisja Polityki Senioralnej. Jak można przeczytać na stronie internetowej Sejmu RP, „Do zakresu działania Komisji należą sprawy kształtowania polityki państwa dotyczącej osób starszych”. Komisja ta istnieje od 2014 r.²⁹⁹. W ramach prac Komisji zajmowano się m.in.

²⁹⁵ World Health Organization 2012, Dementia: a public health priority, źródło: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>, dostęp: 31.08.2021 r.

²⁹⁶ Alzheimer's Disease International, <https://www.alzint.org/>, dostęp: 31.08.2021 r.

²⁹⁷ World Health Organization 2012, Dementia: a public health priority..., op. cit.

²⁹⁸ M. Wojciechowska-Szepczyńska, Czy Polska może być krajem przyjaznym dla osób z otępieniem? (w:) A. Szczudli (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016, s. 14-15.

²⁹⁹ Komisja Polityki Senioralnej (PSN), Strona Sejmu RP, źródło: <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/agent.xsp?symbol=KOMISJAST&NrKadencji=7&KodKom=PSN> (dostęp: 31.08.2021 r.).

takimi zagadnieniami jak Narodowy Plan Alzheimerowski, problematyka świadczeń pielęgnacyjnych oraz świadczeń opiekuńczych odnoszących się do opieki długoterminowej, czy też sytuacja życiowa osób cierpiących na schorzenia otępienne, chorobę Alzheimera, jak również zagadnienia związane ze wspieraniem opiekunów takich osób³⁰⁰.

Wśród najważniejszych pozytywnych przejawów działalności władz państwowych na rzecz osób z chorobą Alzheimera wskazać należy również Projekt Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014 - 2020³⁰¹. Jego głównym celem była: „Poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną”. Jako jeden z celów szczegółowych określono zaś: „Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych: a) tworzenie ofert odpowiadających problemom osób starszych znajdujących się w trudnej sytuacji, w tym w szczególności w procesie wykluczenia społecznego”³⁰². Był to więc program skierowany wprost w kierunku zapobiegania marginalizacji osób starszych, m.in. z powodu choroby Alzheimera.

Następcą wspomnianej wyżej inicjatywy jest Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025³⁰³. Cele tego programu można określić podobnie co założeń programu na lata 2014-2020. Na szczególną uwagę zasługuje na pewno „działania mające na celu zwiększenie udziału osób starszych w aktywnych formach spędzania czasu wolnego, wspieranie niesamodzielnych osób starszych i ich otoczenia w miejscu zamieszkania”, obszar związany z partycypacją społeczną osób starszych, a także problematyka określona jako: „Przygotowanie do starości realizowane poprzez wzmacnianie trwałych relacji międzypokoleniowych, kształtowanie pozytywnego wizerunku osób starszych oraz zwiększanie bezpieczeństwa seniorów”³⁰⁴. Choć naturalnie oba te programy nie są dedykowane wprost osobom z chorobą Alzheimera, odnoszą się do osób znajdujących się w grupie ryzyka tego schorzenia.

³⁰⁰ Sejm Rzeczypospolitej Polskiej VIII Kadencja, Sprawozdanie Komisji Polityki Senioralnej z działalności w VIII kadencji Sejmu (2015-2019), Warszawa, 2019, źródło: [http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/opis_PSN/\\$file/opis_PSN.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/opis_PSN/$file/opis_PSN.pdf) (dostęp: 31.08.2021 r.).

³⁰¹ Projekt Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014 - 2020, źródło: http://senior.gov.pl/program_asos/pokaz/8 (dostęp: 01.09.2021 r.).

³⁰² Tamże.

³⁰³ Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025, źródło: http://senior.gov.pl/program_asos/strona/92 (dostęp: 01.09.2021 r.).

³⁰⁴ Tamże.

Na uwagę zasługuje również Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³⁰⁵, który został przyjęty przez Radę Ministrów w formie rozporządzenia. Wśród licznych celów stawianych przez Polski rząd przed tą inicjatywą jest również niezwykle ważne z punktu widzenia zapobiegania marginalizacji osób z chorobą Alzheimera: „*wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych*”³⁰⁶. Równie pozytywne w kontekście właściwego postępowania z osobami z chorobą Alzheimera może być również: „*informowanie i edukacja przedstawicieli służb publicznych i zawodów niemedycznych mających częsty kontakt z osobami starszymi na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad postępowania w kontakcie z tymi osobami*”³⁰⁷. Wskazane założenia programu stanowią bez wątpienia krok we właściwym kierunku ze strony władzy państwowej.

Z punktu widzenia problemu zapobiegania wykluczeniu społecznemu osób z chorobą Alzheimera na uwagę zasługuje również dokument pt. Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność³⁰⁸. Został on przyjęty przez polski rząd w 2018 r., a podmiotem, na którym spoczywać ma odpowiedzialność za koordynowanie jego założeń, ma być szef resortu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wśród celów dokumentu znajduje się kilka, które zasługują na uwagę z punktu widzenia tematyki niniejszego rozdziału. Przede wszystkim należy podkreślić fakt, że za jednej z kluczowych obszarów podejmowanych działań uznano wsparcie szeroko rozumianej aktywności osób starszych w bardzo wielu obszarach życia społecznego³⁰⁹, co może mieć istotne znaczenie dla osób z chorobą Alzheimera, zwłaszcza w początkowych fazach choroby, gdy taka aktywność jest jeszcze możliwa w bardziej zaawansowanej formie.

Ponadto w dokumencie tym założono również podjęcie działań, które będą dedykowane konkretnie do tych seniorów, którzy mają problemy z samodzielnością. Dotyka to więc szerokiego grona osób z chorobą Alzheimera. W ramach tych działań po pierwsze zwraca się uwagę na „*Zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych*”. Działania takie mogłyby pomóc maksy-

³⁰⁵ Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, źródło: <https://www.gov.pl/web/premier/rozporzadzenie-w-sprawie-narodowego-programu-zdrowia-na-lata-2021-2025> (dostęp: 01.09.2021 r.).

³⁰⁶ Tamże.

³⁰⁷ Tamże.

³⁰⁸ Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo - Uczestnictwo - Solidarność, źródło: <https://www.gov.pl/web/rodzina/polityka-spoeczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo-uczestnictwo-solidarnosc> (dostęp: 01.09.2021 r.).

³⁰⁹ Tamże.

malnie wydłużyć okres względnie samodzielnego funkcjonowania osób z postępującymi objawami choroby Alzheimera. W dalszej kolejności zakłada się również takie cele jak: „Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych”, a także: „Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym”. Jest to odpowiedź na faktyczny niedobór placówek wsparcia osób z chorobą Alzheimera. Ostatnim z planowanych celów, który może mieć bardzo pozytywny wpływ na sytuację nie tylko samych chorych, ale także ich rodzin jest zakładany: „System wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje publiczne”³¹⁰. Skuteczne, przemyślane wcielenie w życie tego dokumentu może stanowić pewien krok w kierunku zapobiegania marginalizacji osób z chorobą Alzheimera i ich bliskich, a także poprawy ich codziennego funkcjonowania.

Za równie ważną inicjatywę podejmowaną przez władze państwowe w Polsce należy uznać Program wieloletni „Senior+”, który funkcjonował najpierw w latach 2015-2020, a którego obecna edycja została zaplanowana na lata 2021-2025. Założeniem tego programu jest udzielenie przez władze szczebla centralnego wsparcia o charakterze finansowym władzom samorządowym w których właściwość leży prowadzenie Domów Dziennych dla osób starszych i Klubów Seniorów. Celem, który został postawiony przed tym programem jest szeroko rozumiana aktywizacja społeczna nieaktywnych zawodowo osób w wieku 60+. Jest to więc przykład potencjalnej współpracy władzy państwowej i jednostek samorządu terytorialnego na rzecz osób starszych, w tym osób z chorobą Alzheimera³¹¹. Program ten wydaje się być niezwykle ważny zwłaszcza z uwagi na analizy przeprowadzone w rozdziale dotyczącym przyczyn marginalizacji osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów. Jak zostało to wskazane, jednym z problemów, który staje się czynnikiem ryzyka takiego wykluczenia jest niedostateczna ilość domów opieki dziennej, w których osoby z chorobą Alzheimera mogą jakoś spędzać czas wolny, co odciążałoby opiekunów i bliskich chorych.

Istotną rolę w zapobieganiu wykluczeniu społecznemu osób z chorobą Alzheimera pełnią również jednostki samorządu terytorialnego. Wśród różnych aktywności podejmowanych w tej materii przez władzę na poziomie samorządowym, wskazać należy m.in. prowadzenie środowiskowych domów samopomocy. Zadanie to leży we właściwości gmin oraz powiatów, którym udzielana jest w tej materii pomoc finansowa państwa w formie dotacji.

³¹⁰ Tamże.

³¹¹ Program wieloletni „Senior+” na lata 2021-2025, źródło: <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-wieloletni-senior-na-lata-2021-2025> (dostęp: 01.09.2021 r.).

Środowiskowe domy samopomocy wykonują szereg czynności, które można uznać za działania służące zapobieganiu marginalizacji osób z chorobą Alzheimera. Wskazać tutaj należy przede wszystkim wsparcie o charakterze psychologicznym, pomoc dotyczącą załatwiania trudnych spraw życia codziennego, które w miarę rozwoju choroby zaczynają stanowić coraz poważniejsze wyzwanie dla chorego, w tym m.in. wsparcie dotyczące korzystania przez chorych z opieki medycznej, prowadzenie zajęć sportowych, a także ćwiczenie z chorym praktycznych aspektów codziennego funkcjonowania. Ośrodki te zapewniają przy tym swoim podopiecznym całodobowe wyżywienie. Jak wskazuje Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r. przygotowana przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, wśród osób uczęszczających do Środowiskowych domów samopomocy przeważają osoby zmagające się ze schorzeniami otępiennymi, wśród których znajdują się również osoby z chorobą Alzheimera³¹².

Działalność jednostek samorządu terytorialnego na rzecz osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin, w tym działalność ukierunkowana na zapobieganie marginalizacji tych osób może mieć również postać współpracy z różnymi podmiotami, w tym również podmiotami prywatnymi. Przykładem takiej aktywności jest Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach, które powstało jako projekt realizowany na terenie Bydgoszczy i powiatu sępoleńskiego, polegający na współpracy aż 21 podmiotów zajmujących się działalnością medyczną, społeczną i kulturalną, w tym m.in. Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, a także lider projektu - Pallmed sp. z o.o. Jak można przeczytać na stronie internetowej projektu, jego podstawowym celem: *„jest poprawa jakości usług świadczonych na rzecz osób z otępieniem i ich rodzin poprzez rozwój sieci wsparcia – kompleksowego i skoordynowanego leczenia, opieki środowiskowej i oddziaływań społecznych”*. Z punktu widzenia tematyki niniejszego rozdziału szczególnie ważne jest zaś to, że: *„Ważną częścią projektu są też oddziaływania kulturowe, nastawione na zmniejszenie izolacji społecznej i zwiększenie udziału osób chorych i ich opiekunów w życiu społeczno-kulturowym lokalnej społeczności”*³¹³.

Działalność Kujawsko-Pomorskiego Środowiskowego Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach miała 4 główne obszary. Pierwszym z nich są działania świadomościowe, które mają polegać na edukacji społecznej w temacie otępienia. Kolejnym jest tzw.

³¹² Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r., Warszawa 2020 r., s. 30-31.

³¹³ Kujawsko-Pomorskie Centrum Kultury w Bydgoszczy. Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach, źródło: <https://kpck.pl/scopo/> (dostęp: 01.09.2021 r.).

Uniwersytet psychogeriatryczny polegający na serii szkoleń m.in. z zakresu psychogeriatry i właściwej opieki nad osobą chorą). Trzecim są działania środowiskowe, czyli m.in. współpraca specjalistów lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, terapeutów i pielęgniarek z chorymi oraz ich opiekunami. Ostatnim obszarem jest aktywizacja społeczno-kulturowa chorych oraz ich opiekunów³¹⁴.

Innym przykładem współpracy władz samorządowych w ramach projektu jest współpraca o nazwie „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”. Liderem Projektu zostało Województwo Łódzkie/Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, partnerem nr 1: Województwo Opolskie/Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu, a partnerem nr 2: Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych z Łodzi. Okres, w którym projekt ma być realizowany, określono na lata 2018-2022. Jak można przeczytać na stronie internetowej Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Opolu: „*Podstawowym celem projektu jest wypracowanie rozwiązań umożliwiających niezależne życie osobom o specyficznych potrzebach w tym osobom z chorobami neurologicznymi, chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych*”. Projekt ten ma w tym momencie charakter jedynie lokalny (3 gminy z województwa łódzkiego i 2 gminy z województwa opolskiego) i jest realizowany na dość małą skalę (planowane jest utworzenie 7 mieszkań)³¹⁵. Jeśli jednak okaże się sukcesem, rozwiązania, które zostaną wypracowane w trakcie prac nad jego realizacją mogą pomóc w powtórzeniu go w znacznie szerszej skali.

Wśród innych aktywności przedsięwziętych przez jednostki samorządu terytorialnego na wspomnienie zasługuje również świadczenie pieniężne „*Bon opiekuńczy Alzheimer 75*”. Jest ono przyznawane przez Miasto Szczecin opiekunowi osoby z chorobą Alzheimera, która ukończyła 75 lat, a także: „*zamieszkuje na terenie Gminy Miasto Szczecin; jest objęta świadczeniami zdrowotnymi, realizowanymi w formie szpitalnej i/lub ambulatoryjnej i/lub środowiskowej przez lekarza ze specjalizacją z zakresu psychiatrii i/lub neurologii i/lub geriatry i ma zdiagnozowaną chorobę Alzheimera; nie jest objęta opieką placówki (instytucji) publicznej lub niepublicznej, zapewniającej opiekę całodobową*”. Świadczenia te wypłacane są w formie trzech wpłat w wysokości tysiąca złotych. Nie jest to naturalnie kwota, która pozwoli na ra-

³¹⁴ Tamże.

³¹⁵ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu. Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych, źródło: http://rops-opole.pl/?page_id=395 (dostęp: 01.09.2021 r.).

dykalną poprawę sytuacji życiowej osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów, jednak bez wątplenia może ona mieć pewien pozytywny wpływ na ich codzienne życie³¹⁶. Powszechne wprowadzenie tego typu bonów o wyższej wartości na terenie całego mogłoby przyczynić się do zmniejszenia ryzyka marginalizacji osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów.

Zaznaczyć należy, że w realiach europejskich władza państwowa i samorządowa nie jest jedynym poziomem, na którym mogą być podejmowane próby wypracowania rozwiązań służących osobom z demencją oraz ich opiekunom. Pewien zakres kompetencji w tej materii mają również organy Unii Europejskiej. Problematyka wykluczenia społecznego jako jednego z negatywnych następstw choroby Alzheimera pojawia się również w e. i. c. a. d.³¹⁷. Ponadto wspomnieć należy zainaugurowany w 2014 r. m.in. w celu usprawnienia działania europejskich systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej, czy też wsparcia działań na rzecz aktywnego życia seniorów program Research and Innovation będący elementem programu Horyzont 2020³¹⁸. W programie Horyzont Europa (2021-2027), który został otwarty przez Komisję Europejską 2 lutego 2021 r. i który zastępuje dotychczasowy program Horyzont 2020 również kładzie się nacisk m.in. na kwestię zdrowia, a także tworzenia inkluzywnego społeczeństwa, a więc na obszary związane z problemami osób z chorobą Alzheimera, a także zapobieganiem ich wykluczeniu³¹⁹.

Wśród innych aktywności organów unijnych wskazać można m.in. na Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020), w którym jako jeden z priorytetów wskazano wzmocnienie kooperacji państw Unii Europejskiej w działaniach na rzecz zapobiegania i usprawnienia działań podejmowanych odnośnie do schorzeń wynikających z wieku i chorób neurodegeneracyjnych³²⁰. W naturalny sposób jego następcą,

³¹⁶ Szczecińskie Centrum świadczeń. Bon opiekuńczy Alzheimer 75 - Świadczenia, źródło: <http://www.scszczecin.pl/swiadczenia/bon-opiekunczy-alzheimer-75.html> (dostęp: 01.09.2021 r.).

³¹⁷ „S. mając na uwadze, że choroba Alzheimera wciąż niesie ze sobą pewne piętno i że sposób postrzegania przez ogół społeczeństwa tej choroby i osób nią dotkniętych prowadzi do odizolowania chorych i ich bliskich; mając na uwadze, że obecnie istnieje jeszcze ogólne błędne podejście do tego problemu prowadzące do wykluczenia społecznego osób chorych i ich bliskich; mając dlatego na uwadze, że potrzebne jest większe zrozumienie piętna, uprzedzeń i dyskryminacji związanych z demencją przy jednoczesnej konieczności badań na temat tego jak zapobiegać wykluczeniu społecznemu i zachęcania do aktywnych działań obywatelskich, aby w centrum uwagi wszelkich działań zawsze była godność osób z demencją i szacunek dla nich”.

³¹⁸ M. Wojciechowska-Szpeczyńska, Czy Polska może być krajem przyjaznym dla osób z otępieniem?... , op. cit., s. 17.

³¹⁹ Horyzont Europa – nowy program ramowy badań i innowacji UE, źródło: <https://www.kpk.gov.pl/horyzont-europa-nowy-program-ramowy-badan-i-innowacji> (dostęp: 31.08.2021 r.).

³²⁰ M. Wojciechowska-Szpeczyńska, Czy Polska może być krajem przyjaznym dla osób z otępieniem?... , op. cit., s. 17.

czyli Program UE dla zdrowia 2021–2027 – wizja zdrowszej Unii Europejskiej został skoncentrowany w znacznej mierze na mechanizmach walki z pandemią COVID-19³²¹. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021–2027 wskazane zostało, że *„Szczególnej uwagi wymagają choroby i schorzenia związane z wiekiem, takie jak demencja i niepełnosprawność związana z wiekiem”*³²². Ponadto w nowym programie Unii Europejskiej zwraca się uwagę m.in. na podjęcie działań na rzecz zwiększenia dostępności opieki zdrowotnej, co jest niezwykle ważne również w kontekście osób z chorobą Alzheimera³²³.

W kontekście zapobiegania marginalizacji osób z chorobą Alzheimera wspomnieć należy również o innych organach państwowych. Jednym z takich organów jest Rzecznik Praw Obywatelskich³²⁴, pod którego egidą przygotowany został ważny dokument poświęcony sytuacji osób z chorobą Alzheimera, który porusza między innymi problematykę inkluzji tych osób – cytowany już w niniejszej pracy dokument „Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO” przygotowany pod redakcją prof. dr hab. med. A. Szczudli-go³²⁵. Praca ta zarówno wskazuje na aktualne warunki codziennego życia osób z tą chorobą, co okazało się pomocne przy rozpatrywaniu przyczyn wykluczenia społecznego tej grupy osób z Polsce, jak też pozwala na analizę problematyki zapobiegania temu wykluczeniu, co stanowi przedmiot rozważań w niniejszym rozdziale. Wśród innych aktywności podejmowanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich wskazać należy również na konferencje dotyczące choroby Alzheimera, w tym m.in. konferencję „Alzheimer w rodzinie – jak diagnozować, jak pomagać osobom żyjącym z chorobą i ich rodzinom”, która odbyła się 27 września 2018 r. w Warszawie³²⁶, a także konferencję „Jak epidemia wpłynęła na sytuację osób żyjących z chorobą Alzheimera, dobre praktyki i wnioski na przyszłość”, która została zorganizowana 3

³²¹ Program UE dla zdrowia 2021–2027 – wizja zdrowszej Unii Europejskiej, źródło: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_pl (dostęp: 31.08.2021 r.).

³²² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (Program UE dla zdrowia) na lata 2021-2027 oraz uchylenia rozporządzenia (UE) nr 282/2014, Dz. U. UE. L. Nr 107, str. 1, dalej jako: p. u. e. z..

³²³ Program UE dla zdrowia 2021–2027..., op. cit.

³²⁴ Dalej: RPO.

³²⁵ A. Szczudli (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016.

³²⁶ Biuletyn Informacji Publicznej RPO. Konferencja "Alzheimer w rodzinie" w 20 miejscach w kraju, źródło: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konferencja-Alzheimer-w-rodzinie> (dostęp: 01.09.2021 r.).

września 2020 r. w formie zdalnej³²⁷. Innym przykładem aktywności Rzecznika Praw Obywatelskich jest przygotowana w 2021 r. we współpracy z polskimi organizacjami alzheimerowskimi kampania informacyjno-edukacyjna „Alzheimer – rozumiem – wspieram”. Jej celem jest: „zwiększenie wiedzy na temat choroby Alzheimera i innych rodzajów otępienia (demencji) oraz o potrzebach osób chorych i ich opiekunów rodzinnych”³²⁸.

Innym organem państwowym, który podjął działania służące wsparciu osób z chorobą Alzheimera jest Najwyższa Izba Kontroli. Dokumentem, na który należy zwrócić uwagę w tym zakresie, jest Informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli pt. „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin”³²⁹. Kontrola ta dotyczyła powszechnego systemu opieki zdrowotnej, a także usług społecznych i opiekuńczych w odniesieniu do osób z chorobą Alzheimera, a także ich najbliższych. Obejmowała ona lata 2014–2015, a w przypadku niektórych danych również poprzedzające je lata 2010–2013. Wyniki kontroli stanowią znakomite źródło wiedzy dotyczącej faktycznej działalności państwa ukierunkowanej na przeciwdziałanie marginalizacji osób z chorobą Alzheimera.

§ 2. Działania organizacji pozarządowych w Polsce na rzecz osób chorych na Alzheimera

Organizacje pozarządowe, które zajmują się wspieraniem osób z chorobą Alzheimera, w naturalny sposób pozbawione są tak szerokich możliwości realnego rozwiązywania konkretnych problemów tych osób, jakie znajdują się we właściwości władzy państwowej i samorządowej. Działalność tego typu organizacji może jednak mieć ogromne znaczenie dla świadomości społecznej i edukacji dotyczącej wyzwań, które stoją przed chorymi i ich opiekunami, a także ich bliskimi, jak również może nadawać ton i proponować kierunki debaty publicznej dotyczącej choroby Alzheimera, w tym zmierzyć się z problemem tabuizacji tego schorzenia. Ponadto rolą takich organizacji może stać się również przygotowywanie merytorycznego zaplecza, z którego potencjalnie korzystać mogłyby te organy władzy państwowej i

³²⁷ Biuletyn Informacji Publicznej RPO. Konferencja online: Jak epidemia wpłynęła na sytuację osób żyjących z chorobą Alzheimera, dobre praktyki i wnioski na przyszłość, źródło: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konferencja-online-choroba-alzheimera-a-epidemia-rpo> (dostęp: 10.12.2021 r.)

³²⁸ Alzheimer Polska. Kampania informacyjna „Alzheimer – rozumiem – wspieram”, źródło: <https://www.alzheimer-polska.pl/aktualnosci/kampania-informacyjna-alzheimer-rozumiem-wspieram/> (dostęp: 01.09.2021 r.).

³²⁹ Informacja o wynikach kontroli NIK. Delegatura w Katowicach, Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, kontrola nr P/16/067, Warszawa 2016.

samorządowej, które posiadają kompetencje wprowadzania konkretnych mechanizmów pomocowych.

Rola organizacji alzheimerowskich jest więc trudna do przecenienia i choć same w sobie nie są w stanie zmieniać polityki państwa, ich wpływ na wielu płaszczyznach, w tym zwłaszcza w kwestiach związanych z edukacją, podnoszeniem świadomości i wymianą wiedzy może mieć niebagatelne znaczenie dla kwestii marginalizacji osób z chorobą Alzheimera. Stąd też niezbędnym wydaje się w kolejnym paragrafie niniejszej pracy przeanalizować działalność organizacji pozarządowych w kwestii zapobiegania wykluczeniu społecznemu osób z chorobą Alzheimera.

Organizacje alzheimerowskie działają w Polsce od początku lat dziewięćdziesiątych. Na poziomie ogólnopolskim współpracują one tworząc Alzheimer Polska (wcześniej – Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich), zaś na poziomie globalnym są one członkami Światowej Federacji Organizacji Alzheimerowskich (Alzheimer's Disease International). Polska uczestniczy również w pracach europejskiej organizacji zajmującej się problematyką choroby Alzheimera – Alzheimer Europe.

Problemem organizacji alzheimerowskich w Polsce są braki finansowe. Utrudniają one prowadzenie aktywnej działalności i ograniczają ofertę programową, którą organizacje te mogą zaoferować osobom z chorobą Alzheimera oraz osobom, które sprawują nad nimi pieczę. Problemy te są skutkiem nadal zbyt skromnej pomocy ze strony władz państwowych i samorządowych³³⁰.

Działalność organizacji alzheimerowskich w Polsce ma zróżnicowany charakter. Ważnym obszarem ich działań jest wsparcie udzielane opiekunowi chorego. Jest to zarówno pomoc o charakterze edukacyjno-informacyjnym, jak też wsparcie psychologiczne, w tym tworzenie grup wsparcia dla opiekunów. Działalność taka nie tylko bezpośrednio wpływa na poprawę sytuacji życiowej osoby zajmującej się chorym, ale pośrednio oddziałuje również pozytywnie na ich podopiecznych. Wśród innych działań podejmowanych przez organizacje alzheimerowskie w Polsce wskazać należy na prowadzenie przez nie domów dziennego pobytu oraz domów opieki, a także m.in. działalność edukacyjną (w tym poprzez obchody Świa-

³³⁰ A. Rossa, Rola organizacji zrzeszających rodziny chorych (w:) A. Szczudli (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016, s. 51-52, Biuletyn Informacji Publicznej RPO. Alzheimer Polska, następczyni Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich, źródło: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/alzheimer-polska-nast%C4%99pczyni-og%C3%B3lnopolskiego-porozumienia-organizacji-alzheimerowskich> (dostęp: 01.09.2021 r.).

towego Dnia Choroby Alzheimera, który co roku przypada na 21 września), której celem jest wzrost wiedzy w społeczeństwie dotyczącej choroby Alzheimera³³¹.

W kontekście działalności edukacyjnej wspomnieć należy o wydanym przez Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z chorobą Alzheimera we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia „Poradniku dla opiekunów osób chorych na Alzheimera”. Publikacja ta odnosi się do praktycznych zagadnień, które mogą stanowić wyzwania dla osób opiekujących się chorymi na Alzheimera. Po pierwsze omówiono w nim rozpoznawanie i przebieg choroby Alzheimera, co może pomóc opiekunom przygotować się na czekające ich w przyszłości wyzwania, a także lepiej zrozumieć procesy, które będą zachodzić u osoby chorej. Po drugie Poradnik wskazuje na kwestie dotyczące organizowania dnia codziennego osobie chorej, a także pomaga w problemach związanych z uregulowaniem spraw prawnych pojawiających się w związku z chorobą. Po trzecie publikacja odnosi się do kluczowej problematyki trudności psychicznych, z którymi może borykać się opiekun chorego na Alzheimera w związku z pojawiającymi się na skutek choroby nowymi wyzwaniami w jego codziennym życiu. Po czwarte wreszcie Poradnik dotyka kwestii pomocy, o którą może ubiegać się zarówno sam chory, jak też jego opiekun³³².

Organizacje alzheimerowskie w Polsce podejmują liczne działania, których celem jest poprawa sytuacji osób zmagających się z tym schorzeniem w naszym kraju, w tym również inicjatywy wspierające inkluzję społeczną osób z chorobą Alzheimera. Jako pierwszą istotną inicjatywę organizacji pozarządowych dotyczącą wymiany doświadczeń i wiedzy dotyczącej problemów osób z chorobą Alzheimera, a także ich rodzin wskazać należy konferencję, która odbyła się w październiku 2011 r. Jej współorganizatorami było wspomniane powyżej Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z chorobą Alzheimera, a także Alzheimer Europe³³³.

Podczas obrad w Warszawie nie tylko swoją wiedzą podzieliły się osoby specjalizujące się w tej tematyce, ale również swoje doświadczenia choroby przedstawiły osoby zmagające się z tym schorzeniem. Konferencja miała charakter międzynarodowy, ponieważ obecni na niej byli również uczestnicy zza granicy, w tym między innymi przedstawiciele Komisji Europejskiej. Choć honorowym patronem tego wydarzenia został Prezydent RP, w konferencji nie wzięli udziału ministrowie, których codzienny zakres obowiązków dotyczy również kwe-

³³¹ A. Rossa, Rola organizacji zrzeszających rodziny chorych..., op. cit., s. 51-52.

³³² Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Poradnik dla opiekunów osób chorych na Alzheimera, źródło: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/poradnik-dla-opiekunow-osob-chorych-na-alzheimera> (dostęp: 10.12.2021 r.)

³³³ M. Wojciechowska-Szpeczyńska, Czy Polska może być krajem przyjaznym dla osób z otępieniem?... , op. cit., s. 13.

stii związanych z sytuacją osób z chorobą Alzheimera, a więc szefowie resortów zdrowia i polityki społecznej, ani też nikt z zapraszanych przez organizatorów reprezentantów władzy publicznej³³⁴.

Na uwagę zasługują także wydarzenia lokalne, które często nie są prowadzone na dużą skalę, ale razem składają się na pracę u podstaw, która stanowi istotny element całości działań podejmowanych na rzecz zapobiegania wykluczeniu społecznemu osób z chorobą Alzheimera i ogólnej poprawy sytuacji życiowej tych osób, a także ich opiekunów. Przykładem takiej lokalnej inicjatywy, która zasługuje na wspomnienie są spotkania szkoleniowe, których organizatorem była Dolnośląska Fundacja Alzheimerowska. Warsztaty odbywały się w 2019 r. we Wrocławiu i dedykowane były opiekunom osób z otępieniem. Dotyczyły one różnych aspektów sprawowania opieki nad osobami z chorobą Alzheimera. Ponieważ warsztaty te był darmowe, udział w nich mogli wziąć również mniej zamożni opiekunowie³³⁵.

Jednym ze sposobów, jakimi organizacje alzheimerowskie mogą wpływać na poprawę codziennego życia osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów, w tym także na zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu, jest przygotowywanie przez nie informacyjnych kampanii społecznych. Kampanie te dotyczyć mogą tematów związanych z demencją i nie tylko przyczyniać się do zwiększania świadomości społecznej dotyczącej choroby Alzheimera, ale również stwarzać presję na władze państwowe i samorządowe odnośnie implementowania mechanizmów wsparcia dla osób z tą chorobą. Kampanie tego typu organizowane są na całym świecie, w tym m.in. w takich krajach jak Holandia, Belgia, Macedonia, Wielka Brytania, Francja, Niemcy, Hiszpania, Kanada, Brazylia, Chile, Gwatemala, Peru, Nowa Zelandia, Turcja, Izrael. Kampanie te mają bardzo zróżnicowaną formę i treść. Dotyczą one jednak nie tylko kwestii związanych bezpośrednio z medycyną i leczeniem choroby Alzheimera, ale również zagadnień społecznych, w tym marginalizacji i samotności osób chorych oraz ich opiekunów³³⁶.

Dokumentem bez wspomnienia którego analizy przedstawione w niniejszym rozdziale byłyby niekompletne jest Polski Plan Alzheimerowski. Dokument ten został przygotowany przez przedstawicieli organizacji alzheimerowskich w Polsce w 2011 r. Jest to zestaw postulatów, które zdaniem autorów poprawiłby sytuację życiową osób z chorobą Alzheimera w na-

³³⁴ Tamże..

³³⁵ Wrocławskie Centrum Seniora. Bezpłatne szkolenia dla opiekunów osób z otępieniem, źródło: <http://www.seniorzy.wroclaw.pl/node/910> (dostęp: 01.09.2021 r.).

³³⁶ K. Kramkowska, Kampania społeczna jako forma aktywności mediów na rzecz kształtowania odpowiedzialności społecznej wobec osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin, *Psychiatria* 2015, nr 12(4), źródło: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/44249/35006> (dostęp: 01.09.2021 r.).

szym kraju. Składa się on z pięciu elementów, które odnoszą się do pięciu najważniejszych aspektów dotyczących osób z chorobą Alzheimera. Są to: Społeczne znaczenie choroby Alzheimera i geneza powstania planu (zgodność planu z inicjatywami i dokumentami europejskimi), Edukacja, Badania naukowe, Organizacja pomocy medycznej (diagnostyka i leczenie), a także Opieka nad pacjentem³³⁷.

W pierwszej części tj. Społeczne znaczenie choroby Alzheimera i geneza powstania planu, przedstawiono z jednej strony najważniejsze informacje dotyczące rozwoju choroby Alzheimera na świecie do 2011 r., a także opisano rozwój ruchu alzheimerowskiego na świecie w drugiej połowie pierwszej dekady dwudziestego pierwszego wieku. W drugiej części zwrócono uwagę na nadal niewystarczający poziom wiedzy dotyczącej choroby Alzheimera w społeczeństwie, a także postuluje się przeprowadzenie działań mających na celu doinformowanie różnych grup społecznych, w tym polityków i osób mających wpływ na decyzje władz państwowych i samorządowych. W części trzeciej autorzy dokumentu przedstawili propozycję badań, których przeprowadzenie mogłoby pomóc osobom z chorobą Alzheimera. Czwarta część pt. Organizacja pomocy medycznej (diagnostyka i leczenie) obejmuje swoim zakresem w istotnym stopniu postulaty dotyczące organizacji opieki zdrowotnej nad osobą z chorobą Alzheimera. Część piąta o nazwie „Opieka nad pacjentem” wydaje się szczególnie istotna z punktu widzenia problematyki zapobiegania marginalizacji społecznej osoby z chorobą Alzheimera. Zawiera ona szereg propozycji odnoszących się do systemu opieki nad osobą zmagającą się z chorobą Alzheimera³³⁸.

§ 3. Czynniki zmniejszające ryzyko marginalizacji osób z chorobą Alzheimera

Wskazane we wcześniejszej części przykłady działań podejmowanych przez władze państwowe i samorządowe, a także przez organizacje alzheimerowskie mogą charakteryzować się różną skutecznością. Efektywność różnego rodzaju aktywności ukierunkowanej na poprawę sytuacji życiowej osób z chorobą Alzheimera, w tym na zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu zależy w naturalny sposób od wielu czynników. Jednym z nich wydaje się znajomość czynników, które mogą przyczyniać się do zmniejszania ryzyka marginalizacji.

³³⁷ A. Szczudlik, M. Barcikowska-Kotowicz, A. Sadowska, Polski Plan Alzheimerowski – prezentacja założeń ? (w:) A. Szczudli (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016, s. 53-58, Alzheimer Polska. Polski Plan Alzheimerowski, źródło: <https://www.alzheimer-polska.pl/polski-plan-alzheimerowski/> (dostęp: 02.09.2021 r.).

³³⁸ A. Szczudlik, M. Barcikowska-Kotowicz, A. Sadowska, Polski Plan Alzheimerowski..., op. cit., s. 53-58, Alzheimer Polska. Polski Plan Alzheimerowski..., op. cit.

Faktory te stanowią również swego rodzaju odpowiedź na przedstawione we wcześniejszym rozdziale niniejszej pracy grupie czynników wpływających na wyższe zagrożenie marginalizacją.

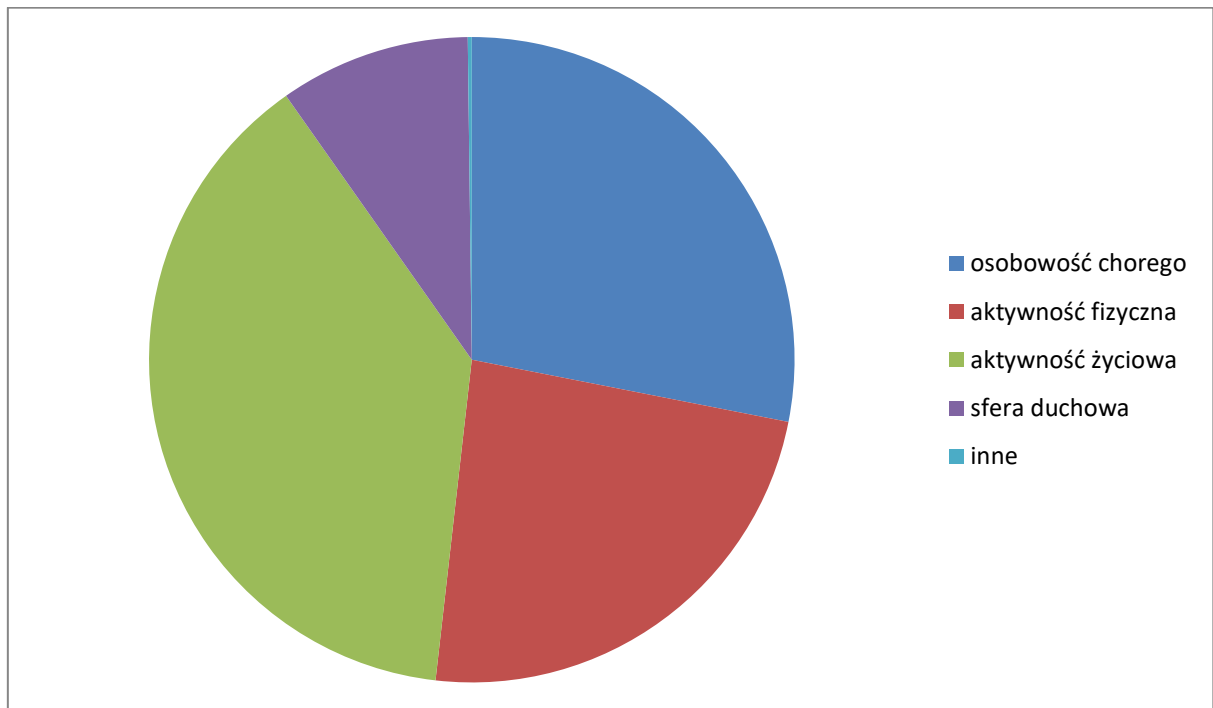
Stąd też kolejna część badań empirycznych dotyczyła czynników wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera. Podobnie jak w poprzednim rozdziale analiza dokonana została w oparciu o podział czynników na te, które dotyczyły osoby chorej, jego opiekuna, a także te które są związane ze społeczeństwem.

Analizę wyników badań dotyczących zmniejszania ryzyka marginalizacji osób z chorobą Alzheimera również zostanie rozpoczęta od czynników, która związane są z samą osobą pacjenta. Respondenci dostali do wyboru pięć wariantów odpowiedzi, z których wskazać mogli dwa. Pierwszym z czynników do wyboru była osobowość pacjenta. Chodziło tutaj między innymi o takie faktory jak naturalny ekstrawertyzm, który pomaga utrzymać relacje z innymi ludźmi mimo pogarszającego się stanu zdrowia, czy też łagodne usposobienie, które zmniejsza poziom agresji spowodowanej frustracją związaną z chorobą.

Kolejnym czynnikiem, który mógł zostać uznany przez ankietowanych za jeden z dwóch głównych powodów hamujących proces marginalizacji chorego, była aktywność fizyczna pacjenta, która może znakomicie służyć integracji z innymi ludźmi, nawet w przypadku instytucjonalizacji chorego. Trzecim czynnikiem w kwestionariuszu była aktywność życiowa, a więc czynny udział w różnych organizacjach, społecznościach, który pozwala utrzymywać relacje z innymi ludźmi pomimo choroby. Ostatnią z proponowanych przyczyn hamowania wykluczenia społecznego pacjentów była ich sfera duchowa. Chodziło tutaj m.in. o uczestnictwo w społeczności religijnej, które zwiększa poczucie wspólnoty, oparcie w Bogu i wiara w życie po śmierci, która pomaga radzić sobie z frustracją i narastającym niepokojem związanym z przyszłością. Respondenci dostali również możliwość wyboru opcji „Inne” oraz wpisania swojej własnej propozycji.

Wyniki wśród ogółu respondentów wskazały, że czynnikiem, który może szczególnie wpływać na zmniejszanie ryzyka marginalizacji chorego jest jego aktywność życiowa. Faktor ten uznało za jeden z dwóch najistotniejszych 193 osób (74,2%). Odpowiedź ta uzyskała zdecydowanie najwięcej głosów. Kolejne dwie determinanty, które zostały wskazywane przez mniej więcej połowę ankietowanych, to osobowość chorego (141 osób – 54,2%) i jego aktywność fizyczna (119 osób – 45,8%). Najmniej ankietowanych zdecydowało się uznać sferę duchową za jedno z dwóch czynników, które mogą szczególnie zmniejszać ryzyko wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera. Faktor ten został wybrany przez 48 osób (18,5%).

Wykres 1.
Czynniki związane z osobą chorą.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Sfera duchowa, która nie została wskazana przez respondentów, jako szczególnie istotna z uwagi na zmniejszenie marginalizacji chorego, wymieniana jest w literaturze jako czynnik, który znacząco poprawia jakość przeżywania choroby. Przede wszystkim chodzi tutaj o bardzo trudną emocjonalnie kwestię pogodzenia się wewnątrznie z informacją o rozpoznaniu choroby i zmian w codziennym życiu wynikających z postępujących objawów. L. Snyder zauważa, że postawie takiej sprzyja wiara w Boga³³⁹. Podobnie twierdzą O. Agli, N. Bailly i C. Ferdinand, którzy zwracają ponadto uwagę na kwestię należenia do wspólnoty religijnej³⁴⁰.

Wyniki badań empirycznych dotyczących czynników wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera związanych z osobą chorą przeanalizowane zostały również pod względem istotnych statystycznie zależności z danymi zebranymi w metryczce i części ogólnej kwestionariusza. Istotność taka została zaobserwowana między

³³⁹ L. Snyder, Satisfactions and Challenges in Spiritual Faith and Practice for Persons with Dementia, *Dementia* 2003, nr 2(3), s. 299-313.

³⁴⁰ O. Agli, N. Bailly, C. Ferdinand, Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review, *International Psychogeriatrics* 2015, nr 27(5), s. 715-725.

innymi między wyborem aktywności życiowej chorego jako jednego z dwóch najważniejszych czynników zmniejszających ryzyko marginalizacji, a regionem Polski, w którym mieszkali respondenci (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,037$), czy też pomiędzy specjalizacją lekarza lub jej brakiem, a wskazaniem na aktywność życiową osoby z chorobą Alzheimera jako jednego z dwóch czynników zmniejszających w najistotniejszym stopniu ryzyko wykluczenia społecznego tego chorego (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,024$). Nie są one jednak na tyle wysokie w porównaniu do innych istotności, które pojawiły się w ramach analiz wyników niniejszych badań, aby stać się przedmiotem dokładniejszej analizy w niniejszej rozprawie doktorskiej.

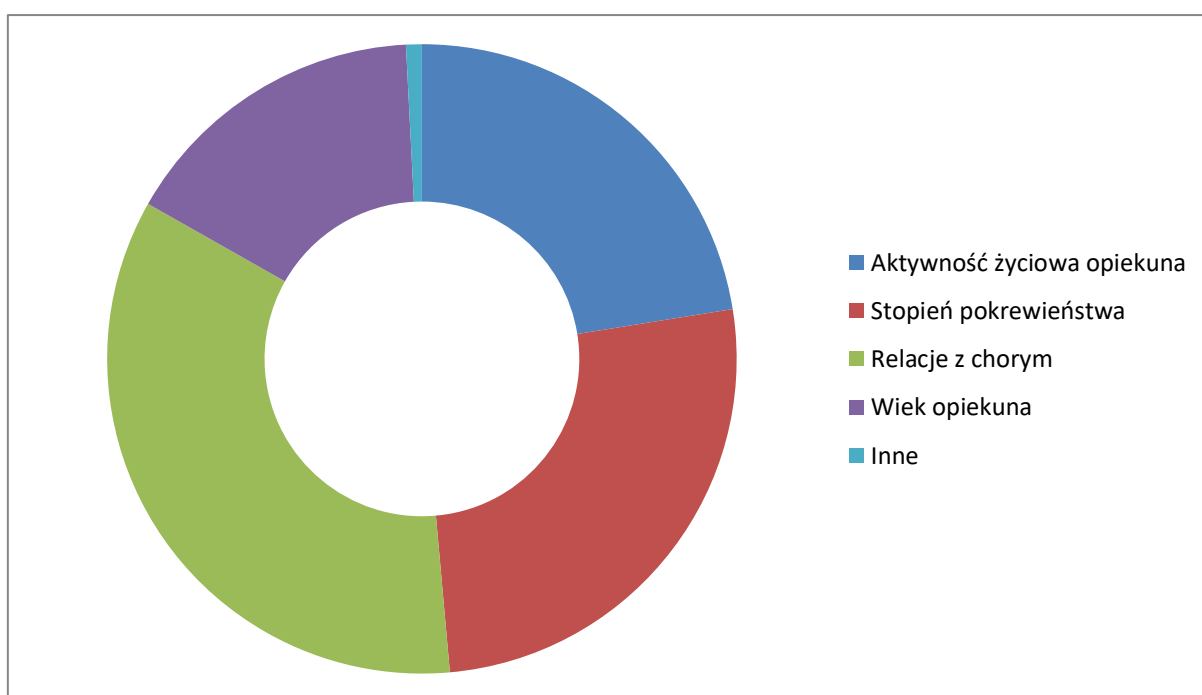
Kolejnym problemem, który został przeanalizowany w ramach badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej, były czynniki związane z opiekunem chorego wpływające na zmniejszenie wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera. W przypadku tego zagadnienia respondenci ponownie otrzymali do wyboru pięć wariantów odpowiedzi. Pierwszym czynnikiem, na który mogli wskazać ankietowani, była aktywność życiowa opiekuna. Podobnie jak w przypadku czynników zwiększających ryzyko marginalizacji, chodziło o stopień obciążenia opiekuna pracą zawodową, innymi obowiązkami, czy też zajęciami związanymi z zainteresowaniami, sportem.

Kolejną przyczyną, którą mogli wybrać osoby biorące udział w badaniach, był stopień pokrewieństwa między chorym a opiekunem, a dokładnie fakt występowania bliskiej rodziny pacjenta, np. jego małżonka, rodzica lub dziecka, w charakterze opiekuna. Trzecim wariantem odpowiedzi występującym w kwestionariuszu były relacje opiekuna z chorym i wpływ przyjaznych relacji na zmniejszanie ryzyka marginalizacji. Ostatnim czynnikiem, który został zaproponowany do wyboru uczestnikom badania, był wiek opiekuna. Czynnikiem ten wynikał z faktu, że młodsze osoby mogą mieć w naturalny, biologiczny sposób więcej siły do opieki nad pacjentem. Ponadto w ankiecie pojawiła się możliwość wyboru wariantu „Inne” i zaproponowania przyczyny zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera, która nie pojawiła się we wcześniejszych czterech wariantach odpowiedzi.

Wyniki badań empirycznych wskazały, że jeden z czynników został uznany za szczególnie istotny z punktu widzenia zapobiegania marginalizacji osób z chorobą Alzheimera. Czynnikiem tym były relacje opiekuna z chorym. Aż 171 respondentów (65,8%) uznało, że dobre relacje z podopiecznym mogą zmniejszyć ryzyko marginalizacji. Sporym uznaniem cieszyła się również opcja dotycząca stopnia pokrewieństwa między chorym a opiekunem. Determinantę tę za jedną z dwóch najważniejszych zmniejszających ryzyko wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera uznało 129 ankietowanych (49,6%).

Niewielu mniej biorących udział w badaniu wskazało na aktywność życiowa opiekuna jako na czynnik, który w istotnym zakresie wpływa na możliwość zmniejszenia marginalizacji chorego. Stopień obciążenia opiekuna obowiązkami życia codziennego wskazało 111 respondentów (42,7%). Najrzadziej wybieranym wariantem był wiek opiekuna i fakt, że młodsze osoby mogą mieć więcej siły do opieki nad chorym. Zaledwie 79 osób biorących udział w badaniu (30,4%) wskazało na ten faktor. Dodać należy, że 4 osoby (1,5%) wybrało odpowiedź „Inne”, podając m.in. takie czynniki jak wspólna opieka nad chorym.

Wykres 2.
Czynniki związane z opiekunem.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Wśród innych faktorów, które mogą zmniejszać zagrożenie marginalizacją osób z chorobą Alzheimera, w literaturze wskazuje się również na posiadaną przez opiekunów wiedzę dotyczącą tego schorzenia, a zwłaszcza znajomość technik poprawiających komunikację na linii chory-opiekun. Zastosowanie tej wiedzy w praktyce może wpływać pozytywnie na porozumiewanie się z chorym. Prowadzi to wprost do zmniejszenia poczucia osamotnienia osoby dotkniętej tym schorzeniem, co w konsekwencji zmniejsza jej poziom alienacji³⁴¹.

³⁴¹ J. Zientz, A. Rackley, S.B. Chapman, T. Hopper, N. Mahendra, E.S. Kim, S. Cleary, Evidence-based practise recommendations for dementia: educating caregivers on Alzheimer's disease and training communication strategies, Journal of Medical Speech-Language Pathology 2007, nr 15(1), s.53-64.

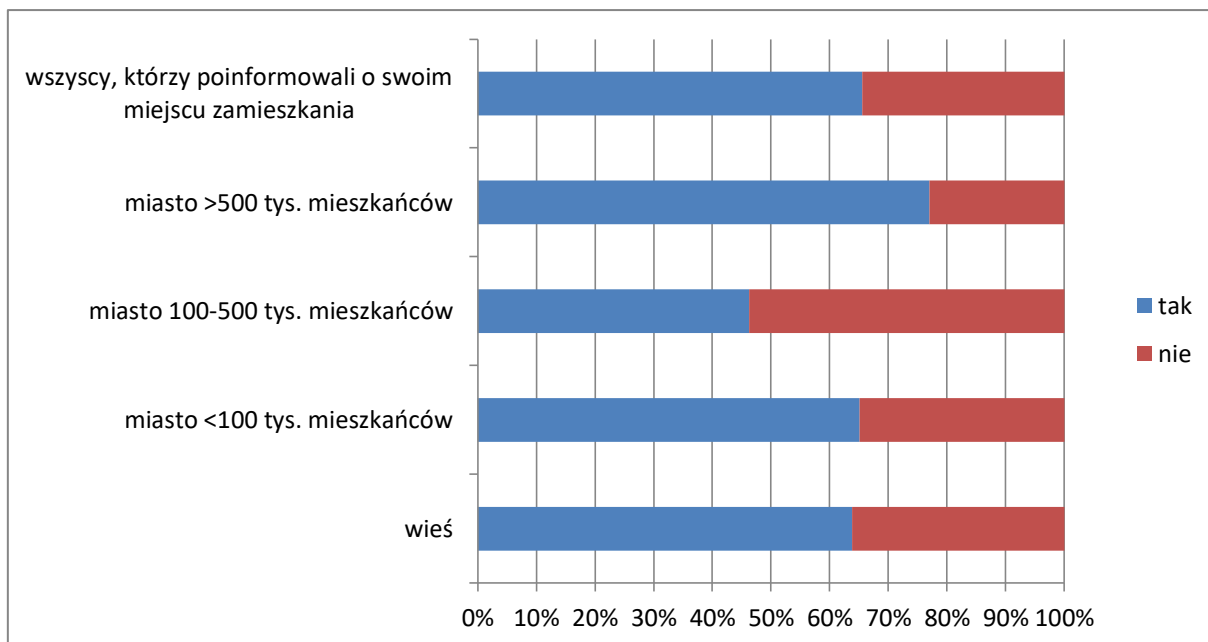
W przypadku czynników zmniejszających ryzyko wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera, które związane są z opiekunem osoby chorej, analiza zależności pomiędzy uzyskanymi odpowiedziami a przynależnością do poszczególnych grup respondentów, stworzonych na podstawie kwestionariusza metryczki i części ogólnej ankiety, wykazały jedną korelację, która charakteryzuje się szczególnie wysoką istotnością statystyczną (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,002$). Jest to zależność między wskazaniem na relacje z chorym jako jedną z dwóch najważniejszych przyczyn zmniejszających zagrożenie marginalizacją, a miejscem zamieszkania ankietowanego.

Przy analizie tej zależności zauważyć można, że respondenci bardzo często zdecydowali się na wskazanie tego faktora jako jednego z dwóch, które szczególnie zmniejszają ryzyko wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera. Wśród wszystkich ankietowanych, którzy zdecydowali się udzielić informacji o swoim miejscu zamieszkania, odpowiedź tę wybrało niemal dwóch na trzech z nich (65,6%). Podobnie wygląda odsetek wskazania na ten czynnik wśród mieszkańców wsi (63,8%) i miast poniżej 100 tys. mieszkańców (65,1%).

Dość istotne anomalie zauważyć można natomiast wśród mieszkańców największych miast. Trudno jednak dostrzec w tych odpowiedziach jakąś tendencję, ponieważ mieszkańcy średnich miast bardzo rzadko, zarówno w porównaniu do ogółu, jak też w stosunku do pozostałych grup respondentów, zdecydowali się na wskazanie tego faktora. Uczyniła tak mniej niż połowa z nich (46,3%). Mieszkańcy największych miast zachowali się odmiennie i w jeszcze większym odsetku, niż ten, który występował wśród wszystkich ankietowanych, którzy zdecydowali się udzielić informacji o swoim miejscu zamieszkania, uznali relacje z chorym za jeden z dwóch najważniejszych czynników pozwalających na zmniejszenie zagrożenia marginalizacją osób z chorobą Alzheimera. Odpowiedź tę wskazało aż trzech na czterech z nich (77%).

Wykres 3.

Zależność między wskazaniem na relacje z chorym jako jedną z dwóch najważniejszych przyczyn zmniejszających zagrożenie marginalizacją, a miejscem zamieszkania ankietowanego.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Kolejnym obszarem badań empirycznych, których celem była analiza wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera, były czynniki wpływające na zmniejszenie zagrożenia marginalizacją wśród tych osób związane ze społeczeństwem, w którym żyją chorzy. W tym przypadku również zaproponowanych zostało pięć czynników, z których respondenci poproszeni zostali o wybranie dwóch. Pierwszym czynnikiem, na który mogli wskazać ankietowani, była świadomość społeczna dotycząca choroby Alzheimera, a więc posiadanie wiedzy na temat tego schorzenia neurodegeneracyjnego, a także, co być może jest szczególnie ważne, informacji dotyczących sposobów komunikacji z chorym.

Kolejną przyczyną zmniejszenia ryzyka marginalizacji, która została zaproponowana uczestnikom badań, był wiek danych członków społeczeństwa. Chodziło tutaj o fakt, że osoby starsze, również narażone na tę chorobę, a także w większym stopniu świadome własnych ograniczeń, które pojawiają się z wiekiem, mogą być bardziej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie młodzi, niekiedy wymagający zbyt wiele od siebie i innych. Trzeci czynnik dotyczył stopnia zamożności społeczeństwa. Wynikał on z przypuszczenia, że w bogatszych krajach łatwiej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera, a także ich opiekunów, co wpływa również w istotnym stopniu na czynniki zmniejszające ryzyko wykluczenia społecznego związane zarówno z opiekunem, jak też z jego podopiecznym.

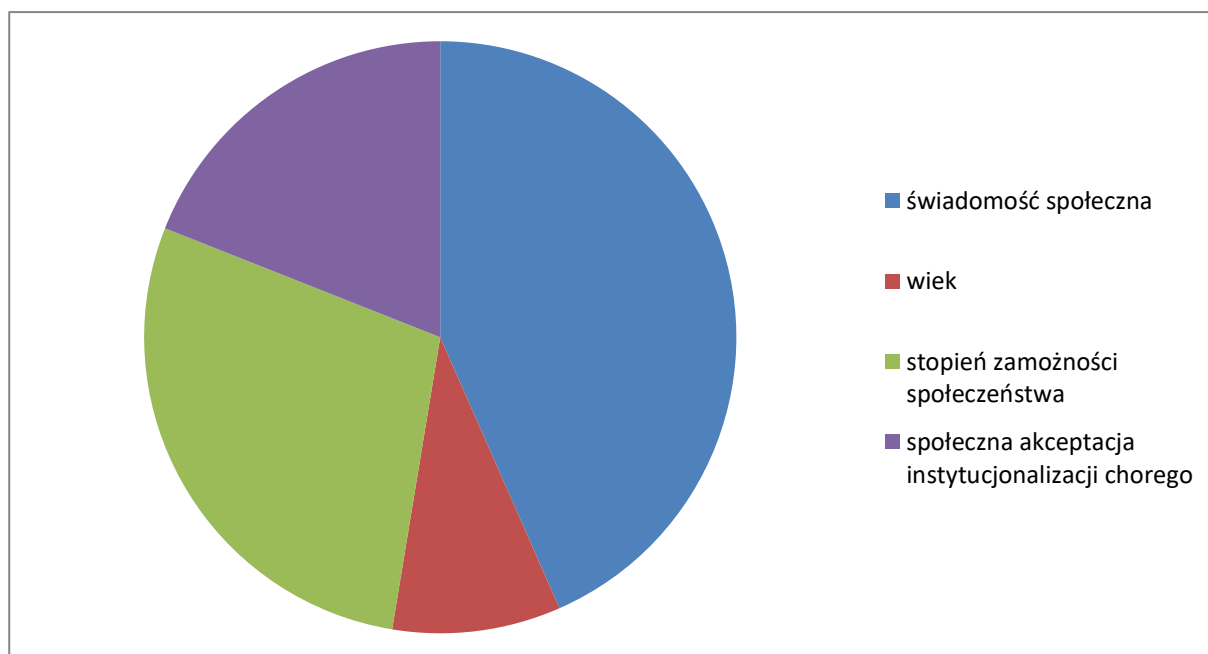
Kolejnym czynnikiem, na który wskazać mogli ankietowani, była społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego. W przypadku czynników zmniejszających zagrożenie margina-

lizacją, chodziło przede wszystkim o to, że większa presja społeczna na osobach, które rozważają podjęcie decyzji o instytucjonalizacji, jak też pewnego rodzaju infamia, które może ich w takiej sytuacji spotkać, utrudnia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki.

W przypadku tych czynników, zdecydowanie najwięcej osób wskazało na świadomość społeczną. Posiadanie wiedzy na temat choroby Alzheimera i sposobów komunikacji z chorym za jedną z dwóch najważniejszych przyczyn, które mogą zmniejszać ryzyko wykluczenia społecznego chorego wskazało aż 217 osób (83,5%). Można stwierdzić, że niemal każdy ankietowany wskazał ten faktor. Relatywnie często wskazywany był również stopień zamożności społeczeństwa. 142 osób (54,6%) uznało, że fakt, iż w bogatszych krajach łatwiej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów, znacząco zmniejsza zagrożenie marginalizacją osób z tym schorzeniem neurodegeneracyjnym.

W dalszej kolejności wskazywano na społeczną akceptację decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki. Odpowiedź tę wybrało 95 osób biorących udział w badaniu (36,5%). Najrzadziej wskazywanym faktorem był wiek. Zaledwie 46 respondentów (17,7%) uznało, że jest to jeden z dwóch najważniejszych czynników zapobiegających wykluczeniu społecznemu chorego.

Wykres 4.
Czynniki związane ze społeczeństwem.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

W literaturze zwraca się uwagę na problem współczucia i litości odczuwanej przez społeczeństwo wobec osób z chorobą Alzheimera. Wskazuje się tutaj zarówno na kwestię stabilności emocjonalnej, która pomaga właściwie traktować chorych, a z drugiej na pewną wrażliwość i troskliwość wobec nich. Okazuje się, że postawy te niekoniecznie są ze sobą związane, co potwierdzają badania opublikowane w 1996 r. w *Psychological Inquiry*, zgodnie z którymi wyższy poziom wykształcenia wśród członków społeczeństwa jednocześnie wpływa pozytywnie na ich stosunek do osób z chorobą Alzheimera z uwagi na większą stabilność emocjonalną, jak również przyczynia się do mniejszej empatii wobec chorych³⁴².

Analiza rozkładu głosów dotyczących tych czynników w poszczególnych grupach respondentów pozwala zauważyć dwie zależności, których istotność statystyczna jest na bardzo wysokim poziomie. Pierwszą z nich jest wskazywanie na stopień zamożności społeczeństwa jako jedną z dwóch głównych przyczyn zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera z uwagi na region Polski, z którego pochodzą respondenci (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,004$).

Analizując wyniki wśród wszystkich respondentów, wskazać należy, że odpowiedź tę wskazał mniej więcej co drugi biorący udział w badaniu (54,6%). Podobny odsetek ankietowanych wybrał ten faktor marginalizacji na południu (59,1%), wschodzie (59,4%) i zachodzie (62,2%), gdzie również była to większość nieprzekraczająca dwóch trzecich wszystkich respondentów z tej grupy, a także wśród ankietowanych mieszkających na północy Polski, w gronie których osoby, które wskazały tę determinantę, należą jednak do delikatnej mniejszości (45,5%).

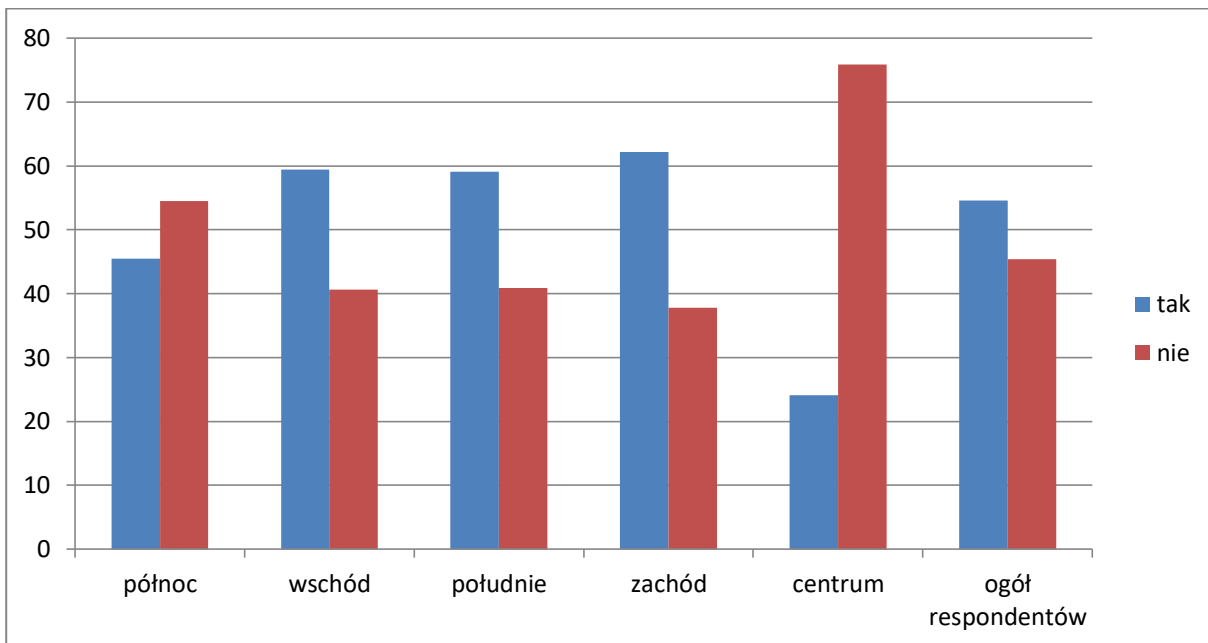
Na tym tle zdecydowanie wyróżniła się grupa ankietowanych, których miejsce zamieszkania znajdowało się w centralnej Polsce. Osoby takie wskazywały stopień zamożności społeczeństwa jako jedną z dwóch głównych przyczyn zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera dużo rzadziej niż pozostałe grupy. Wyboru takiego dokonywał zaledwie jeden na czterech przedstawicieli tego regionu Polski (24,1%). Trudno w tym momencie, bez przeprowadzenia dokładniejszych analiz, określić, skąd tak istotna anomalia w wynikach. Bazując na przeprowadzonych badaniach można jednak stwierdzić, że

³⁴² R. Johnson, K. Harkins, M. Cary, P. Sankar, J. Karlawish, The relative contributions of disease label and disease prognosis to Alzheimer's stigma: A vignette-based experiment, *Social Science & Medicine* 2015, nr 143, s. 117-127, B. Weiner, Searching for order in social motivation, *Psychological Inquiry* 1996, nr 7(3), s. 199-216, P. Werner, Social distance towards a person with Alzheimer's disease, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005, nr 20(2), s. 182-188.

region naszego kraju, z którego pochodzili respondenci, miał znaczenie przy wyborze tego faktora.

Wykres 5.

Zależność między wskazywaniem na stopień zamożności społeczeństwa jako jedną z dwóch głównych przyczyn zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera a regionem Polski, z którego pochodzą respondenci.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

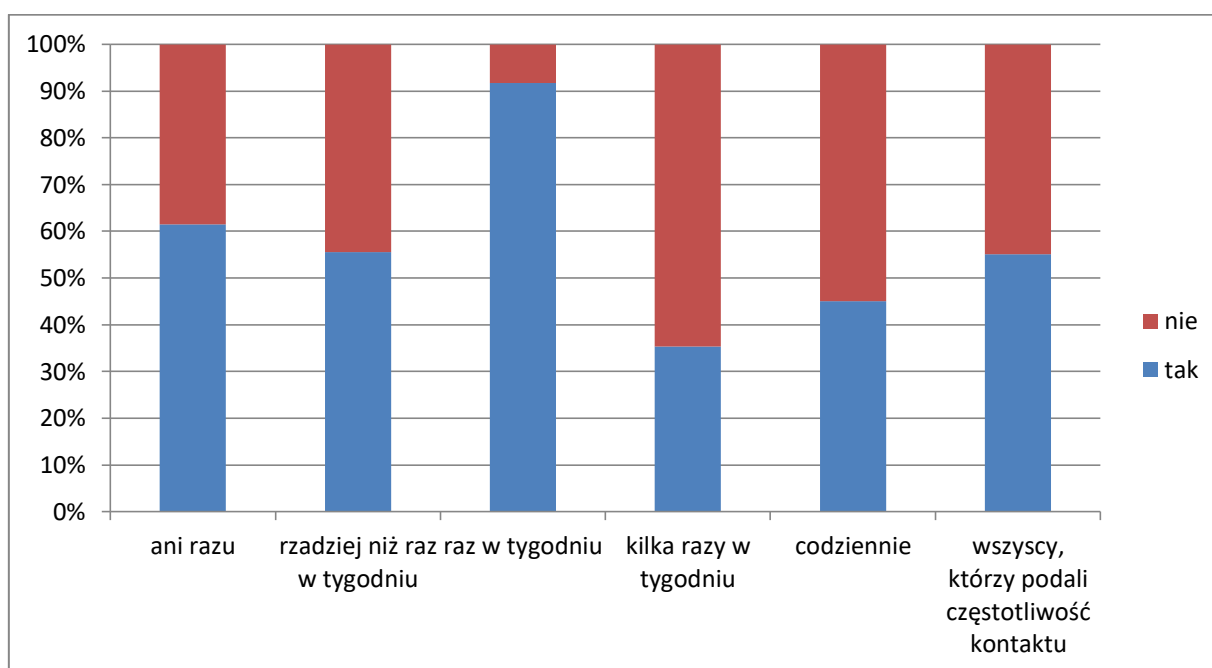
Kolejna zależność, której stopień istotności statystycznej okazał się bardzo duży, również dotyczy wskazania na stopień zamożności społeczeństwa jako jedną z dwóch głównych przyczyn zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera. Tym razem chodzi o wybór tego faktora z uwagi na częstotliwość kontaktów z pacjentem w ciągu roku poprzedzającego wypełnienie kwestionariusza (test Fishera-Freemana-Haltona – $p=0,002$).

Dane wskazane na poniższym wykresie okazują się niezwykle zaskakujące. W oczyma rzuca się bowiem skrajna anomalia, która występuje wśród respondentów, którzy w roku poprzedzającym udział w badaniu mieli kontakt z osobą z chorobą Alzheimera raz w tygodniu. Aż 91% z nich uznało, że stopień zamożności społeczeństwa jest jednym z dwóch czynników, które najbardziej zmniejszają zagrożenie marginalizacją chorego. Można stwierdzić, że wybór taki miał w tej grupie charakter powszechny.

Drugim wynikiem, który odbiegał od normy był procent ankietowanych, którzy wybrali ten faktor wśród osób, które określiły swoją częstotliwość styczności z pacjentem z chorobą Alzheimera w roku poprzedzającym udział w badaniach jako „kilka razy w tygodniu”. W tej grupie odsetek ten wynosił 35,4%. Dla porównania, wśród wszystkich wypełniających ankietę, którzy podali częstotliwość kontaktu, odsetek ten wynosił 55,1%. Bardzo podobne prezentowały się wartości w grupach respondentów, którzy nie mieli takiej styczności (61,5%), albo którzy mieli ją rzadziej niż raz w tygodniu (55,6%), czy też codziennie (45%).

Wykres 6.

Zależność między wskazaniem na stopień zamożności społeczeństwa jako jedną z dwóch głównych przyczyn zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera a częstotliwością kontaktów z pacjentem w ciągu roku poprzedzającego wypełnienie kwestionariusza.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych.

Jak wskazują efekty analizy przeprowadzonej w obu rozdziałach dotyczących wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera, jest to problem, który nadal stanowi poważne wyzwanie dla społeczeństwa i państwa. Zagadnienie to jest niezwykle złożone, zarówno w odniesieniu do przyczyn marginalizacji i czynników zwiększających jej ryzyko, jak też w kontekście podejmowanych działań prewencyjnych. Istotne znaczenie w analizie przyczyn i zapobiegania marginalizacji osoby chorej, a także jej opiekuna i bliskich ma coraz doskonalsze

sze poznawanie różnego rodzaju faktorów, które determinują większe zagrożenie wykluczeniem. Badania te mogą bowiem przyczynić się do lepszego ukierunkowania potencjalnych działań zapobiegawczych, zarówno ze strony instytucji państwowych i samorządowych, jak też organizacji alzheimerowskich, na te konkretne obszary, które stanowią szczególne zagrożenie. Podobne efekty mogą mieć właściwie wykorzystane analizy czynników zmniejszających zagrożenie wykluczeniem.

Innym obszarem, w którym zgodnie z przeprowadzonymi analizami powinny zostać podjęte dalsze działania, jest obszar współpracy między organizacjami pozarządowymi oraz organami władzy publicznej. Wiedza praktyczna zdobyta na skutek lat pracy z osobami chorymi, a także ich opiekunami i bliskimi, czyni organizacje alzheimerowskie szczególnie cennym partnerem do dalszych prac nad poprawą sytuacji życiowej osób dotkniętych w różny sposób chorobą Alzheimera. Dalsze badania oraz dialog z organizacjami pozarządowymi powinien skutkować opracowaniem lepszych mechanizmów wsparcia dla chorych oraz ich bliskich. Wobec faktu, że choroba Alzheimera staje się chorobą cywilizacyjną XXI wieku, jest to wyzwanie o szczególnie wysokim priorytecie.

PODSUMOWANIE

Choroba Alzheimera przebiega w konkretnych fazach. Na początku jej rozwój nie wywołuje żadnych objawów. Po pewnym czasie zmiany degeneracyjne w mózgu zaczynają być jednak zauważalne w postaci symptomów. Na środkowym etapie rozwoju choroby chory zaczyna mieć coraz większe zaburzenia czynności poznawczych. Polegają one m.in. na pogorszeniu pamięci, trudnościach w komunikacji z innymi ludźmi, a także ogólnym zagubieniu. Przekłada się to na zdecydowane pogorszenie codziennego funkcjonowania chorego. W ostatniej fazie schorzenie to uniemożliwia całkowicie codzienne funkcjonowanie. Choroba Alzheimera kończy się śmiercią chorego, której przyczyną są z reguły choroby współistniejące.

Ten narastający charakter symptomów i duża amplituda pomiędzy ich nasileniem na początku i na końcu choroby sprawia, że inaczej należy traktować sytuację prawną i kryminologiczną osoby z łagodnymi objawami od osoby, która znajduje się w fazie poważnych objawów. Badania, które zostały przeprowadzone, nie pozostały obojętne wobec tej ewolucji schorzenia, analizując zarówno konsekwencje prawne i kryminologiczne w różnych momentach choroby, jak też podejmując się spojrzenia całościowego, widząc w postępowaniu objawów choroby pewien rozwinięty w czasie proces z jego zróżnicowanymi konsekwencjami.

Pierwsza hipoteza główna brzmiała następująco: **rozwój choroby Alzheimera sprawia, że osoba chora traci zdolność do pełnego korzystania ze swoich praw pacjenta**. Jako jej rozwinięcie opracowane zostały dwie hipotezy szczegółowe.

Zgodnie z treścią pierwszej z nich: **skutkiem rozwoju choroby Alzheimera jest postępująca utrata zdolności do korzystania przez pacjenta z jego prawa do informacji o stanie zdrowia**. Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie.

Jak wskazała analiza przeprowadzona w niniejszej pracy, zasadą ogólną jest to, że osobą właściwą do otrzymywania wiadomości o stanie zdrowia osoby leczonej, jest sam pacjent, a także jego przedstawiciel ustawowy. Jeżeli chory wyrazi na to zgodę, informacje te mogą otrzymywać jednak również inne osoby, np. jego bliscy. Umożliwia to harmonijne zwiększanie udziału osób bliskich pacjenta z chorobą Alzheimera w fazie pojawiania się pierwszych symptomów w jego procesie leczenia.

W sytuacji gdy pacjent utracił zdolność do pojmowania znaczenia treści przekazywanych mu przez lekarza, wiadomości te przekazywane są jego osobie bliskiej. Może to doty-

czyć również pacjentów z chorobą Alzheimera, choć trudno jest jednoznacznie określić moment, czy też stopień rozwoju tego schorzenia, w którym jednoznacznie chory traci takie zdolności. Jest to kwestia indywidualna dla każdego pacjenta, jednak biorąc pod uwagę specyfikę rozwoju tego schorzenia, bez wątpienia moment taki zawsze nadchodzi.

Informacje te muszą być zachowywane przez personel medyczny w tajemnicy, co wynika m.in. z przepisów regulujących problematykę tajemnicy lekarskiej, ale również z przepisów prawa karnego, a dokładnie z art. 266 kk., który typizuje czyn zabroniony polegający na ujawnieniu tajemnicy służbowej i zawodowej. Należy jednak zauważyć, że możliwość ujawnienia wiadomości, które dotyczą stanu zdrowia pacjenta, istnieje w okolicznościach nadzwyczajnych, w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia. Może to dotyczyć m.in. osób z chorobą Alzheimera, u których dopiero pojawiają się zaburzenia poznawcze. Ponadto możliwość taka istnieje we wspomnianej wyżej sytuacji niezdolności pacjenta do pojmowania sensu przekazywanych mu informacji, co może być skutkiem np. choroby Alzheimera.

Druga ze szczegółowych hipotez została sformułowana w następujący sposób: **skutkiem rozwoju choroby Alzheimera jest stopniowa utrata przez pacjenta zdolności do decydowania o swoim procesie leczenia.** Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie.

Co do zasady lekarz może realizować świadczenia zdrowotne jedynie w przypadku uzyskania zgody pacjenta, w tym również pacjenta z chorobą Alzheimera. W pewnym momencie jednak osoba taka staje się niezdolna do podejmowania jakichkolwiek decyzji, w tym zwłaszcza dotyczących życia i zdrowia.

Jeżeli osoba z tym schorzeniem została ubezwłasnowolniona, podmiotem właściwym do decydowania jest jej przedstawiciel ustawowy. Pacjent z chorobą Alzheimera może również zostać uznanym za niezdolnego do podejmowania świadomych decyzji wówczas, gdy nie doszło do ubezwłasnowolnienia. W takiej sytuacji również pojawiają się wątpliwości dotyczące momentu, w którym można uznać, że chory nie jest już w stanie samodzielnie wyrażać zgody na realizowanie świadczeń zdrowotnych. Rozeznanie tego należy każdorazowo do lekarza.

W tym przypadku decyzję zamiast osoby z chorobą Alzheimera podejmuje, w zależności od okoliczności – jego opiekun faktyczny, a w niektórych sytuacjach sąd opiekuńczy. Należy jednak dodać, że przepisy prawa medycznego przewidują również współdziałanie w podejmowaniu decyzji odnośnie procesu leczenia pacjenta, który co prawda nie może samodzielnie wyrażać zgody na czynności medyczne, ale jego stan fizyczny lub psychiczny pozwala mu na współdecydowanie, bądź też wyrażenie sprzeciwu wobec woli opiekuna.

W niektórych sytuacjach możliwe jest jednak przeprowadzenie czynności medycznych bez zgody pacjenta, czy też innego dysponenta jego dóbr. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji pilnych, w których podjęcie takich działań niezwłocznie leży w interesie pacjenta, a istnieją trudności w komunikacji z chorym (np. z powodu zaburzeń poznawczych będących symptomami choroby Alzheimera), czy też jego przedstawicielem. W odniesieniu zaś do czynności leczniczych, które wiążą się z wyższym ryzykiem, takich jak zabieg operacyjny, możliwość taka pojawia się jedynie, gdy istnieje groźba poważnego uszczerbku na zdrowiu, bądź też zagrożenie życia.

Ponadto należy dodać, że wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, gdy nie pozwalają na to inne przepisy prawa, stanowi czyn zabroniony stypizowany w art. 192 kk. Prawo pacjenta do decydowania o sobie jest więc również chronione na gruncie prawa karnego. Biorąc jednak pod uwagę, że przestępstwo z art. 192 kk. jest ścigane z oskarżenia publicznego i bezwzględnie na wniosek pokrzywdzonego, tutaj także mogą się pojawić pewne istotne problemy. Jak bowiem pacjent może skutecznie złożyć wniosek o ściganie w sytuacji, w której nie pozwala mu na to jego nieporadność i brak rozeznania.

Reasumując powyższe wnioski można stwierdzić, że **pierwsza hipoteza ogólna została zweryfikowana pozytywnie**. Analiza przepisów prawa medycznego wskazała, że istnieją ważne z punktu widzenia praw pacjenta obszary, w których fakt występowania choroby Alzheimera może mieć poważne znaczenie. Wraz z rozwojem schorzenia prawa przysługujące osobie chorej, a przynajmniej niektóre ich rodzaje, mogą zostać częściowo ograniczone.

Druga z hipotez odnoszących się do prawnych aspektów choroby Alzheimera stanowi założenie iż: **choroba Alzheimera przyczynia się do utraty przez chorego zdolności do ponoszenia odpowiedzialności karnej, a także skutkuje uznaniem chorego za osobę nieporadną**. Do prawnokarnych aspektów choroby Alzheimera odnoszą się również trzy hipotezy szczegółowe.

Zgodnie z pierwszą z tych hipotez: **osoba z chorobą Alzheimera wraz z postępowaniem objawów tego schorzenia traci zdolność do zawinienia, czyli ponoszenia winy w rozumieniu prawa karnego**. Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie.

Odnosi się to do problematyki winy, która jest niezbędnym elementem przestępstwa. Jedną z okoliczności wyłączających winę po stronie sprawcy czynu zabronionego jest niepoczytalność. Polega ona na tym, że pewne cechy psychiatryczne sprawcy skutkują tym, że nie można postawić mu zarzutu w powodu jego bezprawnego zachowania. Za jedną z tych psychiatrycznych przyczyn niepoczytalności można uznać chorobę Alzheimera w zaawansowa-

nej fazy rozwoju tego schorzenia. W ramach postępowania karnego opinię odnośnie poczytalności sprawcy czynu zabronionego wydają biegli lekarze psychiatrzy.

Druga z postawionych hipotez szczegółowych odnosi się do tego, że: **osoby z chorobą Alzheimera mogą stanowić szczególną kategorię pokrzywdzonego przestępstwem przy czynach zabronionych, których przedmiotem ochrony jest instytucja opieki.** Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie.

Przeprowadzona analiza wskazała, że osobę z chorobą Alzheimera można potraktować jako pewną szczególną kategorię pokrzywdzonego przestępstwem. Naturalnie człowiek zmagający się z tym schorzeniem może zostać ofiarą wielu różnych typów czynów zabronionych, które w przeważającej liczbie nie wynikają z faktu choroby. Można jednak zauważyć pojawiające się w Kodeksie karnym określenie „osoba nieporadna”. Ustawodawca posłużył się tym znamieniem w pięciu przepisach: art. 53 § 2 (dyrektywy wymiaru kary), art. 189 (bezprawne pozbawienie wolności), art. 207 (znęcanie się), art. 210 (porzucenie) i art. 211 (uprowadzenie). Pojęcie to można zdefiniować jako taki stan człowieka, w którym z różnorodnych przyczyn o charakterze fizycznym lub psychicznym nie jest on w pełni samodzielny. Jako przykłady takich okoliczności związanych ze stanem fizycznym człowieka podaje się m.in. obłożną chorobę i podeszły wiek. Można więc wnioskować, że dotyczy to również osób z chorobą Alzheimera, które wykazują już poważne zaburzenia funkcji poznawczych.

Według trzeciej z postawionych hipotez: **opiekunowie osób z chorobą Alzheimera mogą zostać sprawcami różnych czynów zabronionych stypizowanych w Kodeksie karnym ze szczególnym uwzględnieniem przestępstw przeciwko rodzinie i opiece.** Hipoteza ta została zweryfikowana częściowo pozytywnie.

Odpowiedzialność karna w kontekście choroby Alzheimera może dotyczyć również opiekunów osób chorych. W tym przypadku katalog potencjalnych sprawców jest bardzo szeroki – mogą to być zarówno członkowie rodziny (np. współmałżonek, dzieci, rodzeństwo), jak też profesjonalni opiekunowie i członkowie personelu medycznego. Choć istnieje wiele typów czynów zabronionych, które mogą zostać popełnione przez opiekunów, niektóre z nich w szczególnym stopniu związane są z relacją opiekun – osoba chora. Wskazać należy tutaj na przede wszystkim na dwa przepisy kk.: art. 160 – narażenie człowieka na niebezpieczeństwo, które znajduje się w rozdziale kk. typizującym przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, a także art. 210 – porzucenie małoletniego lub osoby nieporadnej, które zostało umieszczone w rozdziale kk. penalizującym przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece.

Przytoczone wyżej wnioski pozwalają stwierdzić, że **druga hipoteza ogólna została zweryfikowana pozytywnie.** Jak wskazały analizy choroba Alzheimera rodzi również różno-

rakie implikacje na gruncie prawa karnego. Po pierwsze postępujące objawy choroby Alzheimera wpływają na kwestię zdolności do ponoszenia odpowiedzialności karnej przez chorego. Po drugie zaś zaawansowane fazy rozwoju tego schorzenia mogą skutkować możliwością uznania chorego za osobę nieporadną.

Zgodnie z trzecią hipotezą główną: **rozwój choroby Alzheimera w wysokim stopniu zwiększa ryzyko stania się pokrzywdzonym przestępstwem. Rozwój tego schorzenia zwiększa również ryzyko popełnienia przez chorego czynów zabronionych, jednakże w końcowej fazie choroby ryzyko to ulega zmniejszeniu się z uwagi na bardzo zły stan zdrowia chorego.** Rozważania przeprowadzone w ramach niniejszej rozprawy wskazały, że przypuszczenie to okazało się słuszne.

Analiza literatury wskazała na to, że choroba Alzheimera może być brane pod uwagę także jako czynnik zwiększający ryzyko popełnienia czynów zabronionych. Niektóre z objawów charakterystycznych dla tego schorzenia mogą stać się bowiem czynnikiem kryminogennym. Zarówno problemy z pamięcią, jak też trudności z komunikacją, czy bezsenność są sytuacjami które mogą wywołać irytację, stres, czy nerwowe reakcje. W połączeniu zaś z pojawiającymi się wraz z rozwojem choroby zaburzeniami nastroju, mogą one prowadzić do zachowań agresywnych, czy też przemocy. Dodać należy również problemy z orientacją w czasie i przestrzeni, które predysponują m.in. do stwarzania zagrożenia w ruchu drogowym.

Większość osób z chorobą Alzheimera pozostaje w domach, dlatego w naturalny sposób ich potencjalnymi ofiarami są domownicy, a także personel medyczny i opiekunowie, którzy wspierają rodzinę w opiece. Wśród najczęstszych zachowań przemocowych, które występują u ludzi starszych, a więc również wśród osób z chorobą Alzheimera wskazuje się na agresję werbalną, przemoc fizyczną, przemoc seksualną, a także złośliwe sabotowanie opieki nad nimi. Wpływ kryminogenny choroby Alzheimera maleje wraz z przejściem chorego do ostatniej fazy choroby. Trudno jest wtedy mówić o szczególnym zagrożeniu ze strony chorego.

Przechodząc do wniosków wiktymologicznych należy zacząć od podsumowania wyników badań empirycznych, które dotyczyły tej tematyki. Respondenci uznali, że choroba Alzheimera w początkowych fazach, które charakteryzują łagodne zaburzenia poznawcze, nieznacznie zwiększa łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa, a także nieznacznie zmniejsza zdolność chorego do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby oraz zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa. Ankietowani stwierdzili również, że choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie, gdy objawy przyjmują już postać poważnych zaburzeń poznawczych,

znacząco zwiększa łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa, a ponadto znacząco zmniejsza zdolność chorego do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby, jak również zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa. Wśród przestępstw, na które szczególnie narażone są osoby z chorobą Alzheimera respondenci wskazali przede wszystkim na kradzież, zachowania polegające na oszustwie, wyłudzeniu lub wyzysku, a także czyny zabronione związane z napaścią fizyczną, czy też stosowaniem przemocy fizycznej wobec chorego. Zauważyć tutaj można wyraźnie odmienne podejście do sytuacji chorego na początku choroby i w końcowych jej fazach, gdy objawy stają się już bardzo poważne.

Aspekty wiktymologiczne choroby Alzheimera, poza wnioskami pochodzącymi z badań empirycznych, posiadają szerszy kontekst. Analiza literatury przedmiotu doprowadziła do konkluzji, że przyczyny zachowań przestępczych, których ofiarami stają się osoby z tym schorzeniem, mogą być różne. Przegląd rozważań dotyczących przemocy wobec seniorów, do których zaliczają się osoby z demencją, wskazał z jednej strony na czynniki związane bezpośrednio z cechami tych osób. Zwraca się uwagę m.in. na niesamodzielność i zależność od innych osób, które zwiększają się wraz z postępowaniem symptomów choroby Alzheimera.

Podkreśla się również m.in. na czynniki ekonomiczne, które mogą przybrać na znaczeniu jeżeli osoba starsza zgromadziła w ciągu swojego życia znaczący majątek, a także niepełnosprawność fizyczną i intelektualną, która cechuje osoby z zaawansowanych fazach choroby Alzheimera. Bardzo istotnym czynnikiem może być również stan emocjonalny opiekuna, dla którego sprawowanie pieczy nad chorym jest niezwykle wyczerpującym, wyniszczającym fizycznie i psychicznie zajęciem.

Na ten moment trudno jest oszacować skalę przestępczości wobec osób z chorobą Alzheimera. Wynika to z wysokiej ciemnej liczby takich przestępstw, która jest m.in. skutkiem specyfiki tego schorzenia, które charakteryzuje się postępującymi problemami z komunikacją i pamięcią. Wśród najczęściej wymienianych rodzajów przemocy wobec seniorów, do których należą również osoby z demencją, wskazuje się na zaniedbanie, a także przemoc psychiczną i finansową.

Potwierdzają to wyniki badań empirycznych. Zgodnie z ich wynikami choroba Alzheimera w początkowych fazach nieznacznie zwiększa łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa. Gdy natomiast zaburzenia poznawcze stają się poważniejsze znacząco zwiększa się łatwowierność chorego i ryzyko stania się ofiarą oszustwa. Ponadto schorzenie to na etapie łagodnych objawów nieznacznie zmniejsza zdolność chorego do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby, podczas gdy w zaawanso-

wanej fazie znacząco zmniejsza zdolność chorego do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby.

Wyniki badań wskazują również na to, że choroba Alzheimera już w początkowych fazach nieznacznie zmniejsza zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa. Na etapie poważnych zaburzeń poznawcze schorzenie to zaś znacząco zmniejsza już zdolność chorego do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa. Jeśli chodzi natomiast o przestępstwa, których ofiarą mogą stać się osoby z chorobą Alzheimera, to zgodnie z badaniami przede wszystkim jest to: kradzież, oszustwo, wyłudzenie, wyzysk, a także przestępstwa związane z napaścią fizyczną, czy też stosowaniem przemocy fizycznej wobec chorego.

Podsumowując wskazane powyżej wnioski należy stwierdzić, że **trzecia hipoteza ogólna została zweryfikowana pozytywnie**. Choroba Alzheimera posiada zarówno charakter wiktymogeny, jak też kryminogeny, który wzrasta wraz z rozwojem choroby. W ostatniej fazie rozwoju schorzenia zdolność chorego do popełniania czynów zabronionych zdecydowanie się jednak zmniejsza.

Ostatnia hipoteza postawiona na potrzeby niniejszej pracy posiada następującą treść: **choroba Alzheimera w bardzo wysokim stopniu wpływa na wykluczenie społeczne chorego**. Problematyka ta została rozwinięta poprzez postawienie pięciu hipotez szczegółowych.

Zgodnie z pierwszą z nich: **czynnikiem związanym z osobą z chorobą Alzheimera, który najbardziej przyczynia się do jej wykluczenia społecznego jest pogarszający się stan emocjonalny chorego, natomiast czynnikiem związanym z osobą z chorobą Alzheimera, który najbardziej wpływa na zmniejszenie jej wykluczenia społecznego jest sfera duchowa chorego**.

W świetle badań stwierdzić należy, że prognoza ta została zweryfikowana negatywnie w odniesieniu do przyczyn marginalizacji. Za najistotniejszy czynnik respondenci uznali pogarszające się funkcje poznawcze, nie zaś pogarszający się stan emocjonalny osoby z chorobą Alzheimera. Analiza wyników badań wskazuje na to, że przypuszczenie dotyczące czynnika, który zdaniem uczestników badania najbardziej wpływa na zmniejszanie ryzyka marginalizacji chorego, również się nie sprawdziły. Respondenci jako najważniejszą determinantę uznali w tym przypadku aktywność życiową osoby z chorobą Alzheimera. Podsumowując przedstawione wnioski, należy stwierdzić, że pierwsza hipoteza szczegółowa została zweryfikowana całkowicie negatywnie.

Treść drugiej hipotezy szczegółowej brzmi następująco: **czynnikiem związanym z opiekunem osoby z chorobą Alzheimera, który najbardziej przyczynia się do wyklucze-**

nia społecznego chorego jest aktywność życiowa opiekuna, natomiast czynnikiem związanym z opiekunem osoby z chorobą Alzheimera, który najbardziej wpływa na zmniejszenie wykluczenia społecznego chorego jest stopień pokrewieństwa między opiekunem a osobą chorą.

Wyniki badań empirycznych okazały się w przypadku czynników zwiększających ryzyko marginalizacji zgodne z prognozami z początków niniejszej rozprawy. Przypuszczenia dotyczące aktywności życiowej opiekuna zostały potwierdzone przez respondentów i uznane za najważniejszy czynnik sprzyjający wykluczeniu społecznemu chorego. Negatywnie została zweryfikowana natomiast część hipotezy odnosząca się do przyczyn zmniejszających zagrożenie marginalizacją. Za najważniejszy czynnik uznany zostały relacje opiekuna z chorym. Podsumowując, druga hipoteza szczegółowa została zweryfikowana częściowo pozytywnie, a częściowo negatywnie.

Trzecia hipoteza szczegółowa stanowi, że: **czynnikiem związanym ze społeczeństwem, który najbardziej przyczynia się do wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera jest społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego, natomiast czynnikiem związanym ze społeczeństwem, który najbardziej wpływa na zmniejszenie wykluczenia społecznego osoby z chorobą Alzheimera jest stopień zamożności społeczeństwa.**

W świetle przeprowadzonych badań wskazać trzeba, że przypuszczenie to nie zostało potwierdzone zarówno w odniesieniu do okoliczności zwiększających ryzyko marginalizacji chorego, jak też w części dotyczącej czynników zmniejszenia takiego ryzyka. Zdaniem ankietowanych w obu przypadkach determinantą taką jest świadomość społeczna, czyli posiadanie przez społeczeństwo wiedzy na temat choroby Alzheimera i sposobów komunikacji z chorym lub jej brak. Czynnikiem ten został więc w szczególnym stopniu podkreślony przez respondentów.

Zgodnie z czwartą postawioną hipotezą szczegółową: **władze państwowe i samorządowe nie wykorzystują w pełni możliwości, które posiadają w przedmiocie poprawy warunków życia osób z chorobą Alzheimera, w tym zapobiegania ich marginalizacji.** Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie.

Władza publiczna jest tym podmiotem, który posiada najwięcej narzędzi do wprowadzenia mechanizmów mogących w realny, konkretny sposób poprawić sytuację życiową osób z chorobą Alzheimera, a także ich rodzin. Wynika to nie tylko z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ale także Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Europejskiej Karty Społecznej, Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, wydanego w 2012 r. dokumencie World Health Organi-

zation pt. „Dementia. A Public Health Priority”, a także powstałej z inicjatywy Alzheimer Europe Deklaracji z Glasgow z 2014 r. Dotyczy to zarówno organizacji systemu opieki zdrowotnej, jak też działań na polu pomocy socjalnej osobom znajdującym się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej.

Wśród pozytywnych działań podejmowanych przez władze wskazać należy m.in. fakt, że jedną z Komisji Stałych w Sejmie RP jest Komisja Polityki Senioralnej, a także takie inicjatywy jak: Projekt Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014 - 2020, Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025, Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność, a także Program wieloletni „Senior+”. Różnego rodzaju inicjatywy mają również miejsce na szczeblu samorządowym. Głównym wyzwaniem, które nie zostało do tej pory zrealizowane, jest natomiast opracowanie przez władzę publiczną jednolitej, spójnej i merytorycznej strategii walki z negatywnymi skutkami choroby Alzheimera w polskim społeczeństwie, w tym z wykluczeniem społecznym, które dotyka nie tylko samych chorych, ale również ich opiekunów.

Analiza przeprowadzona w rozdziale dotyczącym przyczyn wykluczenia społecznego osób z chorobą Alzheimera doprowadziła do konkluzji, że jedną z takich determinant jest niedostateczna pomoc ze strony państwa. Wynika to z zaniedbań na kilku płaszczyznach. Pierwszą i być może najważniejszą z nich jest niedostateczna ilość domów opieki, zwłaszcza dziennej lub krótkoterminowej, które stanowiłyby wsparcie dla opieki domowej. Członkom rodzin osób z demencją w oczywisty sposób brakuje doświadczenia, które posiada personel takich ośrodków. Ponadto nie zapewnia się opiekunom chorych dostatecznego wsparcia merytorycznego. Osobom takim brakuje zarówno wiedzy w przedmiocie choroby Alzheimera, jak też dostępnych opcji pomocy. W przypadku osób z lekkimi objawami trudnością jest niedostateczna dostępność niektórych terapii, czy też rehabilitacji, natomiast dla chorych, którzy wykazują problemy z poruszaniem się - dostęp do lekarza. Braki pojawiają się również w dziedzinie opieki socjalnej – progi dostępu do usług opiekuńczych są tak wysokie, że są one nieosiągalne dla osób, które nie znajdują się w bardzo trudnej sytuacji finansowej.

Zgodnie z treścią piątej hipotezy szczegółowej: **organizacje pozarządowe w Polsce podejmują oddolne inicjatywy mające na celu poprawę codziennego życia osób z chorobą Alzheimera, jednak na skutek niedostatecznego wsparcia ze strony państwa ich działalność ma ograniczony zasięg.** Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie.

Organizacje pozarządowe podejmują bowiem pewne działania w tym zakresie. Ich rola w zapobieganiu wykluczeniu społecznemu i ogólnej poprawie poziomu codziennego życia

osób chorych oraz ich opiekunów i bliskich jest istotna z uwagi na fakt, że osoby działające w tych podmiotach posiadają często głębokie doświadczenie pracy z osobami dotkniętymi w różny sposób chorobą Alzheimera. Ich wiedza praktyczna pozwala określić ich jako ekspertów, z których kompetencji powinna korzystać władza publiczna.

Działalność tych organizacji koncentruje się m.in. na różnorodnym wsparciu opiekunów, prowadzeniu domów opieki, działalności edukacyjnej oraz kampaniach społecznych. Stworzyły one także Polski Plan Alzheimerowski, który stanowi propozycję działań służących kompleksowej poprawie sytuacji osób z chorobą Alzheimera. Problemem organizacji alzheimerowskich w Polsce jest jednak niedostateczne wsparcie państwa, w tym wsparcie finansowe, które pomogłoby rozwijać ich działalność.

Podjmując się weryfikacji czwartej hipotezy głównej wskazać należy również na wnioski płynące z pozostałych wyników badań empirycznych. Według respondentów choroba Alzheimera w początkowych fazach, charakteryzująca się, jak zostało to już wspomniane, jedynie łagodnymi zaburzeniami poznawczymi, nieznacznie utrudnia komunikację z chorym oraz pracę zawodową chorego, a także nieznacznie zmniejsza liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje. Osoby biorące udział w badaniach uznały też, że choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie, gdy zaburzenia poznawcze stają się już poważne, znacząco utrudnia komunikację z chorym i pracę zawodową chorego, a do tego znacząco zmniejsza liczbę osób, z którymi chory utrzymuje bliskie relacje.

Respondenci wskazywali również, które objawy choroby Alzheimera utrudniają ich zdaniem komunikację z pacjentem. Podkreślali tutaj takie symptomy jak: problemy z pamięcią, zaburzenia funkcji poznawczych, problemy z komunikacją, problemy z mową, czy też problemy emocjonalne. Ankietowani przedstawiali również, które objawy choroby Alzheimera utrudniają im zdaniem pracę zawodową pacjenta, zwracając uwagę na takie symptomy jak: problemy z pamięcią, zaburzenia funkcji poznawczych, problemy z komunikacją, w tym problemy z mową, zaburzenia orientacji i zagubienie, jak również problemy z logicznym myśleniem. Wszystkie czynniki, które zostały przytoczone w tym akapicie jednoznacznie wskazują na marginalizację osoby z chorobą Alzheimera, której stopień zależy jednak od fazy rozwoju choroby.

Zgodnie ze wstępnymi analizami zakłada się również, że również rozwój pandemii COVID-19 może przyczynić się do marginalizacji osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów i bliskich.

Reasumując powyższe rozważania stwierdzić należy, że **czwarta hipoteza główna została zweryfikowana zasadniczo pozytywnie**. Symptomy choroby Alzheimera w końcu-

wych fazach jej rozwoju są na tyle poważne, że prowadzą one do istotnej marginalizacji w sferze rodzinnej, towarzyskiej i zawodowej, uniemożliwiając choremu normalne funkcjonowanie w społeczeństwie i prowadząc do jego znacznego wykluczenia społecznego. Należy jednak dodać, że choroba Alzheimera w początkowych fazach, gdy zaburzenia poznawcze nie są jeszcze poważne, przyczynia się do marginalizacji chorego jedynie w nieznacznym zakresie.

WYKAZ SKRÓTÓW

e. i. c. a. d.	Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji (2010/2084 (INI)), Dz. U. UE. C. z 2012 r.
e. k. s.	Europejska Karta Społeczna, sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r., Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm.
Konstytucja RP	Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.
kk.	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm.
kpk.	Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. z 2021 r. poz. 534 ze zm.
k. p. o. n.	Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 ze zm.
k. p. p	Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, Dz. U. UE. C. z 2007 r. Nr 303, str. 1 ze zm.
m. p. p. g. s. k.	Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r., Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169.

p. u. e. z.	Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (Program UE dla zdrowia) na lata 2021-2027 oraz uchylecia rozporządzenia (UE) nr 282/2014, Dz. U. UE. L. Nr 107.
u. p. p.	Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.
u. z. l. d.	Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

BIBLIOGRAFIA

Piśmiennictwo:

1. Albert M.S., DeKosky S.T., Dickson D., Dubois B., Feldman H.H., Fox N.C., Gamst A., Holtzman D.M., Jagust W.J., Petersen R.C., Snyder P.J., Carrillo M.C., Thies B., Phelps C.H., The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3) .
2. Alzheimer's Association, 2014 Alzheimer's Disease Facts and Figures, *Alzheimer's & Dementia*, nr 10(2).
3. Andrejew I., Świda W., Wolter W., Kodeks karny z komentarzem, Warszawa 1973.
4. Armitage R., Nellums L.B., COVID-19 and the consequences of isolating the elderly, *The Lancet Public Health* 2020, nr 5(5).
5. Barcikowska M., Choroba Alzheimerera – rozpoznanie (w:) M. Zabawy (red.), Diagnostyka i leczenie otępień, Otwock 2012.
6. Basińska M.A., Lewandowska P.N., A. Kasprzak, Wsparcie społeczne a zmęczenie życiem codziennym u opiekunów osób chorych na Alzheimerera, *Psychogeriatrya Polska* 2013, nr 10(2).
7. Barczak-Oplustil A., Sporne zagadnienia istoty winy w prawie karnym. Zarys problemu, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych* 2005, nr 2.
8. Beason-Held L.L., Goh J.O., An Y., Kraut M.A., O'Brien R.J., Ferrucci L., Resnick S.M., Changes in Brain Function Occur Years before the Onset of Cognitive Impairment, *Journal of Neuroscience* 2013, nr 33(46).
9. Berk C., Paul G., Sabbagh M., Investigational drugs in Alzheimer's disease: current progress, *Expert Opinion on Investigational Drugs* 2014, nr 23(6).
10. Bieńkowska E., Wiktyologia, Warszawa 2018.
11. Bieńkowska E., Wiktyologia. Zarys wykładu, Warszawa 2000.
12. Blay S.L., Peluso E.T.P., Public stigma: the community's tolerance of Alzheimer disease, *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2010, nr 18(2).
13. Bredsen D.E., Rao R.V., Mehlen P., Cell death in the nervous system, *Nature* 2006, nr 443.

14. Bojarski T. (w:) T. Bojarski (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie VII, Warszawa 2016.
15. Boratyńska K.T., Czarnecki P., Lach A. (w:) A. Sakowicz (red.), Kodeks postępowania karnego. Komentarz, Warszawa 2020.
16. Budyn-Kulik M., Zabójstwo tyrana domowego. Studium prawnokarne i wiktymologiczne, Lublin 2005 .
17. Budyn-Kulik M. (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany 2021, LEX.
18. Caban Ł. (w:) M. Kopec (red.), Ustawa o zawodach lekarza. i lekarza dentystry. Komentarz, Warszawa 2016.
19. Choi N.G., Jun J., Life regrets and pride among low-income older adults: Relationships with depressive symptoms, current life stressors and coping resources, *Aging and Mental Health* 2009, nr 13(2).
20. Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W., *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1991.
21. Cipriani G., Di Fiorino M., Access to care for dementia patients suffering from COVID-19, *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2020, nr 28(7).
22. Cook T.M., Wang J., Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta, *BMC psychiatry* 2010, nr 10.
23. Coon D., Evans B., Empirically Based Treatments for Family Caregiver Distress: What Works and Where Do We Go from Here?, *Geriatric Nursing* 2009, nr 30(6)
24. Cooper C., Selwood A., Blanchard M., Walker Z., Blizard R., Livingston G., Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey, *BMj* 2009, nr 338.
25. Cooper C., Selwood A., Livingston G., The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, *Age and ageing* 2008, nr 37(2).
26. Czabański A., Lewicka-Pańczak K., Przemoc wobec osób starszych w świetle danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu, *Nowiny Lekarskie* 2021, nr 81(1).
27. Doda Z., Gaberle A., *Dowody w procesie karnym*, Warszawa 1995.
28. Dukiet-Nagórska T., Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim, *PiM* 2000, nr 2.
29. Dunlop B.D., Rothman M.B., Condon K.M., Hebert K.S., Martinez I.L., Elder abuse: Risk factors and use of case data to improve policy and practice, *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2001, nr 12(3-4).

30. Dyszlewska-Tarnawska A. (w:) L. Ogiegło (red), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2015.
31. Elbaz A., Carcaillon L., Kab S., Moisan F., Epidemiology of Parkinson's disease, *Rev Neurol (Paris)* 2016, nr 172(1).
32. Fattah E.A., Victimology: Past Present and Future, *Criminologie* 2000, nr 33(1)
33. Feldman H., Gracon S., Gauthier S., Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's disease, Londyn 1996.
34. Filar M., Postępowanie lecznicze (świadczenia zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody, *Prawo i Medycyna* 2003, nr 1.
35. Filar M., Berent M. (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V, Warszawa 2016.
36. Gardocki L., Prawo karne, Warszawa 2019.
37. Gądzik Z. (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz. wydanie VII, Warszawa 2021.
38. Georges J., Jansen S., Jackson J., Meyrieux A., Sadowska A., Selmes M., Alzheimer's disease in real life—the dementia carer's survey, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008, nr 23(5), s. 546-551, Who cares? The State of Dementia Care in Europe. Poland Fact Sheet, *Alzheimer Europe* 2006.
39. Giezek J. (w:) D. Gruszecka, K. Lipiński, G. Łabuda, J. Giezek, Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, Warszawa 2021..
40. Grzanka-Tykwińska A., Rzepka A., Chudzińska M., Sygit B., Kusza K., Kędziora-Kornatowska K., Problematyka przemocy wobec osób starszych, *Nowiny Lekarskie* 2012, nr 81(1).
41. Grzegorzczak T., Kodeks postępowania karnego. Komentarz. Tom I. Artykuły 1-467, Warszawa 2014.
42. Grześkowiak A. (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie VI, Warszawa 2019.
43. Gustaw K., Bełtowska K., Makara-Studzińska M., Reakcje emocjonalne opiekunów z demencją – potrzeba pomocy społecznej, *Przegląd Lekarski* 2008, nr 65(6).
44. Guzik-Makaruk E.M., Mroczko P., Kategorie pacjentów w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo (w:) E.M. Guzik-Makaruk, N. Waszkiewicz, S. Chojnowska, S.D. Szajda (red.), Wybrane prawne i medyczne aspekty zaburzeń psychicznych i ich profilaktyki, Białystok 2019.

45. Haley W.E., The family caregiver's role in Alzheimer's disease, *Neurology* 1997, nr 48(5 Supl 6).
46. Hałas R.G. (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.) Kodeks karny. Komentarz, , wydanie VII, Warszawa 2021.
47. Hausz-Piskorz B., Buczkowski K., Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2013, t. 7, nr 4.
48. Hilus A., Wyzwania dla ośrodków pomocy społecznej w trakcie pandemii COVID-19 (w:) N.G. Pikuła, M. Grewiński, E. Zdebska, W. Glac (red.), *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa*, Kraków 2020.
49. Hołyst B., *Kryminologia*, Warszawa 2016.
50. Hołyst B., *Wiktymologia*, Warszawa 2011.
51. Hołyst B., *Wiktymologia kryminalna*, Warszawa 2021.
52. Hyps S. (w:) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz. wydanie VII, Warszawa 2021.
53. Hyps S. (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221. Tom I. wydanie IV, Warszawa 2017.
54. Informacja o wynikach kontroli NIK. Delegatura w Katowicach, Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, kontrola nr P/16/067, Warszawa 2016.
55. Janiszewska B., Rozdział V. Zgoda pacjenta jako przesłanka legalności udzielenia świadczenia zdrowotnego. 2. Wyrażenie i forma zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (w:) M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019.
56. Janiszewska B., Rozdział V. Zgoda pacjenta jako przesłanka legalności udzielenia świadczenia zdrowotnego. 4. Postępowanie z pacjentami niemogącymi (prawnie lub faktycznie) udzielić zgody (w:) M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019.
57. Jaroszevska E., Starość i agresja — osoby starsze jako ofiary oraz sprawcy przemocy, *Problemy Polityki Społecznej* 2012, nr 17.
58. Jodłowski J., Szewczyk M. (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a , Warszawa 2017. .
59. Kalitowski M. (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V, Warszawa 2016. .

60. Kalus S. (w:) M. Frasz, M. Habdas (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna (art. 1-125), Warszawa 2018. .
61. Karkowska D., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, wyd. wydanie III, Warszawa 2016.
62. Karnat J. (w:) M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, A. Łyżwa, R. Łyżwa, Kodeks karny. Część szczególna. Art. 148–251. Komentarz, Warszawa 2020.
63. Kijak R., Przemoc wobec ludzi starszych (w:) R. Kijak, Z. Szarota (red.), Starość. Między diagnozą a działaniem, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.
64. Kim S., Mortby M.E., Dementia-related stigma, cultural diversity and help-seeking intentions: findings from a population survey, *Alzheimer's & Dementia* 2016, nr 7(12).
65. Kirchhoff G.F., Foreword (w:) N. Ronel, K. Jaishankar, M. Bensimon (red.), *Trends and Issues in Victimology*, Newcastle 2008.
66. Klimova B., Maresova P., Valis M., Hort J., Kuca K., Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment, *Journal of Clinical Interventions in Aging* 2015, nr 10.
67. Kłoszewska I., Rola opiekuna chorych z otępieniem, *Polski Przegląd Neurologiczny* 2007, nr 2.
68. Kokot R. (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie XXVI, 2021, Legalis.
69. Konarska-Wrzosek V., *Ochrona dziecka w polskim prawie karnym*, Toruń 1999.
70. Konarska-Wrzosek V., Uwagi o przestępstwie pozostawienia człowieka w położeniu grożącym niebezpieczeństwem, *Państwo i Prawo* 1997, nr 3.
71. Konarska-Wrzosek V. (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2020. .
72. Konarska-Wrzosek V. (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie XXVI, 2021, Legalis .
73. Kosonoga J. (w:) R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie XXVI, 2021, Legalis.
74. Kozłowska-Kalisz P. (w:) M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany 2021, LEX.
75. Kramkowska K., Kampania społeczna jako forma aktywności mediów na rzecz kształtowania odpowiedzialności społecznej wobec osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin, *Psychiatria* 2015, nr 12(4).

76. Kriminalitäts — und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen, Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend, Berlin 2012.
77. Królikowski M., Żółtek S. (w:) M. Królikowski, R. Zawłocki, (red.) Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Art. 1–116. wydanie V, Warszawa 2021.
78. Kubicki L., Przepięstwo popełnione przez zaniechanie. Zagadnienia podstawowe, Warszawa 1975.
79. Kubis A.M., Janusz M., Alzheimer's disease: new prospects in therapy and applied experimental models, Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej 2008, nr 62.
80. Kulik M., Wąsek A. (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V, Warszawa 2016. .
81. Kurowski M. (w:) D. Świecki (red.), Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz aktualizowany, 2021, LEX.
82. Lach A. (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2020. .
83. Lachowski J. (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie III, Warszawa 2020. .
84. Laskowska K., Wybrane środki prawne ochrony członków rodziny przed przemocą (w:) J. Izdebska, A. Popławska (red.), W trosce o współczesną rodzinę : teoria badania, wsparcie, ujęcie interdyscyplinarne, Białystok 2013.
85. Łuc M., Szcześniak D., Trypka E., Mazurek J., Rymaszewska J., Pandemia SARS-CoV-2 a populacja osób z otępieniem. Rekomendacje pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Psychiatria Polska 2020, nr 54(3).
86. Łyżwa A. (w:) M. Banaś-Grabek, B. Gadecki, J. Karnat, A. Łyżwa, R. Łyżwa, Kodeks karny. Część szczególna. Art. 148–251. Komentarz, Warszawa 2020.
87. Makara-Studzińska M., Sosnowska K., Przemoc wobec osób starszych – przegląd badań, Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2012, nr 12(1).
88. Malczewska M. (w:) E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2014. .
89. Marek A., Kodeks karny, Warszawa 2007.
90. Marek A., Konarska-Wrzosek V., Prawo karne, Warszawa 2019.
91. Marszał K., Przebieg procesu karnego, Katowice 1982.
92. Mausbach B.T., Patterson T.L., Von Känel R., Mills P.J., Dimsdale J.E., Ancoli-Israel S., Grant I., The attenuating effect of personal mastery on the relations between stress and

Alzheimer caregiver health: a five-year longitudinal analysis, *Aging Ment Health* 2007, nr 11(6).

93. McKhann G.M., Knopman D.S., Chertkow H., Hyman B.T., Jack Jr C.R., Kawas C.H., Klunk W.E., Koroshetz W.J., Manly J.J., Mayeux R., Mohs R.C., Morris J.C., Rossor M.N., Scheltens P., Carrillo M.C., Thies B., Weintraub S., Phelps C.H., The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3).

94. Michalska K., Jaszczak-Kuźmińska D., *Przemoc w rodzinie* (w:) D. Jaszczak-Kuźmińska, K. Michalska (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*, Warszawa 2010.

95. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, Warszawa 2020 r.

96. Mordawska J., *Zjawisko przemocy wobec osób starszych – skala problemu, czynniki ryzyka, metody przeciwdziałania* (w:) A. Lewicka-Zelent, K. Maciąg (red.), *Osoba doświadczająca przemocy w świecie milczenia czy wsparcia? Refleksje interpersonalne*, Lublin 2017.

97. Mozgawa M. (w:) Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany 2021*, LEX.

98. Mozgawa M., Kulik M., Szczekala A., *Przestępstwo uprowadzenia lub zatrzymania małoletniego lub osoby nieporadnej – art. 211 k.k. (ze szczególnym uwzględnieniem tzw. uprowadzeń rodzicielskich)*, *Prawo w Działaniu* 2013, nr 16.

99. Mroczo B., Kulczyńska-Przybik A., Mroczo P., *Wykluczenie społeczne chorych na chorobę Alzheimera* (w:) E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski (red.), *Wybrane prawne, kryminologiczne i medyczne aspekty wykluczenia społecznego*, Białystok 2016.

100. Muszyński P., *Znaczenie białka YKL-40 w patogenezie choroby Alzheimera*. Praca doktorska na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, Białystok 2017.

101. Nazaruk P. (w:) J. Ciszewski, P. Nazaruk (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2019. .

102. Olazarán J., Reisberg B., Clare L., Cruz I., Peña-Casanova J., del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S., Lai C., Spector A., Fazio S., Bond J., Kivipelto M., Brodaty H., Rojo J.M., Collins H., Teri L., Mittelman M., Orrell M., Feldman H.H., Muñoz R., *Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy*, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2010, nr 30(2).

103. Opala G., Starzenie się społeczeństwa – dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej (w:) A. Szczudli (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016.
104. Paprzycki L.K., Gierowski J.K., Okoliczności uchylające lub umniejszające winę (w:) L.K. Paprzycki (red), Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej, Warszawa 2016.
105. Penn D.L., Couture S.M., Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness, *World Psychiatry* 2002, nr 1(1)
106. Piver L.C., Nubukpo P., Faure A., Dumoitier N., Couratier P., Clément J.P., Describing perceived stigma against Alzheimer's disease in a general population in France: the STIG-MA survey, *International journal of geriatric psychiatry* 2013, nr 28(9).
107. Pfeffer A., Choroba Alzheimera – obraz kliniczny, rozpoznawanie, możliwości terapeutyczne zaburzeń poznawczych, *Przewodnik Lekarza* 2004, nr 5.
108. Ratajczak A., Przestępstwa przeciwko rodzinie, opiece i młodzieży w systemie polskiego prawa karnego. Zagadnienia wybrane, Warszawa 1980.
109. Reisberg B., Monteiro I., Torossian C., Auer S., Shulman M.B., Ghimire S., Boksay I., Guillo-Benarous F., Osorio R., Vengassery A., Imran S., Shaker H., Noor S., Naqvi S., Kenowsky S., Xu J., The BEHAVE-AD Assessment System: A Perspective, A Commentary on New Findings, and A Historical Review, *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014, nr 38(1-2).
110. Reitz C., Mayeux R., Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers, *Biochemical Pharmacology* 2014, nr 88(4).
111. Rossa A., Rola organizacji zrzeszających rodziny chorych (w:) A. Szczudli (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016.
112. Rubinsztein D.C., The roles of intracellular protein degradation pathways in neurodegeneration, *Nature* 2006, nr 443.
113. Schulz R., Beach S., Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study, *JAMA* 1999, nr 282(23).
114. Selwood A., Cooper C., Abuse of people with dementia, *Reviews in Clinical Gerontology* 2009, nr 19(1).
115. Serwach M. (w:) Pyziak-Szafnicka, Księżak, Komentarz, 2014.
116. Siewierski M. (w:) J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski (red.), Kodeks karny : komentarz, Warszawa 1971.
117. Siwik Z. (w:) Filar, Kodeks karny, Warszawa 2008.

118. Siwik Z. (w:) M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, wydanie V., Warszawa 2016.
119. Sobolewski P., Dział III, Rozdział 6. Zgoda na zabieg medyczny (w:) Instytucje Prawa Medycznego, M. Safjan, L. Bosek (red.), tom. 1, Warszawa 2018..
120. Sooryanarayana R., Choo W.Y., Hairi N.N., A review on the prevalence and measurement of elder abuse in the community, *Trauma, Violence, & Abuse* 2013, nr 14(4).
121. Sperling R.A., Aisen P.S., Beckett L.A., Bennett D.A., Craft S., Fagan A.M., Iwatsubo T., Jack Jr C.R., Kaye J., Montine T.J., Park D.C., Reiman E.M., Rowe C.C., Siemers E., Stern Y., Yaffe K., Carrillo M.C., Thies B., Morrison-Bogorad M., Wagster M.V., Phelps C.H., Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimers Dement* 2011, nr 7(3).
122. Stefański R. A., Przepięstwo porzucenia (art. 187 k.k.), *Prokuratura i Prawo* 1997, nr 5.
123. Stefański R. A., Przepięstwo uprowadzenia małoletniego (art. 211 k.k.), *Prokuratura i Prawo* 1999, nr 9.
124. Strugała R. (w:) Edward Gniewek, Piotr Machnikowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, 2019.
125. Strugała R., (w:) Kodeks cywilny. Komentarz, E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), 2019.
126. Sygit E., Ossowski R., Przemoc wobec osób starszych ze względu na ich wiek, płeć i wykształcenie, *Gerontologia Polska* 2008, nr 16(3).
127. Szczudlik A., Barcikowska-Kotowicz M., Sadowska A., Polski Plan Alzheimerowski – prezentacja założeń (w:) A. Szczudli (red.), *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO*, Warszawa 2016.
128. Szewczyk M. (w:) Zoll, Kodeks karny : część szczególna : komentarz. T. 2, Komentarz do art. 117-277 k.k., Warszawa 2008.
129. Szwałkiewicz E., Kaussen J., *Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarstwa i opiekunów*, Toruń 2006.
130. Świerczewska-Gąsiorowska A., *Przestępczość osób starszych – wybrane aspekty kryminologiczne*, *Studia Prawnoustrojowe* 2021, nr 52.
131. Taylor D.K., Bachuwa G., Evans J., Jackson-Johnson V., Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians, *Journal of the National Medical Association* 2006, nr 98(3).

132. Tobiasz-Adamczyk B., Definicje przemocy (w:) B. Tobiasz-Adamczyk (red.), Przemoc wobec osób starszych, Kraków 2009.
133. Tobiasz-Adamczyk B., Osoby starsze i niepełnosprawne jako kategoria osób szczególnie narażonych na przemoc (w:) D. Jaszczak-Kuźmińska. K. Michalska (red.), Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu, Warszawa 2010.
134. Tymiński R., Odpowiedzialność lekarza za udzielenie informacji nadmiernej, PiM 2012, nr 1.
135. Walczak-Żochowska A. (w:) R. Stefański (red.) Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2020.
136. Wąsek A. (w:) A. Wąsek (red.), Kodeks karny. Część szczególna, t. 1, Komentarz do artykułów 117–221, Warszawa 2004.
137. Wąsek A. (w:) A. Wąsek (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 177-221, tom I, Warszawa 2006.
138. Wąsek A., Warylewski J. (w:) A. Wąsek, R. Zawłocki (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, Warszawa 2010.
139. Weiss M.G., Ramakrishna J., Somma D., Health-related stigma: rethinking concepts and interventions, Psychology, health & medicine 2006, nr 11(3).
140. Wiak K. (w) A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz. wydanie VII, Warszawa 2021.
141. Wiglesworth A., Mosqueda L., Mulnard R., Liao S., Gibbs L., Fitzgerald W., Screening for abuse and neglect of people with dementia, Journal of the American Geriatrics Society 2010, nr 58(3).
142. Witusik A., Pietras T., Lęk i depresja u opiekunów osób chorych na otępienie – badania pilotażowe. Psychogeriatrya Polska 2007 nr 4(1).
143. M. Wojciechowska-Szepczyńska, Czy Polska może być krajem przyjaznym dla osób z otępieniem? (w:) A. Szczudlik (red.), Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO, Warszawa 2016.
144. Wojciechowski J., Kodeks karny. Komentarz. Orzecznictwo, Warszawa 1997.
145. Woo B.K., Family history and its relationship with dementia stigma beliefs among Chinese Americans, Geriatrics & gerontology international 2017, nr 17(1).
146. Wróbel W., Zając D. (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część II. Komentarz do art. art. 212-277d, Warszawa 2017. .

147. Yongjie Y., Mikton C.R., Gassoumis Z.D., Wilber K.H., Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet Global Health* 2017, nr 5(2).
148. Zalewski W., Przyszłość wiktymologii – w stronę realizmu? (w:) W. Klaus, L. Mazowiecka, A. Tarwacka (red.), *Z problematyki wiktymologii*, Warszawa 2017. .
149. Zgoliński I. (w:) V. Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, wydanie III, Warszawa 2020..
150. Zoll A. (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, Warszawa 2017..
151. Zoll A. (w:) A. Zoll (red.), *Kodeks karny : część ogólna : komentarz. T. 1, Komentarz do art. 1-116 k. k.*, Warszawa 2007.
152. Zoll A. (w:) W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Cześć I. Komentarz do art. 1-52*, wydanie V, Warszawa 2016..

Źródła internetowe:

1. Alzheimer's Association, Stages of Alzheimer's, <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>.
2. Alzheimer's Disease International, <https://www.alzint.org/> .
3. Alzheimer Polska. Kampania informacyjna „Alzheimer – rozumiem – wspieram”, źródło: <https://www.alzheimer-polska.pl/aktualnosci/kampania-informacyjna-alzheimer-rozumiem-wspieram/>.
4. Biuletyn Informacji Publicznej RPO. Alzheimer Polska, następczyni Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich, źródło: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/alzheimer-polska-nast%C4%99pczyni-og%C3%B3lnopolskiego-porozumienia-organizacji-alzheimerowskich>.
5. Biuletyn Informacji Publicznej RPO. Konferencja "Alzheimer w rodzinie" w 20 miejscach w kraju, źródło: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konferencja-Alzheimer-w-rodzinie>.
6. Biuletyn Informacji Publicznej RPO. Konferencja online: Jak epidemia wpłynęła na sytuację osób żyjących z chorobą Alzheimera, dobre praktyki i wnioski na przyszłość, źródło: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/konferencja-online-choroba-alzheimera-a-epidemia-rpo>
7. Encyklopedia PWN: <https://encyklopedia.pwn.pl>.
8. Horyzont Europa – nowy program ramowy badań i innowacji UE, źródło: <https://www.kpk.gov.pl/horyzont-europa-nowy-program-ramowy-badan-i-innowacji>.

9. Komisja Polityki Senioralnej (PSN), Strona Sejmu RP, źródło: <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/agent.xsp?symbol=KOMISJAST&NrKadencji=7&KodKom=PSN>.
10. Kujawsko-Pomorskie Centrum Kultury w Bydgoszczy. Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach, źródło: <https://kpck.pl/scopo/>.
11. Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo - Uczestnictwo - Solidarność, źródło: <https://www.gov.pl/web/rodzina/polityka-spooleczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo-uczestnictwo-solidarnosc>.
12. Program UE dla zdrowia 2021–2027 – wizja zdrowszej Unii Europejskiej, źródło: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_pl.
13. Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025, źródło: http://senior.gov.pl/program_asos/strona/92.
14. Program wieloletni „Senior+” na lata 2021-2025, źródło: <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-wieloletni-senior-na-lata-2021-2025>.
15. Projekt Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014 - 2020, źródło: http://senior.gov.pl/program_asos/pokaz/8.
16. Przemoc wobec starszych. Wstrząsający raport. Pobrane z: <https://www.tvn24.pl/wiadomosci-ze-swiata,2/przemoc-wobec-starszych-wstrzasajacy-raport,174914.html>.
17. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu. Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych, źródło: http://rops-opole.pl/?page_id=395.
18. Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, źródło: <https://www.gov.pl/web/premier/rozporzadzenie-w-sprawie-narodowego-programu-zdrowia-na-lata-2021-2025>.
19. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej VIII Kadencja, Sprawozdanie Komisji Polityki Senioralnej z działalności w VIII kadencji Sejmu (2015-2019), Warszawa, 2019, źródło: [http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/opis_PSN/\\$file/opis_PSN.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/opis_PSN/$file/opis_PSN.pdf).
20. Steuden S., Długosz-Mazur E., Broszura: O starości... z perspektywy zdrowia psychicznego, Informator edukacyjny Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Lublin na lata 2012 – 2015, Publikacja wydana w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Lublin na lata 2012 – 2015, źródło: <https://docplayer.pl/67065879-O-starosci-z-perspektywy-zdrowia-psychicznego.html>

21. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Poradnik dla opiekunów osób chorych na Alzheimera, źródło: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/poradnik-dla-opiekunow-osob-chorych-na-alzheimera>
22. Strona Rządowa Rzeczypospolitej Polskiej dotycząca pandemii COVID-19: <https://www.gov.pl/web/koronawirus>.
23. Strona Ministerstwa Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej: <https://www.gov.pl/web/zdrowie>.
24. Szczecińskie Centrum świadczeń. Bon opiekuńczy Alzheimer 75 - Świadczenia, źródło: <http://www.scs-szczecin.pl/swiadczenia/bon-opiekunczy-alzheimer-75.html>.
25. Uzasadnienie do projektu ustawy z 23.03.2017 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz ustawy - Kodeks postępowania karnego, VIII kadencja, druk sejm. nr 846, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/C82FD2CAF85A8A2FC125803500244863/%24File/846.pdf>.
26. What is neurodegenerative disease?, <http://www.neurodegenerationresearch.eu/about/what/>.
27. World Health Organization 2012. Dementia: a public health priority, źródło: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>.
28. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19), źródło: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
29. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020, źródło: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>.
30. Wrocławskie Centrum Seniora. Bezpłatne szkolenia dla opiekunów osób z otępieniem, źródło: <http://www.seniorzy.wroclaw.pl/node/910>.

Akty prawne:

1. Europejska Karta Społeczna, sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r., Dz. U. 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm.
2. Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, Dz. U. UE. C. z 2007 r. Nr 303, str. 1 ze zm.
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

4. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. 2012 poz. 1169.
5. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r., Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169.
6. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji (2010/2084 (INI)), Dz. U. UE. C. z 2012 r. str. 136.
7. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (Program UE dla zdrowia) na lata 2021-2027 oraz uchylecia rozporządzenia (UE) nr 282/2014, Dz. U. UE. L. Nr 107, str. 1.
8. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 ze zm.
9. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. z 2020 r. poz. 1359.
10. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz ustawy - Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 2017 poz. 773.
11. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2021 r. poz. 479 ze zm.
12. Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, Dz. U. z 2021 r. poz. 742.
13. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Dz. U. z 2021 r. poz. 553 ze zm.
14. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz. U. z 2021 r. poz. 866 ze zm.
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.
16. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm.
17. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. z 2021 r. poz. 534 ze zm.
18. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.

Orzecznictwo:

1. Orzeczenie Sądu Najwyższego (Izba Karna) z 1933, z. V, poz. 102.
2. Orzeczenie Sądu Najwyższego (Izba Karna) z 1935, z. XI, poz. 441.
3. Wyrok Sądu Najwyższego z 6.2.1935 r., 1 K 1075/34.
4. Wyrok Sądu Najwyższego z 27.3.1933 r., 3 K 111/33.
5. Wyrok Sądu Najwyższego z 30.04.1964 r., I PR 143/64.
6. Wyrok Sądu Najwyższego z 10.07.1972 r., I KR 125/72, LEX.
7. Wyrok Sądu Najwyższego z 2.12.1974 r., I KRN 33/74, LEX .
8. Wyrok Sądu Najwyższego z 27.01.1988 r., V KRN 366/87, LEX.
9. Wyrok Sądu Najwyższego z 23.02.1995 r., II KRN 6/95, LEX .
10. Wyrok Sądu Najwyższego z 9.03.1995 r., II KRN 255/94, LEX.
11. Wyrok Sądu Najwyższego z 5.02.1996 r., II KRN 186/95, LEX .
12. Wyrok Sądu Najwyższego z 21.10.1999 r., V KKN 580/97, LEX.
13. Wyrok Sądu Najwyższego z 28.04. kwietnia 2000 r., V KKN 318/99, LEX.
14. Wyrok Sądu Najwyższego z 4.11.2002 r., III KK 58/02, LEX.
15. Wyrok Sądu Najwyższego z 11.02.2003 r., IV KKN 312/99, LEX .
16. Wyrok Sądu Najwyższego z 8.12.2011 r., II KK 177/11, LEX.
17. Wyrok Sądu Najwyższego z 18.03.2015 r., III KK 432/14, LEX.
18. Wyrok Sądu Najwyższego z 19.07.2018 r., IV KK 371/17, LEX..
19. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z 5.12.2018 r., V KK 508/17, Legalis.
20. Wyrok Sądu Najwyższego z 14.02.2019 r., V KK 42/18, LEX.
21. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna, z 26.02.2019 r., II KK 37/19, Legalis.
22. Postanowienie Sądu Najwyższego z 27.10.1976 r., II CR 387/76.
23. Postanowienie Sądu Najwyższego z 22.11.1979 r. III PZ 7/79.
24. Postanowienie Sądu Najwyższego z 29.12.1983 r., I CR 377/83.
25. Postanowienie Sądu Najwyższego z 18.12.1992 r., I KZP 40/92, LEX.
26. Postanowienie Sądu Najwyższego z 9.12.2003 r., III KK 116/03, LEX.
27. Postanowienie Sądu Najwyższego z 13.01.2010 r., V KK 228/09, LEX.
28. Postanowienie Sądu Najwyższego z 21.03.2013 r., III KK 267/12, źródło: LEX.
29. Postanowienie Sądu Najwyższego z 26.01.2016 r., V KK 342/15, LEX.
30. Postanowienie Sądu Najwyższego z 23.05.2017 r., III KK 157/17, LEX.
31. Uchwała Sądu Najwyższego w składzie 7 sędziów z 12.12.1960 r., I CO 25/60.
32. Uchwała Sądu Najwyższego cała izba SN - Izba Karna z 9.06.1976 r., VI KZP 13/75, LEX.

33. Uchwała Sądu Najwyższego w składzie 7 sędziów - zasada prawna z dnia 16.06.1977 r., VII KZP 11/77, LEX.
34. Uchwała Sądu Najwyższego z 21.11.1979 r., VI KZP 15/79, LEX.
35. Wytyczne Wymiaru Sprawiedliwości Sądu Najwyższego z 9.06.1976 r. VI KZP 13/75, źródło: Legalis.
36. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 29 września 1998 r., II AKa 87/98, Legalis.
37. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 7.09.2005 r., II AKa 162/05, LEX.
38. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 26.02.2010 r., I ACa 51/10.
39. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 12.02.2013 r., II AKa 2/13, źródło: LEX.
40. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - II Wydział Karny z 5.06.2013 r., II AKa 107/13, Legalis.
41. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 6.11.2013 r., II AKa 204/13, LEX .
42. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 29.6.2016 r., II AKa 129/16.
43. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 17.03.2016 r., II AKa 301/15, LEX.
44. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 21.03.2017 r., II AKa 44/17, LEX.

Raporty:

1. Executive summary (w:) S. Gauthier, P. Rosa-Neto, J. A. Morais, C. Webster, Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia, Londyn 2021, źródło: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>.
2. Foreword (w:) C. Patterson, Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report World Alzheimer Report 2018. The state of the art of dementia research: New frontiers, Alzheimer's Disease International, Londyn 2018, źródło: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2018/>.
3. Informacja o wynikach kontroli: Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin – kontrola nr P/16/067, Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura w Katowicach, Warszawa 2017..

Zestaw wybranych wyników badań empirycznych

Informacje dotyczące respondentów

Wiek uczestników badań empirycznych

		N	%
Ważne	< 30	86	33,9
	30 – 44	72	28,3
	45 – 59	77	30,3
	60+	19	7,5
	Ogółem	254	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	6	

Płeć uczestników badań empirycznych

		N	%
Ważne	K	199	77,4
	M	58	22,6
	Ogółem	257	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	3	

Wykształcenie uczestników badań empirycznych

		N	%
Ważne	Podstawowe	2	,8
	Gimnazjalne	1	,4
	Ponadgimnazjalne	114	45,4
	Wyższe	134	53,4
	Ogółem	251	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	9	

		n	%
Ważne	pozostałe	117	46,6
	wyższe	134	53,4
	Ogółem	251	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	9	

Miejsce zamieszkania uczestników badań empirycznych

		n	%
Ważne	wieś	58	22,7
	<100.000	43	16,9
	100.000-500.000	54	21,2
	>500.000	100	39,2
	Ogółem	255	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	5	

Województwo zamieszkania uczestników badań empirycznych

		n	%
Ważne	dolnośląskie	1	,4
	kujawsko-pomorskie	3	1,2
	lubelskie	6	2,3
	małopolskie	41	15,8
	mazowieckie	29	11,2
	podlaskie	58	22,3
	pomorskie	2	,8
	śląskie	2	,8
	wielkopolskie	90	34,6
	zachodniopomorskie	28	10,8
	Ogółem	260	100,0

Region zamieszkania uczestników badań empirycznych

		n	%
Ważne	PÓLNOC	33	12,7
	WSCHÓD	64	24,6
	POŁUDNIE	44	16,9
	ZACHÓD	90	34,6
	CENTRUM	29	11,2
	Ogółem	260	100,0

Specjalizacja lekarska uczestników badań empirycznych

		n	%
Ważne	brak	208	80,0
	inna	19	7,3
	neurologia/geriatria	33	12,7
	Ogółem	260	100,0

		n	%
Ważne	A	120	47,8
	B	50	19,9
	C	44	17,5
	D	14	5,6
	E	23	9,2
	Ogółem	251	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	9	

Częstotliwość kontaktów z chorym na Alzheimera w ciągu roku poprzedzającego udział w badaniach

		n	%
Ważne	Ani razu	104	40,6
	Rzadziej niż raz w tygodniu	72	28,1

	Raz w tygodniu	12	4,7
	Kilka razy w tygodniu	48	18,8
	Codziennie	20	7,8
	Ogółem	256	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	4	

Liczba chorych na Alzheimera, z którymi był kontakt w ciągu roku poprzedzającego udział w badaniach

		N	%
Ważne	Nie miałam/em kontaktu	103	40,7
	1-5 pacjentów	69	27,3
	5-10 pacjentów	16	6,3
	10-20 pacjentów	12	4,7
	Więcej niż 20 pacjentów	53	20,9
	Ogółem	253	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	7	

Pytania – Część pierwsza

Czynniki wpływające na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera

Związane z pacjentem:

Pogarszające się funkcje poznawcze (np. utrata zdolności poprawnego liczenia, myślenia, orientacji przestrzennej)

		N	%
Ważne	Nie	93	35,8
	Tak	167	64,2
	Ogółem	260	100,0

Trudności w komunikowaniu się z innymi (np. trudności ze znalezieniem odpowiednich słów i wyrażeniem tego, co chcą powiedzieć, trudności w precyzowaniu swoich komunikatów)

		N	%
Ważne	Nie	103	39,6
	Tak	157	60,4
	Ogółem	260	100,0

Pogarszający się stan emocjonalny pacjenta (np. apatia, stany depresyjne, zniechęcenie)

		n	%
Ważne	nie	153	58,8
	tak	107	41,2
	Ogółem	260	100,0

Mniejsza aktywność życiowa (np. zaprzestanie aktywności zawodowej, spotkań towarzyskich, realizowania swoich pasji)

		n	%
Ważne	nie	192	73,8
	tak	68	26,2
	Ogółem	260	100,0

Inne (proszę wskazać, jakie)

		n	%
Ważne	Nie	258	99,2
	Tak	2	,8
	Ogółem	260	100,0

Związane z opiekunem:

Aktywność życiowa opiekuna (np. stopień obciążenia opiekuna pracą zawodową, zajęciami związanymi z zainteresowaniami, sportem)

		n	%
Ważne	nie	108	41,5

	tak	152	58,5
	Ogółem	260	100,0

Stopień pokrewieństwa (tj. brak bliskiej rodziny pacjenta)

		n	%
Ważne	nie	155	59,6
	tak	105	40,4
	Ogółem	260	100,0

Relacje z chorym (złe relacje z podopiecznym mogą zwiększyć ryzyko instytucjonalizacji)

		n	%
Ważne	nie	146	56,2
	tak	114	43,8
	Ogółem	260	100,0

Wiek opiekuna (starsze osoby mogą mieć mniej siły do opieki nad pacjentem)

		n	%
Ważne	nie	153	58,8
	tak	107	41,2
	Ogółem	260	100,0

Inne (proszę wskazać, jakie)

		n	%
Ważne	nie	259	99,6
	tak	1	,4
	Ogółem	260	100,0

Związane ze społeczeństwem:

Świadomość społeczna (posiadanie wiedzy na temat choroby Alzheimera i sposobów komunikacji z chorym)

		n	%
Ważne	nie	73	28,1
	tak	187	71,9
	Ogółem	260	100,0

Wiek (osoby młodsze mogą być mniej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie starsi)

		n	%
Ważne	nie	182	70,0
	tak	78	30,0
	Ogółem	260	100,0

Stopień zamożności społeczeństwa (w biedniejszych krajach trudniej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów)

		N	%
Ważne	nie	152	58,5
	tak	108	41,5
	Ogółem	260	100,0

Społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego (mniejsza presja społeczna ułatwia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki)

		N	%
Ważne	nie	140	53,8
	tak	120	46,2
	Ogółem	260	100,0

Inne (proszę wskazać, jakie)

		N	%
Ważne	nie	258	99,2
	tak	2	,8
	Ogółem	260	100,0

Czynniki wpływające na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera

Związane z pacjentem:

Osobowość pacjenta (np. naturalny ekstrawertyzm pomaga utrzymać relacje z innymi ludźmi mimo pogarszającego się stanu zdrowia, łagodne usposobienie zmniejsza poziom agresji spowodowanej frustracją związaną z chorobą)

		N	%
Ważne	Nie	119	45,8
	Tak	141	54,2
	Ogółem	260	100,0

Aktywność fizyczna pacjenta (aktywność fizyczna może spowalniać postęp choroby i służyć integracji z innymi ludźmi)

		n	%
Ważne	Nie	141	54,2
	Tak	119	45,8
	Ogółem	260	100,0

Aktywność życiowa (czynny udział w różnych organizacjach, społecznościach pozwala utrzymywać relacje z innymi ludźmi pomimo choroby)

		n	%
Ważne	Nie	67	25,8
	Tak	193	74,2
	Ogółem	260	100,0

Sfera duchowa (np. uczestnictwo w społeczności religijnej, które zwiększa poczucie wspólnoty, oparcie w Bogu i wiara w życie po śmierci pomaga radzić sobie z frustracją i narastającym niepokojem związanym z przyszłością)

		n	%
Ważne	Nie	212	81,5
	Tak	48	18,5
	Ogółem	260	100,0

Inne (proszę wskazać, jakie)

		n	%
Ważne	Nie	259	99,6
	Tak	1	,4
	Ogółem	260	100,0

Związane z opiekunem:

Aktywność życiowa opiekuna (np. stopień obciążenia opiekuna pracą zawodową, zajęciami związanymi z zainteresowaniami, sportem)

		n	%
Ważne	nie	149	57,3
	tak	111	42,7
	Ogółem	260	100,0

Stopień pokrewieństwa (tj. występowanie bliskiej rodziny pacjenta)

		n	%
Ważne	nie	131	50,4
	tak	129	49,6
	Ogółem	260	100,0

Relacje z chorym (dobre relacje z podopiecznym mogą zmniejszyć ryzyko instytucjonalizacji)

		n	%
Ważne	nie	89	34,2
	tak	171	65,8
	Ogółem	260	100,0

Wiek opiekuna (młodsze osoby mogą mieć więcej siły do opieki nad pacjentem)

		n	%
Ważne	nie	181	69,6
	tak	79	30,4
	Ogółem	260	100,0

Inne (proszę wskazać, jakie)

		n	%
Ważne	nie	256	98,5
	tak	4	1,5
	Ogółem	260	100,0

Związane ze społeczeństwem:

Świadomość społeczna (posiadanie wiedzy na temat choroby Alzheimera i sposobów komunikacji z chorym)

		n	%
Ważne	nie	43	16,5
	tak	217	83,5
	Ogółem	260	100,0

Wiek (osoby starsze mogą być bardziej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie młodzi)

		N	%
Ważne	nie	214	82,3
	tak	46	17,7
	Ogółem	260	100,0

Stopień zamożności społeczeństwa (w bogatszych krajach łatwiej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów)

		N	%
Ważne	Nie	118	45,4
	Tak	142	54,6
	Ogółem	260	100,0

Społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego (większa presja społeczna utrudnia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki)

		N	%
Ważne	Nie	165	63,5
	Tak	95	36,5
	Ogółem	260	100,0

Inne (proszę wskazać, jakie)

		N	%
Ważne	Nie	260	100,0

Pytania – Część druga

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?

		N	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	28	10,9
	nieznacznie utrudnia	217	84,1
	znacząco utrudnia	13	5,0
	Ogółem	258	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	2	

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?

		n	%
Ważne	nieznacznie utrudnia	9	3,5
	znacząco utrudnia	249	96,5
	Ogółem	258	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	2	

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?

		n	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	53	21,0
	nieznacznie zmniejsza	176	69,8
	znacząco zmniejsza	23	9,1
	Ogółem	252	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	8	

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?

		n	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	6	2,4
	nieznacznie zmniejsza	32	12,6
	znacząco zmniejsza	216	85,0
	Ogółem	254	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	6	

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?

		n	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	7	2,8
	nieznacznie utrudnia	194	77,6
	znacząco utrudnia	49	19,6
	Ogółem	250	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	10	

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?

		N	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	2	,8
	nieznacznie utrudnia	8	3,2
	znacząco utrudnia	243	96,0
	Ogółem	253	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	7	

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?

		N	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	11	4,3
	nieznacznie zwiększa	172	67,2
	znacząco zwiększa	73	28,5
	Ogółem	256	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	4	

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?

		N	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	2	,8
	nieznacznie zwiększa	8	3,1
	znacząco zwiększa	246	96,1
	Ogółem	256	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	4	

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby?

		N	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	36	14,1
	nieznacznie zmniejsza	161	62,9
	znacząco zmniejsza	59	23,0
	Ogółem	256	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	4	

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby?

		n	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	5	2,0
	nieznacznie zmniejsza	17	6,7
	znacząco zmniejsza	233	91,4
	Ogółem	255	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	5	

W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa?

		n	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	16	6,4
	nieznacznie zmniejsza	185	73,7
	znacząco zmniejsza	50	19,9
	Ogółem	251	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	9	

W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa?

		n	%
Ważne	brak negatywnego wpływu	3	1,2
	nieznacznie zmniejsza	8	3,2
	znacząco zmniejsza	240	95,6
	Ogółem	251	100,0
Braki danych	Systemowe braki danych	9	

Istotne statystycznie zależności między odpowiedziami respondentów a ich poszczególnymi cechami

Zależność między wyborem odpowiedzi B: „Aktywność fizyczna pacjenta (aktywność fizyczna może spowalniać postęp choroby i służyć integracji z innymi ludźmi)” jako jednego z dwóch czynników związanych z pacjentem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a wiekiem respondenta:

		Odpowiedź B			
		Nie	tak	Ogółem	
Grupy wiekowe	< 30	n	54	32	86
		%	62,8%	37,2%	100,0%
	30 – 44	n	38	34	72
		%	52,8%	47,2%	100,0%
	45 – 59	n	33	44	77
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	60+	n	13	6	19
		%	68,4%	31,6%	100,0%
Ogółem		n	138	116	254
		%	54,3%	45,7%	100,0%
		P			
test Fishera-Freemana-Haltona	0,042				

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie: „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem”, a wiekiem respondenta:

		Odpowiedzi				Ogółem
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia		
Grupy wiekowe	< 30	n	11	73	2	86
		%	12,8%	84,9%	2,3%	100,0%
	30 – 44	n	8	63	1	72
		%	11,1%	87,5%	1,4%	100,0%
	45 – 59	n	9	61	5	75
		%	12,0%	81,3%	6,7%	100,0%
	60+	n	0	15	4	19
		%	0,0%	78,9%	21,1%	100,0%
Ogółem		n	28	212	12	252
		%	11,1%	84,1%	4,8%	100,0%
		p				
test Fishera-Freemana-Haltona	0,012					

Zależność między wyborem odpowiedzi „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?”, a wiekiem respondenta:

		Odpowiedzi				Ogółem
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza		
Grupy wiekowe	< 30	n	24	61	0	85
		%	28,2%	71,8%	0,0%	100,0%
	30 - 44	n	14	52	5	71
		%	19,7%	73,2%	7,0%	100,0%
	45 - 59	n	14	47	11	72
		%	19,4%	65,3%	15,3%	100,0%
	60+	n	1	12	6	19
		%	5,3%	63,2%	31,6%	100,0%
Ogółem		n	53	172	22	247
		%	21,5%	69,6%	8,9%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,000

Zależność między wyborem odpowiedzi: „W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?“, a wiekiem respondenta:

		Odpowiedzi			Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza		
Grupy wiekowe	< 30	n	0	15	70	85
		%	0,0%	17,6%	82,4%	100,0%
	30 – 44	n	0	5	65	70
		%	0,0%	7,1%	92,9%	100,0%
	45 – 59	n	4	8	63	75
		%	5,3%	10,7%	84,0%	100,0%
	60+	n	0	4	15	19
		%	0,0%	21,1%	78,9%	100,0%
Ogółem		n	4	32	213	249
		%	1,6%	12,9%	85,5%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,026

Zależność między wyborem odpowiedzi: „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?“, a wiekiem respondenta:

		Odpowiedzi			Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zwiększa	Znacząco zwiększa		
Grupy wiekowe	< 30	N	6	66	13	85
		%	7,1%	77,6%	15,3%	100,0%
	30 – 44	N	2	48	21	71
		%	2,8%	67,6%	29,6%	100,0%

	45 – 59	N	2	43	31	76
		%	2,6%	56,6%	40,8%	100,0%
	60+	N	1	10	8	19
		%	5,3%	52,6%	42,1%	100,0%
Ogółem		N	11	167	73	251
		%	4,4%	66,5%	29,1%	100,0%
		P				
test	Fishera- Freemana-Haltona	0,015				

Zależność między wyborem odpowiedzi: „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa?”, a wiekiem respondenta:

			Odpowiedzi			Ogółem	
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza		
Grupy wiekowe	< 30	n	8	70	7	85	
		%	9,4%	82,4%	8,2%	100,0%	
	30 - 44	n	3	53	14	70	
		%	4,3%	75,7%	20,0%	100,0%	
	45 - 59	n	3	51	19	73	
		%	4,1%	69,9%	26,0%	100,0%	
	60+	n	1	9	8	18	
		%	5,6%	50,0%	44,4%	100,0%	
	Ogółem		n	15	183	48	246
			%	6,1%	74,4%	19,5%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,008

Zależność między wyborem odpowiedzi B: „Trudności w komunikowaniu się z innymi (np. trudności ze znalezieniem odpowiednich słów i wyrażeniem tego, co chcą powiedzieć, trudności w precyzowaniu swoich komunikatów)” jako jednego z dwóch czynników związanych z pacjentem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a płcią respondenta:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	Tak	
Płeć	Kobiety	n	72	127	199
		%	36,2%	63,8%	100,0%
	Mężczyźni	n	31	27	58
		%	53,4%	46,6%	100,0%
Ogółem		n	103	154	257
		%	40,1%	59,9%	100,0%

		P
test Fishera-Freemana-Haltona		0,022

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?”, a płcią respondenta:

			ODPOWIEDZI			Ogółem
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zwiększa	Znacząco zwiększa	
Płeć	Kobiety	n	3	132	60	195
		%	1,5%	67,7%	30,8%	100,0%
	Mężczyźni	n	8	38	12	58
		%	13,8%	65,5%	20,7%	100,0%
Ogółem		n	11	170	72	253
		%	4,3%	67,2%	28,5%	100,0%

		P
test Fishera-Freemana-Haltona		0,000

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby?”, a płcią respondenta:

			ODPOWIEDZI	Ogółem
--	--	--	------------	--------

			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza	
Płeć	Kobiety	n	23	122	50	195
		%	11,8%	62,6%	25,6%	100,0%
	Mężczyźni	n	13	37	8	58
		%	22,4%	63,8%	13,8%	100,0%
Ogółem		n	36	159	58	253
		%	14,2%	62,8%	22,9%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,042

Zależność między wyborem odpowiedzi C „Relacje z chorym (dobre relacje z podopiecznym mogą zmniejszyć ryzyko instytucjonalizacji)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a poziomem wykształcenia respondenta:

		ODPOWIEDZI		Ogółem	
		nie	tak		
Wykształcenie	Pozostałe	n	49	68	117
		%	41,9%	58,1%	100,0%
	Wyższe	n	38	96	134
		%	28,4%	71,6%	100,0%
Ogółem		n	87	164	251
		%	34,7%	65,3%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,033

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?”, a poziomem wykształcenia respondenta:

		ODPOWIEDZI			Ogółem
		Brak negatywnego	Nieznacznie	Znacząco	

			wpływu	utrudnia	utrudnia	
Wykształcenie	Pozostałe	n	9	96	10	115
		%	7,8%	83,5%	8,7%	100,0%
	Wyższe	n	18	113	3	134
		%	13,4%	84,3%	2,2%	100,0%
Ogółem		n	27	209	13	249
		%	10,8%	83,9%	5,2%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,036

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?”, a poziomem wykształcenia respondenta:

		ODPOWIEDZI				
			Brak negatywnego wpływu	Znacząco zmniejsza	Nieznacznie zmniejsza	Ogółem
Wykształcenie	Pozostałe	n	2	25	87	114
		%	1,8%	21,9%	76,3%	100,0%
	Wyższe	n	3	7	121	131
		%	2,3%	5,3%	92,4%	100,0%
Ogółem		n	5	32	208	245
		%	2,0%	13,1%	84,9%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,000

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?”, a poziomem wykształcenia respondenta:

		P22			
		Brak negatywnego	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia	Ogółem

		wpływu				
Wykształcenie	Pozostałe	n	1	82	28	111
		%	,9%	73,9%	25,2%	100,0%
	Wyższe	n	6	105	19	130
		%	4,6%	80,8%	14,6%	100,0%
Ogółem		n	7	187	47	241
		%	2,9%	77,6%	19,5%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,032

Zależność między wyborem odpowiedzi „B Stopień pokrewieństwa (tj. brak bliskiej rodziny pacjenta)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a miejscem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	tak	
Miejsce zamieszkania	Wieś	n	31	27	58
		%	53,4%	46,6%	100,0%
	Miasto <100.000	n	28	15	43
		%	65,1%	34,9%	100,0%
	Miasto 100.000-500.000	n	22	32	54
		%	40,7%	59,3%	100,0%
	Miasto >500.000	n	71	29	100
		%	71,0%	29,0%	100,0%
Ogółem		n	152	103	255
		%	59,6%	40,4%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,002

Zależność między wyborem odpowiedzi „C Relacje z chorym (złe relacje z podopiecznym mogą zwiększyć ryzyko instytucjonalizacji)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a miejscem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	tak	
Miejsce zamieszkania	Wieś	n	36	22	58
		%	62,1%	37,9%	100,0%
	Miasto <100.000	n	25	18	43
		%	58,1%	41,9%	100,0%
	Miasto 100.000-500.000	n	38	16	54
		%	70,4%	29,6%	100,0%
	Miasto >500.000	n	43	57	100
		%	43,0%	57,0%	100,0%
Ogółem		n	142	113	255
		%	55,7%	44,3%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,006

Zależność między wyborem odpowiedzi C „Relacje z chorym (dobre relacje z podopiecznym mogą zmniejszyć ryzyko instytucjonalizacji)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a miejscem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	tak	
Miejsce zamieszkania	Wieś	n	21	37	58
		%	36,2%	63,8%	100,0%
	Miasto <100.000	n	15	28	43
		%	34,9%	65,1%	100,0%
	Miasto 100.000-500.000	n	29	25	54
		%	53,7%	46,3%	100,0%
	Miasto >500.000	n	23	77	100
		%	23,0%	77,0%	100,0%
Ogółem		n	88	167	255
		%	34,5%	65,5%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,002

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?”, a miejscem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI			Ogółem
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia	
Miejsce zamieszkania	Wieś	n	5	44	7	56
		%	8,9%	78,6%	12,5%	100,0%
	Miasto <100.000	n	2	38	3	43
		%	4,7%	88,4%	7,0%	100,0%
	Miasto 100.000-500.000	n	9	45	0	54
		%	16,7%	83,3%	0,0%	100,0%
	Miasto >500.000	n	12	86	2	100
		%	12,0%	86,0%	2,0%	100,0%
Ogółem		n	28	213	12	253
		%	11,1%	84,2%	4,7%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,016

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?”, a miejscem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia	
Miejsce zamieszkania	Wieś	n	0	57	57
		%	0,0%	100,0%	100,0%
	Miasto <100.000	n	1	41	42
		%	2,4%	97,6%	100,0%

	Miasto 100.000-500.000	n	6	48	54
		%	11,1%	88,9%	100,0%
	Miasto >500.000	n	1	99	100
		%	1,0%	99,0%	100,0%
Ogółem		n	8	245	253
		%	3,2%	96,8%	100,0%
		p			
test Fishera-Freemana-Haltona			0,002		

Zależność między wyborem odpowiedzi „B Stopień pokrewieństwa (tj. brak bliskiej rodziny pacjenta)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI			
		nie	tak	Ogółem	
Region	PÓŁNOC	n	19	14	33
		%	57,6%	42,4%	100,0%
	WSCHÓD	n	33	31	64
		%	51,6%	48,4%	100,0%
	POŁUDNIE	n	27	17	44
		%	61,4%	38,6%	100,0%
	ZACHÓD	n	65	25	90
		%	72,2%	27,8%	100,0%
	CENTRUM	n	11	18	29
		%	37,9%	62,1%	100,0%
Ogółem		n	155	105	260
		%	59,6%	40,4%	100,0%
		p			
test Fishera-Freemana-Haltona			0,009		

Zależność między wyborem odpowiedzi „C Relacje z chorym (złe relacje z podopiecznym mogą zwiększyć ryzyko instytucjonalizacji)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI		Ogółem	
			nie	tak		
Region	PÓLNOC	n	21	12	33	
		%	63,6%	36,4%	100,0%	
	WSCHÓD	n	41	23	64	
		%	64,1%	35,9%	100,0%	
	POŁUDNIE	n	23	21	44	
		%	52,3%	47,7%	100,0%	
	ZACHÓD	n	35	55	90	
		%	38,9%	61,1%	100,0%	
	CENTRUM	n	26	3	29	
		%	89,7%	10,3%	100,0%	
	Ogółem		n	146	114	260
			%	56,2%	43,8%	100,0%
		P				
test Fishera-Freemana-Haltona			0,000			

Zależność między wyborem odpowiedzi „B Wiek (osoby młodsze mogą być mniej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie starsi)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI		Ogółem	
			nie	tak		
Region	PÓLNOC	n	18	15	33	
		%	54,5%	45,5%	100,0%	
	WSCHÓD	n	39	25	64	
		%	60,9%	39,1%	100,0%	
	POŁUDNIE	n	36	8	44	
		%	81,8%	18,2%	100,0%	
	ZACHÓD	n	66	24	90	
		%	73,3%	26,7%	100,0%	
	CENTRUM	n	23	6	29	
		%	79,3%	20,7%	100,0%	
	Ogółem		n	182	78	260

	%	70,0%	30,0%	100,0%
	P			
test Fishera-Freemana-Haltona	0,028			

Zależność między wyborem odpowiedzi D „Społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego (mniejsza presja społeczna ułatwia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI		Ogółem		
		nie	tak			
Region	PÓŁNOC	n	23	10	33	
		%	69,7%	30,3%	100,0%	
	WSCHÓD	n	40	24	64	
		%	62,5%	37,5%	100,0%	
	POŁUDNIE	n	20	24	44	
		%	45,5%	54,5%	100,0%	
	ZACHÓD	n	48	42	90	
		%	53,3%	46,7%	100,0%	
	CENTRUM	n	9	20	29	
		%	31,0%	69,0%	100,0%	
	Ogółem		n	140	120	260
			%	53,8%	46,2%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,013

Zależność między wyborem odpowiedzi C „Aktywność życiowa (czynny udział w różnych organizacjach, społecznościach pozwala utrzymywać relacje z innymi ludźmi pomimo choroby)” jako jednego z dwóch czynników związanych z pacjentem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI		Ogółem	
		nie	tak		
Region	PÓŁNOC	n	9	24	33
		%	27,3%	72,7%	100,0%

	WSCHÓD	n	17	47	64
		%	26,6%	73,4%	100,0%
	POŁUDNIE	n	10	34	44
		%	22,7%	77,3%	100,0%
	ZACHÓD	n	17	73	90
		%	18,9%	81,1%	100,0%
	CENTRUM	n	14	15	29
		%	48,3%	51,7%	100,0%
	Ogółem	n	67	193	260
		%	25,8%	74,2%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,037

Zależność między wyborem odpowiedzi A „Aktywność życiowa opiekuna (np. stopień obciążenia opiekuna pracą zawodową, zajęciami związanymi z zainteresowaniami, sportem)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI			
		nie	tak	Ogółem	
Region	PÓŁNOC	n	25	8	33
		%	75,8%	24,2%	100,0%
	WSCHÓD	n	36	28	64
		%	56,3%	43,8%	100,0%
	POŁUDNIE	n	19	25	44
		%	43,2%	56,8%	100,0%
	ZACHÓD	n	58	32	90
		%	64,4%	35,6%	100,0%
	CENTRUM	n	11	18	29
		%	37,9%	62,1%	100,0%
	Ogółem	n	149	111	260
		%	57,3%	42,7%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,005

Zależność między wyborem odpowiedzi C „Relacje z chorym (dobre relacje z podopiecznym mogą zmniejszyć ryzyko instytucjonalizacji)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI		Ogółem		
		nie	tak			
Region	PÓŁNOC	n	14	19	33	
		%	42,4%	57,6%	100,0%	
	WSCHÓD	n	31	33	64	
		%	48,4%	51,6%	100,0%	
	POŁUDNIE	n	13	31	44	
		%	29,5%	70,5%	100,0%	
	ZACHÓD	n	19	71	90	
		%	21,1%	78,9%	100,0%	
	CENTRUM	n	12	17	29	
		%	41,4%	58,6%	100,0%	
	Ogółem		n	89	171	260
			%	34,2%	65,8%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,005

Zależność między wyborem odpowiedzi C „Stopień zamożności społeczeństwa (w bogatszych krajach łatwiej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI		Ogółem	
		nie	tak		
Region	PÓŁNOC	n	18	15	33
		%	54,5%	45,5%	100,0%

	WSCHÓD	n	26	38	64
		%	40,6%	59,4%	100,0%
	POŁUDNIE	n	18	26	44
		%	40,9%	59,1%	100,0%
	ZACHÓD	n	34	56	90
		%	37,8%	62,2%	100,0%
	CENTRUM	n	22	7	29
		%	75,9%	24,1%	100,0%
Ogółem	n	118	142	260	
	%	45,4%	54,6%	100,0%	

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,004

Zależność między wyborem odpowiedzi D „Społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego (większa presja społeczna utrudnia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI		Ogółem	
		nie	tak		
Region	PÓŁNOC	n	23	10	33
		%	69,7%	30,3%	100,0%
	WSCHÓD	n	41	23	64
		%	64,1%	35,9%	100,0%
	POŁUDNIE	n	28	16	44
		%	63,6%	36,4%	100,0%
	ZACHÓD	n	62	28	90
		%	68,9%	31,1%	100,0%
	CENTRUM	n	11	18	29
		%	37,9%	62,1%	100,0%
	Ogółem	n	165	95	260
		%	63,5%	36,5%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,043

Zależność między wyborem odpowiedzi Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?”, a regionem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI			Ogółem	
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia		
Region	PÓŁNOC	n	4	27	2	33	
		%	12,1%	81,8%	6,1%	100,0%	
	WSCHÓD	n	11	50	3	64	
		%	17,2%	78,1%	4,7%	100,0%	
	POŁUDNIE	n	3	40	1	44	
		%	6,8%	90,9%	2,3%	100,0%	
	ZACHÓD	n	10	79	1	90	
		%	11,1%	87,8%	1,1%	100,0%	
	CENTRUM	n	0	21	6	27	
		%	0,0%	77,8%	22,2%	100,0%	
	Ogółem		n	28	217	13	258
			%	10,9%	84,1%	5,0%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,001

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?”, a regionem zamieszkania:

			ODPOWIEDZI			Ogółem
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza	
Region	PÓŁNOC	n	1	9	20	30

		%	3,3%	30,0%	66,7%	100,0%
	WSCHÓD	n	0	7	56	63
		%	0,0%	11,1%	88,9%	100,0%
	POŁUDNIE	n	0	1	43	44
		%	0,0%	2,3%	97,7%	100,0%
	ZACHÓD	n	3	9	77	89
		%	3,4%	10,1%	86,5%	100,0%
	CENTRUM	n	2	6	20	28
		%	7,1%	21,4%	71,4%	100,0%
Ogółem		n	6	32	216	254
		%	2,4%	12,6%	85,0%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,007

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?”, a regionem zamieszkania:

		P22			Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia		
Region	PÓŁNOC	n	1	25	3	29
		%	3,4%	86,2%	10,3%	100,0%
	WSCHÓD	n	1	56	6	63
		%	1,6%	88,9%	9,5%	100,0%
	POŁUDNIE	n	3	29	11	43
		%	7,0%	67,4%	25,6%	100,0%
	ZACHÓD	n	2	68	17	87
		%	2,3%	78,2%	19,5%	100,0%
	CENTRUM	n	0	16	12	28
		%	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
	Ogółem	n	7	194	49	250

	%	2,8%	77,6%	19,6%	100,0%
--	---	------	-------	-------	--------

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,010

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?”, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI				Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia			
Region	PÓŁNOC	n	1	3	26	30	
		%	3,3%	10,0%	86,7%	100,0%	
	WSCHÓD	n	1	5	58	64	
		%	1,6%	7,8%	90,6%	100,0%	
	POŁUDNIE	n	0	0	43	43	
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	ZACHÓD	n	0	0	88	88	
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	CENTRUM	n	0	0	28	28	
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	Ogółem		n	2	8	243	253
			%	,8%	3,2%	96,0%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,021

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby?”, a regionem zamieszkania:

		ODPOWIEDZI			Ogółem
		Brak negatywnego	Nieznacznie	Znacząco	

		wpływu	zmniejsza	zmniejsza			
Region	PÓŁNOC	n	3	4	25	32	
		%	9,4%	12,5%	78,1%	100,0%	
	WSCHÓD	n	2	3	58	63	
		%	3,2%	4,8%	92,1%	100,0%	
	POŁUDNIE	n	0	2	42	44	
		%	0,0%	4,5%	95,5%	100,0%	
	ZACHÓD	n	0	8	80	88	
		%	0,0%	9,1%	90,9%	100,0%	
	CENTRUM	n	0	0	28	28	
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	Ogółem		n	5	17	233	255
			%	2,0%	6,7%	91,4%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,018

Zależność między wyborem odpowiedzi „B Wiek (osoby młodsze mogą być mniej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie starsi)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a specjalizacją lekarza:

			ODPOWIEDZI		Ogółem	
			nie	tak		
Specjalizacja	brak	n	140	68	208	
		%	67,3%	32,7%	100,0%	
	inna	n	12	7	19	
		%	63,2%	36,8%	100,0%	
	neurologia/geriatria	n	30	3	33	
		%	90,9%	9,1%	100,0%	
Ogółem			n	182	78	260
			%	70,0%	30,0%	100,0%

	p

test Fishera-Freemana-Haltona	0,019
-------------------------------	--------------

Zależność między wyborem odpowiedzi C „Aktywność życiowa (czynny udział w różnych organizacjach, społecznościach pozwala utrzymywać relacje z innymi ludźmi pomimo choroby)” jako jednego z dwóch czynników związanych z pacjentem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a specjalizacją lekarza:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	tak	
Specjalizacja	brak	n	56	152	208
		%	26,9%	73,1%	100,0%
	inna	n	8	11	19
		%	42,1%	57,9%	100,0%
	neurologia/geriatria	n	3	30	33
		%	9,1%	90,9%	100,0%
Ogółem		n	67	193	260
		%	25,8%	74,2%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,024

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?”, a specjalizacją lekarza:

			P22			Ogółem
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia	
Specjalizacja	brak	n	2	158	40	200
		%	1,0%	79,0%	20,0%	100,0%
	inna	n	1	13	5	19
		%	5,3%	68,4%	26,3%	100,0%
	neurologia/geriatria	n	4	23	4	31
		%	12,9%	74,2%	12,9%	100,0%
Ogółem		n	7	194	49	250

	%	2,8%	77,6%	19,6%	100,0%
--	---	------	-------	-------	--------

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,009

Zależność między wyborem odpowiedzi „B Stopień pokrewieństwa (tj. brak bliskiej rodziny pacjenta)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI		Ogółem		
		nie	tak			
Relacja	Brak relacji	n	80	40	120	
		%	66,7%	33,3%	100,0%	
	Opiekun profesjonalny	n	26	24	50	
		%	52,0%	48,0%	100,0%	
	Lekarz	n	24	20	44	
		%	54,5%	45,5%	100,0%	
	Znajomość koleżeńską	n	3	11	14	
		%	21,4%	78,6%	100,0%	
	Rodzina	n	13	10	23	
		%	56,5%	43,5%	100,0%	
	Ogółem		n	146	105	251
			%	58,2%	41,8%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,014

Zależność między wyborem odpowiedzi B „Aktywność fizyczna pacjenta (aktywność fizyczna może spowalniać postęp choroby i służyć integracji z innymi ludźmi)” jako jednego z dwóch czynników związanych z pacjentem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI		Ogółem
		nie	tak	

Relacja	Brak relacji	n	76	44	120
		%	63,3%	36,7%	100,0%
	Opiekun profesjonalny	n	19	31	50
		%	38,0%	62,0%	100,0%
	Lekarz	n	24	20	44
		%	54,5%	45,5%	100,0%
	Znajomość koleżeń- ska	n	6	8	14
		%	42,9%	57,1%	100,0%
	Rodzina	n	13	10	23
		%	56,5%	43,5%	100,0%
	Ogółem	n	138	113	251
		%	55,0%	45,0%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,038

Zależność między wyborem odpowiedzi D „Sfera duchowa (np. uczestnictwo w społeczności religijnej, które zwiększa poczucie wspólnoty, oparcie w Bogu i wiara w życie po śmierci pomaga radzić sobie z frustracją i narastającym niepokojem związanym z przyszłością)” jako jednego z dwóch czynników związanych z pacjentem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI		Ogółem	
		nie	tak		
Relacja	Brak relacji	n	91	29	120
		%	75,8%	24,2%	100,0%
	Opiekun profesjonalny	n	47	3	50
		%	94,0%	6,0%	100,0%
	Lekarz	n	38	6	44
		%	86,4%	13,6%	100,0%
	Znajomość koleżeń- ska	n	12	2	14
		%	85,7%	14,3%	100,0%
	Rodzina	n	17	6	23
		%	73,9%	26,1%	100,0%

Ogółem	n	205	46	251
	%	81,7%	18,3%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,047

Zależność między wyborem odpowiedzi D „Wiek opiekuna (młodsze osoby mogą mieć więcej siły do opieki nad pacjentem)” jako jednego z dwóch czynników związanych z opiekunem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI		Ogółem		
		nie	tak			
Relacja	Brak relacji	n	86	34	120	
		%	71,7%	28,3%	100,0%	
	Opiekun profesjonalny	n	39	11	50	
		%	78,0%	22,0%	100,0%	
	Lekarz	n	30	14	44	
		%	68,2%	31,8%	100,0%	
	Znajomość koleżeńska	n	5	9	14	
		%	35,7%	64,3%	100,0%	
	Rodzina	n	14	9	23	
		%	60,9%	39,1%	100,0%	
	Ogółem		n	174	77	251
			%	69,3%	30,7%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,034

Zależność między wyborem odpowiedzi B „Wiek (osoby starsze mogą być bardziej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie młodzi)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI		Ogółem
		nie	tak	

Relacja	Brak relacji	N	97	23	120
		%	80,8%	19,2%	100,0%
	Opiekun profesjonalny	N	41	9	50
		%	82,0%	18,0%	100,0%
	Lekarz	N	42	2	44
		%	95,5%	4,5%	100,0%
	Znajomość koleżeń- ska	N	9	5	14
		%	64,3%	35,7%	100,0%
	Rodzina	N	17	6	23
		%	73,9%	26,1%	100,0%
	Ogółem	N	206	45	251
		%	82,1%	17,9%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,047

Zależność między wyborem odpowiedzi C „Stopień zamożności społeczeństwa (w bogatszych krajach łatwiej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI		Ogółem	
		nie	tak		
Relacja	Brak relacji	N	50	70	120
		%	41,7%	58,3%	100,0%
	Opiekun profesjonalny	N	30	20	50
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	Lekarz	N	13	31	44
		%	29,5%	70,5%	100,0%
	Znajomość koleżeń- ska	N	8	6	14
		%	57,1%	42,9%	100,0%
	Rodzina	N	10	13	23
		%	43,5%	56,5%	100,0%

Ogółem	N	111	140	251
	%	44,2%	55,8%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,036

Zależność między wyborem odpowiedzi Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?”, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI				Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza			
Relacja	Brak relacji	N	16	100	4	120	
		%	13,3%	83,3%	3,3%	100,0%	
	Opiekun profesjonalny	N	1	41	6	48	
		%	2,1%	85,4%	12,5%	100,0%	
	Lekarz	N	7	37	0	44	
		%	15,9%	84,1%	0,0%	100,0%	
	Znajomość koleżeńska	N	1	11	2	14	
		%	7,1%	78,6%	14,3%	100,0%	
	Rodzina	N	1	21	1	23	
		%	4,3%	91,3%	4,3%	100,0%	
	Ogółem		N	26	210	13	249
			%	10,4%	84,3%	5,2%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,034

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?”, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		P22			Ogółem
		Brak	Nieznacznie	Znacząco	

			negatywnego wpływu	zmniejsza	zmniejsza		
Relacja	Brak relacji	N	3	93	20	116	
		%	2,6%	80,2%	17,2%	100,0%	
	Opiekun profesjonalny	N	0	31	18	49	
		%	0,0%	63,3%	36,7%	100,0%	
	Lekarz	N	4	35	4	43	
		%	9,3%	81,4%	9,3%	100,0%	
	Znajomość koleżeńska	N	0	10	3	13	
		%	0,0%	76,9%	23,1%	100,0%	
	Rodzina	N	0	18	4	22	
		%	0,0%	81,8%	18,2%	100,0%	
	Ogółem		N	7	187	49	243
			%	2,9%	77,0%	20,2%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,015

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?”, a rodzajem relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI			Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zwiększa	Znacząco zwiększa		
Relacja	Brak relacji	N	6	88	24	118
		%	5,1%	74,6%	20,3%	100,0%
	Opiekun profesjonalny	N	0	26	23	49
		%	0,0%	53,1%	46,9%	100,0%
	Lekarz	N	2	31	11	44
		%	4,5%	70,5%	25,0%	100,0%
	Znajomość koleżeńska	N	2	4	8	14
		%	14,3%	28,6%	57,1%	100,0%
	Rodzina	N	1	16	6	23

		%	4,3%	69,6%	26,1%	100,0%
Ogółem	N	11		165	72	248
	%	4,4%		66,5%	29,0%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,004

Zależność między wyborem odpowiedzi „D Mniejsza aktywność życiowa (np. zaprzestanie aktywności zawodowej, spotkań towarzyskich, realizowania swoich pasji)” jako jednego z dwóch czynników związanych z pacjentem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a częstotliwością kontaktów respondenta z pacjentem z chorobą Alzheimera:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	tak	
Jak często?	Ani razu	n	80	24	104
		%	76,9%	23,1%	100,0%
	Rzadziej niż raz w tygodniu	n	46	26	72
		%	63,9%	36,1%	100,0%
	Raz w tygodniu	n	8	4	12
		%	66,7%	33,3%	100,0%
	Kilka razy w tygodniu	n	42	6	48
		%	87,5%	12,5%	100,0%
	Codziennie	n	14	6	20
		%	70,0%	30,0%	100,0%
	Ogółem	n	190	66	256
		%	74,2%	25,8%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,050

Zależność między wyborem odpowiedzi D „Społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego (mniejsza presja społeczna ułatwia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a częstotliwością kontaktów respondenta z pacjentem z chorobą Alzheimera:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	Tak	
Jak często?	Ani razu	n	71	33	104
		%	68,3%	31,7%	100,0%
	Rzadziej niż raz w tygodniu	n	33	39	72
		%	45,8%	54,2%	100,0%
	Raz w tygodniu	n	5	7	12
		%	41,7%	58,3%	100,0%
	Kilka razy w tygodniu	n	18	30	48
		%	37,5%	62,5%	100,0%
	Codziennie	n	11	9	20
		%	55,0%	45,0%	100,0%
	Ogółem	n	138	118	256
		%	53,9%	46,1%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,002

Zależność między wyborem odpowiedzi C „Stopień zamożności społeczeństwa (w bogatszych krajach łatwiej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a częstotliwością kontaktów respondenta z pacjentem z chorobą Alzheimera:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	Tak	
Jak często?	Ani razu	n	40	64	104
		%	38,5%	61,5%	100,0%
	Rzadziej niż raz w tygodniu	n	32	40	72
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	Raz w tygodniu	n	1	11	12
		%	8,3%	91,7%	100,0%
	Kilka razy w tygodniu	n	31	17	48
		%	64,6%	35,4%	100,0%

	Codziennie	n	11	9	20
		%	55,0%	45,0%	100,0%
Ogółem		n	115	141	256
		%	44,9%	55,1%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,002

Zależność między wyborem odpowiedzi Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?”, a częstotliwością kontaktów respondenta z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI				Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia			
Jak często?	Ani razu	n	15	85	4	104	
		%	14,4%	81,7%	3,8%	100,0%	
	Rzadziej niż raz w tygodniu	n	9	61	2	72	
		%	12,5%	84,7%	2,8%	100,0%	
	Raz w tygodniu	n	2	10	0	12	
		%	16,7%	83,3%	0,0%	100,0%	
	Kilka razy w tygodniu	n	1	38	7	46	
		%	2,2%	82,6%	15,2%	100,0%	
	Codziennie	n	1	19	0	20	
		%	5,0%	95,0%	0,0%	100,0%	
	Ogółem		n	28	213	13	254
			%	11,0%	83,9%	5,1%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,026

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pa-

pacjent utrzymuje bliskie relacje?”, a częstotliwością kontaktów respondenta z pacjentem z chorobą Alzheimera:

			ODPOWIEDZI			Ogółem	
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza		
Jak często?	Ani razu	n	24	70	6	100	
		%	24,0%	70,0%	6,0%	100,0%	
	Kilka razy w tygodniu	n	16	54	1	71	
		%	22,5%	76,1%	1,4%	100,0%	
	Raz w tygodniu	n	4	7	1	12	
		%	33,3%	58,3%	8,3%	100,0%	
	Kilka razy w tygodniu	n	5	29	11	45	
		%	11,1%	64,4%	24,4%	100,0%	
	Codziennie	n	4	14	2	20	
		%	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%	
	Ogółem		n	53	174	21	248
			%	21,4%	70,2%	8,5%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,005

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?”, a częstotliwością kontaktów respondenta z pacjentem z chorobą Alzheimera:

			ODPOWIEDZI			Ogółem	
			Brak negatywnego wpływu	Znacząco zmniejsza	Nieznacznie zmniejsza		
Jak często?	Ani razu	n	1	19	80	100	
		%	1,0%	19,0%	80,0%	100,0%	
	Rzadziej niż raz w tygodniu	n	0	3	68	71	
		%	0,0%	4,2%	95,8%	100,0%	
	Raz w tygodniu		n	0	1	11	12

		%	0,0%	8,3%	91,7%	100,0%
	Kilka razy w tygodniu	n	3	7	37	47
		%	6,4%	14,9%	78,7%	100,0%
	Codziennie	n	2	2	16	20
		%	10,0%	10,0%	80,0%	100,0%
Ogółem		n	6	32	212	250
		%	2,4%	12,8%	84,8%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,016

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwości pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?”, a częstotliwością kontaktów respondenta z pacjentem z chorobą Alzheimera:

		ODPOWIEDZI			Ogółem		
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zwiększa	Znacząco zwiększa			
Jak często?	Ani razu	n	7	76	18	101	
		%	6,9%	75,2%	17,8%	100,0%	
	Rzadziej niż raz w tygodniu	n	3	51	18	72	
		%	4,2%	70,8%	25,0%	100,0%	
	Raz w tygodniu	n	1	6	5	12	
		%	8,3%	50,0%	41,7%	100,0%	
	Kilka razy w tygodniu	n	0	23	24	47	
		%	0,0%	48,9%	51,1%	100,0%	
	Codziennie	n	0	13	7	20	
		%	0,0%	65,0%	35,0%	100,0%	
	Ogółem		n	11	169	72	252
			%	4,4%	67,1%	28,6%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,006

Freemana-Haltona	
------------------	--

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa?”, a częstotliwością kontaktów respondenta z pacjentem z chorobą Alzheimera:

			ODPOWIEDZI			Ogółem	
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza		
Jak często?	Ani razu	n	11	77	10	98	
		%	11,2%	78,6%	10,2%	100,0%	
	Rzadziej niż raz w tygodniu	n	4	55	11	70	
		%	5,7%	78,6%	15,7%	100,0%	
	Raz w tygodniu	n	1	7	4	12	
		%	8,3%	58,3%	33,3%	100,0%	
	Kilka razy w tygodniu	n	0	31	16	47	
		%	0,0%	66,0%	34,0%	100,0%	
	Codziennie	n	0	12	8	20	
		%	0,0%	60,0%	40,0%	100,0%	
	Ogółem		n	16	182	49	247
			%	6,5%	73,7%	19,8%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,003

Zależność między wyborem odpowiedzi D „Społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego (mniejsza presja społeczna ułatwia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki)” jako jednego z dwóch czynników związanych ze społeczeństwem wpływających na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a liczba pacjentów z chorobą Alzheimera, z którymi miał kontakt respondent:

			ODPOWIEDZI		Ogółem
			nie	tak	
Ilu pacjentów?	Brak kontaktu	n	71	32	103
		%	68,9%	31,1%	100,0%

	1-5	n	31	38	69
		%	44,9%	55,1%	100,0%
	5-10	n	6	10	16
		%	37,5%	62,5%	100,0%
	10-20	n	6	6	12
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Ponad 20	n	21	32	53
		%	39,6%	60,4%	100,0%
Ogółem		n	135	118	253
		%	53,4%	46,6%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,001

Zależność między wyborem odpowiedzi B „Aktywność fizyczna pacjenta (aktywność fizyczna może spowalniać postęp choroby i służyć integracji z innymi ludźmi)” jako jednego z dwóch czynników związanych z pacjentem wpływających na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera, a liczba pacjentów z chorobą Alzheimera, z którymi miał kontakt respondent:

		ODPOWIEDZI		Ogółem		
		nie	tak			
Ilu pacjentów?	Brak kontaktu	n	64	39	103	
		%	62,1%	37,9%	100,0%	
	1-5	n	41	28	69	
		%	59,4%	40,6%	100,0%	
	5-10	n	8	8	16	
		%	50,0%	50,0%	100,0%	
	10-20	n	6	6	12	
		%	50,0%	50,0%	100,0%	
	Ponad 20	n	18	35	53	
		%	34,0%	66,0%	100,0%	
	Ogółem		n	137	116	253
			%	54,2%	45,8%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,014

Zależność między wyborem odpowiedzi Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?”, a liczba pacjentów z chorobą Alzheimera, z którymi miał kontakt respondent:

			ODPOWIEDZI			Ogółem	
			Brak negatywnego wpływu	Znacząco utrudnia	Nieznacznie utrudnia		
Ilu pacjentów?	Brak kontaktu	n	16	83	4	103	
		%	15,5%	80,6%	3,9%	100,0%	
	1-5	n	7	61	1	69	
		%	10,1%	88,4%	1,4%	100,0%	
	5-10	n	0	13	3	16	
		%	0,0%	81,3%	18,8%	100,0%	
	10-20	n	1	10	0	11	
		%	9,1%	90,9%	0,0%	100,0%	
	Ponad 20	n	3	44	5	52	
		%	5,8%	84,6%	9,6%	100,0%	
	Ogółem		n	27	211	13	251
			%	10,8%	84,1%	5,2%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,048

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?”, a liczba pacjentów z chorobą Alzheimera, z którymi miał kontakt respondent:

			ODPOWIEDZI			Ogółem
			Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zmniejsza	Znacząco zmniejsza	

Ilu pacjentów?	Brak kontaktu	n	24	70	6	100
		%	24,0%	70,0%	6,0%	100,0%
	1-5	n	19	49	1	69
		%	27,5%	71,0%	1,4%	100,0%
	5-10	n	1	11	3	15
		%	6,7%	73,3%	20,0%	100,0%
	10-20	n	2	7	1	10
		%	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%
	Ponad 20	n	6	36	10	52
		%	11,5%	69,2%	19,2%	100,0%
	Ogółem	n	52	173	21	246
		%	21,1%	70,3%	8,5%	100,0%

	p
test Fishera-Freemana-Haltona	0,013

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?”, a liczba pacjentów z chorobą Alzheimera, z którymi miał kontakt respondent:

		ODPOWIEDZI			Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie zwiększa	Znacząco zwiększa		
Ilu pacjentów?	Brak kontaktu	n	7	75	19	101
		%	6,9%	74,3%	18,8%	100,0%
	1-5	n	2	47	20	69
		%	2,9%	68,1%	29,0%	100,0%
	5-10	n	1	11	4	16
		%	6,3%	68,8%	25,0%	100,0%
	10-20	n	1	7	4	12
		%	8,3%	58,3%	33,3%	100,0%
	Ponad 20	n	0	28	24	52
		%	0,0%	53,8%	46,2%	100,0%

Ogółem	n	11	168	71	250
	%	4,4%	67,2%	28,4%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,043

Zależność między wyborem odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do poinformowania innych osób o faksie stania się ofiarą przestępstwa?”, a liczba pacjentów z chorobą Alzheimera, z którymi miał kontakt respondent:

		ODPOWIEDZI				Ogółem	
		Brak negatywnego wpływu	Nieznacznie utrudnia	Znacząco utrudnia			
Ilu pacjentów?	Brak kontaktu	n	11	77	10	98	
		%	11,2%	78,6%	10,2%	100,0%	
	1-5	n	3	52	13	68	
		%	4,4%	76,5%	19,1%	100,0%	
	5-10	n	1	11	3	15	
		%	6,7%	73,3%	20,0%	100,0%	
	10-20	n	1	5	6	12	
		%	8,3%	41,7%	50,0%	100,0%	
	Ponad 20	n	0	36	16	52	
		%	0,0%	69,2%	30,8%	100,0%	
	Ogółem		n	16	181	48	245
			%	6,5%	73,9%	19,6%	100,0%

	P
test Fishera-Freemana-Haltona	0,005

ANKIETA: WPLYW CHOROBY ALZHEIMERA NA WYKLUCZENIE SPOŁECZNE PACJENTÓW

Szanowni Państwo,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wzięcie udziału w badaniach ankietowych realizowanych na potrzeby rozprawy doktorskiej pisanej w Katedrze Prawa Karnego i Kryminologii Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.

Celem badań jest diagnoza problemu wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera. Wyniki niniejszych badań zostaną wykorzystane wyłącznie do celów analizy naukowej w ramach rozprawy doktorskiej i będą miały charakter anonimowy.

Z góry dziękuję za poświęcony czas.

Mgr Piotr Mroczo

Proszę wstawić znak X w kratce obok odpowiedzi lub wypełnić miejsca wykropkowane.

METRYCZKA:

Data wypełnienia.....

1. Rok urodzenia:
2. Płeć: K M
3. Poziom wykształcenia:
 podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne wyższe
4. Miejsce zamieszkania:
 wieś miasto poniżej 100 tys. mieszkańców
 miasto powyżej 100 tys. mieszkańców miasto powyżej 500 tys. mieszkańców
5. Województwo zamieszkania:
6. Kraj zamieszkania:
7. Specjalizacja (do wypełnienia dla lekarza):
8. Rodzaj relacji z pacjentem z chorobą Alzheimera:
 rodzina znajomość koleżeńska lekarz opiekun profesjonalny brak relacji

Informacja wstępna:

Choroba Alzheimera to schorzenie neurozwyrodnieniowe będące jedną z chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Rozwój choroby Alzheimera obejmuje trzy podstawowe stadia:

1. Brak zaburzeń poznawczych, zmiany w mózgu są niezauważalne klinicznie
2. MCI - łagodne zaburzenia poznawcze
3. Demencja AD – poważne zaburzenia poznawcze

W trzecim stadium choroby Alzheimera pacjenci mogą mieć problemy z pełnym uczestnictwem w życiu społecznym, co grozi ryzykiem ich wykluczenia społecznego.

PYTANIA – CZĘŚĆ OGÓLNA:

1. Jak często w ostatnim roku miałaś/eś kontakt z pacjentem z chorobą Alzheimera?

codziennie kilka razy w tygodniu raz w tygodniu rzadziej niż raz w tygodniu ani razu

2. Z iloma pacjentami z chorobą Alzheimera miałaś/eś kontakt w ostatnim roku?

ponad 20 pacjentów 10-20 pacjentów 5-10 pacjentów 1-5 pacjentów nie miałam/em kontaktu

PYTANIA – CZĘŚĆ PIERWSZA:

A. Czynniki wpływające na nasilenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera

Wskaż **dwa** z czynników wpływających na wykluczenie społeczne pacjenta z chorobą Alzheimera, które uważasz za najważniejsze?

1. Związane z pacjentem:

Pogarszające się funkcje poznawcze (np. utrata zdolności poprawnego liczenia, myślenia, orientacji przestrzennej)

Trudności w komunikowaniu się z innymi (np. trudności ze znalezieniem odpowiednich słów i wyrażeniem tego, co chcą powiedzieć, trudności w precyzowaniu swoich komunikatów)

Pogarszający się stan emocjonalny pacjenta (np. apatia, stany depresyjne, zniechęcenie)

Mniejsza aktywność życiowa (np. zaprzestanie aktywności zawodowej, spotkań towarzyskich, realizowania swoich pasji)

Inne (proszę wskazać, jakie)

.....
.....
.....

2. Związane z opiekunem:

- Aktywność życiowa opiekuna (np. stopień obciążenia opiekuna pracą zawodową, zajęciami związanymi z zainteresowaniami, sportem)
 - Stopień pokrewieństwa (tj. brak bliskiej rodziny pacjenta)
 - Relacje z chorym (złe relacje z podopiecznym mogą zwiększyć ryzyko instytucjonalizacji)
 - Wiek opiekuna (starsze osoby mogą mieć mniej siły do opieki nad pacjentem)
 - Inne (proszę wskazać, jakie)
-
.....
.....

3. Związane ze społeczeństwem:

- Świadomość społeczna (posiadanie wiedzy na temat choroby Alzheimera i sposobów komunikacji z chorym)
 - Wiek (osoby młodsze mogą być mniej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie starsi)
 - Stopień zamożności społeczeństwa (w biedniejszych krajach trudniej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów)
 - Społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego (mniejsza presja społeczna ułatwia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki)
 - Inne (proszę wskazać, jakie)
-
.....
.....

B. Czynniki wpływające na zmniejszenie wykluczenia społecznego pacjentów z chorobą Alzheimera

Wskaż **dwa** z czynników zmniejszających wykluczenie społeczne pacjenta z chorobą Alzheimera, które uważasz za najważniejsze?

1. Związane z pacjentem:

Osobowość pacjenta (np. naturalny ekstrawertyzm pomaga utrzymać relacje z innymi ludźmi mimo pogarszającego się stanu zdrowia, łagodne usposobienie zmniejsza poziom agresji spowodowanej frustracją związaną z chorobą)

Aktywność fizyczna pacjenta (aktywność fizyczna może spowalniać postęp choroby i służyć integracji z innymi ludźmi)

Aktywność życiowa (czynny udział w różnych organizacjach, społecznościach pozwala utrzymywać relacje z innymi ludźmi pomimo choroby)

Sfera duchowa (np. uczestnictwo w społeczności religijnej, które zwiększa poczucie wspólnoty, oparcie w Bogu i wiara w życie po śmierci pomaga radzić sobie z frustracją i narastającym niepokojem związanym z przyszłością)

Inne (proszę wskazać, jakie)

.....
.....
.....

2. Związane z opiekunem:

Aktywność życiowa opiekuna (np. stopień obciążenia opiekuna pracą zawodową, zajęciami związanymi z zainteresowaniami, sportem)

Stopień pokrewieństwa (tj. występowanie bliskiej rodziny pacjenta)

Relacje z chorym (dobre relacje z podopiecznym mogą zmniejszyć ryzyko instytucjonalizacji)

Wiek opiekuna (młodsze osoby mogą mieć więcej siły do opieki nad pacjentem)

Inne (proszę wskazać, jakie)

.....
.....
.....

3. Związane ze społeczeństwem:

Świadomość społeczna (posiadanie wiedzy na temat choroby Alzheimera i sposobów komunikacji z chorym)

Wiek (osoby starsze mogą być bardziej wyrozumiałe wobec osób z chorobą Alzheimera niż ludzie młodzi)

Stopień zamożności społeczeństwa (w bogatszych krajach łatwiej o odpowiednią pomoc medyczną oraz socjalną wobec osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów)

Społeczna akceptacja instytucjonalizacji chorego (większa presja społeczna utrudnia podjęcie decyzji o oddaniu pacjenta do ośrodka opieki)

Inne (proszę wskazać, jakie)

.....
.....
.....

PYTANIA – CZĘŚĆ DRUGA

1. W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?

znacząco utrudnia nieznacznie utrudnia brak negatywnego wpływu

2. W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na komunikację z pacjentem?

znacząco utrudnia nieznacznie utrudnia brak negatywnego wpływu

3. Które objawy choroby Alzheimera utrudniają komunikację z pacjentem?

.....
.....

4. W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?

znacząco zmniejsza nieznacznie zmniejsza brak negatywnego wpływu

5. W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na liczbę osób, z którymi pacjent utrzymuje bliskie relacje?

znacząco zmniejsza nieznacznie zmniejsza brak negatywnego wpływu

6. W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?

znacząco utrudnia nieznacznie utrudnia brak negatywnego wpływu

7. W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na pracę zawodową pacjenta?

znacząco utrudnia nieznacznie utrudnia brak negatywnego wpływu

8. Które objawy choroby Alzheimera utrudniają pracę zawodową pacjenta?

.....
.....

9. W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?

- znacząco zwiększa nieznacznie zwiększa brak negatywnego wpływu

10. W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na łatwowierność pacjenta i ryzyko stania się ofiarą oszustwa?

- znacząco zwiększa nieznacznie zwiększa brak negatywnego wpływu

11. W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby?

- znacząco zmniejsza nieznacznie zmniejsza brak negatywnego wpływu

12. W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do obrony przed bezpośrednim zagrożeniem, takim jak atak fizyczny innej osoby?

- znacząco zmniejsza nieznacznie zmniejsza brak negatywnego wpływu

13. W jaki sposób choroba Alzheimera w początkowych fazach (łagodne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa?

- znacząco zmniejsza nieznacznie zmniejsza brak negatywnego wpływu

14. W jaki sposób choroba Alzheimera w zaawansowanej fazie (poważne zaburzenia poznawcze) wpływa na zdolność pacjenta do poinformowania innych osób o fakcie stania się ofiarą przestępstwa?

- znacząco zmniejsza nieznacznie zmniejsza brak negatywnego wpływu

15. Wskaż 3 przestępstwa, których ofiarą mogą stać się pacjenci z chorobą Alzheimera:

.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....