

Akademia Medyczna w Białymstoku
Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

*Elżbiety Krajewskiej-Kuślak, Wojciecha Nyklewicza
Jolanty Lewko i Cecylii Łukaszuk*

Tom II

Białystok 2007

W drodze do brzegu życia

Tom II

**Akademia Medyczna w Białymstoku
Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia**

W drodze do brzegu życia

Tom II

**Praca zbiorowa pod redakcją
prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak,
mgr. Wojciecha Nyklewicza, dr n. med. Jolanty Lewko
i dr n. med. Cecylii Łukaszuk**

Białystok 2007

Recenzenci:
Prof. dr hab. med. Irena Wrońska
Dr hab. med. Marek Szczepański

ISBN 978-83-89934-14-7
Tom II: ISBN 978-83-89934-16-1

Wydanie I
Białystok 2007

Projekt okładki:
Agnieszka Kułak

Skład i łamanie:
Stanisław Żukowski

Druk i oprawa:
MKDruk, Drukarnia S.C. ul. Marczukowska 6, 15-724 Białystok

*Wszyscy jesteśmy aniołami z jednym skrzydłem,
możemy latać wtedy, gdy obejmujemy drugiego człowieka*

Luciano De Crescenzo

Szanowni Państwo

Podobnie jak w I tomie monografii, w tym także chcemy podążać śladem Elizabeth Kübler-Ross, przedstawicielki humanistycznego nurtu w tanatologii i podyskutować o śmierci szeroko, na tyle, na ile będzie to możliwe.

Śmierć stanowi bardzo drażliwy i najbardziej delikatny temat w życiu. W momencie, kiedy zaczyna się o tym mówić, ludzie popadają w przygnębienie, nie podejmują tematu, zamykają się w sobie, uciekają, udają, że śmierć w ogóle nie istnieje. W naszej kulturze umieranie często jest postrzegane jako proces długi, bolesny, na który zwykle nie mamy wpływu. Śmierć to dla wielu porażka. A przecież motyw śmierci jest bez wątpienia poważny i filozoficzny. Każda epoka i każda społeczność umieszczała śmierć w dziełach swej kultury. Próbowali ją ukazać w swych utworach pisarze i poeci, mówili o niej filozofowie, przedstawiali ją malarze i artyści.

W II tomie monografii pragniemy kontynuować dialog o umieraniu, śmierci i cierpieniu. Adalbert Stiller powiedział kiedyś, że *cierpienie jest Aniołem, przez którego ludzie stają się więksi bardziej niż przez wszystkich przyjaciół na świecie*, a Ajschylos, że *cierpienie jest nauką*.

Będziemy więc zastanawiać się, czym jest umieranie, śmierć, cierpienie? Czy te słowa przeżycia oznaczają tylko ból? Czy śmierć jest snem, jak mówi Biblia: *A nie chcemy, bracia, abyście byli w niepewności co do tych, którzy zasnęli, abyście się nie smucili, jak drudzy, którzy nie mają nadziei*. Czy w cierpieniu, umieraniu i śmierci można odnaleźć elementy szczęścia, nadziei, motywacji do dalszego działania? Postaramy się, by mogli Państwo lepiej poznać te problemy. Może właśnie wtedy nauczymy się je godnie przeżywać? Postaramy się też, abyście w tym wieku atomowym, kiedy sprawy świata zewnętrznego zajmują całą uwagę ludzkości, pamiętali także o innym świecie, o wiele cudowniejszym od materialnego, o niewidzialnym świecie *aniołów*.

Chcielibyśmy gorąco podziękować wszystkim autorom, którzy podjęli się opracowania poszczególnych zagadnień. To ich wiedza i ogromna życzliwość przyczyniła się do nadania ostatecznego kształtu tej publikacji. Dzięki Wam mamy nadzieję, że II tom monografii, jak następne, wzbogaci podejście pracowników ochrony zdrowia do opieki nad osobami umierającymi.

Prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Mgr Wojciech Nyklewicz

Dr n. med. Jolanta Lewko

Dr n. med. Cecylia Łukaszuk

Fragment recenzji dr. hab. med. Marka Szczepańskiego

„...Zaistnienie nowego życia, bez względu na to, który moment uznamy za jego początek, daje nienaruszalną pewność, że zmierza ku śmierci. Stwierdzenie to, brutalne w swej treści, zawiera prawdę o jedynym pewnym etapie życia każdego człowieka.

Życie każdego z nas wypełnia inna treść. Treść warunkowana rodziną, religią, wychowaniem, intelektem, wykształceniem, stanem zdrowia.

Życie może być zwykłe lub niezwykle, barwne lub szare, krótkie lub długie, wesołe lub smutne, ale zawsze kończy się tak samo – zatrzymaniem oddechu, akcji serca, ustaniem czynności bioelektrycznej mózgu. Skoro więc życie kończy się zawsze tak samo, dlaczego śmierć ma tyle twarzy, a drogi które nieuchronnie ku niej prowadzą, są tak różne.

Podążanie ku temu co nieuchronne, umieranie, jest najbardziej osobistym przeżyciem. Nikt nie jest w stanie zrozumieć tego, co przeżywa osoba, która weszła na ostatnią ścieżkę i dostrzega jej kres. Nie jesteśmy w stanie tego zrozumieć, nigdy nie byliśmy w takiej sytuacji. Sytuacje te dotyczą naszych bliskich, przyjaciół, pacjentów, dlatego niezwykle ważne są dyskusje, rozmowy, spotkania dzięki którym, możemy w najgłębszym znaczeniu tego słowa »być« z ludźmi umierającymi w ostatnich miesiącach, tygodniach, godzinach i minutach ich życia.

Powinniśmy dyskutować o śmierci i umieraniu. Powinniśmy uczyć się jak najpełniej i najpiękniej towarzyszyć umierającym. Uczyć się, by każda śmierć była przeżyciem niezwykłym, wzbogacała tych, którzy pozostają.

Tom II monografii »W drodze do brzegu życia« to właśnie taki głos w dyskusji, skłaniający do refleksji nad śmiercią i umieraniem. Autorzy zapoznają czytelnika z własnymi przemyśleniami, przeżyciami, wątpliwościami, rozterkami i dylematami natury moralnej, etycznej, ludzkiej. To właśnie różnorodność spojrzenia jest jednym z walorów tego opraco-

wania. Inspiruje czytelnika do własnych przemyśleń, do zajęcia stanowiska. Lektura niektórych rozdziałów nie jest łatwa ze względu na ogrom emocji, wynikający z osobistych przeżyć autorów.

Myślę, że tom II książki »W drodze do brzegu życia« pozwoli na inne spojrzenie na stoicyzm Lucjusza Anneusza Seneki, który stwierdzał *Cóż w tym niezwykłego, że umiera człowiek, którego całe życie nie jest niczym innym, jak tylko drogą ku śmierci?*

...Monografia ta to dowód na to, że śmierć jest przeżyciem niezwykłym, skłaniającym do refleksji, zastanowienia się. Przeżyciem wzbogacającym każdego z nas.”

Część I
Promyczek

Renata Świdarska

Promyczek

Kochana Aniu, mój Aniołku, moja mała Nusia, moja perelko. Ciebie już nie ma, odeszłaś od nas, Bóg Ciebie zabrał, bo taka była Jego wola. W dniu Twej śmierci tu na ziemi, narodziłaś się Aneczko dla Nieba. I choć Aniu boli mnie bardzo serce, to raduję się, że Jesteś u Ojca w Niebie. Zawsze bardzo chciałaś, żeby już nie bolało, żeby móc chodzić – tam Aniu już nie boli, a Ty biegasz po łące wśród mleczy, które bardzo kochałaś. A pamiętasz masz nawet zdjęcie zrobione w mleczach i to zdjęcie stoi u nas w domu wśród Twoich aniołków – jesteś na nim taka wesoła, taka słoneczna i pełna powiewu wiosny.

Aniu, jest mi bardzo ciężko, czasem chcę, żeby Bóg mi Ciebie oddał, ale w głębi serca wiem, że Tam się spotkamy. Aniu, bardzo Cię proszę pomóż mi, przytul mnie, tak bardzo boli pustka po Tobie. Byłaś dla mnie wszystkim – radością, smutkiem, wodą i chlebem. To przy Tobie odkryłam i doznałam wielkiej Miłości Boga, a zarazem i Jego Dobroci. Gdy dotykałam Twego ciała i Twoich ran to czułam, że dotykam samego Chrystusa. Twój uśmiech – to uśmiech Boga, Twoje cierpienie i ból – to cierpienie Boga. Aniu, Bóg zamieszkał w Tobie już od momentu twego poczęcia. To ja, gdy nosiłam Ciebie pod sercem zawsze na Mszy św. modliłam się do Boga o to, żeby dał mi córkę.

Aniu, już wtedy powierzyłam Ciebie w opiekę Boga, to Bóg wyznaczał. Twoją drogę malował, Twoje dni, godziny, każdą sekundę Twego życia – to wszystko było darem od Niego.

Kochana Córeczko, umierałaś w sobotę w Godzinie Miłosierdzia Bożego. To był koniec Twojej drogi, ale tu na ziemi, bo teraz otworzyła się dla Ciebie droga życia wiecznego. Bóg tak chciał, to był Jego plan... Ty byłaś Jego planem, to Ty uczyłaś nas czystej miłości, cierpliwości, pokory i zrozumienia nas samych. W czasie swej choroby byłaś naszą nauczycielką życia, byłaś Kimś Niezwykłym, niewinnym, byłaś dotykiem Boga.



W ciszy znosiłaś ból i cierpienie, swoim uśmiechem dodawałaś nam otuchy, w pokorze niosłaś swój krzyż.

Aniu, bądź dla nas Aniołem Stróżem. Strzeż nas i pomagaj nam w trudnych chwilach. A gdy będziemy coś złego robić lub coś nie tak – pogroź nam swoim palcem. Wstaw się za nami u Naszego Ojca i Matki. Zostań z nami, Aniu.

Aniu, nadszedł czas też na podziękowania Tobie. Chylę czoła i z całego serca dziękuję za:

- 9 miesięcy, kiedy to nosiłam Ciebie pod moim sercem – pełna strachu i obawy o Twoje życie;
- za bicie Twego serduszka;
- za Twoją chorobę – to ona nadała sens naszym dniom, to ona nauczyła nas walczyć o każdą chwilę z Tobą, ona nas nauczyła miłości do Boga;
- za Twój uśmiech, łzę, złość;
- za noce nieprzespane przy Twoim łóżku – to tam nauczyłam się pokory, cierpliwości, z każdą nocą nabierałam sił na kolejny dzień z Tobą, Aniu;
- za to, że mogłam być przy Tobie, gdy umierałaś, trzymając Cię za rękę mogłam uczestniczyć w czymś tak niezwykłym i tajemniczym;



- za tysiące modlitw i paciorków różańca odmawiane razem z Tobą;
- za to, że mnie kochałaś, nienawidziłaś wtedy, gdy „pozwalalam żeby zadawano ci ból kolejnymi badaniami czy operacjami”, ale Aniu Ty wiesz, że to było wszystko po to, żeby Cię ratować;
- za Twoją Pierwszą Komunię Świętą przyjętą w szpitalnym łóżku – jakże ona była przepiękna i pełna wiary, na naszych oczach dokonała się prawdziwa ofiara i my dzięki Tobie Aniu mogliśmy w niej uczestniczyć;
- za przyjmowanie razem z Tobą Ciała Pana Jezusa, podczas codziennej Komunii św. – to było zjednoczenie nasze z Bogiem;
- za kreślenie znaku krzyża na Twoim czole – Aniu, tego mi najbardziej teraz brakuje, Twego dotyku, pocałunku, Twego zapachu;
- za 9 wspinających lat życia z Tobą – te lata niech będą dla mnie tu na ziemi wiecznością, a gdy spotkamy się w Domu Ojca niech będą miłą chwilą spędzoną na ziemi;
- i kochana Aniu, dziękuję Ci za, że mogłam być Twoja mamą. Tu też należą się słowa podziękowania dla samego Boga, że dał mi tak wspinałą Córkę, misterną w każdym calu. Słowo „dziękuję” to chyba za mało.


Och Panie Boże, proszę Cię opiekuj się moją Córeczką, niech cieszy się Twoją obecnością i bliskością. A mi daj wytchnienie w modlitwie i ukojenie w bólu. Proszę Cię Boże niech pamięć o Ani na zawsze pozostanie w naszych sercach. To Ty powierzyłeś Ani swój plan, pozwól niech my, którzy ją bardzo kochamy kontynuujemy Twój plan do końca.

Boże, Ty jesteś jak „Duże Drzewo” na pustkowiu, które daje cień w upalne południe, schronienie zaś przed ulewnym deszczem. Jesteś jak „Kropla Deszczu”, która pada na stęsknioną wody, suchą i spękaną ziemię, proszę Cię bądź naszym Opiekunem i Drogowskazem na drodze naszego życia. Bądź Drzewem i Kroplą wody.

O nasza jedyna Matko, teraz dopiero odczytałam znaczenie Twoich słów: „Nie bój się jestem z tobą”, gdy wypowiedziałaś je 13 lat temu w moim śnie. To Ty wtedy już przygotowałaś mnie na to, co się stało. Przez te całe lata stałaś obok mnie i ocierałaś moje łzy. Mateczko masz Anię u siebie, ona mówiła, że ma dwie mamusie – tę która ją urodziła i tę do której może się modlić i dziękować za cud życia. Matko Ty wiesz, co to jest ból po stracie dziecka, proszę cię pomóż mi przez to przejść. Dziękuję Ci Matko za krzyż cierpienia, który nosiłam i w dalszym ciągu noszę – bo wiesz, że jestem chora i mam dwóch synów, którzy będą wkrótce operowani. Ale ten krzyż nie jest ciężki, bo Ty jesteś ze mną. O Matko, bądź powierniczką moich radości, smutków i trosk, proszę przyjdź do mnie we śnie, jak 13 lat temu.

Aneczko, ks. Jacek z CZD tak o tobie napisał: *...ze wzruszeniem patrzyłem, jak Ania w tym cierpieniu duchowo dojrzewa, jak bardzo pragnie przyjmować Komunię Świętą i jak bardzo ten „Dotyk Boga” w Eucharystii pomaga tak młodej dziewczynce zrozumieć wartość krzyża, który choć fizycznie boli, to jednak staje się ołtarzem ofiarnej Miłości. 11 lutego br. do łóżka Ani podszedł ks. Arcybiskup Sławoj Leszek Głódź z okazji spotkania z chorymi dziećmi w „Światowym Dniu Chorego”. Z wielkim wzruszeniem położył swoją dłoń na głowie Ani i wypowiedział słowa błogosławieństwa. To był nie tylko dotyk następcy Apostołów, ale jakby „ukoronowanie” dziecięcego cierpienia, które znoszone w łączności z Chrystusem zbawia cały świat i... ten świat utrzymuje jeszcze w istnieniu!*

Rodzina Radia Maryja czerwiec 2005




To, co piszę, te słowa, chcę by były odzwierciedleniem tego, co czuję i co przeżyłam, nie tylko po stracie Córki, ale też tego, co było. Chcę, by chwile spędzone z Anią pozostały w naszej pamięci, a gdy pamięć trochę się zatrze – niech te kartki, spisane po kryjomu słowa, na nowo obudzą wspomnienia miłe, ale też i te smutne, czasem też bolące.

Może z tego powstanie książka, ale niech to będzie hołd Bogu, Ani i jej chorobie, hołd księżom, którzy opiekowali się nami duchowo, hołd lekarzom, pielęgniarkom – za ich wspaniałą pracę, oddanie, współczucie, pomoc niesioną Ani i nam rodzicom. Bo nie tylko leczyli Anię, ale i nas... To oni byli naszą podporą w trudnych chwilach, służyli nam rozmową, radą, uśmiechem i miłością. To dzięki nim chorobę Córki zaakceptowałam, pokochałam... Zawsze z Anią byłam razem, z dala od synów, rodziny. I to oni, osoby w białych, niebieskich, czy też w różowych fartuchach, stworzyli nam w szpitalnych murach dom, który był bezpieczny, ciepły, życzliwy, taki prawdziwie domowy, a zarazem pełen obecności Boga – jego bezgranicznej Miłości. Mimo, iż były trudne chwile, czasami bywało bardzo ciężko, zawsze byli z nami, tuż obok nas, ale jednak o jeden krok z tyłu – z poszanowaniem godności i woli Ani, i mojej. Ania była bardzo trudnym pacjentem, czasami była w sobie zamknięta, nie odzywała się do nikogo... Przyczyna tego tkwiła w chorobie. Ania dzielnie ją znosiła, miała w sobie tyle siły i tą siłą zarażała innych. Dla niej, jak i dla mnie, budulcem siły był i jest Bóg. Czasami zdawało się nam, że Ania ma tyle siły i werwy, że gdyby miała skrzydła, to wzniosłaby się wysoko, hen nad mury szpitala. Zdarzało się, że ukrywała ból, siłać się na uśmiech. Ania była taka „mała stara”. Wszystko rozumiała. Nie można było nic przed nią ukryć. Umiała czytać z naszych twarzy, oczu, że jest coś nie tak. Ale zawsze, mimo tylu cierpień i bólu, była pogodna, wesoła.

Ania wniosła w nasze życie dużo słońca i miłości. Była naszym promykiem nadziei i wiary, że jutro będzie lepsze. Ten promyk, mimo że Ani już nie ma wśród nas, jest z nami obecny cały czas. Ten promyk jest w nas, bo Ania ciągle w nas żyje, w naszych wspomnieniach.

„Nie umiera Ten, kto trwa w pamięci żywych” – niech to będzie mottem mych wspomnień.



WIARA NADZIEJA MIŁOŚĆ

Odkąd sięgam pamięcią, zawsze byłam wychowywana w głębokiej i żywej wierze. Pamiętam słowa mojej babci „Wiara czyni cuda”. Wiara stała się moim poczuciem bezpieczeństwa, stabilności. Jako mała dziewczynka, zawsze chciałam zbudować dom na tej samej silnej wierze, jaką miała babcia. Byłam zachwycona, a wręcz pełna podziwu dla opowiadań babci. To ona stała się moją wielką bohaterką, a z czasem autorytetem. Postanowiłam zachować babcię na wieki w pamięci dając swej Córce na Chrzcie Świątym imię Anna, tak samo jak nazywała się moja babcia.

Mimo trudnych lat, w których żyła moja babcia, zawsze była pełna wiary, wierna przykazaniom Boga. Rodzina była dla niej świętością. To babcia nauczyła mnie, że trzeba zaufać Bogu, zawierzyć mu, pokładać w Nim nadzieję i bezgranicznie Go kochać, a wtedy Bóg nam wynagrodzi. Tak też zrobiłam i spotkała mnie wielka nagroda. Tą nagrodą jest moja Córka Ania i... jej choroba. Może to wydać się dziwne, ale tak jest naprawdę. To dzięki chorobie Ani poznałam Boga, doświadczyłam Jego wielkiej Miłości, poznałam też gromadę życzliwych nam ludzi. Moje życie i całej mojej rodziny odnalazło prawdziwy sens, stało się czymś takim „pełnym i wartościowym”.

Ktoś, teraz po śmierci Ani powiedział że: „nam ulżyło, bo nie ma Ani”, ale to nie jest tak. Ania chora nie była dla nas żadnym ciężarem. To był wielki dar, że mogliśmy być z tak bardzo chorą Anią. Zawsze dziękowałam Bogu, że dał nam taki krzyż, krzyż cierpienia, pełen bólu i wyrzeczeń. Czasami upadałam pod jego ciężarem, ale jakież radosne było każde powstanie z upadku, gdy sam Bóg wyciągał swoją pomocną i silną dłoń ku pomocy. Takie upadki były często, ale zawsze wierzyłam, że Bóg mi pomoże wstać, że Bóg dał mi taki krzyż, żebym mogła go unieść.

Ania swój krzyż niosła godnie, zawsze w ciszy i w pokorze. Czasami myślę, że nie lubiła go okazywać innym, była bardzo skromna. To była jej taka mała tajemnica zawarta między Bogiem a nią.

Choroba Ani zaczynała się tak bardzo niewinnie. Potem to był straszny wyrok, jak bardzo zły sen, z którego nie można się obudzić. Trudno jest matce oswoić się z myślą o strasznej chorobie swego dziecka, a tym bardziej, że może je stracić. Najpierw było odrzucenie myśli o chorobie, oskarżanie wszystkich o wszystko, a na końcu przyszła fala buntu. To jakiś czas trwało. Ale starałam się nie okazywać tego na zewnątrz,



kryłam to w sobie i tłumiałam. Wolałam wypłakać się przed Bogiem niż przy łóżku Ani. I znów powierzyłam Córkę Bogu, Jemu też zawierzyłam i to dodawało mi sił i odwagi na następne jutro.

Dzięki Bogu, Ani i naszej wspaniałej pani doktor, zaczęłam powoli „kochać” chorobę. Odkrywać w niej ukryte piękno, dostrzegać miłość, nie tylko Ani, ale przede wszystkim Boga. Zawierzyłam Bogu od samego początku. Wierzyłam, że „jutro” będzie lepsze, że tylko droga z Bogiem jest dobra.

Wiara obudziła na nowo we mnie nadzieję. Byłam silna i gotowa do walki o każdą chwilę z Anią. Tą nadzieją zarażałam lekarzy, pielęgniarki. Zawsze im powtarzałam, że będzie dobrze, że wciąż mamy nadzieję, że wydarzy się cud. A cuda się zdarzały. Oni zaś twierdzili, że to co ja mówię ich uspokaja. Mimo, że były okresy choroby bardzo ciężkie, kolejne operacje, potworny ból, ja ciągle powtarzałam „będzie dobrze Pani doktor”.

Czasami coś nie wychodziło, ale to nas nie załamywało, a wręcz przeciwnie, dodawało nam nowej siły do działania, do szukania innego rozwiązania. Nadzieję miałyśmy do końca, nawet wtedy, gdy Ania straciła przytomność, nawet wtedy, gdy zanikało bicie serca, miałyśmy nadzieję

do końca. Ale wypełniła się wola Boga. Ania była potrzebna Bogu w Niebie. Umierając tu na ziemi narodziła się dla Nieba.

Ania zawsze była otoczona miłością. Staraliśmy stworzyć jej normalność. Miała swoje marzenia, plany, pasje i bardzo pięknie w ostatnim okresie swego życia malowała. Ale robiła to na leżącej w pozycji „w powietrzu”.

Wygrała nawet konkurs plastyczny na temat „kim chcę zostać”, a namalowała siebie jako... pielęgniarkę.



Największą pasją Ani było zbieranie aniołków. Ania uzbierała już sporą kolekcję. Tą pasję kontynuujemy w dalszym ciągu. Cały czas dochodzą nowe aniołki... Myślę, że Ania chce, aby zbiór się powiększał.

W naszym domu przy chorobie Ani było sporo wyrzeczeń, ale za to pełno miłości. Moi synowie Maciek i Adam od małego dorastali w chorobie swojej siostry. Wiedzieli, że pewnych rzeczy nie mogą mieć, że ja ich mama w domu jestem gościem. Ale był zawsze obecny Bóg i dziadkowie, i to im wystarczało. Rozumieli, że muszę być z Anią w szpitalu, że

tam jestem bardziej potrzebna. Bardzo kochali swoją siostrę, starali się jej pomóc, chociażby przez to, że nie płakali, że mnie nie ma. Godzili się na wszystko. Jako małe dzieci zaufali Bogu i z tą dziecięcą ufnością dzielnie brnęli przez wszystkie lata choroby Ani, dodając mi tym samym wiary i miłości. A wiara rodzi nadzieję...

Wiara – nadzieja – miłość... do tego dodam jeszcze zaufanie.



EUCHARYSTIA



Czym dla Ani była Eucharystia? Ona była Życiem i Zbawieniem. Częstką dnia, na którą czekała z utęsknieniem. Dla niej to był pokarm nie tylko dla duszy, ale i dla ciała tak bardzo obolałego. Przyjęcie Komunii Świętej, czasami tylko częstkę, Ania odbierała jako ukojenie w bólu, jako

coś co dodaje sił, co żywi. Jej małe serduszek było przepelnione Miłością, takie bardzo spokojne i czyste, jak łza. Ania żyła tylko dzięki Eucharystii i dla Eucharystii. Jak ona z niecierpliwością czekała na ten dzień, kiedy już będzie gotowa na przyjęcie do swego serca Jezusa. Nieważne były prezenty i goście. Pamiętam, jak zapytałam Anię na kogo dziś jeszcze czeka, a ona odpowiedziała, że na najważniejszego gościa, ale ten gość nie wchodzi przez drzwi i nie siada razem z nami. Nie bardzo wiedziałam o co Ani chodzi, ale później wszystko zrozumiałam. Anię w tym dniu odwiedził i zamieszkał w niej Jezus Chrystus pod postacią maleńkiego białego opłatka. To był ten najważniejszy Gość.

Miałam już dwóch synów u Komunii Świętej, ale Komunia Ani była taka niesamowita, może dlatego, że w szpitalu wśród lekarzy i pielęgniarek, którzy stworzyli nam dom, było tak bardzo cicho, spokojnie, bez pośpiechu, bez hucznego obiadu, wystawnych prezentów. Wszyscy byliśmy skupieni tylko na Ani, na tym, co się miało wkrótce wydarzyć. Na naszych oczach dokonana się największa tajemnica i pojawił się owy „Gość”. Moje serce przepelniała wielka radość, że Pan Jezus zamieszkał w sercu mej córki. Ania bardzo na to czekała, to było dla niej jak cudowne uzdrowienie, jak światełko, które rozświetla mrok. Jej cierpienie zostało nagrodzone, teraz odbieram tamten dzień, jako ukoronowanie tych trudnych i ciężkich lat choroby. Ania bardzo tego dnia wyczekiwała i myślę też, że po to żyła. Czasami brak słów żeby wyrazić to, co wtedy czułyśmy, to było takie osobliwe i zarazem tajemnicze. Ania już od dawna przygotowywała się na ten dzień, ale nie za pomocą nauki pytań czy wszystkich modlitw, jej przygotowanie było w formie samej rozmowy z Bogiem. To Bóg uznał, że nadszedł już ten czas. My rodzice tylko byliśmy tłem, a wszystko sprawił sam Bóg w wielkim swym Miłosierdziu i Miłości. To On wybrał ten odpowiedni moment i miejsce.

5 listopada 2004 do końca pozostanie w naszej pamięci, to w tym dniu w sercu mojej Córki na zawsze zamieszkał Jezus Chrystus. Przyszedł do niej po cichutku i z wielką delikatnością, wypełniając jej serduszek choć małe Wielką Miłością i Dobrocią.

Dla mnie, jako matki, było to uwieńczeniem trudu i rozłąki z synami. Wszyscy wtedy byliśmy zjednoczeni w Chrystusie Panu i choć dzieliły nasz setki kilometrów, to zawsze byliśmy razem i blisko podczas przyjmowania Komunii Świętej. To Chrystus nas jednoczył w nierozzerwalną rodzinę. Dzięki temu łatwiej było mi przetrwać najtrudniejszy chyba okres choroby Córki, bo już wtedy wiedziałam, że medycyna stała się bezsilna. Ale nie straciłam wiary. Wierzyłam, że Bóg nas nie opuści i to codzienne

„odwiedzanie” Ani przez Chrystusa ma swoją moc. Był to Jej jedyny pokarm, który mogła wtedy spożywać, ale był to pokarm, który daje życie. I tym życiem, tym darem Ania dzieliła się z innymi, nie trzymała go w „wielkim sejfie” tylko rozdawała go potrzebującym. Ania stała się nauczycielem Wiary i Miłości, a oto co napisała nam pani doktor E. Tryniszewska: *Kochana Aniu! Za to, że od Ciebie i od Twojej Mamy mogłam się uczyć Wiary i Miłości tak bardzo DZIĘKUJĘ!*

To są ciepłe słowa. Ania dla innych była i jest kimś, kto rozdawał uśmiech, ciepło, radość życia, ale chyba najbardziej Miłość, Wiarę. I taką niech mamy w swej pamięci, Anię zawsze uśmiechniętą mimo ogromnego bólu, wesołą, pogodną, zawsze ufającą Bogu i Jego Wielkiej Miłości.



Boże, Ty tylko wiesz, co nam jest sądzone, co nas czeka jutro. Nasze drogi są Twoimi ścieżkami, Ty wyznaczasz ich rytm, stawiasz przed nami przeszkody, ale pomagasz nam je pokonać. Droga z Tobą jest łatwa, i taką drogę ja mam do pokonania. Kiedyś tą drogą szłam razem z Anią, teraz jestem sama, ale Ty nadal jesteś ze mną, gdy jest ciemno stajesz się moim światłem, gdy upadam Ty podajesz mi dłoń. Boże, jakże mam Cię nie kochać? Kocham za Anię, za synów i za trudności, które stawiasz mi na mojej drodze. Memu życiu nadałeś sens, moim dniom dodałeś blasku i ciepła. Jesteś zawsze ze mną, gdy płaczę i gdy narzekam, gdy jestem radosna i szczęśliwa. Miło jest płakać wiedząc, że ktoś otrze ci łzy, że ktoś przytuli cię do swego serca. Boże, to Ty. Ania dziecięcą miłością kochała Ciebie tak mocno, na ile miała siłę, a ja Boże kocham Cię bez słów, bo wszystko zostało już wypowiedziane w dniu Twego zamieszkania w sercu Ani. Ojczy dziękuję Ci za Anię i za to, że dane mi było choć przez chwilę być Jej mamą.



SZPITAL NASZYM DRUGIM DOMEM

Ania miała dwa domy. Pierwszy to ten swój rodzinny, dokąd zawsze wracaliśmy z szpitala, gdzie czekała na nas z utęsknieniem rodzina, a ten drugi był stworzony w szpitalu. Oba były bardzo ważne w naszym życiu. Dom rodzinny był dla nas najważniejszy, bo ktoś tam czekał na nasz po-



wrót z ciepłym obiadem. Zawsze pachniał domowym ciastem, pełen był gwaru dziecięcych głosów. Ale tak było na początku, wtedy gdy jeszcze Ania większość czasu spędzała w domu, później z biegiem lat ten dom stawał się pusty i taki cichy. Gdzieś uleciały zapachy domowego ciasta, a w ich miejsce wkradł się smutek, strach i obawa o jutro. Ania już wtedy miała bardzo zaawansowaną chorobę i toczyła się walka o każdy dzień, o każdą chwilę. Z każdym następnym dniem w szpitalu nasz dom rodzinny powoli oddalał się, z czasem stawał się tylko naszym marzeniem. Ania bardzo tęskniła za swoim domem, swoimi zabawkami, lalką i wtedy z pomocą przyszli nam lekarze i pielęgniarki. Stworzyli nam w szpitalnych murach DOM, może nie taki z pięknymi firankami czy też wygodnym fotelem, ale DOM, w którym było bezpiecznie, było ciepło, pełno życzliwości, gdzie czuliśmy się komuś naprawdę potrzebni. Nasze bycie w tym DOMU było bardzo długie, czasami spędzałyśmy tam święta i to zawsze Bożego Narodzenia. Bardzo zapamiętałam nasze pierwsze Święta w 1999 roku. Zostałyśmy same na naszym odcinku,

wszystkie dzieci poszły do domu, nam też było żal, ale zdrowie Ani było wtedy bezcenne, musiałyśmy zostać. Po raz pierwszy spędzaliśmy Święta z dala od domu, od rodziny. Przyznam się, że takich świąt jeszcze nigdy nie miałyśmy i nie będziemy mieć, po prostu one były wspaniałe. Wigilia, a raczej dzielenie się opłatkiem było takie... opłatek był mokry od naszych łez, ale nie były to łzy smutku, tylko szczęścia, że narodził się Jezus, a w raz z nim początek tego „nowego”, co da nam nowych sił do walki o Anię. Ja nigdy nie dzieliłam się opłatkiem z tyloma ludźmi, jak tam na szpitalnym korytarzu. Tam wszyscy stanowiliśmy jedną dużą rodzinę nie zważając na tytuły, czy pochodzenie. Byliśmy jednością. Złączyliśmy tylko małym, białym okruszkiem opłatka. Czy kiedyś jeszcze raz będzie mi dane to przeżyć? Wspomnienie tamtej Wigilii pozostanie głęboko w moim sercu.

Szpital był i jest dla nas nadal miejscem, gdzie z chęcią wracamy, kiedyś z Anią, a teraz ja sama wracam do tych miejsc. Bo to nasz DOM. Może to wyda się dziwne, ale mnie tam ciągnie, na tamten oddział, na salę, która była naszym drugim domem i do wszystkich, którzy tam pracują, bo to oni stali się naszą rodziną. Czasami mam wrażenie, gdy tam jestem, widzę Anię biegnącą korytarzem i wtedy łzy same lecą po policzku. Nie wiem sama dlaczego ciągle tam powracam i czego tam szukam? A może to tęsknota za tym drugim domem? A może to tęsknota za ciepłem, spokojem i miłością, której mi brak? Nie wiem, co to jest i jaka siła mnie tam popycha? Ale chcę tam wracać. Rozmawiać z naszą doktor, z profesorem i ze wszystkimi. Ja chyba muszę tam powracać, bo to jest częścią mego życia. Bo tam była Ania, a ona była i jest częścią mnie.

**piszę, bo nie chcę zapomnieć
piszę, bo to mi pomaga ukoić ból
piszę, bo dużo zostało niewypowiedzianych słów**

Tak, piszę dla tych trzech powodów, bo chcę i muszę. Jest mi z tym dobrze. Żeby jednak do tego dojrzeć potrzebowałam pomocy, a raczej rozmowy z osobą, której bardzo dużo zawdzięczam. Pozwolę sobie na jej przedstawienie. To Agatka Panas. Przyjeżdżała do Ani i do nas, gdy byliśmy pod opieką hospicjum. Ona tam pracuje. Dzięki niej i doktor Eli Solarz w tym okresie normalnie mogliśmy żyć, a teraz też zaczynamy

powoli nowe życie, życie w którym nie ma obecności Ani, tylko jej pamięć w naszych sercach. Przychodzi nam to z wielkim trudem, ale mamy Agatkę i dr Elę, i z nimi jakoś damy radę. Musimy zacząć normalnie żyć, żeby nie zwariować. Musimy to zrobić dla Ani.

Byłam kiedyś u Agaty na oddziale. Miałam wtedy „doła”. Cały czas myślałam tylko o Ani, płakałam i wtedy Agata powiedziała, żebym zaczęła pisać. O tym, co mnie boli, co mnie smuci. Wtedy wydało to mi się to takie nierealne, pozbawione sensu. Zadawałam sobie pytanie: „po co pisać?” „Czy ja sobie tym pomogę?” Teraz już wiem i z całą pewnością mogę odpowiedzieć na te pytania. To mi bardzo pomaga. Dzięki temu pisaniu mogę normalnie żyć i funkcjonować. Ale podziękowania należą się dla Agatki. To dzięki niej odkryłam piękno pisania. Agatko, bardzo Ci dziękuję za twe słowa i za okazane serce. Chcę Ci zadedykować słowa Jana Pawła II: **„Człowiek jest wielki nie przez to, co ma, nie przez to, kim jest, lecz przez to, czym dzieli się z innymi”**. Agatko, jesteś wielka.

To wielki dar jest móc pisać o tym, co boli i co jest najcenniejsze. Czasami wolę to opowiedzieć, niż napisać, ale przecież to, co napisane może przetrwać. Są dni kiedy żadne słowo mi nie wychodzi, kiedy moje myśli są gdzieś daleko, kiedy zbyt bardzo boli żeby pisać. Ale są też i takie dni, kiedy słowa płyną jak strumień, gdzie tracę poczucie czasu i liczy się tylko moje pisanie. Każda chwila przynosi nowy temat... Tyle jest do opisanego, tyle wydarzeń, i tych bardzo ważnych, i tych błahych. Tyle razy układałam w myślach plan mego pisania, lecz nigdy do niego nie wracałam. Piszę to, co przyniesie dana chwila. Czasami wystarczy jedno słowo i reszta wysypuje się jak z worka, lecz jest też tak, że brak mi nawet jednej litery i nic, stoję w miejscu, jakby zawieszona między wierszami tekstu. Nie zmuszam się wtedy do pisania, bo nie robię tego dla kogoś, robię to dla siebie, dla pamięci o Ani.

Pisanie pozwala mi swobodnie oddychać, cieszyć się życiem takim, jakim ono jest. Mam wtedy swój świat, do którego nikt nie próbuje wejść i nic w nim nie zmieniać. Może dla innych wydawać się, że to jest ucieczka przed normalnością, przed tym co jest i co nas czeka. Dla mnie nie jest to żadna ucieczka. To jest możliwość powiedzenia komuś o sobie, o Ani i o osobach, które były i są cały czas z nami. Swoje fragmenty pisania dałam do poczytania kilkom osobom. Bardzo wzruszyła mnie ich opinia. O moim pisaniu mówią, jak o pięknym świadectwie wiary i żeby móc wycisnąć te kartki, to dobry kubeczek wiary by się uzbierał. Może i tak, ale ja piszę to, co mówi mi serce. Nigdy nie staram się ubierać słów w piękne szaty. Piszę to, co czułam i co czuję teraz. Moje obcowanie z Bogiem do-

daje mi tej wiary, o której wszyscy mówią. Będąc w kościele usłyszałam piękne kazanie na temat talentów podarowanych swoim sługom przez Pana. Byli słudzy, którzy swoje talenty pomnażali i to się Panu spodobało, ale był też sługa, który zakopał swój talent w ziemi, nie zainwestował w niego, zwrócił go swemu Panu. Otrzymał szansę i jej nie wykorzystał. Być może mi Bóg podarował owe talenty, które teraz ja muszę pomnożyć? Nie chce ich zaprzepaścić, Bóg stawia przed nami osoby, które mają nam pomagać, wspierać i być może tą osobą jesteś Ty – Agatko. Otrzymałam od Boga „talenty”, a Ty pomogłaś mi je odszukać. Agatko, dzięki Tobie wiem, że owe „talenty” dobrze wykorzystam. Być może tym swoim pisaniem komuś pomogę? Tak jak mi to pomaga. Może ktoś odnajdzie gdzieś zagubioną po „drodze swego życia” drogę do Boga? Naprawdę nie wiem, jak mam Ci dziękować., Twoja pomoc jest bezcenna, Agatko **„Przyjmij słowo Chrystusa, zaufaj Mu i podejmij Swą życiową misję. Ludzie nowego wieku oczekują Twojego świadectwa. Nie bój się! Jest przy Tobie Chrystus”** – Jan Paweł II.



Boże Narodzenie bez Ani. Trudno mi to sobie wyobrazić. Puste miejsce przy naszym wigilijnym stole, łzy przy wspólnej modlitwie, niewypowiedziane życzenia. Boże, jak mam to przeżyć? Radość przy dzieleniu się opłatkiem tak białym jak śnieg, radość, bo narodził się Zbawiciel, tak długo oczekiwany... tym razem bez Ani. Gdzie się podziały nasze życzenia złożone rok temu w szpitalu, że następne święta spędzimy wszyscy razem w domu? Obiecałam to Ani i teraz co mam zrobić, Boże? Boże, pomóż mi. Boże, płyną mi łzy po policzku. Nie widzę liter, mam ogromny ból. Ania tak bardzo cieszyła się z tych świąt, bo mogła pójść do Twego żłóbka. Boże, ona musiała tam wejść i poprawić Ci sianko, żeby Ci było wygodnie. Musiała pogłaskać owieczki. A najbardziej lubiła Aniołki, które stały przy Twoim żłóbku, bo one tak śmiesznie kiwały główkami. I teraz tego zabraknie... Wspólne ubieranie choinki, Mikołaj. Boję się, że to gdzieś uleciało i nie powróci. Nie umiem się cieszyć. Wiem, że mam jeszcze dwóch synów, ale... Ania wypełniała moje dni. Jej życie było moim życiem. To tak, jakbym miała największy skarb i teraz ten skarb ktoś mi ukradł. A może słabo go chroniałam, nie trzymałam w sejfie? Jedynie Ty Boże znasz odpowiedź na to pytanie. To była Twoja wola, Ty Ją zabrałeś do siebie. Boże, jak mam tu bez Niej żyć? Jak mam cieszyć się świętami? Co zrobimy podczas Wieczery Wigilijnej? Czym zastąpimy te puste miej-

sce przy stole? I kto Ci poprawi sianko w żłobku? Jest tyle pytań, a nie ma na nie odpowiedzi.

Święta Bożego Narodzenia to okres radości, bo narodził się światu Wybawiciel, a z Nim Nadzieja na lepsze jutro. Choć Ani nie ma wśród nas, to jest obecna w naszej pamięci, mamy Ją na zawsze w naszym sercu, i choć będą to pierwsze święta bez Niej, to będą to święta Wielkiej Radości i Nadziei, że następne dni przyniosą pokój naszemu sercu.

Boże, przeżywamy teraz okres oczekiwania na Narodzenie Twego Syna, daj mi dużo sił i wiary, żebym mogła się do tego przygotować. Nie obiecuję Boże, że będzie mi lekko, że gdzieś nie zrobię błędu, więc proszę Cię bądź ze mną, niech czuję Twą obecność. Napełnij me serce Miłością, okaż mi Swą Dobroć. Wiem, że nie powinnam płakać, ale inaczej nie potrafię, łzy przynoszą mi ukojenie, wewnętrzne wyciszenie. Staram się nie płakać przed synami, bo wtedy im jest bardziej ciężko, bo też brak im Ani. W domu jest tak cicho, nie słychać Jej śmiechu, Jej gwaru, wszystkie zabawki stoją i czekają, że Ania je weźmie do zabawy, czekają. Nigdy nikt nie jest w stanie wyobrazić i opisać pustki po zmarłym dziecku. To takie bez dna...

Boże, jedynie wiara pozwala mi to zrozumieć i ogarnąć, chociaż powiem Ci, że nie jest to łatwe. Trudno mi do końca pogodzić się ze śmiercią Ani, ale z drugiej strony wiem, że Ani tam jest dobrze. Nam pozostała tylko pamięć o Niej i miejsce głęboko w sercu, aż tyle tylko mogę dla Niej zrobić. Czy to dużo Boże?

Boże, o jedno Cię proszę daj nam zapomnieć o tym pustym miejscu przy stole. Boże, Ty zajmij te puste miejsce, Siądź razem z nami i przełam się opłatkiem tak białym, jak pierwszy śnieg. Zostaną wypowiedziane życzenia, które miały być tylko wspomnieniem, a nadzieja znów wstąpi w moje życie. Ania odeszła po to, by żyć, ale żyć wiecznie. Wiem, że będzie obecna z nami w Święta i że znów poprawi Ci sianko. Boże, trudno to zrozumieć i z wielkim trudem przychodzi mi o tym pisać, ale czuję Twoją obecność i z taką łatwością piszę słowa. Bądź ze mną.

Kochana Aniu, 9 grudnia mam odczytać referat na temat naszego wyboru. Ale to był Twój wybór Aniu. Dziękuję Ci, że dokonałaś tego. Aniu, tego dnia mija też 8 miesięcy od chwili Twej śmierci, a czas czytania mego referatu to godzina Twej śmierci. Aniu czy to nie jest znak? Czy tak miało być? Czy powinnam tam być? I czy dam sobie radę? Znów

pojawiają się pytania, na które nie mam odpowiedzi. Aniu, Ty znasz odpowiedzi, proszę Cię bądź ze mną tam. Niech czuję Twą obecność, Twój dotyk, za którym tak tęsknię. Aniu bardzo Cię kocham, proszę pomóż mi przez to przejść.

Referat został wydrukowany w I tomie monografii „W drodze do brzegu życia” str. 113–125.



Aniu – chcę Ci podziękować za wczorajszy dzień. Bardzo Ci dziękuję, że byłaś na I Konferencji „Życiodajna Śmierć – pamięci Elizabeth Kübler-Ross”, że pomogłaś Agacie i mi.

Stało dla Ciebie puste krzesło, a na nim biała róża – ta róża, Aniu to Twój symbol. Zawsze będziemy Cię pamiętać, ilekroć spojrzymy na białą różę. Aniu chyba dobrze zrobiłam, że podarowałam ją dla pani profesor Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, bo to ona była „matką wczorajszego dnia”, to z jej zaproszenia mogłam tam być i mówić o Tobie, Aniu. Podarowałam jej też Twego Aniołka, niech zawsze przypomina Ciebie. Wiesz, pani profesor powiedziała, że teraz ma dobrego Anioła Stróża – to Ty nim Aniu zostałam.

**Aniu ta róża to dla Ciebie,
z całego serca dziękuję Ci za to,
że jesteś cały czas ze mną.**

**Moja Córeczko
bardzo Cię kocham**



Aneczko, Ty też dostałaś od pani Profesor Krajewskiej-Kułąk Anioła, który „przyleciał” aż z Łodzi. Zawiesiłam go nad Twoim łóżkiem, będzie mi przypominał wczorajszy dzień.

Aniu, tak Ci jestem wdzięczna za to, że tam byłaś. I wiem, że byłaś, bo ta róża wyglądała tak, jakbyś ją trzymała w swych rękach, dlatego

podarowałam ją pani profesor. Aniu, widziałam łzy wzruszenia u pani profesor...

Ty naprawdę dalej uczysz ludzi, wzbudzasz w nich tyle radości, że obdarowują ją innym. To takie piękne. Może uda nam się Aniu wspólnie choć trochę zmienić świat na bardziej weselszy i pełen miłości, a przede wszystkim pełen wiary, że śmierć w domu jest czymś tak pięknym i zarazem tajemniczym. Jest to moment bardzo wzniosły. Pełen Miłości Boga... i ta śmierć wcale nie boli, i nie jest nam aż tak smutno, bo MY wszyscy razem TAM się spotkamy Aniu.



Aniu, jest jeszcze tyle do opisania, do powiedzenia. Chciałabym bardzo napisać o naszych „Elach”. Bo jak sama kiedyś zauważyłaś otaczają nas same Elżbiety. Od chwili pierwszych dni Twojej choroby towarzyszą nam osoby, które mają tak na imię.



Najbardziej weszła w nasze życie pani doktor Ela Jarocka. Ania mówiła do niej „ciocia Ela”. Znamy się już prawie od 7 lat, nie wiem czy to dużo czy mało, ale na pewno to, że stała się członkiem naszej rodziny.

To, że jest świetnym lekarzem nie muszę mówić, z taką troską podchodziła do Ani choroby. Zawsze delikatna, nie robiąc nic wbrew Ani, nawet chcąc badać pytała najpierw Anię o przyzwolenie. Wiecznie zabiegana, zapracowana, ale zawsze miała czas przyjść na salę i choć na chwilę porozmawiać z nami. Walczyła o Anię jak „Iwica o swoje małe”, z determinacją i wielkim poświęceniem.

Ania wiedziała nawet, kiedy ciocia Ela do niej idzie na salę. Znała już jej kroki. Później Ania nazwała panią doktor „pszczołka”, bo tak szybko i zwinnie biegła. Kochana jest ta nasza doktor. Brak mi teraz tych rozmów, a mogliśmy rozmawiać o wszystkim. Brak mi też „batonika”, pani Ela wie o co chodzi. Ania nawet nie pukając do drzwi gabinetu, wchodziła i zostawiała „batonika”, jeszcze mówiąc z taką stanowczością, że „musisz”. Później, gdy Ania nie mogła już sama chodzić to ja przynosiłam. To było takie „tuczenie” naszej pani doktor.

Kochana pani doktor, chcę podziękować za opiekę nad nami. Za wspaniałe i trudne lata pracy nad Anią. Były okresy bardzo trudne, ale było też i te radosne. Wiem, ile wysiłku kosztował panią każdy wybór leczenia Ani, ile było nocy nieprzespanych i łez, które ukradkiem pani wycierała. Dziękuję za optymizm, którym dzieliła się pani ze mną, za pomoc w „pokochaniu” Ani choroby. Dziękuję za dobroć serca, bo ono jest tym, czym ciepło słońca, ono daje życie. Pochylały się przed inteligencją, klękamy zaś przed dobrocią. Pani doktor, jest pani wspaniałą osobą. Pełną ciepła, które dodawało mi sił na każdy następny dzień. Bardzo lubiłam, gdy miała pani dyżur, bo czuliśmy się wtedy z Anią tacy bezpieczni i wiedzieliśmy, że nie może stać się nic złego. To pani zapoczątkowała nasz drugi DOM na sali nr 18, bardzo jestem wdzięczna. Dla nas to była taka normalność, taka mała namiastka rodzinnego domu.

Minęło już 7 lat – i tak szybko. Gdybym miała możliwość cofnięcia czasu to bym cofnęła go o 7 lat, ale chciałabym tam spotkać panią doktor i znów zetknąć się dobrocią, i ciepłem. Pani doktor **dziękuję**.

Ela Piechna to nasze słońeczko w Warszawie. A dlaczego słońeczko? Ela pracuje na oddziale intensywnej terapii i poradni leczenia bólu. W CZD oddział ten ma kolor żółty, tzn. pielęgniarki są ubrane w żółte fartuchy. I stąd nasze słońeczko. Mam wrażenie, że znamy się od zawsze. Ela była tam dla nas takim „pomostem” między szpitalem a domem. To dzięki niej Ania miała chomika, to Ela zaszczepiła w niej to marzenie. Nasze słońeczko było bardzo złe na Ani chorobę, zawsze mówiła, że weźmie dużego kija i przepędzi tą wstrętną chorobę. Ale Elu zabrakło


chyba tego kija? Jesteśmy Ci jednak wdzięczni za twój ciepły uśmiech, poczucie humoru, bardzo długie rozmowy przy wymianie morfiny, pamiętasz to Elu? Elu, nigdy nie zapomnę tych uścisków Twoich, aż „mi soki wszystkie wyciskałaś”. Teraz za tym bardzo tęsknię. Wiesz Elu, brak mi słońeczka. Kochana Elu, pamiętaj zawsze tego „małego pączusia”, miej Anię w swym sercu. Pamiętaj też o mnie. Może nie byłam czasami dobra dla Ciebie, proszę wybac mi to. Elu, czy kiedykolwiek jeszcze się zobaczymy...? Elu, **dziękuję**.

I... doktor Ela Solarz, nasze hospicjum. Wielka skarbnica spokoju i ciszy. To po rozmowie telefonicznej pani doktor w Warszawie – stopniał śnieg na parapecie za oknem. Dlaczego? Zapadła decyzja o przekazaniu Ani pod opiekę hospicjum... To był luty. Bałam się bardzo... Mimo, że była to szansa „ucieczki ze szpitala”. Bałam się tego słowa... Znałam panią doktor, bo nadzorowała Ani podawanie morfiny, ale było te właśnie „ale”. I wtedy odbyła się ta rozmowa przez telefon...i aż śnieg stopniał, bo takie ciepło emanowało przez telefon. Po tej rozmowie miałam świadomość, że ktoś na nas czeka, że ktoś nam w domu pomoże. Bo nie wystarczy mieć dokąd wrócić, trzeba mieć jeszcze kogoś, kto będzie na ciebie czekał. Dzięki doktor Eli Solarz mogliśmy być w domu, przeżywać tym samym śmierć Ani w domu. To pani doktor przygotowała mnie na najdłuższą chyba noc w moim życiu. Rozmowę w kuchni do końca będę pamiętać. Pani doktor, chcę za to podziękować. Dziękuję po prostu za to, że Jesteś, że w tym najtrudniejszym okresie byliśmy kochani, potrzebni. Dzięki za piękne odwiedziny, za ciepły głos w słuchawce. Pani doktor **dziękuję**...

**Aby zrozumieć ludzi trzeba starać się usłyszeć to,
czego nigdy nie mówią i być może nigdy nie powiedzieliby.
Czasami trzeba usiąść obok
i czyjaś dłoń zamknąć w swojej dłoni,
wtedy nawet łyzy będą smakować jak szczęście.
Miłość jest radością świata,
słońcem życia,
wesołą melodią na pustyni.**


DZIĘKUJĘ

*Dziękuję za Twoje włosy
nie malowane na obrazach
za Twoje brwi podniesione na widok anioła
za piersi karmiące
za ramiona co przeniosły Jezusa przez zieloną granicę
za kolana
za plecy pochylone nad śmieciem w lampie
za czwarty palec serdeczny
za oddech na szybie
za ciepło dłoni na kłamce
za stopy stukające po kamiennych schodach
za to, że ciało może prowadzić do Boga.*



Dziś zapalono czwartą świecę. Dziś, czwarta niedziela Adwentu. Aniu, nadchodzi Boże Narodzenie, a z nim wielka radość z Narodzenia Bożej Dzieciny. Nie wiem, co mam napisać... Czy mam się już cieszyć z tych świąt, czy...? Wiesz, chciałabym zasnąć i obudzić się już po świątach. Nie, nie mogę tak zrobić, Ty wiesz przecież o tym. A Maciuś i Adaś? Muszę dla nich żyć i razem z nimi spędzić te święta, pierwsze święta nasze w domu – w prawdziwym domu. Aniu ciężko mi będzie, to tak bardzo jeszcze boli. Co mam robić? Proszę, pomóż mi.

Och Boże proszę Cię, żeby te święta były spokojne, żeby tak nie bolało, żeby ten ogromny ból po stracie Córkki nie zaćmił tej wielkiej radości z narodzenia Dzieciny. Niech to Malaństwo przyniesie mi promyczek słońca, które rozświetli me życie, niech wniesie w me życie radość, nadzieję, niech mi doda sił do odbudowania więzi między moimi synami, niech nauczy mnie miłości takiej czystej i pięknej, niech nauczy mnie pokory, by dalej kroczyć Twą Boże drogą. Boże, proszę...



Dziś mamy już 28 grudnia – to już po świątach. Jakie one były? Póki trwały przygotowania do świąt, do wieczerzy wigilijnej, tak bardzo nie odczuwałam braku Ani, byłam zajęta porządkami, pieczeniem ciast, wysyłaniem życzeń. I myślałam, że mi się uda, że „zabiję” w sobie tę tęsk-

notę, że uda się zapomnieć, i sobie jakoś z tym poradzę. Ale nie było tak jak chciałam... to była moja pierwsza Wigilia, gdzie odmawiałam modlitwę ze łzami bólu, smutku, goryczy i żalu. Boże, jak wtedy bardzo bolało, zabrakło mi tchu, przy stole zapadła taka głęboka cisza.

Stało wolne krzesło w centralnym miejscu przy stole, a przy nim wolny talerz...dla Ani. A ja obok niego stałam i się modliłam, prosząc Boga, żeby dał mi odczuć bliskość Ani. Nikt nikomu nie składał życzeń zdrowia, szczęścia, czy pomyślności. Przy łamaniu się opłatkiem padło tylko: „abyśmy Boże z Tobą za rok doczekali”. To było chyba najważniejsze i najpiękniejsze życzenie. Bo, czym jest zdrowie, szczęście, gdy nie ma obecności Boga? Czym jest miłość bez miłości Boga?

Te święta były inne od poprzednich. Nie tylko przez to, że zabrakło Ani, one były inne bo my odczuliśmy dotyk tej Małej Dzieciny, która była wśród nas. I mimo, że bardzo mnie bolało to, że nie ma wśród nas Ani, to jednak miałam taką radość w sercu, bo do mego serca przyszło owe Małeństwo i w Nim zamieszkało, tak jak do mojej Córki w dniu jej Pierwszej Komunii Świętej. Moje serce odzyskało spokój, tak bardzo upragniony. Zyskało miłość, która daje siły do pokonania wszelkich trudności. Moje serce jest pełne radości, otwarte na Miłość Boga, Jego Mądrość i Dobroć. Ale żeby to wszystko odczuć, przeżyłam drogę bardzo trudną i ciężką. Musiałam przejść przez chorobę mej Córki, bezgranicznie jej się poświęcić, przyjmując i zaakceptowując wolę Boga, a w końcu w pełni uczestniczyć w śmierci Córki.

Boże, kim byłabym gdyby nie było Ani?

Jak wyglądałoby moje życie?

Dlaczego wybrałeś mnie?

Dlaczego dałeś mi Anię?

Dlaczego mnie aż tak kochasz?

Kochać, znaczy chcieć dla kogoś dobra i tym dobrem dla mnie Boże jest Ania. To dzięki Niej moje życie nabrało sensu, blasku. Stało się jasnością wśród szarości dnia codziennego. To dzięki Niej odczuwam Twoją Boże Miłość. To dzięki niej ogarniasz nas Swoim Miłosierdziem, wskazujesz nam drogę, którą mamy kroczyć. Nasze dni były i są Twoimi dniami.

„Kocham Cię, o mój Boże i moim jedynym pragnieniem jest kochać Cię aż do ostatniego tchnienia mego życia. Kocham Cię, o mój Boże,

nieskończenie dobry, i wolę umrzeć kochając Cię, niż żyć bez kochania Cię. Kocham Cię, Panie, i jedyna łaska, o jaką Cię proszę, to kochać Cię wiecznie... Boże mój, jeśli mój język nie jest w stanie mówić w każdej chwili, iż Cię kocham, chcę, aby moje serce powtarzało Ci to za każdym moim tchnieniem."

Św. Jan Maria Vianney „Modlitwa”



JEST JUŻ 2006 ROK.

Jaki on będzie? Czy wystarczy nam sił, aby godnie go przejść? Ile razy będziemy upadać pod ciężarem naszych decyzji, ile rozczarowań z nieosiągniętych planów i spełnionych marzeń? Ile łez i śmiechu? Ile radości i smutku? A ile miłości?

Ale jedno na pewno wiem, że ten rok będzie rokiem Małej Dzieciny, która narodziła się nie tylko w szopie betlejemskiej, ale też i w naszych sercach.

Rok, mały wycinek z naszego życia, który oddamy w opiekę Matce. To ona wie, co jest dobre i cenne dla nas. Tak jak każda matka kocha nas bezcenną i bezgraniczną miłością, pełna nieustającej pomocy i wielkich poświęceń. Matko, prowadź nas przez ścieżki Nowego Roku. Gdy piszę te słowa przypomina mi się piosenka z dzieciństwa, a raczej z mojej Pierwszej Komunii Świętej. Oto ona:

Była cicha i piękna jak wiosna, żyła prosto zwyczajnie jak my.

Ona Boga na świat nam przyniosła, i na ziemi wśród łez nowe dni zajaśniały.

Matka, która wszystko rozumie, sercem ogarnie każdego z nas.

Matka zobaczyć dobro w nas umie, Ona jest z nami w każdy czas.

Matko bądź ze mną.

Trudno jest przewidzieć, jaki będzie ten rok. Stary rok zakończyłam na szczerzej rozmowie z synami. Odważyłam się porozmawiać z nimi o moim prywatnym życiu. Ta rozmowa była nam bardzo potrzebna, doszliśmy do pewnego kompromisu między nami. I znów na nowo odzyskałam synów, ale z tą świadomością, że na stałe. Znów mamy siebie. Powróciło zaufanie i szczerłość. I jeszcze coś zrobiłam, zrozumiałam swój największy błąd. Nigdy nie rozmawiałam z synami o śmierci Ani. Nie zważałam na ich ból, bo byłam zaślepiona swoim bólem, a oni tak bardzo cierpieli i jeszcze bardziej mnie wtedy potrzebowali. Boże, jaka ja byłam ślepa, przecież mogłam na zawsze stracić chłopców. Tak nie-

wiele brakowało... Pomogła nam ta rozmowa w sylwestrowy poranek. Były łyzy i głęboka cisza, a potem... zabawa „podaj dalej” wymyślona przez Adasia. To były piękne chwile i na zawsze pozostaną nam w pamięci.

Nauczyliśmy się wszyscy mówić otwarcie i szczerze o śmierci Ani. Adam nawet ofiarował Ani w noc sylwestrowa najładniejszy zestaw fajerwerków i jeszcze z taką zazdrością powiedział, że Ania widzi wszystkie fajerwerki, lepiej bo z Nieba.

Stary Rok zakończyliśmy na rozmowie o nas, co nas boli, a co nas cieszy. I bardzo chciałabym, aby ten Nowy Rok wydał owoce tej naszej trudnej rozmowy.

A teraz, to już powstaje nasza Księga Życia. Życia tego nowego, gdzie odczuwamy bliskość Boga. Nie znam jeszcze słów, jakie mam tu zapisać, to przyniesie nam życie, słowa te zostaną podyktowane sercem. I wiem, że będą one natchnione przez Pana, bo to on prowadzi moją dłoń po klawiaturze, to On siedzi za mną i czuwa.

Boże proszę Cię, dodaj mi sił, i wiary, aby te słowa były odzwierciedleniem mej duszy, a tym którzy będą to czytali, daj im odnaleźć w mych słowach siebie.

I co dalej?... ja czekam...

JESTEM

A może łatwiej by mi było, gdyby mnie nie było. To takie trudne zaistnieć. Mieć prawo do własnego wyboru, własnych decyzji i własnego życia.

Ale jestem. Jestem, Boże, i tylko Ty wiesz jaka jestem naprawdę. Jestem człowiekiem, tylko człowiekiem, który popełnia błędy, który cały czas waha się, czy słusznie podjął decyzję. Decyzja mego życia... Boże, to takie trudne. Cały czas rozmawiam z Tobą i sama siebie usprawiedliwiam. Czy dobrze robię, czy dobrze czynię? I znów pojawiają się pytania, na które brak odpowiedzi. Ale dziś mogę powiedzieć Boże, że robię... dobrze, że do końca przemyślałam swe decyzje. Ty zawsze będziesz ze mną cokolwiek się wydarzy, cokolwiek pomyślę, Boże. Ty będziesz już znał

odpowiedź. Zawsze Boże będę Cię kochała i będę miała w swym sercu. Tak trudno jest o sobie pisać... o swoim życiu. Lepiej jest przeczytać czyjąś recenzję, poznać opinie o sobie. Każdy z nas poszukuje prawdy o sobie, jaki to ja jestem, i kim jestem? Dlaczego tak nas kocha Bóg? Dlaczego tak nas doświadcza? Bo to jest Miłość. Miłość piękna, prosta, czysta. Tak niewiele potrzeba, aby tej miłości dostąpić. Bo: *kto nie miłuje, nie zna Boga, bo Bóg jest miłością* – Pierwszy List Św. Jana 4,8.

Boże i znów stoję... nie wiem, co dalej. Pomóż mi, pomóż mi odnaleźć prawdę o sobie, przyjąć ją taką, jaka jest. Boże proszę...

...KONIEC

To już koniec mego pisania, nie powstanie Księga Życia. To Wy, którzy przeczytaliście mą książkę, dopiszcie sami, własnym sercem tę Księgę, niech ona stanie się waszą własnością i tylko Wy miejcie na nią wyłączność. A ja dopiszę wtedy własną, ale nie kartkach, tylko wyrytą w sercu.

Boże, tylko ty wiesz kim jestem.

A kim jestem?

Boże... jestem sobą, jestem kimś kto zawierzył Ci, pokochał. Nigdy nie zwątpiłam w Ciebie. Wiedziałam, że dobrze dla mnie robisz, że stawiasz na mej drodze osoby, które mi pomagają, które uczą mnie kochać, uczą mnie normalnego życia. Za to Boże chce ci podziękować. Jesteś dla mnie wszystkim. W Tobie znajduję wytchnienie. Dziękuję Ci za synów, za ich piękną i czystą miłość do mnie. Za to, że zawsze są ze mną, że dodają mi swych sił na następny dzień. Bez nich stałabym się „pustą i martwą naturą” pozbawioną sensu życia i blasku, który oświeca moje szare dni. Boże, oni są niesamowici, tyle w nich determinacji i Twej Boże Miłości. Proszę Cię Boże pobłogosław im, na ich codzienność. Niech zawsze kochają Cię, jak małe dzieci, taką miłością spontaniczną, szczerą, pozbawioną lęku i niech zawsze będą otwarci na Twe Słowo i Boże, na Twą Miłość. Obdarz ich Swą Mądrością, Wiarą. Boże, po prostu bądź z nimi, o nic Cię więcej nie proszę... i Boże dziękuję.

Boże, jeszcze podziękuję Ci za mych wspinających rodziców. Za ich troskę o mnie, za wielką pomoc, abym mogła zaistnieć. Za to Boże, że mogę do nich mówić: „Mamo” i „Tato”. Boże czasami ich ranię swymi decyzjami, ale Oni zawsze są ze mną, zawsze mnie przygarną do swego serca, gdy wracam do nich jako „marnotrawna córka”. To rodzice nauczyli

mnie tej Miłości do Ciebie, żywić się Twym Słowem. Boże bądź z nimi w każdą chwilę dnia. Boże dziękuję...

Boże, dziękuję Ci za wielką miłość do mnie, za słuchanie mnie, za to że Jesteś. Boże, wspieraj mnie w tym co robię, nie opuszczaj mnie. Boże, św. Paweł w swym liście do Koryntian, napisał: *Miłość wszystko przetrzyma, Miłość nigdy nie ustaje*. Obdarz mnie taką miłością.....bo miłość nie potępia – miłość oczyszcza i dźwiga. Daj mi Mądrość *mądrość zaś zstępująca z góry jest przede wszystkim czysta,... skłonna do zgody, ustępliwa, posłuszna, pełna miłosierdzia i dobrych owoców, wolna od względów ludzkich i obłudy* – List św. Jakuba. Obdarz mnie szczęściem i Twym Pokojem. Boże proszę...

Nie wiem, co mam pisać? Wszystko już zostało wypowiedziane. A może tylko to:

Potrzebne są chwile wielkiego milczenia, świętej samotności, życiodajnej cizy: by myśli ukoić, serce uspokoić, imię własne odgadnąć. Potrzeba chwili pokoju, by posłuchać ducha, pragnienia najgłębsze zrozumieć, wieczności dotknąć. Potrzeba światła z nieba, co wewnątrz rozjaśnia, jak oświeciło pole pasterzy; potrzeba głosu, co serce poruszy jak śpiew zwiastunów pokoju. Niech się uciszą Twoje burze, byś pięknem dotykał, dobrem leczył, uśmiechem pocieszał, a nade wszystko niebem karmił, jak najlepszym chlebem, co się rozmnaża z hojnością.

Bądźcie wszyscy sobą: *Przed chwilą dzień się zaczął, a już słońce zaszło – to znowu jest wołanie, by gdzie indziej patrzeć, by szukać światła i sensu gdzieś wewnątrz. Stań przed zwierciadłem, co odbija prawdę, zobacz dzień pierwszy Twojego istnienia: stworzony jesteś z urodzajnej ziemi dla maleńkiego ziarenka gorczycy, z którego może wyrosnąć drzewo wiary – tak wielkie jak wieczność, tak święte, że od wszystkiego inne, tak bardzo konieczne. Tyle sił w Twoim życiu, ile cudu wiary; tyle radości w sercu, co owocowania...*

Żyćcie... Niech Wasze życie będzie Ziemią Świętą, choć splekaną od cierpień, lecz rodzącą życie, ziemią, która знаła radość winobrania, tłoczenia dojrzałych owoców na wino radości. Wasze chwile niech będą czekaniem, układaniem kwiatów w bukiety przewiązane kokardą wyrzeczeń – dziękczynieniem serca. Każde Wasze gesty niech będą zwiastunem dobroci, dniem wielkiego żniwa, łuskaniem ziaren pszenicznych, rozdawaniem chleba... Niech na strudżonym skrawku Waszego życia, jak na Ziemi Świętej, każde serce oddycha powietrzem wypełnionych obietnic.

Życzę Ci pięknego dnia – Roman Mleczko

Proszę Was...

Renata



.....I CIĄG DALSZY

ŚMIERĆ DAJĄCA ŻYCIE

„Nie cały umieram...”. Słowa te, przez 20 miesięcy były dla mnie nie zrozumiałe. Jak to? – *nie cały umieram*, przecież fizycznie tego kogoś nie ma, nie słyszę jego głosu, nie czuję zapachu...

Gdy umierała córka, świat mój stanął nad przepaścią, moje życie przemykało przez palce, nie potrafiłam go zatrzymać... Było mi wszystko jedno, bo traciłam córkę, to co dla mnie najcenniejsze, traciłam swą przyszłość, traciłam sama siebie. Rozpacz, ból, łzy i strach co będzie potem, jak zapełnię tę pustkę... która krzyczy. Znalazłam sobie ucieczkę... zamknięcie się w swym bólu! Nie potrafiłam o tym rozmawiać, a jak się już mogłam... to zatruwałam tym bólem, żalem, otoczenie... I to mnie zaczęło izolować od reszty. Nie potrafiłam rozmawiać z dziećmi, widziałam ich ból, ale swój przedkładałam nad ich bólem. Krzywdziłam ich, ale tego nie widziałam... aż do pewnego dnia. To był sylwestrowy poranek, moja rozmowa z synami.... Ta rozmowa była nam bardzo potrzebna, doszliśmy do pewnego kompromisu między nami. I znów na nowo odzyskałam synów, ale z tą świadomością, że na stałe. Znów mamy siebie, powróciło zaufanie i szczerść. I jeszcze coś zrobiłam, zrozumiałam swój największy błąd, nigdy nie rozmawiałam z synami o śmierci Ani. Nie zważałam na ich ból, bo byłam zaślepiona swoim bólem, a oni tak bardzo cierpieli i jeszcze bardziej mnie wtedy potrzebowali. Jaka ja byłam ślepa! Przecież mogłam na zawsze stracić chłopców. Tak niewiele brakowało... Pomogła nam ta rozmowa w sylwestrowy poranek, były łzy i głęboka cisza, a potem.... zabawa „podaj dalej” wymyślona przez Adasia. To były piękne chwile i na zawsze pozostaną nam w pamięci.

Nauczyliśmy się wszyscy mówić otwarcie i szczerze o śmierci Ani. Adam nawet ofiarował Ani w noc sylwestrową najładniejszy zestaw fajerwerków, i jeszcze z taką zazdrością powiedział, że Ania widzi wszystkie fajerwerki lepiej, bo z Nieba.

Dzień sylwestrowy uświadomił mi jak ważna jest rozmowa, jak ważna jest bliskość drugiego człowieka, jak cenne jest życie. Tylko dlatego dowiadujemy się o tym jak je tracimy? Błędne jest zamykanie się w swym bólu. Takie powiedzenie, że *sobie radzę* jest oszukiwaniem samego siebie, zgrywaniem osoby twardej przed otoczeniem, bo przecież w środku czuje się zupełnie inaczej. To stwarzanie pozorów osoby twardej, silnej, działa tylko jakiś czas, do momentu kolejnego wspomnienia o kimś

cennym. A wtedy wszystko siada, cała ta otoczka twardości opada, tak jak po rozłupaniu orzecha, zostaje tylko samo wnętrze. Wnętrze słabe, wołające o pomoc. Cenna jest wtedy pomoc osoby, która to wnętrze spostrzeże, nie wykorzysta naszej słabości i nie będzie igrać, ani manipulować naszym bólem.

Takim orzechem byłam i ja. Myślałam, że to dobre wyjście: na zewnątrz silna, opanowana, mocno stąpająca po ziemi... Solidną zbudowałam skorupkę!. Niedostępną dla... prawdy, prawdy o sobie samej. A wnętrze? Lepiej było go nie obnażać. Lepiej, nie oznaczało wcale dobrze! To było złe podejście do życia. Ale cóż mogłam na to poradzić? Skąd mogłam o tym wiedzieć? Przecież niecodziennie umiera dziecko, ktoś bardzo bliski. Nie ma żadnej nawet szkoły, która by uczyła jak się zachować po śmierci, jakimi kierować się zasadami, uczuciami, aby nie zwariować. Uczy nas dopiero własne doświadczenie, własne przejście przez wszystkie etapy bólu i pustki. Przeszłam to wszystko i ja... zdobyłam, jakąś umiejętność, ale czy aż na tyle dobrze opanowaną, by móc się z tym pogodzić? Móc dalej żyć? Nie mam odpowiedzi na to pytanie. Nie wiem, co da mi kolejny dzień, na co mogę liczyć. Ale w tym życiowym doświadczeniu nauczyłam się jednego... jak ważna jest obecność drugiego człowieka. Spotkałam takiego... A wszystko się zaczęło od pewnego spotkania, to co teraz mam zawdzięczam tej osobie. Pewnie jest tu wśród nas...

Witaj Agatko. To ty zapoczątkowałaś, „zasiałaś we mnie na nowo”. To kim jestem teraz zawdzięczam w dużej mierze Tobie. Nie ma przypadków w życiu, to co mnie spotkało było celowe. Czasami nie zdajemy sobie sprawy z działalności Boga w naszym życiu, nie doceniamy Jego troski, starań o nasze dobro. Upatrujemy tylko w nim Ojca karzącego, Ojca surowego, a przecież Bóg pragnie tylko naszego dobra i szczęścia. Stawia na naszej drodze ludzi, ludzi którzy nam pomogą. Chciejmy tylko ich zauważyć, usłyszeć. Taką osobą w moim życiu jest Agata. Agatę znam z hospicjum, obdarzyłam ją zaufaniem, mimo iż się tak dobrze nie znałyśmy. Agata, pomogła mi wyjść z bólu... ale jak? Kazała mi pisać! Kazała mi wziąć długopis, kartkę i pisać. Pomyślałam wtedy... durne to, ale aby nie sprawić przykrości Agacie, zaczęłam pisać. Nie było to łatwe, przecież miałam pisać o tym, co mnie boli. Pisałam, ale bez przekonania o słuszności tego, co robię. Z upływem jednak czasu, jak zapisywałam kolejne kartki, dotarło do mnie, że to mi pomaga. Kartki nie były przepełnione bólem, ale nadzieją. To mój ból zamienił się w nadzieję. Pisałam dalej i tak powstała książka – książka „Promyczek”.

Nie cały umieram... Śmierć nie kończy wszystkiego, ale daje początek nowego. Dla mnie śmierć Ani dała życie, nowe życie, dała mi dar pisania. Po książce, zaczęłam dalej pisać, czułam taką potrzebę, pojawiły się także oznaki zachęty ze strony innych ludzi, abym kontynuowała pisanie. Stałam się im potrzebna. Tak jak ja kiedyś potrzebowałam innych, tak teraz ktoś szukał mnie... a oto niektóre ich wypowiedzi:

...Twoja książka, chociaż mówi o bolesnych doświadczeniach jest przepiękna, bo pisana sercem, które doświadczyło największego bólu, jakiego może doświadczyć serce matki. Jest świadectwem twojej ogromniej wiary, miłości i nadziei mimo cierpienia. Rzadko spotykam ludzi o tak głębokiej wierze o pokorze wobec wyroków boskich. Dzielisz się z nami tym niezwykłym doświadczeniem Bożej Miłości i nie wiesz nawet jak bardzo to jest dla nas ważne – Forum Kropelka Wiary. 07.05.2006. efka.

... Dziękuję za Twoją piękną książkę. Skończyłam właśnie jej czytanie... Będę do niej wracać, to wiem... z wielu względów będę do niej wracać – Forum Kropelka Wiary. 05.08.2006. Małgosia

W momencie, gdy zaczynałam pisać, nie byłam świadoma tego, jaki to da skutek. Nie wiedziałam, że z czasem będzie mi za mało książki, że powstaną rozważania, że ktoś utworzy forum, że komuś ciągle będę potrzebna. A przecież w chwili śmierci Ani czułam się już nikomu niepotrzebna, skończyło się moje zabieganie o kogoś, moja troska i choć obok byli synowie, to nie potrafiłam ich włączyć w me życie. Teraz już potrafię! Najpierw musiało jednak bardzo zabołeć, aby to docenić i zauważyć, że obok są osoby, które najbardziej mnie potrzebują i które zarazem mnie wspierają. Tak jest do dziś. Śmierć mi nic nie zabrała, a wręcz przeciwnie dała mi o wiele więcej, dała mi siebie, dała mi innych...

Ja nie umieram, wstępuję w życie... – tak pisała św. Teresa od Dzieciątka Jezus. Teraz dopiero zaczyna się życie. Dziś widzę, że te słowa mają swe potwierdzenie w życiu. Będąc z Anią, uczyłam się miłości, pokory, cierpliwości, chłonełam Boga i Jego naukę płynącą z Krzyża. Ania była takim odzwierciedleniem tego, co najpiękniejsze, tego, co bezcenne. Dotykałam Miłości przez duże „M”. W chwili jej śmierci... bałam się, że to utracę, że ten kontakt zostanie przerwany, że nagle zostanę sama. Tak nie jest. Owszem czegoś mi brakło, brakło mi jej ciepła, uśmiechu, dotyku, ale są przecież wspomnienia, te bolesne, ale i te piękne, one wryły mi jej twarz w sercu. Ale życie toczyło się dalej. Synowie upominali się wciąż o mamę. Musiałam żyć tylko dla nich. W tym momencie odkryłam, że miłość wyuczona przy łóżku Ani wciąż trwa. Ona nie umarła wraz z nią, a co więcej teraz wydaje owoce, ten promyk, który Ania miała w so-

bie wciąż świeci, wciąż ociepla serca. Takim promykiem jest „Forum”. To strona internetowa, na której można zamieszczać wypowiedzi na temat różnych problemów związanych z wiarą, a załączkiem tego było zamieszczenie książki „Promyczek”, a potem rozważań, które są głównym przedmiotem dyskusji na forum. Powstało ono niedawno, bo w maju. To jeszcze „dziecko w powijakach”, ale jak bardzo jest już potrzebne dla innych świadczą wypowiedzi, tych którzy tam są i piszą:

Ks. Michał – *Jestem wdzięczny Bogu, że mogę uczestniczyć w tworzeniu Kropelki Wiary. Forum, które daje wszystkim tak piękne świadectwo wiary, nadziei i miłości.*

Ks. Krzysiek – *Odczucia z Forum? Uczę się! Uczę się życia! Uczę się cierpienia! Uczę się pokonywania wewnętrznego żalu i bólu, który jest ponad siły człowieka! Poznają ludzi (ich sytuacje), na widok których można często tylko łzę otrzeć, bo każde słowo jest za małe i nie ukoji cierpienia! Uczę się małości ludzkich wysiłków i wielkości Boga! Cieszę się z każdej pogodnej myśli i współcierpię z cierpiącymi. W szczególny sposób widzę, że życie to przemijanie, szybkie przemijanie! A My walczymy, żeby nie załamać się pod ciężarem problemów. Uczę się współczucia, ponieważ uważam, że coraz mniej tej cechy w naszych sercach. Współczucia, zrozumienia, pomocy, dobrego słowa i ciepłego uśmiechu – jak się okazuje najcenniejszych darów, jakie dajemy drugiemu człowiekowi!*

Ewa – *Forum Kropelka wiary to niezwykle miejsce. Przychodzą tam różne osoby, by podzielić się przemyśleniami na temat Boga, życia, różnych problemów. To niezwykle, że w dzisiejszych czasach dzięki takiemu forum można porozmawiać na temat wiary i wspierać się wzajemnie. Jest to pewien sposób na życie, który pomaga przetrwać trudności. Dyskusje, rozmowy, wymiana poglądów, modlitwy i rozważania pozwalają niejednemu z nas, odwiedzających to forum stać się lepszym i bogatszym duchowo człowiekiem. Czasami wystarczy tylko miłe słowo, dobra rada lub fragment wiersza, by poczuć się lepszym i bardziej wartościowym. Dobrze też mieć świadomość, że ktoś o mnie myśli i zawsze poda rękę w trudnych chwilach, że można podzielić się z kimś zarówno troskami jak i radościami. Myślę, że forum i kontakty z jego uczestnikami w pewnym sensie wpływa na życie każdego, kto chociaż przez chwilę tam był. Na pewno zmieniło życie Renaty, bo czuje się potrzebna. To, co robi jest bardzo wartościowe i potrzebne. Nie znam drugiej takiej osoby, która by tak potrafiła. To jest niezwykła postawa i rzadko spotykana w dzisiejszych czasach, kiedy ludzie przyzwyczajeni są do wygodnictwa i lenistwa duchowego. Traktują Boga, jak „złotą rybkę”, która ma spełniać życzenia na żądanie. A kiedy nagle zsyła jakieś nieszczęście, to Go przeklinają i posądzają o brak miłosierdzia. To, co dla jednych jest końcem wszystkiego, bo po stracie dziecka kończy się ich świat, dla Renaty jest począt-*

kiem nowej drogi. To, co pisze do nas jest świadectwem wielkiej wiary i pokory wobec doświadczeń, które zsyła nam Bóg.

Joanna – Postanowiłam tą drogą podziękować Ci za Twoją pracę, choć trudno te natchnienia nazwać pracą. Dla Ciebie są koniecznością tak jak oddychanie. Tak właśnie nazywam w myślach Twoje kolejne rozważania... „natchnienia Renaty” Dziękuję Ci, że pozwoliłaś mi poznać Twoje życie. Jak każdy oglądający zbiorową fotografię szuka na niej siebie, tak ja szukam w Twoich rozważaniach mojej drogi... i moich błędów. Teraz już wiem, że wobec konieczności stykania się ze śmiercią o wiele łatwiej zapanować nad własnym życiem, ze świadomością istnienia Boga. Jak wiesz nie było to dla mnie takie oczywiste. Ale teraz życie i śmierć mają dla mnie inny wymiar. Nie zawsze zgadzam się z Tobą, nie zawsze chcę je czytać, wiesz dlaczego... ale wracam do nich i podpatruję, jak z uporem nawlekasz słowa Ewangelii na własne trudne życie, jakbyś wołała „nic bez Boga”.

Tadeusz – Pytasz Renato o sens istnienia tego forum. Myślę, że każdy błąkający się po sieci internetowej szuka jakiegoś potwierdzenia siebie, swoich marzeń, wyobrażeń, dążeń do czegoś czasami bliżej nie sprecyzowanego. Tu można znaleźć inne spojrzenie na jakiś temat, jest kontakt z drugim człowiekiem, choć tylko wirtualny. Ale przecież po drugiej stronie tej maszyny (jeśli można tak nazwać komputer) jest żywy człowiek, ze swoimi problemami, wątpliwościami, całym bagażem dotychczasowego życia, z którym często nie może sobie poradzić. I chyba najważniejsze, to tworząc tutejszą wspólnotę, możemy modlić się za siebie wzajemnie. To siła, o której nie należy zapominać. Jeśli zabraknie modlitwy, zabraknie i tego ducha Bożego, który pośród nas tu krąży. Dla mnie osobiście to kolejny krok naprzód w moim własnym pojmowaniu Boga i człowieka.

Renia – To forum to dla mnie kropelka wiary, o którą prosiłam w modlitwach. To oaza dla spragnionych obecności Boga, szukających Go na różnych krętych drogach i odkrywania Jego obecności w trudnych chwilach życia. To przystań, gdzie przychodzicie dzielić się Jego miłością, bo nie da się nie zauważyć, że to sam Pan krzyżuje drogi swych dzieci, aby mogły się spotkać wspierać modlitwą doświadczeniem, podnosić. To miejsce do którego przychodzą serca zmęczone, utrudzone, niedoskonałe, aby ujrzeć promyczek nadziei, który pozwoliłby im się wzbić, nabrać wiatru w żagle lub wypłynąć na głębię.

To tylko niektóre wypowiedzi. Wiele jest tam takich, noszonych tylko w sercu. Przenikają się nawzajem, wymykając się nieśmiałym uśmiechem na usta. To życie, mimo że to tylko internetowe, mimo że rzadko się spotykamy w życiu realnym, to jednak łączy nas. Łączy nas wiele – życie, nadzieja, miłość... Bóg. Ania, która żyje w tak wielu sercach, obecna jest w każdym domu. Niesie ten promyk nadziei na jutro, na nowy dzień. To tylko poświadcza, że mimo śmierci, tak naprawdę nie odeszła. Żyje w nas,

w każdym, kto odwiedza Forum, kto nawet tylko ukradkiem zagląda na nie. Zawsze jednak znajdzie tam coś dla siebie – słowo i nadzieję, tak bardzo potrzebną na każdą chwilę dnia.

Stefan w swojej wypowiedzi pisze, że jest wdzięczny Bogu za kontakty na forum. Jest to dla niego niezwykle doświadczenie i na pewno nieprzypadkowe. Kieruje wiele ciepłych słów pod moim adresem i łączy się ze mną zarówno w moim cierpieniu, jak i w działalności nazywając ją „owocem duchowym”. Dostrzega moją przemianę duchową po lekturze książki „Promyczek” i przyznaje, że sam miał podobne doświadczenia kilka lat temu, bo też stracił dziecko. Uważa, że ta książka może być wielką pomocą dla ludzi, którzy też przeżyją cierpienie i śmierć bliskiej osoby. Pisze też, że rozważania fragmentów Ewangelii, które zamieszczam na forum ukazują głębię mojego życia duchowego i poprzez to karmię innych swoimi przemyśleniami. Uważa też, że forum zawiera wiele wartościowych i interesujących treści dla ludzi w różnym wieku i różnego pochodzenia. Każdy może tu znaleźć coś dla siebie, a także zostawić część siebie głębi duchowej. Stefan pisze też z wielką radością: *Ponad 120 osób zalogowanych. A iluż codziennie odwiedza to Forum, jako gość, nie będąc tam zalogowanym! Czyż to nie wspaniale? Jakież to piękne, cudowne wykorzystywanie nowoczesnych środków przekazu, do niesienia Boga innym.*

Co dała mi śmierć? Odebrała dziecko... i dała ludzi, zaś synom zwróciła mamę. A mi? Mi dała ogród...

*wejdź do mojego ogrodu
otrzyj ze skroni kurz dnia
sandały zostaw na progu
usiądź i słuchaj
dla ciebie ta melodia ciszy
dla ciebie strumień wody życia
tu rosną kwiaty mądrości
ich woń otuli twe serce
a powiew nadziei osuszy
każdą cierpienia łzę
gdy wyjmiesz ostatni kolec
z szarganej bólem duszy
poczujesz zapach chleba
w którym ukryła się Miłość
i odtąd zawsze już będziesz
łamać ten chleb i dawać
nie chcąc nic w zamian. Ewa. Dla Reni*

„**Śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą...**” – pisał ks. Twardowski. Moje życie, mój dom to jest to, co teraz mam. Mój nowy dzień, żyję tylko nim, radością dzieci, pozdrowieniem na forum, emailem z sercem w środku. To aż nadto. A wszystko to zawdzięczam... śmierci, tej Pani, co wchodzi ukradkiem w nasze życie i zabiera nam to, co najbardziej cenne. Teraz mój dzień... to ja, Maciek i Adam, akwarium z rybkami, poszukiwanie pracy, realizowanie się na studiach, moje nocne pisanie...

To życie, wyjęte z ram Śmierci i osadzone w ramy Nadziei. Życie, co zna swą wartość, co biegnie ku Niebu.

To Ania? To ta, co nauczyła rozpalać płomień miłości, nie byłoby mnie tu gdyby nie ona, nie byłoby książki, forum, gdyby nie jej śmierć.

Bóg?... dawca wszystkiego, nawet śmierci, Bóg dał – Bóg zabrał, zabrał dając więcej.

A ja, my? Cóż... pozostało nam tylko kochać, kochać mimo wszystko, mimo bólu, mimo cierpienia. Kochać... aby potem móc powiedzieć... „Kocham Cię, uczyniłam wszystko, biegnij...”. Tylko czasami łza potoczy się po policzku... łza, co zna cały ból i pustkę... łza, która nie jest oznaką mojej słabości, ale dowodem na to, że moje serce nie wyschło i nie stało się pustynią, łza co ukoi smutek bólu i cierpienia.

Łzy... rano, bo skończył się sen, bo Ona odeszła ... puste miejsce przy stole, nikt tam nie siada ...wieczór, bo gdzieś przemknęła Jej koleżanka z tornistrem na plecach ...wieczór, bo nie słyhać czytanej bajki, bo nie gra Jej ulubiona płyta.

Noc... cichy płacz, bo nie słyhać Jej oddechu, bo nie potykam się o rozrzucone zabawki, bo nie słyhać Jej szczebiotu i uśmiechu.

Tylko cisza... nie ma już w nocy: Mamo pić... już nie.

Płacz.... na fotelu siedzi lalka, czeka na Jej ręce co wezmą ją na spacer, łzy... czeka miś, którego już nie przytuli.

Kropla łzy spadająca na Jej zdjęcia, kropla łzy, co spada na skrzydła Anioła, ulubiony Jej Aniołek, bo ma skrzydła z piór... tylko łzy... ..tylko to mi pozostało... Boże, przytul mnie...

Zakończę, tę wypowiedź wierszem...

Zakurzył się świat

Zginęło światło

I tak trwam

I nie chcę odejść

I nie mogę zostać

Walczę z Tobą

Sycząc i plując nienawiścią

Udając...

Oddając...

Zasypiam, aby zapomnieć

Uciekam, żeby móc wrócić

Umieram, żeby znów się

Narodzić

Część II
Humanistyczny wymiar śmierci

E. Krajewska-Kułał, A. Baranowska, B. Jankowiak, K. Krajewska,
J. Lewko, C. Łukaszuk, W. Nyklewicz, H. Rolka,
K. Klimaszewska, K. Kowalczuk, D. Kondzior, M. Sierakowska,
A. Szyszko-Perłowska, K. van Damme-Ostapowicz

Wizerunek anioła w malarstwie

*...słyszałem szum ich skrzydeł jak szum wielkich wód, jak głos Wszechmocnego,
jak hałas thumu, jak wrzawa wojska; a gdy stanęły, opuściły swoje skrzydła.*

[Ez 1,2]

Alexa Kreile, filozof, psycholog, dziennikarz, znana tłumaczka aniołów twierdzi, że *Aniołowie towarzyszą nam, chronią i prowadzą. I chcą się podzielić z nami swoją wiedzą* [1]. Kim więc są aniołowie?

Aniołowie są posłańcami, przekazującymi ludziom Bożą wolę: *I anioł Pański stanął przy nich, a chwała Pańska zewsząd ich oświeciła; i ogarnęła ich bojaźń wielka. I rzekł do nich anioł: Nie bójcie się, bo oto zwiastuję wam radość wielką, która będzie udziałem wszystkiego ludu* [Łk 2, 9–10].

Są specjalnymi „opiekunami” ludzi: *Baczcie, abyście nie gardzili żadnym z tych małych, bo powiadam wam, że aniołowie ich w niebie ustawicznie patrzą na oblicze Ojca mego, który jest w niebie* [Mt 18, 10].

Są postacią bliską każdemu człowiekowi. Za przykład może posłużyć towarzyszący nam od dzieciństwa Anioł Stróż. Biblia wyraźnie bowiem mówi, że Bóg posyła aniołów swoich, aby ochraniali nas przed niebezpieczeństwami: *Oto Ja posyłam anioła przed tobą, aby cię strzegł w drodze...* [Wj 23, 20]. Biblia mówi także: *Czyż więc wszyscy [aniołowie] nie są duchami przeznaczonymi do posługiwania? Czyż nie zostali posłani po to, aby być pomocą dla tych, którzy mają osiągnąć zbawienie?* [Hbr. 1, 14].

Jeden z filozofów powiedział kiedyś – *Anioły są miłością zesłaną z nieba. Inny natomiast, że przyjaciele są jak ciche anioły, podnoszą nasze skrzydła, gdy te zapomniały latać, a jeszcze inny, że: Bóg jest miłością, a anioły są symbolami tej miłości.* Luciano de Crescendo twierdził, że: *Wszyscy jesteśmy aniołami z jednym skrzydłem... i ...możemy latać wtedy, gdy obejmujemy drugiego człowieka.*

Jedno jest pewne, miejsce anioła jest przy człowieku. Poświadcza to Biblijny Psalm [Ps 90, 11–12]: *Albowiem aniołom swoim polecił, aby cię strzegli na wszystkich drogach twoich. Na rękach nosić cię będą, byś nie uraził o kamień nogi swojej.*



Jacek Malczewski, *Anioł stróż*

Pierwsze wizje aniołów tworzono już w starożytnym Egipcie i Babilonii. W religiach tych cywilizacji znane były całe zastępy duchów i istot, będących pośrednikami między bogami a człowiekiem. Często przedstawiano je jako uskrzydłone zwierzęta z ludzkimi twarzami.

W starożytności skrzydła symbolizowały szybkość, a także pośrednictwo między ludźmi i bogami. Uważa się, że wyobrażenia skrzydlatych cherubinów zdobiących Arkę Przymierza i strzegących Drzewa Życia w Raju starożytni Hebrajczycy zapożyczyli z kultur Starożytnego Wschodu. W Asyrii skrzydlate istoty strzegły mitologicznego drzewa życia, a u Hetytów i Persów asystowały bóstwu Słońca. Talmud Jerozolimski wspomina, że powracając z niewoli babilońskiej Żydzi przynieśli z sobą także imiona aniołów [2].

W kulturach antycznych Anioły ukazywano jako uskrzydłone istoty (mężczyzn, kobiety, dzieci, zwierzęta). Niektóre były wielkimi figurami z pałaców asyryjskich, rzymskimi postaciami z Pompejów, czy grecką bogini Nike.



Nike z Samotraki

W średniowieczu ludzie chcieli uwierzyć, że Anioły to istoty nadprzyrodzone. Niektórzy twierdzili, że są tworam ludzkiej wyobraźni. Inni, że bytami równie rzeczywistymi, jak cały wszechświat [3, 4].

Stanowisko Kościoła pierwszych wieków w odniesieniu do roli aniołów było niejasne [5]. Sytuacja ustabilizowała się dopiero po Soborze Nicejskim II (787 r.), który oficjalnie dopuścił kult aniołów. Od tego momentu w sztuce chętnie sięgano po postacie anielskie, nadając im wszelkiego rodzaju funkcje: posłańców, opiekunów, przewodników, pocieszycieli, doradców czy też sędziów [2]. Anioły miały za zadanie umacniać w wierze swoich podopiecznych, aby potem móc przenieść ich dusze do nieba. Stały się głównymi pośrednikami między Bogiem i ludźmi, strzegącymi dusz [5].

Najwcześniejsze zabytki ikonograficzne przedstawiające anioły pochodzą z III w. (katakumby, freski, mozaiki, reliefy sarkofagów) [6].

W sztuce chrześcijańskiej anioły pojawiają się po raz pierwszy w jednej z krypt katakumb w scenie Wniebowzięcia, pochodzącej najprawdopodobniej z III w n.e. Sposób ich przedstawienia wykazuje wpływy rzymskie, z wyraźnymi podobieństwami do posłanki bogów, skrzydlatej Wiktorii. W chrześcijańskiej Europie anioły najczęściej przedstawiano jako młodzieńców. Kobiące i dziecięce anioły pojawiły się dopiero we Włoszech w okresie wczesnego renesansu [2].



Pompei, fresk
Afrodyta i Eros

Do IV wieku anioły były przedstawiane bez skrzydeł. Dopiero na granicy dwóch epok, starożytności i średniowiecza, nad głowami aniołów zaczęły się pojawiać aureole, gwiazdziste diademy, a one same przedstawiane były w zbrojach, a nawet z brodą [7].

W średniowieczu obrazy aniołów były płaskie, a w ich tworzeniu dużą rolę, jako materiał twórczy, odgrywało złoto.



Siemion Uszakow,
Archanioł Gabriel

W tym okresie w sztuce znajdują się już wizje serafinów z należnymi im sześcioma skrzydłami. Artyści przedstawiali aniołów w postaci ludzkiej ze skrzydłami, z wyrazem twarzy młodzieńców lub dzieci. Bardzo często ubranych we wspianiałe szaty, z przepychem, z książęcymi ozdobami (np. Gabriel, Michał i Rafał).

Anioły przedstawiano także jako istoty nagie i bose (jako symbol niewinności i oderwania się od spraw ziemskich). Ubrane w białe szaty i przepasane na znak gotowości do spełniania Bożych poleceń, trzymające w rękach kadzielnice, symbolizujące zanoszenie modlitwy do Boga. Często malowane były z mieczem (symbol Bożego gniewu), z narzędziami męki (symbol Bożego miłosierdzia), a także z wagą (symbol sprawiedliwości). W sztuce sakralnej bywają też wyobrażenia samych główek aniołów, zazwyczaj otoczonych chmurami. Malarze często ukazywali wizje aniołów śpiewających i grających na różnych instrumentach muzycznych, jako zwiastunów radości i piewców Boga.

Dopiero na przełomie średniowiecza i renesansu w malowidłach uwidaczniane były anioły biorące udział w rozbudowanych scenach wielopostaciowych, np. Koronacja Matki Bożej, Adoracja Baranka, Sąd Ostateczny [7]. Trzymające w rękach narzędzia męki Pańskiej, lichtarze, palące kadzidła, podtrzymujące koronę i szaty Maryi, tańczące, a także grające na instrumentach muzycznych i śpiewające [7].



Giotto di Bondone,
Złożenie do grobu

Kiedyś wierzono, że anioły są odpowiedzialne za obroty ciał niebieskich. Później artyści w kolejnych wiekach pokazywali lot aniołów coraz

dosłownie. W obrazach tworzonych w renesansie anioły miały już takie skrzydła, które dawały odbiorcy poczucie, że faktycznie umożliwiają im lot.

Aniołowie byli także wykorzystywani do ukazywania walki dobra ze złem. Za przykład może posłużyć ponownie wątek anioła stróża silnie powiązanego z motywem dziecka.



Malthus Kern Schutzengel

W renesansie anioły umieszczano w realnym świecie, a w baroku przedstawiano jako istoty bardzo zmysłowe, o typie dziecięcym i bujnych kształtach [7].



Raffaello Sanzio
(Raphael)

Anioły malowano także wraz z Dzieciątkiem Jezus i jako towarzyszy Madonny, której funkcję Matki Niebieskiej podkreślano przedstawiając Ją w otoczeniu mnóstwa cherubinów. Te ostatnie dominowały głównie w sztuce bizantyjskiej i w Europie średniowiecznej. Ukazywano je w formie twarzy (okrągłej i stylizowanej, ze skrzydełkami) lub nadawano im wygląd dziecka (tłuściutkiego, z różowymi pośladkami).

Wyobrażenia o aniołach w naszej kulturze, wykorzystywane w dziełach sztuki, ukształtowały się pod wpływem napisanego w VI w. n. e., traktatu Pseudo-Dionizego Areopagity: *O hierarchii niebieskiej*. Według autora aniołowie mają *Powieki i rzęsy pokazują ich wierność w przechowywaniu wiedzy, którą otrzymali w (...) wizjach Boga. Wiek młodzieńczy i młodość wskazują na nieustanny rozkwit ich mocy witalnych. (...) Plecy, ramiona, a także ręce oznaczają wytwarzanie i działanie i wieczny ruch ich biegu skierowany ku rzeczom boskim. ... skrzydła oznaczają ich gotowość do wznoszenia się w górę i upodobanie do nieba oraz unikanie wszystkiego, co przyziemne w ich bezuśtannej wędrówce ku wzniosłości. Lekkość ich skrzydeł symbolizuje, że nie mają żadnych skłonności ziemskich, ale wznoszą się w górę sposobem doskonale czystym i pozbawionym jakiegokolwiek obciążenia. Nagość ich stóp i brak obuwia dowodzą, że są wolni i wyzwoleni i niczym nie związani i nie skalani żadnymi zewnętrznymi zależnościami, i najbardziej, na ile to jest możliwe, upodobnieni do Boskiej prostoty [2].*

W scenach Narodzenia przedstawiano anioły jako orędowników wieści o tym radosnym zdarzeniu lub jako zastępy anielskie, grające muzykę za pomocą trąb, harf, tamburynów, w wielkich grupach otaczających tron niebieski, na którym zasiadała Dziewica z Dzieciątkiem.

W scenach inspirowanych przez Nowy Testament aniołowie towarzyszą Świętej Rodzinie w jej ucieczce do Egiptu lub pozdrawiają trzy Marie przy grobie Pana. W jednym z dzieł Święty Mateusz, jeden z czterech Ewangelistów, pisze nawet swą Ewangelię pod dyktando anioła.

W religiach, takich jak judaizm, mazdaizm, chrześcijaństwo i islam pierwowzorem, archetypem biblijnych aniołów stała się uskrzydłona postać ludzka [7]. Biblijny wizjoner, Ezechiel, któremu objawiły się różne fantastyczne postacie, był w babilońskiej niewoli. Cherubin, anioł z dwiema lub trzema parami skrzydeł był strażnikiem Arki Przymierza, a Serafin, którego imię oznacza „płonący”, jest w wizji Izajasza, a także w Apokalipsie św. Jana istotą o sześciu skrzydłach, unoszącą się nad tronem Stwórcy [9].

W wielu religiach Wschodu anioły traktowane są jako istoty niematerialne pośredniczące między bóstwem a ludźmi, a w chrześcijaństwie,

judaizmie i w islamie uważa się je za wysłanników Boga. Łączników między Niebem a Ziemią, często na nią zstępujących i będących wtedy bardzo blisko ludzi [7].

Piękne, długie skrzydła były także atrybutem Archaniołów, rycerzy walczących ze złem. Najważniejszy z nich, Michał, przedstawiany w ikonografii z mieczem w dłoni i wspaniałej zbroi, pokonał Lucyfera, stąd smok pod jego stopami. Zwiastun niepokalanego poczęcia Panny Marii, Archanioł Gabriel, trzymający w dłoni symbol niewinności, lilię, stał się od czasów średniowiecza ulubionym motywem w malarstwie sakralnym. Jest to też ważna postać islamu, w którym nosi imię Dżibril – według jednej z legend to właśnie on okrył Mahometa swym płaszczem, a w XLIII surze Koranu wspomniany jest najważniejszy anioł, Malik, będący stróżem piekła [8].



Michał Wróbel, *Sześcioskrzydłowy serafin*

Anioły są bardzo wdzięcznym tematem dla artystów. Każdy z nich ma swój indywidualny sposób pokazywania jego wizerunku, a w sztuce zmieniał się on wraz z upływającymi wiekami i zmieniającymi się stylami.

Jerzy Brukwicki pisał: *współczesne malarstwo napełniło się zgiełkiem codzienności, porusza najistotniejsze problemy życia człowieka i społeczeństw. Intensywnie poszukuje prawdy o świecie, w którym przyszło nam żyć...*

Współczesne obrazy kontynuują tradycję przedstawiania aniołów ze skrzydłami. Często są to anioły matki, anioły dzieci, anioły rodziny... Anioły bywają wesole i smutne. Tańczą, śpiewają, grają. Pokazywane są w codziennych czynnościach ludzkich...



Mary Almond



Melina Fatsiou-Cowan



Annie Zalezsak

Nic jednak nie zastąpi serca i ręki artysty. Jedna z malujących anioły artystek, Barbara Michałowska powiedziała... *anioły przynoszą spokój. Czuję to jak maluję.*



Barbara Michałowska, *Anioł*

Anioł był i jest zawsze postrzegany jako istota zachwycająca swym pięknem, bliska człowiekowi i łagodna. Ktoś kiedyś napisał: *...uwolnijmy w nas anioły, niech szepczą nam swoje zaklęcia, niech blask ich białych skrzydeł rozświetli mrok i niech krążą nad nami dając nam światło i blask dobroci... bo, jak twierdzi Pil Bosmans: ciągle jeszcze istnieją wśród nas anioły. Nie mają wprawdzie żadnych skrzydeł, lecz ich serce jest bezpiecznym portem dla wszystkich, którzy są w potrzebie.*

Piśmiennictwo

1. Kriel A.: Aniołowie o sensie życia, Oficyna Wydawnicza Aba, 2004, 1–199.
2. Rohoziński J.: Z życia wyższych sfer.
3. Davidson G., Słownik aniołów, w tym także aniołów upadłych, Poznań, 1998, 22.

4. Michałowska T.: Średniowiecze, PWN, 2003, 1–907.
5. Madys A.: Wyobrażenia postaci anioła w religijnym dramacie europejskim doby średniowiecza, II Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu „Dziedzictwo chrześcijańskiego Wschodu i Zachodu. Między pamięcią a oczekiwaniem”, Częstochowa, 4–6.05.2006.
6. Strzelecka K., Angelologia w: Encyklopedia Katolicka, t. I, Lublin, 1973, 550.
7. van Eyck J.: Fontanna Życia, ok. 1430 (1455/1459?); Prado, Madryt.
8. Hernas Cz.: Barok, PWN, 2002, 1–743.
9. Mosiewicz A.: Hybrydy, Racjonalista, 2005.

Ks. Józef Zabielski

Wyzwalający charakter cierpienia i śmierci

Powszechność cierpienia i śmierci oraz ogólnoludzkie przekonanie o zagrożeniu, jakie ze sobą niosą w zestawieniu z tak sformułowanym zagadnieniem mogą budzić sprzeciw, a z pewnością zdziwienie. Z pewnością niemal każdy z nas w pierwszym odruchu myśli i serca może powiedzieć: cóż dobrego – pozytywnego może być w cierpieniu i śmierci? Przecież cierpienie człowieka ogranicza, zniewala, niszczy, śmierć zaś kończy jego egzystencję, uniemożliwia realizację jakichkolwiek zamierzeń. Jak więc i w jakim sensie cierpienie i śmierć mogą mieć charakter wyzwalający?! Takiej postawie myśli i serca wobec cierpienia i śmierci przeczy jednak temat niniejszej Konferencji – „Życiodajna śmierć...”. Czyżby więc śmierć nie kończyła życia, tylko nim obdarowywała?! Jeśli tak, to warto chyba zapytać – jakim *życiem* i w jaki sposób śmierć jest *życiodajna*? Poszerzając spektrum widzenia tego problemu o *życiodajny charakter* cierpienia, w niniejszej refleksji chcę poszukać – choćby w zarysie – odpowiedzi na te pytania. Rozwijając tak sformułowane zagadnienie zechciejmy skoncentrować się na kilku problemach bardziej szczegółowych z tym związanych: 1. Zróżnicowanie postaw wobec cierpienia i śmierci; 2. Cierpienie i śmierć, jako wyzwalanie osoby doznającej; 3. Cierpienie i śmierć bliźniego, jako wyzwalanie potencjału dobra.

1. Zróżnicowanie negatywnych postaw wobec cierpienia i śmierci

Podjmując próbę charakterystyki różnych postaw wobec cierpienia i śmierci najpierw przywołajmy choćby najbardziej sumaryczne określenia ludzkiego cierpienia. Z pewnością nie jest to łatwe, gdyż człowiek bardziej cierpienie „czuje” niż je rozumie. W powszechnym jednak rozu-

mieniu cierpienie określane jest jako świadome przeżywanie przykrości (ból) z powodu doznawanego zła. Fenomen (fakt) cierpienia jest sytuacją życiową, która składa się z negatywnego przeżycia emocjonalnego (dominujące jest tu uczucie smutku i przykrości) oraz z wolitywnej i poznawczo-umysłowej odpowiedzi człowieka na to przeżycie. W tym rozumieniu cierpienie nie redukuje się do bólu, zwłaszcza fizycznego, doświadczanego także przez zwierzęta. Stąd też o cierpieniu zwierząt można mówić tylko w sensie przenośnym, gdyż nie ma w nich „miejsca” na aktywne ustosunkowanie się do doznawanego zła. Tym, co charakteryzuje ludzkie cierpienie jest samowiedza człowieka o tym doświadczeniu, stawianie pytań o jego sens oraz różne ustosunkowanie się woli do owych przeżyć. Tak pojmowane cierpienie ma wymiar zarówno aktywny (postawa wobec przeżywanego zła) oraz pasywny (doznawanie zła)¹. Cierpienie człowieka nieodłącznie wprost wiąże się ze śmiercią: najczęściej ją poprzedza, „prowadzi” do śmierci lub też kończy się śmiercią. W najbardziej powszechnym rozumieniu można wskazać trzy podstawowe opinie na temat śmierci: obumarciu ludzkiego ciała, śmierć całego człowieka i śmierć jako rodzaj transmutacji ludzkiego bytu (*transitus*). Zróżnicowanie opinii w tym względzie podyktowane jest różną interpretacją ludzkiego bytu: jako istoty wyłącznie cielesnej lub składającej się z dwóch pierwiastków – ciała (materialny, historyczny, przygodny) i duszy (duchowy, niehistoryczny, transcendentny). Istota śmierci polega rzeczywistym obumarciu ciała i duszy, a raczej na odłączeniu się duszy od pierwiastka cielesnego wiążącego ludzkie „ja” ze światem².

Cierpienie i śmierć stanowią stały i nieodłączny komponent ludzkiego życia, związany z ograniczonością bytowej struktury człowieka. Wobec tych rzeczywistości ludzie przyjmowali i przyjmują różne egzystencjalne postawy, zarówno co do rozumienia i wartościowania, jak i osobistego czy społecznego zaangażowania w ich przeżywanie. Widząc w cierpieniu i śmierci zło samo w sobie lub przyczynę związanych z tym innych nieszczęść, ludzie często przyjmują je w postawie pogodzenia, bezradności, wyrażając współczucie i „pocieszając” się nawzajem. Wyrazem ta-

¹ W języku greckim cierpienie jest określane terminami: ἄλγδόν [algedón], ἄλγος [algos], ὀδύνη [odyne]; w jęz. łacińskim *dolor* i *passio*. Por. M. Czachorowski, *Cierpienie*, [w:] „Powszechna Encyklopedia Filozofii”, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, t. 2, Lublin 2001, s. 189; A. Emery, *Leiden und Schmerz*, „Communio” [niem.] 6 (1977), s. 204–212.

² Por. S. Zięba, *Zjawisko śmierci w aspekcie przyrodniczym*, „Ateneum Kapłańskie” 72 (1980), t. 94, z. 4, s. 347–358; Cz. Bartnik, *Teologiczna interpretacja wydarzenia śmierci*, „Ateneum Kapłańskie” 72 (1980), t. 95, z. 1, s. 16–17.

kiej postawy mogą być słowa wypowiedziane przez starszego pana do kobiety oplakującej śmierć brata: „No tak, w tych latach to już czas!”. O wiele bardziej merytorycznie pogłębioną „obojętność” wobec cierpienia i śmierci prezentują ludzie dalekiego Wschodu. Świadectwem tego niech będzie hinduski mędrzec Nisargadatta, który na pytanie o istotę cierpienia i śmierci odpowiada: „Życiu nic złego się nie dzieje, gdy kształty rozpadają się, a niektóre nazwiska wymazywane są z listy mieszkańców. Złotnik przetapia starą biżuterię, aby zrobić nową. Nierzadko dobry fragment ulega zniszczeniu wraz ze złym. Złotnik przechodzi nad tym do porządku, bo wie, że złota nie ubyło. [...] Zło jest fetorem rozsiewanym przez chorego umysł. Proszę uzdrowić swój umysł, a to zatrzyma projekcję skrzywionych, strasznych obrazów. [...] Jeśli będzie pan tylko obserwatorem; nie będzie pan cierpiał. Zobacz pan, że świat jest tylko przedstawieniem, bardzo interesującym przedstawieniem. [...] Kto wierzy, że się urodził, jest bardzo przerażony śmiercią. Dla kogoś, kto zna siebie, śmierć jest szczęśliwym wydarzeniem”³. Zauważamy, że mentalność reprezentowana przez Nisargadatta nawet nie próbuje się podejmować pytania o sens cierpienia. Już samo zastanawianie się nad sensem cierpienia i śmierci jest bezsensowne, należy więc wyłącznie demaskować ową bezsensowność i ujawniać „złudę cierpienia”⁴.

W kulturze chrześcijańskiej Europy pytanie o sens cierpienia i śmierci zawsze było aktualne. W filozofii nowożytnej problem cierpienia ze szczególną uwagą podejmuje J. J. Rousseau (1712–1778). Dramatyczność pytania o sens cierpienia próbuje on stępić przez program rezygnacji z naszej osobowej odrębności. Według niego źródłem większości cierpień jest nasze odejście od natury. Program powrotu do natury jest u niego zarazem programem depersonalizacji. W miarę jak człowiek przestaje „być osobą”, swoją zaś miłością zaczyna obdarzać raczej abstrakcyjną ludzkość niż konkretnych ludzi, zaczyna sądzić, że Pan Bóg jest mu podobny, że Opatrzność Boża oddala się od ludzi. „Należy sądzić – pisze J. J. Rousseau – że poszczególne wydarzenia są niczym w oczach Władcy wszechświata; że jego Opatrzność jest wyłącznie powszechna; że kontentuje się zachowaniem rodzajów i gatunków oraz troską o całość, nie zajmując się sposobem, w jaki poszczególne jednostki spędzają krótkie swoje życie”⁵.

³ *Rozmowy z Nisargadattą Maharajem*, b. m. w. 1978, s. 63 n., 71, 74.

⁴ J. Salij, *Rozpacz pokonana*, <http://www.opoka.pl/biblioteka/T/TD/rozpacz-pokonana/sens-cierp.html>, s. 1, [07.09.2006 r.].

⁵ J. J. Rousseau, *Umowa społeczna*, Warszawa 1966, s. 538.

Kontynuację problematyki cierpienia znajdujemy w filozofii niemieckich idealistów J. G. Fichtego (1762–1814) i G. W. Hegla (1770–1831), a szczególnie u A. Schopenhauera (1788–1860), będącego pod wpływem filozofii hinduskiej. Według niego byt ludzki napotyka na bezcelowe cierpienie, którego źródłem jest nasza odrębność osobowa. Cierpienie jest karą za „grzech istnienia”. Człowiek bowiem ma chorobliwą chęć wyodrębnienia się z ogółu bytów. W konsekwencji pożerają go ambicje niemożliwe do urzeczywistnienia, co stanowi źródło ludzkich życiowych dramatów. Stąd też z cierpieniem należy nie tyle walczyć, ile „wysuszać” jego źródła, zmniejszając osobiste ambicje, wyzbywając się pożądań, współczując w cierpieniu innym ludziom, szukając pojednania ze wszechbytem np. przez sztukę. Myśl A. Schopenhauera podjął F. Nietzsche (1844–1900), który istotę ludzkiego cierpienia sprowadził do cierpień pochodzących z choroby. Według niego bowiem człowiek to „zwierzę chorowite”, a choroba rodzi cierpienie. Problemem człowieka nie jest jednak owo cierpienie, ale brak zrozumienia jego sensu. „Bezsensowność cierpienia – dowodzi F. Nietzsche – nie zaś samo cierpienie, było przekleństwem, które do tej pory ciążyło nad ludzkością”⁶. Według niego człowiek, zamiast widzieć sens cierpienia w chorobliwości swojej natury, próbuje nadać mu sens z perspektywy winy moralnej. W konsekwencji ta „ascetyczna interpretacja” powoduje nowe cierpienie, „bardziej ludzkie i bardziej wewnętrzne, bardziej jadowite, bardziej wżerające się w życie”⁷. Sposobem uwolnienia się od tego cierpienia jest wyzwolenie się od fałszywego pojęcia winy i „ascetycznych ideałów” oraz od „odrazy od zmysłów”. W konsekwencji F. Nietzsche dzieje ludzkości pojmował jako walkę chorych ze zdrowymi, postulując odwrócenie układu sił. „Naczelnym punktem widzenia na Ziemi – pisze – powinno być to, by chorzy nie czynili zdrowych chorymi – a właśnie tym byłoby takie rozmiękczenie. By tak się nie działo, trzeba przede wszystkim izolować zdrowych od chorych, strzec ich nawet przed widokiem chorych, aby nie mylili siebie z chorymi. A może zdrowi mieliby być lekarzami i pielęgniarkami chorych? Całkowicie zapoznaliby wówczas i porzucili swe własne zadanie – wyżsi nie powinni się degradować do roli narzędzia niższych [...]. Do zadań, które mogą i powinni pełnić zdrowi, nigdy nie wolno zabierać się chorym, aby zaś zdrowi mogli pełnić zadania, które tylko oni pełnić powinni, jakże wolno by im było występować jeszcze w roli lekarza,

⁶ F. Nietzsche, *Z genealogii moralności*, Kraków 1997, s. 168.

⁷ Tamże.

pocieszyciela, zbawiciela chorych?”⁸. Tego rodzaju myślenie daje początek nowożytnemu utylitaryzmowi, który z zasady zakwestionował ponad biologiczny sens cierpienia i przyjął bezsensowność „zasady ascetyzmu” z punktu widzenia hierarchii wartości, na czele której ustawiono przyjemność⁹.

Przywołane tu niektóre sposoby interpretacji cierpienia wydają się niedostateczne, są bowiem „skrócone” w swej wizji antropologiczno-metafizycznej, ograniczającej człowieka do istoty cielesnej lub psychiczno-cielesnej. Próba zrozumienia cierpienia domaga poszerzenia i merytorycznego pogłębienia wizji samego człowieka i „miejsca” cierpienia w jego egzystencji. Uznając prawdę o zasadniczej dobroci człowieka jako osobowego bytu oraz istnienia Absolutu – Boga, który z miłości stwarza świat, cierpienie jest aktem osobowej reakcji na zło. Człowiek doświadcza tego, że „cierpienie ludzkie samo w sobie stanowi jakoby swoisty »świat«, który bytuje wraz z człowiekiem”¹⁰. Rzeczywistość cierpienia nie tylko otacza człowieka, ale także ogarnia i przenika wszystkie wymiary jego egzystencji. Człowiek doświadcza cierpienia, co ukazuje jego osobowy charakter, odróżniając go od zwierząt, gdyż tylko człowiek „wie, że cierpi”¹¹. Tej świadomości cierpienia – bólu nie można sprowadzić do płaszczyzny psychiki, w ramach której człowiek tylko odczuwa ból. Człowiek bowiem ma świadomość swoich odczuć, co oznacza, że są one jej podporządkowane. W ten sposób ujawnia osobowe „ja”, będące sferą nadrzędną do ciała i psychiki. Stąd też w świadomości cierpienia człowiek doświadcza samego siebie, istoty swego bytu¹². Prawda tej rzeczywistości jeszcze bardziej ukazuje się w doświadczeniu cierpienia moralnego, które ujawnia duchowy wymiar człowieka. Jan Paweł II mówi tu o „bólu duszy”, który jest o wiele głębszy od bólu „psychicznego”¹³. Takie postrzeganie cierpienia i jego doświadczenie objawia człowieka jako osobę. Rzeczywistość

⁸ Tamże, s. 132.

⁹ Por. J. Bentham, *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*, Warszawa 1985.

¹⁰ Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, 8.

¹¹ Tamże, 9. Por. J. Zabielski, *Tajemnica cierpienia w ujęciu Jana Pawła II*, [w:] *Ulga w cierpieniu*, t. 1, red. E. M. Lorek, Katowice 1993, s. 17–24.

¹² Por. B. Mauer, *Über den Schmerz – Theologische Anmerkungen*, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 40 (1994), nr 1, s. 22–24.

¹³ Por. Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, 5. W oparciu o teksty biblijne Papież wymienia szereg przykładów cierpienia duchowego, takich jak: niebezpieczeństwo śmierci, szyderstwo i wyśmianie cierpiącego, samotność, opuszczenie, wyrzuty sumienia, niewierność i niewdzięczność ze strony bliskich, trudność zrozumienia, dlaczego złym powodzi się dobrze, sprawiedliwi zaś doznają cierpień. Zob. tamże, 6.

tego przeżycia trafnie wyraża poeta: „Cierpię bom człowiek / w żalu i tęsknocie / biedny wygnaniec... / Cierpię, bo kocham! / Życie bez cierpienia / to stok bezwodny, chmura bez jasności / twarda opoka, serce bez natchnienia, / to grób, co martwe przechowuje kości” (ks. K. Antoniewicz). Uwzględniając normatywny charakter tego doświadczenia, Jan Paweł II prawdę cierpienia wyraża w następujący sposób: „Cierpienie wydaje się szczególnie współ-istotne z człowiekiem. Jest tak głębokie, jak człowiek – właśnie przez to, że na swój sposób odsłania głębię właściwą człowiekowi, na swój sposób ją przerasta. Cierpienie zdaje się przynależać do transcendencji człowieka: jest jednym z tych punktów, w których człowiek zostaje niejako »skazany« na to, ażeby przerastał samego siebie – i zostaje do tego w tajemniczy sposób wezwany”¹⁴.

2. Cierpienie i śmierć jako wyzwanie osoby doznającej

Doświadczenie cierpienia, jako rzeczywistości wzywającej człowieka do „przerastania” samego siebie, ukazuje nam jego szczególny charakter. Cierpiąc, człowiek doświadcza wyzwalającej mocy cierpienia, a równocześnie owego „tajemniczego wyzwania” do takiego przeżywania cierpienia. Koncentrując myśl na człowieku doznającym cierpienia w tej kategorii można wskazać szereg sposobów i postaci owego wyzwalającego charakteru cierpienia. Na płaszczyźnie cielesnej ból fizyczny alarmuje organizm o stanie zagrożenia. W konsekwencji odczuwany ból wyzwala świadomość stanu zagrożenia i mobilizuje do szukania pomocy. Jeszcze bardziej ten „twórczy” sens cierpienia można dostrzec w ludzkiej psychice. Oryginalny pogląd w tym względzie prezentuje czołowy neopozytywista Moritz Schlick (1882–1936), twórca Koła Wiedeńskiego, który stwierdza: „Większość form przykrości zwykła zawierać jakby ukryty przyjemny składnik, a dotyczy to zarówno gniewu, jak trwogi, troski, smutku. Nawet głęboki ból, z jakim stoimy nad śmiertelnym łóżem ukochanego człowieka, owiany jest tą specyficzną słodyczą, od której myśl o śmierci rzadko bywa wolna i na której, być może, opiera się wzniosłość. [...] Być może, rzeczywiście, z nieznanых powodów raczej cierpieniu niż radości przysługuje moc poruszania psychiki aż do warstw najgłębszych, przy czym ból przeoruje ją jak ostry lemiesz glebę. [...] To, że

¹⁴ Tamże, 9. Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 141–143.

cierpieniu łatwiej się udaje wzburzyć psychikę aż do wielkiego wstrząsu, dzięki któremu jest potem zdolna do najwyższych rozkoszy, wiąże się zapewne z tym, że intensywna przykrość dostarcza w ogóle najsilniejszych impulsów w działaniach rozmyślnych. Wiadomo przecież, że bolesny stan skłania znacznie silniej do zmiany niż stan przyjemny¹⁵. Można dyskutować z tą opinią co do szczegółów, faktem natomiast jest, że wrażliwość na ból jest niezwykle ważnym instrumentem ludzkiego otwarcia na rzeczywistość¹⁶. Ponadto ból – np. zmęczenie intensywną pracą – jest elementem składowym ludzkiego wysiłku w pomnażaniu dobra i osobistej doskonałości. Z pewnością ta funkcja bólu nie jest łatwa do uświadomienia, gdyż przesłaniają ją mroki wysiłku i znoszonych cierpień. Jakże często jednak, dopiero po dłuższym czasie człowiek potrafi dostrzec pozytywną funkcję swego wysiłku, wyrzeczenia, zniesionych cierpień, co wyrażają takie stwierdzenia, jak: „nie żałuję mego trudu”, „warto było się pomęczyć”, „cierpienie było owocne”, itp. Ponadto, to pozytywne znaczenie bólu łączy się z duchowo oczyszczającą funkcją cierpienia¹⁷.

Dostrzeganie oczyszczającej funkcji cierpienia przenosi refleksję nad jego znaczeniem na poziom wartości wyższych, moralno-religijnych. Postrzeganie cierpienia w tej kategorii wyrażają słowa poety: „Kto nie jadł we łzach swój chleb codzienny / Kto na swym łożu w długie noce / Nie siedział płacząc i bezsenny / Ten nie zna was, niebieskie moce” (J. W. Goethe). Będąc nawet przekonany o tej „poznawczej” funkcji cierpienia, człowiek wie jednak, że w swej istocie pozostaje ono tajemnicą. Prawdę tę C. K. Norwid wyraził następująco: „Hieroglif cierpienia, na ziemi niepojęty, zrozumiały w niebie”. Ale nawet dziecku dostępne jest poczucie, że cierpienie przyjmowane w wymiarze religijno-moralnym, w duchu Bożym, ma większy sens niż jesteśmy to w stanie zrozumieć. „Nie cierpię, ale uczę się cierpieć” – wyznał kiedyś P. Claudelowi mały chłopak¹⁸. Chrześcijanin „uczy się cierpieć” poprzez wyznawaną wiarę w Chrystusa, który przyjął cierpienie jako ofiarę miłości i przez to nadał mu moc zbawczą. W Osobie Chrystusa ludzkie cierpienie weszło „w całość

¹⁵ M. Schlick, *Rozkosz cierpienia*, [w:] tenże, *Zagadnienia etyki*, Warszawa 1960, s. 164–168.

¹⁶ Ten wymiar ludzkiego cierpienia szczególnie wnikliwie opisuje znany psychiatra V. E. Frankl. Por. tenże, *Homo patiens*, Warszawa 1976, *passim*. Przekonuje o tym opisana przez niego jednostka chorobowa melancholia anaesthetica, która charakteryzuje się znacznym zanikiem wrażliwości na ból, co głęboko unieszczęśliwia chorego.

¹⁷ Por. J. Salij, *Pytanie o sens cierpienia*, art. cyt., s. 4–5; A. Kamieńska, *Sens cierpienia*, „Inspiracje” 1993, nr 3–4, s. 31.

¹⁸ Podają za: J. Salij, *Pytanie o sens cierpienia*, art. cyt., s. 5.

kowiec nowy wymiar i nowy porządek: zostało związane z miłością, [...] która tworzy dobro, wyprowadzając je również ze zła”¹⁹.

Zrozumienie i uznanie tej zbawczej mocy cierpienia możliwe jest tylko na płaszczyźnie wiary w Chrystusa, co niekiedy jest dość trudne i skomplikowane. Człowiek jednak, „odkrywając przez wiarę odkupieńcze cierpienie Chrystusa, odkrywa zarazem w nim swoje cierpienie, odnajduje je przez wiarę na nowo, nasycone nową treścią i nowym znaczeniem”²⁰. Tę nową treść chrześcijaństwo nazywa mocą zbawczą, wyzwalającą ze zła własnego oraz wspomagającą innych ludzi. W konsekwencji, cierpienie staje się „miejszem” nawrócenia i zawiera w sobie „moc przybliżającą człowieka wewnętrznym do Chrystusa”²¹. W tej kategorii widzenia cierpienie staje się powołaniem do współdziałania w dziele Odkupienia. Tak przeżywane przez człowieka przyczynia się do uświęcenia jego samego oraz innych ludzi. Pozwala to też człowiekowi przezwyciężyć poczucie bezużyteczności i doświadczyć przydatności, zachowując pragnienie życia, możliwość doświadczenia pokoju, a nawet radości. Wyzwala też możliwość kształtowania duchowej dojrzałości oraz nowego widzenia wielkości człowieka, będąc swoistą lekcją człowieczeństwa i chrześcijaństwa. O tej funkcji cierpienia z pewnością najtrudniej jest przekonać się ludziom cierpiącym, choć przykładów takiego przeżywania cierpienia mamy dużo. Niech świadczy o tym wypowiedź człowieka złożonego długoletnią i ciężką chorobą: „Prosiłem o zdrowie, żeby móc więcej pracować, a otrzymałem chorobę, żeby czynić jeszcze lepsze sprawy. Prosiłem o bogactwo, żebym był szczęśliwy, otrzymałem ubóstwo, żebym zmądrzał. Jestem wśród najszczęśliwszych. »Bądź wola Twoja«”²².

Doświadczenie cierpienia pozwala człowiekowi dokonywać jego wartościowania, szukać sensu i znaczenia w całości ludzkiej egzystencji. Inaczej jest ze śmiercią. Tutaj doświadczenia żyjący człowiek praktycznie nie ma. W istocie bowiem o tym, czym jest śmierć może powiedzieć tylko ten, kto przekroczył jej próg. Tego zaś nigdy i nikt z żyjących wprost nie doświadczył. Pozostaje więc tylko wiara i doświadczenie umierania, owego stanięcia „na progu” czy też „w bramie” śmierci. Wprawdzie sto-

¹⁹ SD 18. Por. J. Zabielski, *Tajemnica ludzkiego cierpienia*, art. cyt., s. 20–21.

²⁰ SD, 20.

²¹ Tamże, 26.

²² Por. J. Zabielski, *Chrześcijański etos cierpienia i śmierci*, „*Studia Theologica Varsaviensia*” 43 (2005), nr 2, s. 104–106.

jąc „na progu” czy „w bramie” można zobaczyć dużo z tego, co jest „za progiem” czy „za bramą”, nigdy jednak nie jesteśmy zdolni doświadczyć i poznać wszystkiego. „Dużo już wiemy o procesie umierania – pisze E. Kübler-Ross – ale wiele pytań związanych z momentem śmierci, z przeżyciami naszych pacjentów [...] pozostaje bez odpowiedzi”²³. Jednak nawet to ograniczone doświadczenie umierania i śmierci ukazuje jakąś wyjątkową wartość i znaczenie w ludzkim życiu. Dr E. Kübler-Ross, w oparciu o relacje pacjentów uznanych za zmarłych i przywróconych życiu stwierdza, że wszyscy oni „doświadczali oderwania się od swego ciała fizycznego, co łączyło się z uczuciem wielkiego spokoju i zadowolenia. Większość z nich zdawała sobie sprawę z obecności jakiejś istoty, która dopomagała im w przejściu na inną płaszczyznę egzystencji. Większość z nich też widziała osoby drogie ich sercu zmarłe dawniej albo postać, która odgrywała dużą rolę w ich życiu duchowym i był związana z wiarą”²⁴.

W literaturze spotykamy opisy wielu doświadczeń ludzi, którzy stanęli na owym „progu śmierci”. Najbardziej chyba rozpowszechnił R. A. Moody, którego książka „Życie po życiu” była swego czasu swoistą rewelacją. Należy jednak mieć świadomość, o czym nie wszyscy pamiętają, że są to doświadczenia ludzi żyjących, nie umarłych. R. A. Moody ukazuje wiele i to różnych doświadczeń i przeżyć tych osób. Do najczęstszych i najbardziej znaczących należą:

- *uczucie spokoju i ciszy*: „Zaczęłam doznawać cudownych wprost wrażeń. Nic nie czułam oprócz spokoju, ciszy, odprężenia. Wszystkie moje troski minęły... [...]; „Miałem wspaniałe wrażenie samotności i spokoju... Było cudownie i odczuwałem taki wewnętrzny spokój”²⁵;
- *wyzwolenie z ciała*: „...nadal czułam swoje ciało, choć się znajdowałam poza nim. Miałam cudowne, nie do opisanie uczucie. Czułam się jak piórko”; „mój umysł był niezwykle jasny. Było mi przyjemnie. Memu umysłowi nic nie sprawiało trudności, wszystko od razu było proste, nie musiałem wracać do tego. Po chwili wszystko, czego doświadczałem, stało się w jakiś sposób dla mnie ważne”²⁶;

²³ E. Kübler-Ross, *Przedmowa*, [w:] R. A. Moody, *Życie po życiu*, tłum. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1979, s. 7.

²⁴ Tamże, s. 7–8.

²⁵ R. A. Moody, *Życie po życiu*, dz. cyt., s. 29–30.

²⁶ Tamże, s. 35; 49.

- *spotkanie z innymi*: „Rozpoznałam babcię i koleżankę szkolną, wielu krewnych i przyjaciół. [...] Było to bardzo miłe spotkanie i wiedziałam, że przyszli, by mnie chronić albo prowadzić”; „Usłyszałam głos, ale nie głos ludzki [...], głos zadał pytanie: »Jaką ma wartość?« Oznaczało to: czy życie, jakie prowadziłem dotychczas, wydaje mi się wartościowe teraz, kiedy wiem już to, czego się teraz dowiedziałem”²⁷;
- *przeгляд życia*: „Kiedy ujrzałam światło, spytało mnie najpierw: »Czego dokonałaś w życiu? Pokaż mi«, albo coś w tym stylu. [...] Przez cały czas powtarzało, jak ważna jest miłość. [...] Dało mi do zrozumienia, że powinnam ze wszystkich sił dobrze czynić innym ludziom. A jednak nie było w tym nic z oskarżenia. Ilekroć ukazywało mi te chwile, kiedy byłam samolubna, czyniło to po to, żebym z tego wyciągnęła wnioski”²⁸.

Przywołane tu przynajmniej niektóre doświadczenia ludzi, którzy stanęli „na progu” śmierci jednoznacznie podkreślają wielki wpływ tego doświadczenia na dalsze swe życie. R. A. Moody podkreśla, że wiele z tych osób mówiło, że „ich życie niejako poszerzyło się i pogłębiło, że stali się bardziej skłonni do rozmyślań i bardziej zaczęli się interesować filozofią dotyczącą rzeczy ostatecznych”²⁹. Jeden z jego rozmówców stwierdza: „Od tej pory stale rozmyślam nad tym, co zrobiłem z moim życiem i co zrobię z nim w przyszłości. [...] Przedtem działałem pod wpływem impulsu, a teraz najpierw wszystko muszę powoli i dokładnie przemyśleć, przetrwać. Staram się robić rzeczy ważniejsze, które wzbogacają mój umysł i duszę. Nie chcę być ani przez nikogo inspirowany, ani też sądzić innych, chcę robić wiele dobrego, ale nie to, co jest dobre dla mnie. I wydaje mi się, że teraz – dzięki temu, co przeżyłem, gdzie byłem i co widziałem – wszystko znacznie lepiej rozumiem”³⁰. Zdobyta w ten sposób życiowa mądrość dotyczy nie tylko spraw doczesnych, ale też daje nowy pogląd na śmierć. Przeżycia te wywarły głęboki wpływ na postawę człowieka wobec śmierci fizycznej, a jeszcze bardziej na poglądy tych, którzy przedtem nie uznawali istnienia życia po śmierci. Ludzie ci śmierci się nie boją, są jednak przekonani, że dopóki żyją tu na ziemi muszą wypełnić swoje zadanie. Podzielają wyznanie pewnego mężczyzny: „Muszę doko-

²⁷ Tamże, s. 53; 58.

²⁸ Tamże, s. 62–63.

²⁹ Tamże, s. 83.

³⁰ Tamże, s. 84.

nać wielu zmian, zanim odejdę z tego świata”³¹. Stan śmierci przestał być przerażający, zarówno w samym umieraniu, jak i w tym, co jest „za progiem” śmierci. Jeden z mężczyzn wyznaje: „Od tego przeżycia nie boję się śmierci [...]. Pan Bóg chyba dlatego zesłał mi to doświadczenie, że tak bardzo bałem się śmierci. Oczywiście rodzice mnie pocieszali, ale Bóg pokazał, a oni tego nie mogli zrobić. Nigdy nie mówię o tym wszystkim, jednak wiem i jestem całkowicie spokojny. Teraz już nie boję się umrzeć. Nie to, żebym pragnął śmierci albo chciał zaraz umrzeć. Nie chcę żyć tam na drugiej stronie, ponieważ na razie mam żyć tutaj. A nie boję się dlatego, że wiem, dokąd pójdę, ponieważ tam byłem”³².

Tego rodzaju doświadczenia wyzwalającego znaczenia umierania i śmierci są zbliżone, a nawet swoiście potwierdzają chrześcijańskie rozumowanie w tym względzie. *Wydarzenie śmierci* jest pojmowane jako tajemnicze przejście człowieka ku innemu bytowaniu, ku pełnej obecności. Patrząc na śmierć z punktu widzenia historii zbawienia, postrzegamy ją jako *wydarzenie* tkwiące w samym wnętrzu ekonomii stworzenia i odkupienia. Jest to kulminacyjny i finalny moment czasowy – *kairos* historii ludzkiej, przez który uobecnia się wieczność, a zarazem szczytowe miejsce przestrzeni – *chorion*, w którym spotyka się perspektywa całego świata ukierunkowana na inny rodzaj bytowania. Tę perspektywę poeta wyraża następująco: „Śmierć jest jedynym blaskiem w mrokach życia kiru; / To jedyny cel życia, nadzieja, podpora, / Pociecha i wzmocnienie – czara eliksiru / Która nam daje siłę iść aż do wieczora” (Ch. Beudelaire, *Śmierć nędzarzy*)³³.

Wyzwalająca moc śmierci, ów „blask w mrokach życia” odnosi się do grzeszności ludzkiej natury, która potrzebuje wybawienia. Ludzki grzech Bóg – Chrystus pokonał grzech własną śmiercią, przez co śmierć fizyczna nabrała charakteru odkupienia. Chrystusowa śmierć „pochłonęła śmierć naszą”, stając się jakby „chrztem umarłych” (por. 1 Kor 15, 54–55). W ten sposób Bóg dał ludziom możliwość „odnieść zwycięstwo”, gdyż Jezus Chrystus „przewyciężył śmierć, a na życie i nieśmiertelność rzucił światło przez Ewangelię” (2 Tm 1, 10). W świetle Ewangelii ludzie wierzący widzą zbawczą ingerencję Boga w przyszłość człowieka po śmierci. Zmartwychwstanie Chrystusa bowiem, będąc ucieleśnieniem i objawie-

³¹ Tamże, s. 87.

³² Tamże, s. 88–89. Por. R. Moody, P. Perry, *W stronę światła*, tłum. S. Studniarz, Bydgoszcz 1992, s. 9–78.

³³ Por. J. Zabielski, *Chrześcijański etos cierpienia i śmierci*, art. cyt., s. 108–109.

niem zwycięstwa życia nad śmiercią ukazuje, że miłość pokonała śmierć, a przez to odmieniła sytuację ludzkości: „To, co dawne minęło, a oto wszystko stało się nowe” (2 Kor 5, 17). Człowiek zjednoczony na ziemi z Bogiem, przez śmierć przechodzi do nowego życia, które jest wieczną radością w „domu Ojca”. W duchu chrześcijańskiej wiary śmierć jest więc „bramą wiecznego szczęścia”³⁴.

3. Cierpienie i śmierć bliźniego jako wyzwalenie potencjału dobra

Cierpienie i umieranie nie jest tylko doświadczeniem osób, które je przeżywają, ale udziela się też innym, zwłaszcza ludziom z najbliższego otoczenia. Spotkanie z cierpieniem i śmiercią innych najczęściej nie pozwala człowiekowi pozostać obojętnym. Tego rodzaju spotkanie porusza najgłębsze pokłady ludzkiego ducha, rodząc egzystencjalne pytania o sens ludzkiego istnienia oraz wyzwalając humanitarne potrzeby zaangażowania. Tego domaga się wartość osoby ludzkiej, która przez cierpienie zostaje szczególnie wyeksponowana. Zagrożona przez ból i nieporadność cierpiącego osobowa godność człowieka odzywa się jakby „krzykiem” o pomoc, wołaniem o zainteresowanie i bycie przy tak dotkniętym człowieku. Można więc powiedzieć, że doświadczenie cierpienia i umierania stanowi „zaproszenie do tworzenia wspólnoty wokół człowieka ciężko chorego i umierającego”³⁵.

Takie „zaproszenie” znajduje odzew i odpowiedź w społecznym charakterze natury osoby ludzkiej. Społeczna natura człowieka, oznaczająca „rzeczywistość bytowania i działania wspólnie z innymi”³⁶, uzdalnia i zobowiązuje człowieka także do bycia „dla innych”. To zaś oznacza, że najgłębszym odniesieniem osoby do osoby jest relacja wzajemnego daru. Jan Paweł II podkreśla, że osoba ludzka „jest powołana w głębi swej istoty do wspólnoty z innymi oraz do dawania siebie innym”³⁷. Ontyczną podstawą owego „powołania” do bycia „dla innych” jest osobista godność każdego człowieka jako bytu osobowego. Tak postrzegana i przeżywana

³⁴ Por. J. Zabielski, *Chrześcijański etos cierpienia i śmierci*, art. cyt., s. 109–110; G. K. Frank, *Zeitgenosse Tod*, Stuttgart 1971, s. 60–64; G. Greshake, *Pour une théologie de la mort*, „Concilium” [franc.] 94 (1974), s. 80–92.

³⁵ A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, dz. cyt., s. 168.

³⁶ Por. K. Wojtyła, *Osoba i czyn*, Lublin 1994, s. 308.

³⁷ Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska Chirstifideles laici*, nr 40.

wartość osoby ludzkiej jest źródłem doświadczenia powinności moralnych, co określone zostało jako *norma personalistyczna*. Według tej zasady „osoba jest takim dobrem, że właściwe i pełnowartościowe odniesienie do niej stanowi miłość”³⁸. Treść tej zasady wyraża zobowiązującą moc powinności afirmowania osoby ludzkiej czynem ze względu na jej wartość i godność. W rozumieniu chrześcijańskim siła owego normatywu zostaje wzmocniona prawdą wiary, że Bóg w Jezusie Chrystusie „zjednoczył się z każdym człowiekiem”. Prawda o obecności Boga w człowieku niezmiernie radykalizuje normatywny charakter osoby ludzkiej. Utożsamiający się z każdym człowiekiem Chrystus sprawia, że powinność wobec drugiego jest powinnością wobec Chrystusa³⁹.

Moc tej powinności wzmacnia doświadczane przez człowieka zagrożenie, czego szczególnym przykładem jest cierpienie. Skoro każdy człowiek, z racji na swą osobową godność, domaga się miłowania, to tym bardziej postawy miłości domaga się ten, którego wartość życia jest zagrożona cierpieniem. Dla chrześcijanina zaś, świadomość szczególnej obecności Chrystusa w człowieku cierpiącym ów normatyw miłowania na płaszczyźnie wiary podnosi do stopnia najwyższego. Stąd też Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* wzywa do troski o każde życie ludzkie, szczególnie najsłabsze i zagrożone: nienarodzonych dzieci⁴⁰, osób starszych⁴¹, ludzi chorych, cierpiących i umierających⁴². Wyjaśniając motywację wezwania do potrzeby takiej angażującej pomocy Papież stwierdza: „Choroba i cierpienie, które towarzyszą nam na drodze życia, stają się często sposobnością do okazywania braterskiej solidarności”⁴³. Doświadczenie czyjśgo cierpienia wyzwała w drugim potrzebę solidarności, szczególnie *współ-czucia* tej sytuacji, w jakiej znajduje się cierpiący. Treścią zaś owego zaangażowania w pomoc człowiekowi cierpiącemu jest przede wszystkim łączność duchowa, owo „bycie z drugim” preradzają

³⁸ K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1982, s. 42. Por. B. V. Johnstone, *From physicalism to personalism*, „Studia Moralia” 30 (1992), nr 1, s. 83–84.

³⁹ Por. J. Zabielski, *Wydobywanie dobra. Teologia chrześcijańskiego miłosierdzia*, Białystok 2006, s. 110–112; H. Martens, *De persona humana ut norma moralitatis*, „Collectanea Mechalinensia” 44 (1969), s. 526–531.

⁴⁰ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 93.

⁴¹ Tamże, 94.

⁴² Tamże, 83.

⁴³ Jan Paweł II, Przemówienie *Naśladowcie Chrystusa – Lekarza duszy i ciała* (08.11.1997), „L'Osservatore Romano” 19(1998), nr 1, s. 32. Por. Jan Paweł II, List apostołowski *Salvifici doloris*, 29.

jące się w „bycie dla drugiego”: „Może nawet bardziej jeszcze niż uzdrowienia potrzebuje on człowieka, ludzkiego serca, ludzkiej solidarności”⁴⁴.

Poprawność takiego odczytywania wyzwalającej natury cierpienia potwierdzają liczne doświadczenia i postawy ludzi cierpiących i zaangażowanych w pomoc potrzebującym. Przykładem może być kierownictwo pewnego stowarzyszenia, opiekującego się niesprawnymi umysłowo dziećmi, które poprawnie odczytało potrzeby tych dzieci i ciekawie urzeczywistnia w stosunku do nich troskę o drugiego człowieka. „Chcieliśmy – wyznają – żeby dzieci się uczyły. Nie tyle dla zdobycia wiadomości mają się uczyć, ile po to, aby żyć. Trzeba więc było widzieć. Dzieci w ich najgłębszej prawdzie i trzeba było – stosownie do tego – im pomagać”⁴⁵. Niezwykle czytelne i pouczające w tym względzie jest wyznanie młodziutkiej Ewy, bohaterki „Jesiennej Sonaty” I. Bergmana: „Gdyby ktoś kochał mnie taką, jaka jestem, to może odważyłabym się patrzeć sobie prosto w twarz”. Chory człowiek bowiem, a chyba szczególnie dziecko, nie pragnie tego „byśmy ronili łzy” nad jego nieszczęściem. Ono je zna, gdyż je przeżywa. Ono „chce, byśmy – niezależnie od fizycznego wyglądu jego cielesnej powłoki – odkrywali, kim ono naprawdę jest. Jak nie zacytować tu słów Katarzyny Mansfield: »W każdym cierpieniu – tak małym jak wielkim – trzeba odkrywać utajony w nim dar«. Stajemy tu w rzeczy samej wobec wspaniałego, ale i straszliwego pytania stawianego każdemu z nas: Czy potrafiłem osiągnąć i wydobyć na światło dzienne to bogactwo – małe albo wielkie – jakie tai się w każdej cierpiącej istocie? Czy pozwoliłem jej być czymś innym niż się pozornie wydaje? Czy umiałem wsaczyć w nią pokusę stania się osobą, a nie pozostawania nadal kaleką?”⁴⁶.

Tego rodzaju pytania i niepokoje wyzwala zwłaszcza cierpienie wielkie, a szczególnie życie dobiegające końca. Człowiek bardzo cierpiący, a zwłaszcza ten umierający samym sobą wypowiada prośby i oczekiwania, które mobilizują do wielu heroicznych czynów. „Prośba, jaka wypływa z serca człowieka w chwili ostatecznego zmagania z cierpieniem i śmiercią, zwłaszcza wówczas, gdy doznając on pokusy pogrążenia w rozpacz i jakby unicestwienia się w niej, to przede wszystkim prośba

⁴⁴ Jan Paweł II, Przemówienie *Chrystus na posłudze ludzi cierpiących*, (12.06.1987), [w:] „Do końca ich umiłował”, Warszawa 1987, s. 161. Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, dz. cyt., s. 180–182.

⁴⁵ F. G. Cambon, *Les enfants que l'on dit handicaps*, Malhouse 1979, s. 1953.

⁴⁶ Tamże. Por. R. Coste, *Miłość która zmienia świat. Teologia miłości*, tł. M. Stokowska, Rzym – Lublin 1992, s. 145–146.

o obecność, o solidarność i o wsparcie w godzinie próby. Jest to prośba o pomoc w zachowaniu nadziei, gdy wszystkie nadzieje zawodzą⁴⁷. Doświadczenie takiego stanu kogoś bliskiego wyzwala potrzebę szukania pomocy, uczynienia wszystkiego, co możliwe, aby zapobiec tej granicznej sytuacji. Niekiedy umieranie osoby bliskiej powoduje wyrzuty sumienia, uświadamia bowiem dotychczasową postawę i relacje wobec niej. Wyrazem tego są słowa córki do umierającej matki: „Mamo, nie umieraj, wiem, że mnie kochasz, ale przecież nigdy nie powiedziałam Ci, że ja Cię Kocham”⁴⁸. Tego rodzaju doświadczenie cierpienia i umierania osób bliskich wyzwala też potrzebę refleksji nad swoim życiem, nad sensem naszej egzystencji. Niech świadczy o tym wyznanie córki czuwającej przy umierającym ojcu: „Kiedy tak siedziałam przy nim, kiedy tak czuwałam, [...] to w tej zupełnej ciszy czułam, jak porządkują się wszystkie nasze sprawy, wszystkie relacje. [...] Tak sobie myślę, że to jest troszkę tak, jak przy Adoracji, podczas modlitwy kontemplacyjnej, kiedy Pan Bóg porządkuje różne nasze sprawy, a my jesteśmy zupełnie bierni. Wtedy właśnie dzieje się najwięcej. [...] Przy łóżku mojego Ojca na nowo się narodziłam”⁴⁹.

Podobne reakcje i skutki, wcale nierzadko, powoduje też przeżycie śmierci osób bliskich. Z jednej strony może to rodzić poczucie „wolności”, ale jakże trudnej, a nawet tragicznej. „Śmierć najbliższych – wyznała przed swoją śmiercią pisarka Anna Kowalska – to sama żałość. W każdym z nich umiera część świata i część nas samych. Zyskujemy w męce pewną wolność – to prawda – ale to wolność wygnanych z raju”⁵⁰. Doświadczenie takiego braku najbliższych jakże często przynosi nieprzewidywane skutki. Oto opis jednego z nich: „W ten dzień Arkadiusz zawsze przychodził na cmentarz, bo przecież to tradycja, płonące świece i melancholijny nastrój. Dziś przyszedł tu, gdy tłumy spełniły już swój »honorowy« obowiązek i poszły. Cmentarz był bezludny i cichy. Stanął nad grobem rodziców – sam. Nie modlił się, gdyż zdążył się już odzwyczaić od »tych rzeczy«. Patrzył na kwadrat ziemi przystrojony kwiatami i zielenią. Wpatrywał się w świece. Krople wosku spływały po nich, jak ludzkie łzy. Świece topniały. Patrzył długo i poczuł, że w nim też coś topnieje. Oczyma wy-

⁴⁷ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 67. Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, dz. cyt., s. 183–134.

⁴⁸ A. Jonczak, *Apel Jasnogórski*, „Jasna Góra. Miesięcznik Sanktuarium Matki Bożej” 5 (1992), s. 42.

⁴⁹ M. Ebert, *Umieranie taty. Moje powtórne narodziny*, „Frona 2004”, nr 33, s. 91–92. Por. J. Zabiński, *Chrześcijański etos cierpienia i śmierci*, art. cyt., s. 105–106.

⁵⁰ Cyt. za: J. Pasierb, *Gałęzie i liście*, Warszawa – Poznań 1985, s. 183.

obraźni – jak promieniami Rentgena – przewiercił ziemię. I ujrzał ich oboje: ojca i matkę. Nagle zdawało mu się, że ich wzrok także przeszył ziemię i trafił aż do serca. Miał wrażenie, że stoi oko w oko z nimi. Potem – tak jak nieraz odzywa się w uszach dawno zasłyszana melodia – usłyszał ich słowa. Szept umierającej matki: »Synku, nie zapomnij nigdy o Bogu«. I słowa uczciwego ojca: »Żyj tak, abyś mógł nam zawsze spojrzeć w oczy«. Zacisnął powieki, jakby w obawie, że trzeba będzie im teraz rzeczywiście spojrzeć w oczy. Poczuł się nieswojo. Tyle się zmieniło przez te lata od chwili ich śmierci! Coraz mocniej odczuwał na sobie wzrok tych z grobu. Oni chyba wiedzą o wszystkim! Jak na taśmie filmu ujrzał swe życie. W jednej chwili zrozumiał, jak bardzo daleko odszedł od drogi, na którą oni go wprowadzili z tak wielkim poświęceniem i głęboką miłością. Zawiódł ich nadzieje, zmarnował ich ofiary i modlitwy! Czy miał nadal zamknięte, ale widział wszystko lepiej niż kiedykolwiek indziej⁵¹.

*

Reasumując niniejsze analizy i refleksje dotyczące najbardziej powszechnych, a zarazem najtrudniejszych doświadczeń ludzkiego życia, uświadamiamy sobie, że człowiek zawsze winien być otwarty na to wszystko, co jest jego udziałem. Nawet bowiem takie rzeczywistości, jak cierpienie i śmierć, które pozornie wydają się nie mieć w sobie nic z dobra, mają charakter wyzwalający i podnoszący w górę. Szczególnie wymownym w tym względzie było cierpienie, ostatnie chwile życia i śmierć papieża Jana Pawła II. Potencjał dobra, nadziei, innej perspektywy życia, jakie wyzwoliły w ogromnej liczbie ludzi na całym świecie, niezależnie od wiary i postaw moralnym, stanowią niewątpliwy argument za tym, że cierpienie i śmierć rzeczywiście mają wyzwalającą moc. Do tego jednak trzeba dorastać, w czym doświadczenie cierpienia jawi się jako szkoła. Dotyczy to z pewnością każdego z nas i wszystkich razem, choć doświadczenie to nie jest proste i łatwe. Prawdę tę wypowiada poeta: „Uczę się ciebie człowieku / Powoli się uczę, powoli / Od tego uczenia trudnego / Raduje się serce i boli” (J. Libert). Podjęcie tej trudnej, a zarazem radosnej nauki prowadzi człowieka do takiego przekonania, że – jak mówi bohater filmu pt. „Kto nigdy nie żył...” – za cierpieniem jest „taka granica, za którą się uśmiech serdeczny zaczyna”⁵².

⁵¹ Tekst znajduje się w prywatnych zbiorach archiwalnych autora arytykułu.

⁵² Cyt. za: M. Kindziuk, „Kto nigdy nie żył...” – ten nie umiera, „Niedziela. Tygodnik katolicki”, 24.09.2006, nr 39, s. 25.

Ks. Andrzej Proniewski

Teodramat w ludzkim cierpieniu

Ludzkie życie jest niejednokrotnie interpretowane jako proces, któremu towarzyszą dramatyczne napięcia jakie przeżywa człowiek. Sytuacja dramatów ludzkich nie powinna jednak być odzwierciedleniem klasycznych sytuacji tragicznych, bez wyjścia, odnoszących się do dramatów prezentacji teatralnych. Dramatyczność ludzka spowodowana trudnymi okolicznościami życia, cierpieniem fizycznym i moralnym oraz bólem psychicznym nie znajdzie właściwego sposobu na wyjaśnienie i może okazać się sytuacją prowadzącą do unicestwienia, jeżeli nie dostrzeże argumentów serca, które rodzi wiara. Rozum wielokrotnie jest bezradny w obliczu ludzkiego cierpienia i nie potrafi udzielić odpowiedzi na podstawowe pytanie: dlaczego cierpienie, jaki jest jego sens? Ludzkie serce dyktuje pewne rozwiązania: pozostać czujnym, zachować wrażliwość na cierpiącego, być obecnym, pomagać zachowując postawę solidarności i współodczuwania.

Cierpienie przeżywane czysto po ludzku, egoistycznie, bez wiary, bez ukierunkowania na rzeczywistość Boga radykalizuje poczucie Jego nieobecności¹ – nieobecności Boga przy cierpiącym. Każde cierpienie pomimo tego, że jest indywidualne, osobiste i niepowtarzalne jest nośnikiem konkretnych treści. Cierpienie jest w jakiejś mierze ceną życia. Kobieta rodzi i krzyczy z bólu. Ból w tym przypadku jest związany z życiem. Przeżywane w wierze uczy otwartości na transcendencję Boga, sugeruje zachowanie nadziei i rozładowania buntu i napięcia, zwłaszcza gdy cierpi człowiek niewinny. Cierpienie z jednej strony może zniszczyć, zdegradować i być powodem zniechęcenia i bezsensu ludzkiej egzystencji, z drugiej jednak strony cierpienie przeobrażone wewnętrznym trudem

¹ W. Hryniewicz, *Nad przepaściami wiary*, Kraków 2001, 293.

i dialogiem z Bogiem może odmienić i przemodelować człowieka. Człowiek został naznaczony cierpieniem w życiu ziemskim, ale zdołał też wznieść się ponad jego zasięg dzięki pomocy i interwencji samego Boga, którego miłość do człowieka została ukrzyżowana i doznała dramatu cierpienia.

1. Dramat cierpienia niewinnych w Biblii

Zarzuty Iwana Karamazowa ze słynnej powieści Dostojewskiego dla wielu osób ciągle są największą przeszkodą, by mogli uwierzyć w Boga miłości: czy można zaufać Bogu w świecie, w którym torturuje się dzieci? Skoro Bóg jest dobry, jak może zgadzać się na cierpienia niewinnych?² Problem ten został wyartykułowany już w Księdze Psalmów. Psalmi pokazują nam zagubienie wierzących, kiedy stykają się ze szczęściem ludzi złych i nieszczęściem, jakie spotyka sprawiedliwych: „Czy więc na próżno zachowałem serce czyste i w niewinności umywałem ręce? Co dzień bowiem znoszę chłostę, każdego ranka spada na mnie kara... A ja wołałam do Ciebie, Panie, niech nad ranem dotrze do Ciebie moja modlitwa. Czemu odrzucasz mnie, Panie, i ukrywasz swoje oblicze przede mną?” (Psalm 73, 13–14; 88, 14–15)³. W samym sercu Pism hebrajskich postać Hioba jest wzorem tych pytań. Znana jest historia tego sprawiedliwego człowieka, który bez żadnej ze swojej strony winy zostaje doświadczony wielorakim cierpieniem. Traci majątek, synów i córki, wreszcie zaś sam zostaje dotknięty ciężką chorobą. W tej straszliwej sytuacji pojawiają się w jego domu trzej starzy znajomi, którzy – każdy w innych słowach – starają się przekonać go, że skoro dotyka go tak wielorakie i tak straszliwe cierpienie, zatem musiał dopuścić się wielkiej winy. Cierpienie bowiem – mówią – przychodzi na człowieka zawsze jako kara za przestępstwo; zostaje ono zesłane przez bezwzględnie sprawiedliwego Boga i znajduje swoje uzasadnienie w porządku sprawiedliwości. Można powiedzieć, że starzy przyjaciele Hioba chcą nie tylko przekonać go o moralnej słuszności zła, ale usiłują niejako sami wobec siebie obronić moralny sens cierpienia. Cierpienie w ich oczach może mieć sens wyłącznie jako kara za grzech, wyłącznie więc na gruncie sprawiedliwości Boga, który odpłaca

² F. Dostojewski, *Bracia Karamazow*, Warszawa 1984.

³ M. L. Ramlot, J. Guillet, »Cierpienie«, w: X. L. Dufour, *Słownik Teologii Biblijnej*, Poznań 1994, 154.

dobrem za dobro, a złem za zło. Hiob jednakże zaprzecza słuszności zasady, która utożsamia cierpienie z karą za grzech, a czyni to w imię swego doświadczenia. Świadom jest bowiem, że nie zasłużył na taką karę, owszem, przedstawia dobro, jakie czynił w swym życiu. W końcu także sam Bóg upomina przyjaciół Hioba za ich oskarżenia i przyznaje, że Hiob nie zawinił. Jego cierpienie jest cierpieniem niewinnego; trzeba je przyjąć jako tajemnicę, której człowiek nie jest zdolny do końca przeniknąć swym rozumem. Jeśli Bóg godzi się doświadczyć Hioba cierpieniem, to – aby wykazać jego sprawiedliwość. Cierpienie ma charakter próby. Księga Hioba stawia w sposób wyrazisty pytanie „dlaczego cierpienie?“, ukazuje też, że cierpienie dotyka niewinnego, ale nie daje jeszcze rozwiązania samego problemu.

Pierwszym niewinnym człowiekiem, jakiego spotykamy na kartach Pisma Świętego, jest Abel, niesprawiedliwie zabity przez swojego brata Kaina. Autor Księgi Rodzaju zapisał przy tej okazji słowa zadziwiające: „Rzekł Bóg: »Cóżżeś uczynił? Krew brata twego głośno woła ku mnie z ziemi!«” (Rdz 4, 10) W Biblii krew to jest życie (por. Kpł 17, 11. 14) i to życie przerwane przez ludzką złość paradoksalnie odzyskuje głos. Ludzka przemoc nie zagłusza go, przeciwnie, pragnienie życia, jakie mieszka w sercu ofiary zostaje uwolnione dlatego, że zraniono niewinność. Jej krzyk dociera do Boga i sprawia, że Bóg interweniuje. Ten sam dynamizm można dostrzec w historii zbawienia w opowieści o wyjściu z Egiptu. Tym, co sprawia, że Bóg zstępuje na ziemię, nie są jakieś ludzkie akty bohaterstwa i ofiary, ale raczej krzyk, który wyrywa się pośród prześladowań, jakie spadają na ludzi. Jęk niewolników uruchamia długi proces wyzwolenia, w którym Bóg wkracza w historię (por. Wj 2, 23–25). Następny krok postawili prorocy Izraela. Doświadczyli oni w swoim ciele, że Bóg, niewinny z samej swojej natury, jest odrzucany przez lud. Przykładem może być Ozeasz zmuszony do cierpliwego znoszenia zdrad swojej ukochanej, co miało być obrazem wierności, jaką Bóg zachowuje dla swego niewiernego ludu (Oz 1–3). Podobnie Jeremiasz narażony na wykluczenie i prześladowanie, „mąż skargi i niezgody dla całego kraju”, skazany na samotność ze swoją „nieuleczalną raną” (Jr 15, 10. 17–18). Trzeba było czasu, żeby zrozumieć, że ci ludzie, kiedy cierpią, bo nie zostali ani usłyszani, ani zrozumiani, w istocie pozwalają nam zobaczyć serce samego Boga. Jeśli życie proroków objawia, że cierpienie niewinnych nie jest tylko nakłanianiem Boga do podjęcia działania dla przywrócenia sprawiedliwości, ale także stanem uprzywilejowanym, które odsłania ludziom Jego tajemnicę, opisaną przez proroka Izajasza w rozdziałach 40–55 tajemni-

cza postać, wyraża tę prawdę w całej pełni. Chodzi tu o kogoś opisanego jako ostatni z ostatnich, „przedmiot pogardy”, który jak magnes przyciąga całe zło innych, aby przemienić je w cierpienie (por. Iz 53). Ale właśnie ten człowiek, na pozór odrzucony, w istocie jest Sługą Bożym, to znaczy kimś, kto wypełnia na ziemi Boży plan zbawienia. Skoro „spodobało się Panu zmiażdżyć go cierpieniem” (Iz 53, 10) to dlatego, by pokazać go wszystkim, żeby wszyscy dostrzegli w nim działanie samego Boga⁴. Bóg chce pojednać ze sobą tych, którzy go odrzucają, biorąc na siebie skutki ich niewierności.

2. Cierpienie Boga

Sformułowanie określające Boga, który jest doskonałością, jako cierpiącego, w swoim pierwszym brzmieniu może wydawać się paradoksalne. Tym, co usprawiedliwia jego zaistnienie jest pytanie o cierpienie człowieka⁵. Poszukiwanie człowieka dotyczące wyjaśnień misterium cierpienia związane jest z lękiem lub zdumieniem, kategoriycznym odrzuceniem bądź otwartością ukierunkowaną na odkrywanie jego transcendentnego charakteru. Ta druga postawa charakteryzowała Hansa Ursa von Balthasara (1905–1988) – wybitnego teologa szwajcarskiego, który konstruował swoją naukową myśl na temat cierpienia człowieka w oparciu o zasadę podobieństwa pomiędzy Bogiem a stworzeniami. Relacji Boga z człowiekiem nadał on charakter swoistego dramatu, rozgrywającego się na wielkiej arenie świata⁶. Wspaniałość Boga (*Herrlichkeit*), która zajaśniała w życiu, śmierci i zmartwychwstaniu Jezusa Chrystusa jest kategorią wyznaczającą realizację celu ludzkiej egzystencji w świetle Jezusowych doświadczeń, także dramatu krzyża, męki i śmierci. Problemem pozostaje rozpoznanie takiego objawienia wśród tysiąca innych fenomenów tego świata. Z biblijnych świadectw wynika bardzo wyraźnie, że Syn, przychodząc na świat, staje się główną postacią i rozstrzygającym aktorem dziejącego się na scenie świata dramatu. On decyduje o roz-

⁴ J. L. Crenshaw, »Cierpienie«, w: B. M. Metzger, M. D. Coogan, *Słownik wiedzy biblijnej*, Warszawa 2004, 91–92.

⁵ P. Ramsey i W.F. May w *Przedmowie* do książki A. McGilla stwierdzają: „cierpienie staje się zasadniczym testem dla teologii naszych dni”. A. McGill, *Suffering: A Test of Theological Method*, Filadelfia 1982, 7.

⁶ E. Piotrowski, *Teodramat*, Kraków 1999, 16.

wiązaniu dramatycznego stanu człowieka⁷. Jego Osoba stanowi punkt odniesienia dla wszystkich grających w „teatrze świata”, tak przed Nim, jak i po Nim, osób cierpiących i pokrzywdzonych, wszystkich poszukujących zbawienia, gdyż: „nie dano ludziom pod niebem innego imienia, w którym moglibyśmy być zbawieni” (Dz 4, 12).

Podstawą dla cierpienia Boga stał się zatem fakt Wcielenia Syna Bożego, który przyjął ludzką naturę, „albowiem Bóg tak umiłował świat, że Syna swojego dał” (por. J 3, 16). Wcielenie jawi się jako najdoskonalszy wzór i przykład cierpienia Boga z ludźmi, jego miłości współczucia⁸. Według tradycji chrystologii odziedziczonej po Ojcach Kościoła⁹ we Wcieleniu nastąpiła przedziwna wymiana właściwości, to znaczy udzielania bóstwa człowieczeństwu i człowieczeństwa bóstwu (*communicatio idiomatum*) bez zmieszania natury boskiej z ludzką w osobie Syna Bożego. Wydarzenie wcielenia jest aktem posłuszeństwa Syna wobec Ojca i Jego odwiecznego planu zbawienia świata. Oczywiście, jest to także plan Syna. W kulminacyjnym momencie „teodramatu” pojawia się krzyż. Syn na krzyżu doświadczył w sobie opuszczenia przez Ojca. To doświadczenie ma znamiona wieczności, jest bez-czasowe. Syn przyjął na siebie Boży gniew, ofiarowując się za ludzi na wieczne potępienie. W opuszczeniu krzyża wziął na siebie ludzki grzech i jego gorzkie owoce – cierpienie i śmierć. W ten sposób ogarnął i przewyciężył wszelkie możliwe opuszczenie człowieka, jego samotność, a więc także opuszczenie i samotność piekła. Piekło zostało rozsądzone od wewnątrz. Krzyż Chrystusa jest źródłem nieskończonej nadziei i zrozumienia sensu także ludzkiego cierpienia.

Na krzyżu, w kenotycznej śmierci wcielonego Słowa, nastąpiło przewyciężenie i przewartościowanie ludzkiego umierania. Pokonana została perspektywa bezsensu ludzkiego cierpienia i beznadziejności ludzkiej egzystencji. Zmartwychwstanie Jezusa było wywyższeniem Tego, który się unizył, a jednocześnie objawiło, kim On był w rzeczywistości. Jego powrót do Ojca jest stworzeniem nowego wymiaru, w który przemieni się całe stworzenie, jest stworzeniem nieba, które jawi się jako wielkość dopiero powstająca¹⁰.

⁷ H. U von Balthasar, *Teodramatyka 2*, Kraków 2006.

⁸ T. G. Weinandy jeden z paragrafów swojej książki zatytułował *Wcielenie – niecierpiętlivy, który cierpi*. Por. T. G. Weinandy, *Czy Bóg cierpi?*, Poznań 2003, 297–367.

⁹ B. Sesboüé, *Bóg zbawienia. Historia dogmatów*, Kraków 1999, 372–373.

¹⁰ E. Piotrowski, »Hans Urs von Balthasar«, w: J. Majewski, J. Makowski, *Leksykon wielkich teologów XX/XXI wieku*, Warszawa 2003, 15.

Rola, jaką Jezus odgrywa w „teodramacie”, jest dwojaka. Najpierw Jezus Chrystus – jako odtwórca roli danej przez Boga – jest Jego prawnym reprezentantem w świecie. Jako Syn jest interpretacją i uobecnieniem trójjedynego Boga, do którego mamy przystęp w ludzkiej historii Chrystusa. Z drugiej strony Jego rola jest zasadą rozdziału ról dla innych aktorów uczestniczących w „teodramacie”. Dzięki temu aktorzy zaczynają rozumieć samych siebie. Sam Balthasar przyznaje, iż jego koncepcja jest próbą „wypowiedzenia tego, co każdy chrześcijanin wie na sposób spontaniczny i nierefleksyjny.

Każdy dramat teatralny winien mieć swoje zakończenie. „Teodramat” takiego zakończenia nie ma. On wciąż trwa i trwać będzie przez całą wieczność. Trzeba jednak w tym miejscu bardzo mocno podkreślić, że wieczne trwanie w Bogu będzie nie mniej dramatyczne niż ziemska egzystencja z jej ciemnościami i wolnością wyboru. Ludzka wolność, mająca swe odwieczne źródło w Bogu, nie zostanie w żaden sposób zdeeterminowana, a Bóg będzie ciągle Tym, który odsłania nowe przestrzenie wolności. Wieczna szczęśliwość nie jest więc prostym oglądaniem (*visio beatifica*), lecz prawdziwym twórczym działaniem. To, co twórcze w wiecznym życiu, jest nieustannym wytworem osobowej wolności człowieka pośrodku wspólnoty świętych (*communio sanctorum*), jest udziałem w wiecznym życiu Ojca i Syna, i Ducha Świętego.

3. Milczenie Cierpiącego

Pomimo zaistniałego faktu w dziejach ludzkości pojawienia się Chrystusa, który wziął ludzkie cierpienie na siebie i obarczył się bólem każdej osoby ludzkiej, teoretycznie nie rozwiązał On problemu, a chrześcijanie ciągle zmagają się z misterium cierpienia. Często, w obliczu trudnych okoliczności, wydaje się człowiekowi, że Bóg milczy i jest obojętny wobec jego losu. Milczenie Boga wobec cierpiącego człowieka ma w sobie coś z tajemnicy Wielkiego Piątku. Wobec Boga Ojca Syn postanowił przybrać postać sługi. Syn Boży chciał doświadczyć opuszczenia i ogołocić samego siebie z blasku chwały i mocy (por. Flp 2,7), aby spotkać się w swoim osobistym cierpieniu z cierpieniem każdego z ludzi. Milczenie Boga wobec Syna cierpiącego na krzyżu i jego indywidualny wymiar cierpienia są wyrazem głębokiej więzi solidarności z każdym cierpiącym człowiekiem, który na sposób bardzo indywidualny doświadcza bólu. To apel Boga – Człowieka o to, aby krzyży w ludzkim życiu było jak najmniej.

Można by pytać Boga, dlaczego nie interweniował w chwili ukrzyżowania Jego Syna – Jezusa, który modlił się słowami psalmu: *Boże mój, Boże mój, czemuś Mnie opuścił?* (Mk 15, 34). Odpowiedź Boga przychodzi, chociaż nie od razu, ale później – jest nią Zmartwychwstanie¹¹. Tak dzieje się w obliczu każdego cierpienia, które rodzi krzyk rozpaczy i powoduje, że z serca wyrywa się okrzyk: *Boże gdzie jesteś? Dlaczego mnie opuściłeś?* Trudno jest wyjaśnić milczenie Boga w obliczu spraw ludzi cierpiących, niewinnych, dotkniętych chorobą nieuleczalną, kalectwem, ludzką krzywdą, która boli. Nie jest łatwo odpowiedzieć kiedy Bóg przełamuje swoje milczenie w stosunku do człowieka. Może czasem bardzo późno, a czasami chyba wcale na tej ziemi. Jest to rzeczywistość niesprawdzalna i nie dająca się ustalić empirycznie. Człowiek nie ma możliwości takiej weryfikacji. Często ludzie odchodzą z tego świata zrozpaczeni. Gdy człowiek podlega cierpieniu sam, jest słaby, ale kiedy Bóg, nawet milczący, jest jego uczestnikiem to ostatecznie przyczynia się do odkrycia jego sensu. Cierpienie samo w sobie nie ma sensu, jest destrukcyjne. Przeżywane z Bogiem, nawet w klimacie Jego wymownego milczenia, powoduje wyzwalanie niejednokrotnie nadprzyrodzonych mocy, albowiem Bóg jest tym, który od cierpienia wyzwala. Dzieje Jezusa i scena z krzyża pokazują, że Bóg, który dzieli z ludźmi cierpienie, jest równocześnie od niego mocniejszy.

4. Cierpienie ludzkie

Ludzka historia naznaczona jest nie tylko radością i zdążaniem do realizacji szczęścia, ale także pisana jest misterium choroby, egzystencjalnego bólu i cierpienia. Ludzkość na przestrzeni dziejów ugiwała się i ugiła pod ciężarem cierpienia; głodu i wielorakiego niedostatku, ograniczeń i zniewolenia.

Cierpienia mają rozmaite źródła. Z jednej strony są to różnego rodzaju braki: głód, nędza, choroba, kalectwo, bezradna starość. Z drugiej, namiętność i wypływające z międzyludzkich stosunków: miłość, zazdrość, zawiść, osamotnienie. Dołączają do nich również cierpienia wynikające z nieszczęść czy też z tragicznych zdarzeń losu. Cierpienie i śmierć dotykają każdego człowieka niezależnie od kultury, cywilizacji, świato-

¹¹ W. Hryniewicz, *Cierpienie jest wołaniem o przemianę*, w: <http://katolik.pl/felietony/list/34.php>.

poglądu i wyznania. Cierpienie jest niewątpliwie częścią ludzkiego bytu, nikt nie może przed nim uciec, bowiem każdy, wcześniej czy później, doznaje cierpienia. Cierpienie przynależy do samej śmiertelnej natury człowieka. Obejmuje ono wszystkich ludzi bez wyjątku, bez względu na ich status społeczny czy zawodowy, rodzinny czy majątkowy. Jak bowiem nie można być nieśmiertelnym, gdy się jest człowiekiem, tak też nie można być wolnym od cierpienia i smutku.

Ludzie na drogach swego życia cierpią w różny sposób, albowiem ani choroba, ani tragedia, ani śmierć nie mają względu na osobę. Cierpień tych nie można ani odstąpić, ani nabyć. Narażeni są na cierpienia nie tylko ubodzy, lecz również bogaci oraz ci, którzy mają władzę. Żadne też cuda techniki nie wyzwolą człowieka z lęku o własną egzystencję, nie zlikwidują faktu cierpienia i śmierci. Każdy, kto ma otwarte oczy, dostrzeże ból i cierpienie na każdym kroku. Pytanie: dlaczego? Jest to pytanie o powód, o rację, zarazem pytanie o cel (po co?), w ostateczności zaś zawsze pytanie o sens. Pytanie to nie tylko towarzyszy ludzkiemu cierpieniu, ale zdaje się wręcz wyznaczać jego ludzką treść – to, przez co cierpienie jest właśnie ludzkim cierpieniem. Ból, zwłaszcza fizyczny, rozprzestrzeniony jest szeroko w świecie zwierzęcym. Tylko jednak człowiek cierpiąc wie, że cierpi i pyta „dlaczego” – i w sposób już całkowicie i specyficznie ludzki cierpi, jeśli nie znajduje odpowiedzi na to pytanie. Jeśli nie znajduje wystarczającej odpowiedzi. Jest to zaś pytanie trudne, podobnie jak trudne jest inne, bardzo pokrewne tamtemu, pytanie o zło. Dlaczego zło? Dlaczego w świecie zło? Gdy pytamy w ten sposób, zawsze przynajmniej w jakiejś mierze, pytamy też o cierpienie.

Jedno i drugie pytanie jest trudne, gdy stawia je człowiek człowiekowi, ludzie ludziom – a także, gdy stawia je człowiek Bogu. Człowiek bowiem nie stawia tego pytania światu, jakkolwiek cierpienie wielokrotnie przychodzi do niego od strony świata, ale stawia je Bogu jako Stwórcy i Panu świata. I jest rzeczą dobrze znaną, że na gruncie tego pytania dochodzi nie tylko do wielorakich załamania i konfliktów w stosunkach człowieka z Bogiem, ale bywa i tak, że dochodzi do samej negacji Boga. Pytanie to człowiek może postawić Bogu z sercem rozdartym, gdy umysł jest pełen przygnębienia i niepokoju.

Aby móc poznać prawdziwą odpowiedź na pytanie „dlaczego cierpienie”, należy skierować spojrzenie na objawienie Bożej miłości, ostatecznego źródła sensu wszystkiego, co istnieje. Miłość jest też najpełniejszym źródłem sensu cierpienia, które pozostaje zawsze tajemnicą. Człowiek zdaje sobie sprawę, że wszelkie jego wyjaśnienia będą zawsze niewystar-

czające i nieadekwatne. Chrystus pozwala jednak wejść mu w tajemnicę i odkryć „dlaczego cierpienie”, o ile jest zdolny pojąć wzniosłość miłości Bożej. Miłość jest też najpełniejszym źródłem odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia. Odpowiedzi tej udzielił Bóg człowiekowi w Krzyżu Jezusa Chrystusa.

Zakończenie

Fakt cierpienia i boleści jest znany wszystkim ludziom, ale sens cierpienia pojmowany jest przez nielicznych. Jednak bez względu na to, czy ktoś odnajduje w cierpieniu sens, czy też go nie odnajduje, każdy musi uczynić coś z cierpieniem, którego doświadcza. Człowiek nie odnajduje sensu swojego cierpienia jedynie w ludzkim patrzeniu na nie. Jest to niemożliwe dlatego, że cierpienie posiada na wskroś nadprzyrodzony i na wskroś ludzki charakter. Jego nadprzyrodzony charakter wynika z tego, że jest zakorzenione w Boskiej tajemnicy odkupienia świata. Natomiast ludzki charakter odkrywania sensu cierpienia wynika z tego, że cierpienie pozwala człowiekowi odnaleźć siebie, swoje człowieczeństwo, swoją godność, jak również swoje posłannictwo i powołanie. Chorzy, starcy, niepełnosprawni i umierający uczą, że choroba i słabość są twórczym okresem ludzkiego życia, i że cierpienie wcale nie umniejsza ludzkiej godności. Uświadamiają oni także, że to co w życiu liczy się najbardziej, to nie zdrowie, siły i dobra materialne, ale przede wszystkim zbawienie, które Chrystus wysłużył swym cierpieniem. Dlatego u podstaw rozumienia ludzkiego cierpienia leży tajemnica teodramatu Boga, czyli odkupieńczego cierpienia Chrystusa. Tylko w jego świetle cierpienie człowieka może otrzymać pełne wyjaśnienie. Człowiek w chwilach cierpienia może zwracać się do Jezusa Chrystusa, złączyć swoje cierpienia z Jego męką i ofiarą. Wtedy też zostaje ogarnięty przez Chrystusa tajemnicą odkupienia.

Krzyż leży w najgłębszych zamiarach, a równocześnie tajemnicach Bożych¹². Bóg zechciał nas zbawić przez cierpienie, przez śmierć krzyżową swojego Syna i dlatego pragnie, aby w pójściu za Jezusem kontynuowała się realizacja planu zbawienia świata przez krzyż i cierpienie. Jezus za życia swojego wynagrodził tym, którzy szli za Nim, błogosławieństwem i obietnicą dziedziczenia Królestwa Bożego. Współ-

¹² K. Berger, *Po co Jezus umarł na krzyżu*, Poznań 2004.

cierpienie z Chrystusem prowadzi także do współzmartwychwstania z Nim (Rz 8,17). Krzyż rzuca rozstrzygające światło na sens istnienia i cierpienia człowieka. Droga Chrystusowego krzyża jest tą drogą, na której życie i śmierć, szczęście i cierpienie doznają uświęcenia i nabierają nowego sensu. Cierpienie staje się owocne. Pełne zwycięstwo Chrystusa spełniło się w zmartwychwstaniu. Zmartwychwstanie poprzedziła jednak straszna męka, umieranie i śmierć. Tak więc cierpienie jest włączone w sposób szczególny w zwycięstwo. Człowiek przez swoje cierpienie zostaje wciągnięty przez Chrystusa do aktywnej współpracy w osiągnięciu życia wiecznego. Cierpieć z Chrystusem to mieć z Nim udział w chwale. *Cieszcie się, im bardziej jesteście uczestnikami cierpień Chrystusowych, abyście się cieszyli i radowali przy objawieniu się Jego chwały* (1P 4, 13).

Jacek Łuczak

Cierpienia umierających i ich bliskich – rola opieki paliatywnej-hospicyjnej

Korzystanie z przekazanych przez Ojca św Jana Pawła II wszystkim ciężko, śmiertelnie chorym, niedoścignionych wzorów postawy wielkiego Ducha w odnajdywaniu wartości życia w obliczu śmierci i podtrzymywaniu nadziei u cierpiących, może stanowić nowy etap w docenianiu wagi tego tak ważnego okresu życia.

Okres zaawansowanej choroby – z bliską śmiercią jest bardzo trudnym wezwaniem dla cierpiącego, doświadczającego kolejnych strat chorego, udręczonej rodziny („opiekunowie pierwszej linii”) oraz profesjonalistów i wolontariuszy, stanowi równocześnie najważniejszy okres zamknięcia życia. Wizja umierania wyzwała szereg obaw o: cierpienia ciała (ból, uduszenia się), utratę godności, bycie ciężarem dla innych, opuszczenie, rozstanie z ukochanymi, troskę o nich po naszej śmierci oraz cierpienia duchowe – egzystencjalne: zwątpienie w znaczenie uciekającego życia, wyrzuty sumienia, odpowiedzialność za kończące się życie, rozterki natury religijnej – niepewność co do naszego losu jako osoby – po śmierci ciała, ale czy również duszy? Chorzy niejednokrotnie skarżą się, że Bóg ich opuścił i nie czują Jego obecności.

Odkryte i zamaskowane oblicze umierania ma wiele znaczeń uwzględniających cielesne, psychiczne, społeczne i duchowe wymiary cierpienia oraz zależności i odczucia osób mniej lub bardziej uczuciowo związanych z umierającym: jego bliskich, zespołu opiekującego się oraz przygodnych obserwatorów [1, 2].

Można oczekiwać, że każdy z nas chciałby mieć zapewnione „dobre, godne umieranie” – pozbawione niepotrzebnego cierpienia, potrzebę rzetelnego przekazu o śmiertelnej chorobie (co jest niezbędne do uporządkowania – zamknięcia życia) i korzystać z dobrodziejstwa obecności kochającej osoby i wszechstronnego wsparcia [3]. Nikt natomiast nie wie, jak się

zachować, gdy ciemność śmierci już zagląda nam w oczy, a bunt, protest na nic się nie zdadzą, „znam tylko trzy możliwe postawy: wyłączenie się – stoicyzm, rozpacz i nadzieję” (Roy 4).

Cierpienia umierających są często zamaskowane w szczególności podczas agonii. Według Ventafridda około 70% chorych traci częściowo lub w pełni świadomość w ostatnich 24 godzinach życia [5]. Oparte na 500 chorych obserwacje Oslera, wskazujące na odczuwanie podczas agonii jedynie przez 20% umierających bólu i innych cierpień, nie mogą nas uspokoić, gdyż dotyczyły ostatnich godzin życia i nie uwzględniały cierpień osób bliskich [6]. Wiele badań wskazuje na nasilanie się w ostatnich tygodniach i dniach życia zarówno u chorych na nowotwory, ale również inne choroby przewlekłe – cierpienie zarówno cielesnych, jak i duchowych – egzystencjalnych (często wtedy, gdy udaje się przynieść ulgę w cierpieniach somatycznych), które są często nierozpoznawane i nieuśmierzone.

Opieka nad umierającymi chorymi, komunikowanie się z chorym i rodziną oraz leczenie objawów pozostawiają nadal wiele do życzenia. Badania SUPPORT prowadzone w USA w ramach programu Dying in America – i inne, oparte na wypowiedziach osób, które straciły swoich bliskich umierających w szpitalach, wskazują na brak satysfakcji z opieki nad nimi, umieraniu w nieuśmierzonego bólu przy niezaspokajaniu potrzeb psycho-socjalnych i duchowych i stosowaniu leczenia przedłużającego umieranie bez zgody chorego [1–7].

Uczenie się poprzez doświadczenia w opiece nad chorym

Podczas 47-letniej praktyki lekarskiej w różnych miejscach sprawowania opieki i różnych specjalnościach spotykałem się z reguły z trzema różnymi postawami lekarzy (dotyczy to również w pewnym stopniu pielęgniarek pracujących z tymi lekarzami) do umierających pacjentów:

1. Unikanie lub tylko bardzo krótki kontakt z chorym umierającym, często z pominięciem rozmowy z rodziną;
2. Kontakt wyłącznie medyczny ukierunkowany na ustalenie czy chory ma dolegliwości somatyczne (ból, duszność, jest niespokojny) i czy wymaga wykonania badań, podania kroplówek, leków w celu ich uśmierzenia lub złagodzenia, ale niejednokrotnie i w celu przedłużenia życia i umierania. To czysto medyczne podejście – interwencja lekarska doraźna w odniesieniu jedynie do objawów nosi nazwę medykalizacji, a podawanie środków farmaceutycznych ma stanowić

uniwersalny sposób na niesienie ulgi w każdym rodzaju cierpienia, włącznie z lękiem przed śmiercią i bólem duchowym;

3. Opieka u schyłku życia, jako istotna składowa opieki paliatywnej i hospicyjnej, oznacza objęcie całościową wszechstronną opieką chorego i jego rodziny – po uzyskaniu ich zgody. Działania te obejmują właściwą komunikację, empatyczne wysłuchanie skarg chorego i bliskich, leczenie dokuczliwych objawów oparte na ciągłym monitorowaniu.

Umieranie przebiega jako proces dynamiczny i postępowanie powinno być modyfikowane w zależności od zmieniającego się i zaskakującego zmiennością stanu chorego i reakcji jego bliskich. Niejednokrotnie udaje się jednak przewidzieć scenariusz umierania i wystąpienie sytuacji naglących, których obawiają się również chorzy, jak i rodzina, co wymaga odpowiedniego ich przygotowania z wyprzedzeniem („Co złego może mnie jeszcze spotkać przed śmiercią” – 14-letnia Natalia, której ojciec powiedział wszystko o chorobie i niepomyślnym rokowaniu, umierająca spokojnie w domu). Wymaga to dostosowywania opieki i leczenia objawowego, wychodzenie naprzeciw obawom osób bliskich i ich edukacji: co zrobić, jak się zachować w sytuacji naglącej, jak również zapewnienia 24-godzinnej dostępności opieki paliatywnej, uwzględniającej również posługę kapłańską, modlitwę oraz poszanowanie dla obrzędów.

Podczas konsultacji chorych u schyłku życia przebywających w różnych szpitalach zdumiewa niejednokrotnie, że lekarze opiekujący się chorym nie zdają sobie sprawy z tego, że ich chory umiera mimo, że występują objawy typowe dla stanu preagonalnego lub agonii, włącznie z typowym wyglądem, zaburzeniami świadomości i charakterystycznym chrapliwym i nieregularnym oddechem. Wskazuje to na konieczność poprawy **obowiązkowego szkolenia** w zakresie opieki u schyłku życia zarówno studentów we wszystkich uczelniach medycznych, jak również personelu medycznego w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki lekarskiej w oparciu o wiedzę i doświadczenia nabyte przez zespoły opieki paliatywnej i hospicyjnej. Tylko tą drogą można podnieść kwalifikacje pielęgniarek i lekarzy w opiece nad chorymi u schyłku życia. Zgodnie z „Rekomendacjami Rady Europy dotyczącymi organizacji opieki paliatywnej. Re (2003) 24” **każdy pracownik służby zdrowia zarówno w podstawowej, jak i szpitalnej opiece zdrowotnej powinien posiadać wiedzę i umiejętności w zakresie podstaw opieki paliatywnej**. Poza podrecznikami oraz publikacjami z zakresu opieki paliatywnej-hospicyjnej i medycyny paliatywnej zaleca się studentom oraz pracownikom służby zdrowia i wolontariuszom zapoznanie się z książkami Elizabeth Kubler

Ross: „Rozmowy o śmierci i umieraniu” (klasyczna pozycja literatury tanatologicznej, zawierająca istotne wskazówki pomocne w prowadzeniu rozmów z chorymi u schyłku życia oraz wiedzę dotyczącą postaw chorych (reakcji stadiów adaptacji psychicznej) w odniesieniu do konfrontacji z trudną do akceptacji rzeczywistością – oraz napawająca nadzieją „Życiodajna śmierć”).

Mało znamy język umierających. Odgadywanie z bardzo ograniczonego **przekazu niewerbalnego** (grymasy, jęki, płacz, ponawiane ruchy kończyną, znaki ruchem głowy, warg, gałek ocznych, mruganie, uścisk ręki w odpowiedzi na pytania: czy nie czujesz bólu, duszności, pragnienia, nie ścierpłeś, zmienić pozycję, a jak rozpoznać i ukoić **ból duchowy?**), trudnego do interpretacji, stanowi ważny, często niedoceniany system komunikowania się. Poza próbami oceny stopnia głębokości zaburzeń świadomości/stopnia sedacji, nie udało się opracować narzędzi, pomocnych przy określaniu odczuwanego przez chorego cierpienia w okresie agonii.

Zbyt często lekarz, pielęgniarka, wolontariusz czuwający przy umierającym upewniają towarzyszące osoby bliskie, że chory na pewno nie cierpi, mimo że istnieją tak istotne powyżej przedstawione trudności w porozumiewaniu się. To właśnie osoby bliskie znające znacznie lepiej chorego i spędzające z nim większość czasu są najlepszymi obserwatorami odczytującymi jego gesty i mowę ciała, a zespół opiekujący się powinien korzystać z ich często bezcennej pomocy w rozpoznawaniu przyczyn cierpienia u umierających i właściwie z należytą uwagą reagować na przekazywane przez nich sygnały, co może pomóc w doborze właściwego postępowania.

Znacznie więcej uwagi, szczególnie w okresie zbliżania się śmierci, należy poświęcić wspieraniu osób bliskich – roztaczających opiekę nad chorym, których życie ulega tak dramatycznym zmianom w wyniku przeżywania nieszczęścia związanego z postępującą, śmiertelną chorobą osoby bliskiej. Cierpienia ich obejmują empatyczne współodczuwanie wszelkich cierpień chorego zarówno nieuśmierzonego bólu ciała, postępującej niedołężności, jak również zatajanych niejednokrotnie lęków, poczucia utraty godności i rozterek moralnych, religijnych – głębokiego bólu duchowego – egzystencjalnego, utraty wiary w sens szybko uciekającego życia, jak i Boga. Trudno również pogodzić się z konieczną zmianą w pełnieniu nowych funkcji w rodzinie, a nade wszystko z **poszukiwaniem drogi jak żyć z osobą bliską, która wkrótce umrze (spotęgowana obawą: czy będzie cierpieć?)**, ze śmiercią, której umiera również znaczna część naszego życia.

Konieczne jest zatem wcześniejsze ustalenie potrzeb chorego poprzez cierpliwe, empatyczne wysłuchanie często zatajanej historii cierpienia przekazanej zarówno przez chorego, jak i jego rodzinę i poprawę w umiejętnościach komunikowania się – zrozumienia języka umierających i w całościowej opiece nad chorym [2–6]. Przekazanie prawdy o zbliżaniu się do śmierci, często zastępowane złudną nadzieją¹ – zapewnieniami o możliwości poprawy stanu zdrowia, a nawet zwalczenia choroby, stanowi niezbędny warunek przygotowania do umierania i śmierci zarówno rodziny chorego, jak i jego samego, co często zaniedbywane prowadzi do – maskowania, zatajania umierania.

Na barkach zespołu opiekującego się spoczywa ten trudny obowiązek umiejętnego przekazania choremu niezafałszowanych informacji dotyczących rozpoznania, zaawansowania postępującej choroby oraz niekorzystnej prognozy o bliskości śmierci. Osoby posługujące chorym u schyłku życia napotykają jednak w sobie samych na znaczne trudności w udzielaniu szczerzej odpowiedzi na zadawane przez chorych pytania: Ile mi jeszcze czasu zostało? Czy ja już umieram? Niejednokrotnie pomijamy je milczeniem, zmieniamy temat rozmowy, udzielamy zdawkowej odpowiedzi, że tylko Pan Bóg to wie lub szukamy pomocy u innych odsyłając chorego do psychologa czy też kapelana hospicyjnego, a nawet stawiamy fałszywą diagnozę, że chory ma zapewne depresję skoro zadaje pytania związane z własnym umieraniem. Wiele zapór stawianych jest tu często przez rodzinę chorego starającą się karmić go fałszywą nadzieją, przekonując, że ma nadal szanse na wyzdrowienie, zabraniając wręcz zespołowi OPH prowadzenia rozmów na ten temat wypierając – maskując nieuchronność zbliżania się śmierci. Zamyka się w ten sposób choremu i ich bliskim możliwość wyrażania swoich emocji, udzielenia wsparcia opartego na empatii i miłości oraz przekazania całego swojego dorobku życia, nieprzemijających wartości bliskim i opiekującym się, jak również wyprostowanie często powikłanych dróg, uzyskanie wybaczenia, uporządkowanie życia i spokojne umieranie².

¹ Nadzieja: obejmująca wiele obszarów życia siła życiowa, oczekiwania, które są budowane na realnej ocenie trudnej sytuacji i co do których brak pewności czy się spełnią. Obiektem nadziei jest upragnione, realne do osiągnięcia dobro, ważne dla danej osoby i lub osób bliskich. Nadzieja jest otwarciem na to co może się wydarzyć. (Margaret Byrne) Nieuzasadniony optymizm – wypieranie prawdy nie buduje nadziei Opieka paliatywna – pomoc w zbudowaniu realistycznej nadziei.

² Pomocny w przekazywaniu prawdy jest list-porada doktor Douglas Bridge z Royal Perth Hospital w Australii (bulletinboard@palliativedrugs.com z 8.04.2005) zawierająca

Barnard mówi o przyzwoleniu opiekujących się (również lekarza, pielęgniarek, wolontariuszy, ale i kapelana) na intymność, wysłuchanie zwierzeń o co proszą umierający. Ale jak się do tego przygotować? Jest to wezwanie, w którym pomocą służą lekcje udzielane przez niezrównanych nauczycieli – umierających chorych i ich rodziny, należy tylko wykorzystać te nauki i sięgnąć do własnych zasobów, często ukrytych i zamaskowanych lękiem, by nie zaszkodzić choremu, nie narazić się rodzinie, nie zranić siebie. Ważne jest, aby kierując się doświadczeniem w opiece nad chorymi, uczyć się od innych osób w zespole, wzmacniać swoją duchowość, modlić się razem z chorym i rodziną (jeśli przyzwolą) i prosić Boga o pomoc. Istotne jest, aby **wszystkie osoby z zespołu uświadamiały sobie** podczas każdego spotkania z chorym 1) co spostrzegają swoimi zmysłami w oparciu o skargi/relacje chorego i opiekującej się rodziny, i badanie przedmiotowe, dążąc do analizy zmieniającej się sytuacji i ustalenia – zmodyfikowania planu postępowania w uzgodnieniu z cho-

propozycję prowadzenia rozmowy z chorymi w intencji zaspokojenia ich potrzeb i przygotowania do zbliżającej się śmierci. *Podzielam poglądy innych osób, które podobnie odpowiedziały na przedstawiony przez Ciebie pytania dotyczące młodego chorego, który jest umierający, nie odczuwa głodu ani pragnienia a u którego dodatkowe żywienie przy zastosowaniu sondy żołądkowej byłoby niecelowe i nieskuteczne. Opieka powinna być tu ukierunkowana na zapewnienie właściwego wsparcia aż do momentu śmierci. Pracuję w dużym szpitalu, jak również w hospicjum i często spotykam się z sytuacjami, gdy wielodyscyplinarny zespół potrafi postawić diagnozę zbliżania się śmierci, ale nie radzi sobie z niemedycznymi głębokimi problemami związanymi z umieraniem i śmiercią.* Przygotowując sobie w swoim umyśle listę pytań, które z zasady są tu pomocne, uświadamiam sobie jak trudno jednak jest znaleźć te właściwe otwierające w rodzaju: **Chciałabym zadać Ci osobiste pytanie** (to uświadamia choremu i Go przygotowuje do konwersacji, która nie będzie dotyczyła spraw błahych!) **Powiedz co Ty RZECZYWIŚCIE** sędzisz o stanie swojego zdrowia?) Jeśli odpowiedź będzie zawierać przekonanie o możliwości poprawy a nawet powrotu do zdrowia wtedy zrozumieć, że jest w okresie zaprzeczania i wypierania prawdy o postępującej chorobie i nie będę go teraz zmuszała do dalszej rozmowy na temat umierania. Z zasady większość chorych odpowie w podobnej sytuacji *Jestem umierający, to oczywiste*", a czasem dodają jeszcze „Ale ani mój lekarz, ani rodzina nie chcą ze mną na ten temat rozmawiać”.

W tej sytuacji staram się kontynuować prowadzoną w poufny tonie rozmowę mającą na celu wyjaśnienie szeregu związanych z umieraniem kwestii w rodzaju:

1. czy TY masz odczucie umierania, czy to tylko Twój lekarz powiedział Ci o tym?
2. czy jesteś przygotowany do śmierci?
3. jakie są Twoje potrzeby przed tym zanim umrzesz?
4. gdzie chciałbyś umierać?
5. czy czujesz, że mogłaby Ci pomóc rozmowa z księdzem?
6. czy jest cokolwiek takiego związanego z umieraniem i śmiercią co budzi Twoje obawy?
7. czy jest cokolwiek takiego o co chciałbyś mnie zapytać lub o czymś mi powiedzieć?

Pytania te nie mają struktury gotowego wywiadu i są dostosowywane do każdej sytuacji. Ich celem jest rozeznanie rodzinnych problemów, wyleczenia zadawanych w przeszłości bolesnych zranień, przebaczenia innym i uzyskania przebaczenia.

rzym i rodziną, jak również 2) co sami odczuwają (emocje) – uruchamiając swoją empatię, starając się choć na chwilę zamienić się miejscami z chorym, wczuć się w rolę chorego i jego bliskich i wreszcie 3) czy są tymi osobami, które są w stanie poradzić sobie z niesieniem ulgi cierpiącemu choremu i jego bliskim i kto mógłby tu pomóc lub nawet ich zastąpić.

Unikanie tematu śmierci i umierania powszechne w naszym społeczeństwie wraz z mitem o nieuchronności bólu u chorych na nowotwory, opiofobią i lękiem przed hospicjum utożsamianym z umieraniem (stamtąd to już na pewno nie wyjdę, hospicjum to pewna śmierć) wpływają na zaburzenie komunikowania się chory–rodzina–zespół leczący – opiekujący się i **opóźniają zgłaszanie chorych** do ośrodków OPH.

Opieka nad umierającymi chorymi, co odnosi się również do umiejętności w komunikowaniu się z chorym i rodziną oraz właściwym leczeniu objawów pozostawia nadal wiele do życzenia również w innych krajach.

Amerykańskie Stowarzyszenie Internistów wypracowało w 2000 roku wartościowy program szkolenia lekarzy w opiece u schyłku życia mający obowiązywać wszystkich lekarzy amerykańskich, udostępniany również w Europie (Physicians Education of End-of-life Care).

W Polsce opieka paliatywna od 1991 roku jest przedmiotem nauczania studentów, stopniowo obejmującym wszystkie uczelnie medyczne [8], uznana jako standard w szkoleniu studentów wydziału pielęgniarstwa, wchodzi również w skład szkolenia podyplomowego i specjalistycznego, jakkolwiek program dla lekarzy rodzinnych jest zbyt zredukowany. Na wyższym stopniu szkolenia opieka nad chorymi u schyłku życia, jako składowa medycyny paliatywnej, jest uwzględniana w programie dla specjalizujących się w medycynie paliatywnej lekarzy oraz pielęgniarek specjalizujących się w opiece paliatywnej.

Podsumowanie

1. Umieranie i śmierć tak jak i opieka nad chorymi u schyłku życia ma różne mniej lub bardziej odkryte i zamaskowane oblicza zawsze z towarzyszącym cierpieniem, maskowanym przez dobrą opiekę paliatywną (jedna z definicji opieki paliatywnej ujęta w Rekomendacjach Rady Europy dotyczących organizacji opieki paliatywnej RE 2003, 24, wg której paliatywny – oznacza maskujący objawy ciężkiej choroby).

2. Wspieranie umierających i ich bliskich, szczególnie w przypadku cierpień egzystencjalnych stanowi bardzo ważne i trudne zarazem zada-

nie dla lekarza, pielęgniarki, innych członków interdyscyplinarnego zespołu włączając w to kapelana istotę wsparcia spełnia towarzyszenie – obecność wybranej/wybranych osób spośród zespołu, przy chorym i jego bliskich. Ból duchowy niejednokrotnie potęguje się w miarę zbliżania się do śmierci, niespodziewanie również wtedy, gdy uda się uśmierzyć ból somatyczny i inne przykre dolegliwości.

3. Refleksyjne myślenie z wykorzystaniem doświadczeń w opiece nad chorym (szczególnie w trudnych, kryzysowych sytuacjach) ma istotne znaczenie.

4. Umiejętne komunikowanie się oparte w szczególności na empatycznym wsłuchiwaniu się w przekaz chorego i jego bliskich (historia cierpienia) ma istotne znaczenie w uświadamianiu opiekującym się cierpienia i rozpoznawaniu potrzeb chorego i jego bliskich (celowe jest rutynowe sporządzanie genogramu oraz pomoc psychologa).

5. W opiece nad chorym, szczególnie podczas pierwszej/pierwszych wizyt w trakcie zapoznawania się z jego i bliskich problemami, ale również w okresie umierania, istotne jest poznanie swoich możliwości poznawczych, przeżywanych odczuć – emocji i zdolności do udzielenia pomocy choremu i jego bliskim: Odpowiedzi wymagają pytania: Co spostrzegam, jak oceniam sytuację? Co odczuwam?, Co chce uczynić, aby ulżyć cierpieniom chorego i jego bliskich, Czy jestem tu właściwą, odpowiednio kompetentną akceptowaną osobą?, Czy potrzebuję pomocy kolegów ze zespołu?

6. Należy uświadomić sobie niekorzystną prognozę i bliskość umierania, rozpoznać oznaki zbliżającej się śmierci i co jest bardzo ważne, a niejednokrotnie zanedbywane, potrafić przygotować chorego do umierania, a rodzinę do utraty bliskiej osoby (przewidywanie scenariusza umierania może zapewnić natychmiastową pomoc w przypadku wystąpienia objawów będących powodem umierania w wielkich cierpieniach, co obejmuje nasilenie bólu, duszenie się, katastrofalny krwotok, delirium i bezgraniczną rozpacz).

7. Opieka u schyłku życia powinna być dostępna przez 24 godziny i 7 dni tygodnia (chorzy przeżywają wielkie cierpienia będące powodem wielkiego stresu ich bliskich również w godzinach popołudniowych, w nocy lub nad ranem, dotyczy to szczególnie często okresu weekendowego, kiedy tak trudno uzyskać pomoc medyczną).

8. Każda decyzja odnośnie miejsca sprawowania opieki i umierania oraz sposobu sprawowania opieki i wyboru leczenia powinna być przedyskutowana i uzgodniona z chorym i jego opiekunami, co stanowi jeden

z ważnych argumentów konieczności przekazywania choremu prawdziwych informacji o stanie zagrożenia życia. Już sama wspomagająca obecność osób z zespołu hospicyjnego i otwartość w używaniu terminu hospicjum i opieka paliatywna pomagają w odkrywaniu maski niepewności i ułudy, i umożliwiają przeżywanie ważnego okresu życia przed śmiercią w oparciu o prawdziwą nadzieję.

9. Należy zapewnić choremu i jego bliskim ciągłą dostępność do OPH w możliwie wczesnym okresie zaawansowanej choroby w celu podtrzymania jakości tego ciągle ważnego okresu życia.

10. Przebywanie w życzliwym, przyjaznym środowisku sprzyjającym przekazywaniu bezinteresownej miłości, rozumiejącym wagę godności chorego, nadziei opartej na realnej ocenie sytuacji i jego wartości jako osoby i dążącym do zaspakajania wszelkich potrzeb chorego, w tym uporządkowania spraw doczesnych, udostępnienia pociechy religijnej i obecności osób bliskich, stanowią podstawowe prawo każdego umierającego chorego.

Piśmiennictwo

1. Field MJ, Cassel K Caring in the end of life in approaching death-improving care at the end of life. Committee of Care at the End of Life. Washington: National Academy Press; 1997.
2. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient. Definition and taxonomy. *J Palliat. Care*, 1994, 10, 57–70.
3. Smith DC, Maher MF. Achieving a healthy death: The dying person's attitudinal contributions. *The Hospice Journal*, 1993, 9, 21–32.
4. Roy DJ. Death late in the 20th century. *J Palliat Care*, 1991, 7, 3–5.
5. Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J. Palliat Care*, 1990, 6, 7–11.
6. Bliss M, Osler W. *A life in medicine*. New York: Oxford University Press 1999.
7. Lynn J et al: Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT investigations. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatments. *Ann. Intern. Med*, 1997, 126, 97–10
8. Luczak J, Okupny M, Wieczorek-Cuske L. The program of palliative medicine and Care in the curriculum of sixth year medical students in Poland. *J. Palliat. Care.*, 1992, 8, 39–43.

Dodatki

Agonia

Agonia (agon – sł. greckie – ostatnia walka), a zwłaszcza stan przedagonalny bywają nierozpoznawane, lekceważone przez personel medyczny i nieuznawane jako stan nagły. U chorych z przewlekłymi chorobami poprzedzana objawami preagonalnymi trwa kilka do kilkadziesiąt godzin [2]. Odrębności zależą od rodzaju schorzenia. Nagły zgon na przykład na skutek krwotoku lub zatoru płucnego, występuje rzadko. Większość umierających ma zaburzenia świadomości, a ból i dolegliwości wywołane niewygodnym ułożeniem (ścierpnięcie), pragnieniem, gorączką i zaleganiem moczu sygnalizuje grymasami, jękami i pobudzeniem psychoruchowym (zwłaszcza podczas zabiegów pielęgnacyjnych). Rysy twarzy są zaostrome, tętno nitkowane, kończyny chłodne, blade, oddech charczący, przyspieszony, przerywany – Chayne Stokesa). Warunkiem dobrej opieki jest stała obecność osoby bliskiej, wsłuchującej się w cichą i niewyraźną mowę chorego oraz przekazy niewerbalne, wspieranej przez doświadczony personel medyczny. Należy zapewnić możliwość całodobowego pobytu tej/tych osób przy chorym w jak najlepszych warunkach. Konieczne jest ciągłe reagowanie na uwagi opiekunów i postępowanie mające na celu optymalne uśmierzanie objawów [2]. Przytomnym chorym można początkowo podawać małe ilości ulubionych płynów, zwilżać język i śluzówki, zapewnić wygodne ułożenie, trzymać za rękę, jeśli jest to akceptowane. Czynności pielęgnacyjne należy ograniczyć do niezbędnych, unikać hałasu (używanie telefonów komórkowych, głośnych: dyskusji i modlitw przy łóżku umierającego, ostrego światła i towarzystwa więcej niż jednej lub dwóch osób). Zaleca się stosowanie pieluch, ograniczając cewnikowanie. Należy dokonać zmiany drogi podawania leków z doustnej na podskórną, rzadziej dożylną, kontynuuje się leczenie preparatami przezskórnymi fentanylu i buprenorfiny. Wszelkie bolesne zabiegi należy wykonywać w sedacji, a kontakt dożylny zakładać po znieczuleniu skóry kremem EMLA. Jeżeli chory sygnalizuje ból, należy zwiększyć o 30–50% dawkę analgetyku. Dołączenie do stosowanego opioidu butylobromku hioscyny (od 10–20 mg/4 godz. sc.) zapobiega nagromadzeniu wydzieliny w drogach oddechowych i charczącemu oddechowi (objawowi bardzo przykremu dla rodziny chorego, kojarzonemu często z silną dusznością). Odśysanie nie stosowne i mało skuteczne – przysparza dolegliwości! Nawadnianie dożylnie nie zalecane, może prowadzić m.in. do zwiększe-

nia ilości wydzieliny i nasilenia rzeżeń. U chorych z dusznością, nasilonym lękiem lub pobudzeniem psychomotorycznym należy podać midazolam – podskórnie (przy użyciu igły „motylek”) lub dożylnie, od dawki jednorazowej 0,5–1 mg, a po opanowaniu objawów – w postaci ciągłej infuzji (od 10–15 i więcej mg/dobę). Gorączkę zwalcza się zwykle przez podanie paracetamolu lub metamizolu doodbytniczo lub dożylnie. W bolesnym zaleganiu moczu należy wykonać cewnikowanie pęcherza w warunkach sedacji i po znieczuleniu cewki moczowej żelem lignokainowym. W rzadkich przypadkach może być konieczne nadłonowe nakłucie pęcherza moczowego (wenflonem o przekroju 2 mm, po znieczuleniu miejscowym skóry). W obliczu śmierci chorzy mogą mieć różne obawy: czy będą cierpieć ból i duszności, czy w czasie umierania będzie towarzyszył im ktoś bliski, niepokoją się o los swoich najbliższych, martwią się, że wielu spraw nie udało się rozwiązać. Przeżywają, często nierozpoznawalne cierpienia egzystencjalne – duchowe, na które składają się rozterki moralne (odpowiedzialność za niespełnione życie przed ludźmi i Bogiem), obawa o los bliskich, strach przed umieraniem, śmiercią i nieznanym. Uczucie osamotnienia łączy się z poczuciem bezsensu, pustki i niepokojem. Opieka duchowa polegająca na towarzyszeniu umierającemu i podtrzymywaniu nadziei jest bardzo ważnym, jednak trudnym do spełnienia przez lekarza, pielęgniarkę zadaniem, wykraczającym poza ich profesjonalizm. Należy zapewnić posługę kapłańską i spotkanie z tymi, których chory życzy sobie zobaczyć.

Wiele uwagi i troski należy poświęcić osobom bliskim choremu, dla których jego/jej umieranie jest źródłem wielkiego cierpienia. Przeżyciom natury estetycznej, emocjonalnej i duchowej towarzyszą obawy, że ich bliski umiera w bólu i cierpieniach (sygnały niewerbalne), a szybki, charczący oddech oznacza duszenie się. Obawiają się, czy dostępna będzie pomoc lekarza, pielęgniarki, szczególnie wtedy gdy nie byli przy umierających – „czy sobie poradzimy sami?” co może być powodem prośby o przyjęcie na oddział opieki paliatywnej. Stąd tak ważne jest przygotowanie do umierania z wyprzedzeniem zarówno chorego, jak i jego bliskich, co jest z reguły pomijane przez personel medyczny, często namawiany przez rodzinę karmiącą chorego „fałszywą nadzieją. Zgon wyzwala żal, negatywne emocje, płacz i rozpacz. Istotne jest, szczególnie w szpitalu, stworzenie atmosfery wsparcia opartej na empatii i dobrym komunikowaniu się (bieżący przekaz informacji o progresji procesu umierania, objawach oraz zastosowanym postępowaniu), co jest pomocne w wyrażaniu

emocji osobom przeżywającym umieranie i rozłąkę bliskiej osoby (Zasady postępowania w ostatnich dniach życia – wybór taktyki (1999) National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Tłumaczenie na j. polski: Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A. Nowa Medycyna VI, 95 (11/1999)

Opieka nad osobami osieroconymi

Marzena Studniarek, Jacek Łuczak

Żałoba jest naturalnym procesem psychicznym, trwającym w czasie, wywołanym śmiercią – utratą bliskiego. Rozpoczęta jeszcze za życia chorego wymaga wewnętrznych przygotowań rodziny do umierania bliskiego. Pogarszający się stan i przeczucie umierania zmuszają najbliższych do refleksji o rozstaniu. Nie należy dawać fałszywej nadziei choremu i jego bliskim, zniekształcać rzeczywistość i zaprzeczać sytuacji. Przygotowanie do śmierci afirmuje i nadaje znaczenia ważnemu okresowi schyłku życia. Pozwólmy choremu umrzeć. Żałobie – towarzyszą reakcje emocjonalne: zaprzeczanie, żal, poczucie winy i bezradności, dezorientacji i utraty kontroli, a nawet rozpacz. Badania struktury tego procesu uwzględniają 4 stadia, pomocne w zrozumieniu przemian. Po 1) szoku i niedowierzania w realność sytuacji, bezpośrednio po otrzymaniu informacji o śmierci, następuje 2) krótkotrwały gwałtowny płacz, bunt i zaprzeczanie. 3) W trzecim stadium trwającym od dni do miesięcy, dochodzi zazwyczaj do okresowej utraty kontroli w panowaniu nad sytuacją. 4) Po okresie ok. roku, osierocony odzyskuje równowagę psychiczną. **Żałoba patologiczna występuje u ok. 20% osób osieroconych i wymaga wsparcia specjalistycznego zespołu.** Należy ustalić: 1) czy żałoba się przedłuża, a jeśli tak, to, co sugeruje jej patologiczny przebieg oraz **profilaktycznie** 2) wykryć u osób opiekujących się umierającym oznaki zagrożenia ryzykiem nietypowego jej przebiegu. Na sposób przeżywania żałoby wpływają osobowość osieroconego, zaburzenia psychiczne w przeszłości, odmienność potrzeb, rodzaj i okoliczności śmierci (nagła lub w wyniku przewlekłej choroby, tragiczna, w mękach), etap rozwojowy rodziny, w którym dochodzi do śmierci bliskiego, sposób radzenia sobie ze stresem oraz wcześniejsze doświadczenia straty (w tym liczne zgony bliskich). O przeżywaniu żałoby decyduje dynamika tego procesu. Każdy krok wychodzenia z kryzysu prowadzić powinien do większej spójności i poprawy życia osoby osieroconej. Osoba wspierająca osieroconych powinna ustalić: 1) realne rozmiary straty, dążąc do 2) usunięcia silnego mechanizmu: urealniania zniekształconej rzeczywistości.

prowadzącego do zahamowania procesu żałoby, co wiedzie do izolacji siebie i zamknięcia w cierpieniu nie ulegającemu *przeobrażeniu*. Mechanizmów żałoby patologicznej upatruje się w: 1) **zablokowaniu procesu żałoby** (osierocony powstrzymuje się od wyrażania uczuć, czemu towarzyszy wzrost napięcia, 2) **izolacji i wycofaniu się** (gdy cierpienie przetrasta osieroconego, stara się on wycofać z kontaktu z otoczeniem lub nawet targnąć na życie), 3) **zjawisku tzw. żałoby odroczonej** (pojawia się silny mechanizm wyparcia realnej sytuacji, opóźniający naturalne przeżywanie żałoby) 4) **reakcjach zniekształconych** (nadmierna aktywność bez świadomości poczucia straty, nabywanie symptomów choroby, będącej przyczyną śmierci bliskiej osoby, okazywanie wrogości i bezpodstawnej irytacji). Alarmujący czynnik ryzyka stanowi niekończąca się faza cierpienia pierwotnego (zaraz po śmierci zmarłego), bez uświadomienia sobie, stan ten często podtrzymuje nierozpoznana **depresja**. *Trwale* uczucia łączące nas ze zmarłym powinny przybierać inną formę. Patologicznej, wieloletniej żałobie towarzyszy postępująca **izolacja**, wycofywanie się z więzi i aktywności społecznej. Brak typowej **manifestacji uczuć**, wyrażania żalu, przywoływanie bolesnej przeszłości świadczą o zatrzymaniu procesu przeżywania straty. W imię prawa do życia pozwólmy zamknąć osieroconemu żałobę, **wykonać** krok do przodu, akceptując śmierć osoby bliskiej. Utrzymywanie się silnego **poczucia winy i wrogości** wobec najbliższych, a także **zachowania autodestrukcyjne** ujawniające niepokojący stan zablokowania żałoby i **depresję** są wskazaniem do leczenia psychiatrycznego.

Ewa Koziatek

Choroba i śmierć niejedną ma twarz

Reakcje na sytuacje przewlekłej, prowadzącej do śmierci choroby

Śmierć jest jedyną rzeczywistością, która spotyka wszystkich, bez względu na kolor skóry, stan posiadania, wykształcenie, wyznanie. Niektórzy uważają, że jest jedyną sprawiedliwością w życiu. Warunki zewnętrzne procesu umierania w znacznym stopniu określają, jak sam proces będzie się odbywał. *Niegdyś ludzie umierali w domach, w których przeżyli większość życia. Często byli świadomi tego, że umierają chyba, że śmierć spowodowana była wypadkiem lub nagłą chorobą. Umierający człowiek miał szansę na ostateczne przerwanie swoich emocjonalnych więzi z życiem w znajomym mu otoczeniu. Podczas ostatnich chwil otaczali go czuwający członkowie rodziny i przyjaciele, aby go pożegnać na zawsze. Po śmierci członkowie rodziny zajmowali się pogrzebem. Była to wspólna sposobność, aby oddać ostatnią posługę temu, który odszedł i pogodzić się z kresem jego istnienia – pożegnać go z szacunkiem i miłością. Kontakt z umierającym pomagał im postrzegać śmierć nie jako zjawisko obce i potworne, ale jako nieodłączną fazę naturalnego cyklu¹.*

Społeczeństwo się zmieniło. Wielogodzinna praca poza miejscem zamieszkania sprawiła, że osoby starsze, chore zostały pozbawione naturalnej opieki dorosłych dzieci. Rolę opiekunów przejęły placówki, takie jak szpitale czy Domy Pomocy Społecznej. Adaptacja do sytuacji choroby i nieuniknionej śmierci w tego rodzaju placówkach ma swoją specyfikę.

Pacjent/pensjonariusz DPS

Przedstawione wnioski zostały wysunięte na podstawie obserwacji, wywiadów i rozmów z podopiecznymi Domu Pomocy Społecznej. Był

¹ Rams M.: Kiedy umiera dziecko., Psychologia i Rzeczywistość, 2003, 3. Pobrano dnia 14.08.2006 z sieci www: <http://www.psycholog.alleluja.pl/tekst.php?numer=5277>.

on przeznaczony dla kobiet, somatycznie przewlekle chorych. Wiek był zróżnicowany, bo mieścił się w przedziale 50–92 lata. Oprócz zmiennych socjodemograficznych, mieszkanki DPS różniły się pod względem czynników psycho-fizycznych. Jednym z nich były okoliczności „oddania” do DPS. Osoba trafiająca do DPS w przekonaniu, że rodzina nie była w stanie zapewnić jej odpowiedniej opieki, a jednocześnie czująca wsparcie i zainteresowanie najbliższych, była mniej napięta, charakteryzowała się lepszym nastrojem i otwartością na otaczającą rzeczywistość. Pensjonariuszki, które miały poczucie „bycia ciężarem w domu” lub też deklarujące, że „zostały wykorzystane materialnie przez rodzinę” miały obniżony nastrój, prezentowały różnego rodzaju dolegliwości somatyczne (w wielu przypadkach jako formę zwrócenia na siebie uwagi), „wyczekiwały śmierci”.

Motywacja do oddania seniorki do DPS przekładała się na formę kontaktu rodziny z nią samą i personelem. W przypadku pierwszej grupy kontakty te były częste. Rodziny interesowały się sposobem funkcjonowania nestorki, przejawiały chęć współpracy w procesie przystosowania do nowych warunków, pogodzenia się ze wzrastającymi niedogodnościami związanymi z postępowaniem choroby itp. Natomiast rodziny drugiej grupy pensjonariuszek nastawione były roszczeniowo. W wielu przypadkach oczekiwania były oderwane od realnych możliwości pensjonariuszki.

Innym czynnikiem był wyjściowy stan psychiczny. Erik Erikson w swoim studium rozwoju psychospołecznego podaje, że od ok. 41 r.ż. osoba wkracza w obszar konfliktu rozwojowego „integralność ego-rozpacz”, który prowadzi do *osiągnięcia mądrości życiowej w wyniku pozytywnego bilansu życia*². Osoby z rzeczoną „mądrością życiową” były nieoceanionym źródłem wiedzy o życiu, chętnie dzieliły się swoimi doświadczeniami i przeżyciami. Wprowadzały w świat, „którego nie ma już”. Jeżeli natomiast jakieś czynniki zakłóciły pozytywne rozstrzygnięcie tego konfliktu rozwojowego, pojawiała się rozpacz. Osoba wracała do dawnych doświadczeń z negatywnymi emocjami, często poczuciem winy, straty, żalu. Niejednokrotnie rozpatrywała zdarzenia w perspektywie „co by było, gdyby...”. Skoncentrowana była głównie na „wczoraj”, z małą motywacją do zainteresowania tym, co ją czeka w przyszłości.

Wyakcentowane zostały tu skrajne krańce kontinuum. W rzeczywistości stany pozytywnego nastawiania do wydarzeń przeszłych przeplatały

² Brzezińska A., Trempała J.: Wprowadzenie do psychologii rozwoju. J. Strelau: Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 1., GWP, Gdańsk, 2003, 229–283 (s. 261).

się ze wspomnieniami trudnymi. Różnica polegała na częstotliwości występowania i dezintegracji jakie wprowadzały.

Oprócz stanu emocjonalnego ważnym aspektem różnicującym był również poziom funkcjonowania poznawczego. Przekrój w tym obszarze był znaczny. Dominowały osoby o zachowanej świadomości i orientacji auto- i allopsychicznej. Zdarzały się również osoby ze znacznymi zmianami otępiennymi (o nich jednak nie będzie mowy w niniejszym artykule).

Kolejnym kryterium różnicującym opisywaną grupę była sprawność fizyczna. W tym zakresie również były znaczne różnice – od osób zupełnie sprawnych do podopiecznych na stałe przywiązanych do łóżka.

Sposób reagowania na sytuację przewlekłej, prowadzącej do śmierci choroby i wynikające z tego postępowanie terapeutyczne (ujmowane w planach indywidualnej opieki) w znacznym stopniu oparte były na kondycji pensjonariuszek w wyróżnionych wyżej sferach.

Choroba jako sytuacja stresu

Sytuacja choroby jest niewątpliwie stresem, a świadomość do jakiego końca prowadzi, stres ten potęguje. Według Lazarusa *stres jest określoną relacją między osobą a otoczeniem, która oceniania jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi*³. Warto zaznaczyć, że relacja ta jest uznana za stresową ze względu na jej subiektywną ocenę, a nie ze względu na jej obiektywne właściwości.

Lazarus opracował model transakcji stresowej i radzenia sobie. Według niego wyznacznikami przyczynowymi stresu mogą być zmienne osobowościowe (wartości, cele, samoocena, poczucie kontroli), jak również zmienne otoczenia (wymagania i zasoby).

W pierwszym kontakcie z sytuacją stresową dokonuje się ocena pierwotna. Transakcja między wymaganiami otoczenia/sytuacji a zasobami osoby może być oceniana na trzy sposoby: krzywda/strata, zagrożenie, wyzwanie. Następnie dokonuje się ocena wtórna. *Dotyczy ona możliwości podjęcia działania usuwającego przyczyny stresu lub przynajmniej go łagodzącego, a w wypadku wyzwania – prowadzącego do osiągnięcia dostępnych korzy-*

³ Heszen-Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. J. Strelau: Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3., GWP, Gdańsk, 2003, 465–492 (s. 470).

ści⁴. Ocena wtórna odnosi się więc zarówno do źródeł stresu, jak i własnych potencjałów. Jest ona punktem wyjścia dla aktywności zmierzającej do zmiany transakcji stresowej, która określana jest mianem „radzenia sobie”. Najpowszechniej przyjmowana definicja radzenia sobie zwraca uwagę, że jest to *ciągłe zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny, skierowany na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające bądź przekraczające możliwości. Radzenie sobie spełnia ważne funkcje: służy zmianie sytuacji na lepsze, polega na opanowywaniu emocji w taki sposób, aby nie wymknęły się spod kontroli i nie załamały odporności psychicznej ani też nie utrudniły kontaktów z innymi ludźmi. Radzenie sobie uważane jest ponadto za podstawowy proces adaptacyjny*⁵.

Sposób radzenia ma swoje odzwierciedlenie w skutkach bezpośrednich i skutkach odległych. Skutkami bezpośrednimi są np. poprawa stanu emocjonalnego, samooceny, ustąpienie zmian fizjologicznych charakterystycznych dla stresu. Skutkami odległymi może być polepszenie funkcjonowania społecznego, dobrostan psychiczny.

Sytuacja choroby czy zbliżającej się śmierci, jako sytuacja stresowa, może być oceniana na różny sposób, różne też mogą być sposoby radzenia sobie z nią.

Przeżywanie choroby i zbliżającej się śmierci

Kübler-Ross, na podstawie swoich doświadczeń, wyróżniła kilka etapów reakcji na sytuację choroby czy nieuniknionej śmierci. Są nimi: zaprzeczanie/izolacja, gniew, targowanie się, depresja i pogodzenie się⁶. Na każdym z tych etapów stresowa sytuacja choroby czy zbliżającej się śmierci może być oceniana diametralnie różnie. Spotkanie z pensjonariuszkami w DPS pozwoliło zaobserwować pewną specyfikę w przeżywaniu choroby i zbliżającej się śmierci.

Zaprzeczanie

Konieczność zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej jest postrzegana jako „ostateczność”. DPS określany jest często jako „dom star-

⁴ Tamże.

⁵ Aouil B.: Strategie i style radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej. Pobrano dnia 15.08.2006 z sieci <http://psychologia.net.pl/artykul.php?level=119>.

⁶ Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media i Rodzina, 1998.

ców”, więc zamieszkanie w nim jest jednoznaczne z przyjęciem etykiety „starca” – osoby niedołącznej, niesamodzielnej, „czekającej wyłącznie na śmierć”. W tych okolicznościach sytuacja choroby może być oceniana pierwotnie jako strata/krzywda. Jednocześnie, w miarę upływu czasu i konfrontacji z innymi, choroba może być oceniana jako wyzwanie – „Przecież niektóre z kobiet są w jeszcze gorszym stanie niż ja. Może ze mną nie jest jeszcze tak źle i coś mogę z tym zrobić”. Dokonuje się ocena możliwości „poradzenia sobie”. Zmiana lekarza często niesie ze sobą nadzieje, że „może ten okaże się bardziej kompetentny”. Powszechne jest również zjawisko wzajemnego edukowania się pensjonariuszek co do symptomów, przebiegu i rokowań chorób. Obserwowanie wszelkich odstępstw obrazu choroby pacjentki od informacji posiadanych pobudza myślenie o błędnym rozpoznaniu. Za tym często idzie oczekiwanie powtórnych badań diagnostycznych, które mogą wykazać, że „wcale nie jest ze mną tak źle i mogę niedługo wrócić do rodziny”.

Taka postawa stawia wysokie wymagania wobec personelu medyczno-terapeutycznego. „Utwierdzenie w prawdzie”, które powinno na tym etapie być celem głównym, powinno odbywać się w łagodnym tonie, w sposób dostosowany do możliwości odbioru. Ważnym jest sposób komunikowania się z pacjentami. Informowanie chorych powinno uwzględniać ich preferencje w zakresie radzenia sobie z informacjami o zagrożeniu. *Informacje powinny być niezbyt szczegółowe i niezbyt wyczerpujące, bo podana w krótkim czasie „kapsułka” powoduje wzrost pobudzenia emocjonalnego i subiektywnie doświadczanego poziomu stresu. Istnieją pewne fundamentalne zasady, którymi powinien kierować się personel przekazując złe informacje. Przede wszystkim nie powinno się odbierać pacjentowi nadziei, nie powinno się stawiać prognoz co do długości życia pacjenta, choćby on na to nalegał. Należy pamiętać i przypominać o tym pacjentowi, że jeśli nawet brak szans na przeżycie to istnieje nadzieja na okresową poprawę stanu zdrowia lub przynajmniej na spokojną śmierć w otoczeniu bliskich. Nie znaczy to jednak, że należy karmić pacjenta złudną nadzieją na wyzdrowienie. Nigdy nie wolno mówić czegoś, co nie jest prawdą⁷.*

⁷ Osipczuk M.: Przekazywanie informacji pacjentom. Pobrano dnia 15.08.2006 z sieci <http://www.psychotekst.com/strona.php?nr=53>; Bąk-Sosnowska M.: Rozmowy o śmierci – czy prowadzą je lekarze, czy chcą ich pacjenci. Pobrano dnia 14.08.2006 z sieci <http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/4967,rozmo-wy,%C5%9Bmierci,prowadz%C4%85.html>.

Gniew

Dotychczasowe sposoby radzenia sobie z sytuacją okazały się niewystarczające. Przyjęcie do wiadomości „prawdy o sobie i swoim stanie” często połączone jest z gniewem. Gniew ten jest wyrazem oceny sytuacji jako straty czy zagrożenia. Nieodłącznym uczuciem tego etapu jest również lęk. *W sferze psychologicznej człowiek nieustannie czuje się zagrożony możliwością nieistnienia i nie jest w stanie pozbyć się tego. (...) Lęk ten przyjmuje różne postacie np. lęk przed końcem swego życia, wyrażający się w braku akceptacji śmierci, rozumianej jako definitywne zakończenie egzystencji, lęk przed fizycznym zniszczeniem, związany z silną obawą o to, co stanie się z ciałem po śmierci, lęk przed życiem po śmierci, wywoływany przerażającą perspektywą braku pewności tego, co będzie po śmierci i wreszcie lęk przed procesem umierania, związany z wyobrażeniami na temat cierpienia, jakie śmierci towarzyszy⁸.*

Lęk, gniew, smutek są emocjami trudnymi zarówno dla osoby doświadczającej, jak i osób towarzyszących. W relacji z personelem emocje te mogą być wyrażane w formie pośredniej – pod postacią ciągłego narzekania na jakość świadczonej opieki, kompetencji personelu, cech współmieszkanek, planu dnia itp. Może też przybrać formę cichego wycofania się i negocjowania wszelkich prób nawiązania kontaktu. Trudność tego etapu polega na konieczności zwracania uwagi na ekspresję emocji przy jednoczesnym wyrażaniu akceptacji osoby. Wymaga to pogłębionej znajomości zasad efektywnej komunikacji, dużego wyczucia i umiejętności nazywania źródeł uczuć, umiejętności przekonania, że przeżywanie emocji nie jest złe, natomiast może być złe zachowanie, które jest nimi inspirowane.

Targowanie się

Osoba, wyładowawszy dużą porcję negatywnych emocji, stara się znaleźć sposób, by pertraktować ze Światem. *Na ogół zawsze pragnie przedłużenia życia, a potem już tylko kilku dni bez cierpienia czy dolegliwości fizycznych. Targowanie się jest w rzeczywistości próbą odroczenia wyroku; jego elementem zasadniczym musi być nagroda „za dobre sprawowanie”, jak również ustalony przez samego pacjenta „ostateczny termin (jeszcze tylko ślub wnuka, jeszcze te święta) i obietnica, że pacjent nie będzie prosił o więcej, jeśli ten wyrok*

⁸ Jastrzębski J., Psychologiczny wymiar lęku przed śmiercią. Pobrano dnia 14.08.2006 z sieci <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=209>.

*zostanie odroczoney (...) Większość tego rodzaju targów prowadzona jest z Bogiem i zwykle trzymana w tajemnicy*⁹.

W tym czasie osoba może oceniać swoją chorobę jako wyzwanie, dokładać starań, by utrzymać formę fizyczną i psychiczną. Jej nastrój, relacje z personelem i współmieszkanckami mogą ulec poprawie. Kontakty z rodziną mogą być bliższe. Czasami zdarzało się, że pacjentki w tym etapie snuły zadziwiające plany na przyszłość – „Jeżeli uda mi się jeszcze pożyć, wykształcę wnuka. Nauka jest ważna”. Jak już wcześniej powiedziano etap „targowania się” dokonuje się „w tajemnicy”. Wymaga więc od personelu znacznej czujności. „Targi często dotyczą tematów trudnych, w których pacjent ma poczucie winy. Uważne słuchanie wypowiedzi pacjenta pozwala na wydobycie obszarów konfliktowych, w których osoba nie czuje się „spełniona”, gdzie może odczuwać „żal i poczucie winy”. Świadomość tych obszarów pozwoli na przygotowanie się do dobrego towarzyszenia w kolejnym etapie drogi.

Depresja

Kiedy kolejne obietnice nie przyniosły oczekiwanego efektu i stan zdrowia się pogarsza, pacjent zdaje sobie sprawę, że to, co się dzieje prowadzi do nieuniknionego. Doświadczenia te mogą zaowocować obniżeniem nastroju, sprawności poznawczej, spadkiem aktywności życiowej, co przy znacznym nasileniu objawów przerodzić się może w depresję. *Wyróżnia się zasadniczo dwie postacie, jakie może przyjmować depresja u osób starszych. Postać z urojeniami i agitacją polega na pobudzeniu ruchowym i lęku z współlistniejącymi urojeniami dotyczącymi zwykle chorób somatycznych, zmian w ciele, winy, kary, grzeszności, okradania, zubożenia, upośledzenia i nicości. Postać apatyczno-abuliczną rozpoznajemy, kiedy przeważa utrata chęci i zainteresowań oraz zwolnienie zarówno szybkości myślenia, jak i aktywności ruchowej. Osoby te charakteryzuje poczucie zmniejszonej wydolności zarówno fizycznej, jak i intelektualnej. W wielu przypadkach wymagana jest interwencja lekarza psychiatry*¹⁰.

Choroba postrzegana jest tutaj jako dotkliwa strata/krzywda. Osoba chora neguje podejmowanie jakichkolwiek działań terapeutycznych. Nie widzi sposobów na poprawę swojej sytuacji. Dużym niebezpieczeństwem jest tendencja do zaniechania farmakoterapii. W związku z tym należy

⁹ Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media i Rodzina, 1998, s. 96.

¹⁰ Krzystanek M.: Depresja i starość. Pobrano dnia 16.08.2006 z sieci www: <http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/495,depresja,staro%C5%9B%C4%87.html>.

zwrócić większą uwagę na kwestię rzeczywistego przyjmowania leków – a nie tylko ich pobrania. Czasami może to być odmowa przyjmowania pokarmów. Trudno jest zasugerować jedną, sprawdzoną metodę postępowania z pacjentem, gdyż dużą rolę odgrywają tu różnice indywidualne. Zachowania te mogą być związane z chęcią „zakończenia życia” i są pośrednią realizacją tego pragnienia.

Należy również zwrócić uwagę na wszelkiego rodzaju wypowiedzi i działania informujące o myślach czy tendencjach samobójczych. Dynamika zachowań suicydalnych ma swoje fazy. Są to: kryzys, myśli samobójcze, tendencje, decyzja, akt samobójczy. Na każdym z etapów ciąg można przerwać. Wymaga to jednak dużej cierpliwości i nastawienia „na pacjenta”. Bardzo ważnym czynnikiem jest tu również pomoc ze strony rodziny – jej obecność, udzielane wsparcie.

Pogodzenie się

Ostatnim etapem adaptacji jest pogodzenie się. *Jeżeli pacjent miał dość czasu i doznał pewnej pomocy, gdy przeżywał uprzednio opisane etapy, osiągnie wreszcie fazę, kiedy nie będzie ani załamany, ani gniewny z powodu swego „przeznaczenia”. Przedtem okazywał zazdrość wobec żyjących i zdrowych, gniew wobec tych, którzy nie spodziewają się rychłego końca. Teraz będzie bolał nad utratą drogich jego sercu ludzi i miejsc, będzie zastanawiał się nad zbliżającą się śmiercią ze spokojnym oczekiwaniem*¹¹. Pacjent bardziej koncentruje się na „tu i teraz”. Stara się uczestniczyć w życiu na tyle, na ile może, jednocześnie zachowując dystans wynikający z pogodzenia się z sytuacją. Choroba i perspektywa śmierci przestają być silnymi sytuacjami stresowymi. Pacjent czuje ograniczenia wynikające z choroby, jednak przestaje na nie silnie reagować. Oczywiście mogą pojawić się „nawroty” złości, gniewu, jednak będą one raczej reakcją na chwilowe niedogodności.

Gdy pacjent znajduje się w tej fazie, ważnym jest trwanie przy nim. Czasami jest to trwanie „w milczeniu”. Czasami jednak pacjent ma dużą potrzebę mówienia, planowania (uroczystości pogrzebowej, miejsca pochówku, pomnika). Możliwość zaplanowania jest szczególnie ważna dla osób, które w życiu przejawiały aktywność, kreowały swoją rzeczywistość i czuły się za nią odpowiedzialne (osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli). Jest to postrzegane jako element „godnego umierania”. Na tym etapie nie tyle sam pacjent, co jego rodzina potrzebuje większego wsparcia i uwagi ze strony personelu terapeutycznego.

¹¹ Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media i Rodzina, 1998, s. 126.

Rola rodziny

Jak już wcześniej wspomniano, nie wszystkie podopieczne DPS mają stały kontakt z rodziną. Nie wszystkie też rodziny, chcą pomocy ze strony personelu. Często proces choroby i doświadczanie jej konsekwencji traktowane są jako sprawy bardzo intymne, gdzie jakkolwiek próba włączenia się jest postrzegana jako niepożądana ingerencja. Często jedyną formą wsparcia jest udzielenie merytorycznych informacji dotyczących formalnej strony leczenia, czy w późniejszym etapie, organizowania pogrzebu. Nie znaczy to jednak, że rodziny nie przeżywają całej sytuacji.

Dla wielu sama decyzja o umieszczeniu kogoś bliskiego w Domu Pomocy Społecznej jest ogromnym przeżyciem. W społeczeństwie wciąż jeszcze funkcjonują negatywne konotacje związane z tą instytucją. Często sytuacja umieszczenia w DPS oceniana jest jako krzywda lub zagrożenie. Zagrożone jest dobre imię („Co będą o mnie mówić sąsiedzi, rodzina?”), samoocena („Jestem złym, nieczułym dzieckiem”, „Jak mogę coś takiego zrobić?”). Może pojawić się poczucie krzywdy („Dlaczego to ja muszę podejmować tak trudne decyzje?”, „Wszystko, co złe spada na mnie”). Sprawia to, że dotychczasowi opiekunowie mają głębokie poczucie winy, żal, co może powodować ograniczenie kontaktów z nestorką. Aby do tego nie dopuścić należy skoncentrować się na uświadomieniu rozbieżności między oczekiwaniami rodziny i często samej nestorki, a realnymi możliwościami sprostania im. (Z rozmów z rodzinami wynika, że najczęstszymi przeszkodami sprawowania opieki nad seniorką w domu jest zła baza mieszkaniowa i trudności finansowe, ze wszystkimi tego konsekwencjami).

Udzielanie wsparcia rodzinom na różnych etapach adaptacji do sytuacji choroby i nieuniknionej śmierci osoby bliskiej jest uzależnione od wielu czynników (liczebność rodziny, odległość miejsca zamieszkania, relacje uczuciowe, majątność itp.) i dlatego trudno określić jeden algorytm postępowania. Można natomiast przyjąć za obowiązującą zasadę wykorzystania potencjałów rodziny, by poradzić sobie z sytuacją trudną w sposób skoncentrowany na problem – dobre przygotowanie do odejścia kogoś bliskiego.

Dr Ross zwróciła uwagę na wielce istotny element funkcjonowania rodziny z osobą przewlekle chorą czy umierającą. *Nieraz krewni skarżyli się, że ten czy ów z rodziny chorego wyjechał na wycieczkę, nadal chodzi do teatru czy kina. Oskarżali o korzystanie z przyjemności, gdy w domu jest umie-*

rający. Moim zdaniem ważniejszym dla pacjenta i jego rodziny jest staranie, żeby choroba nie całkiem zakłóciła domowy tryb życia, żeby nie całkiem pozbawiła rodzinę jakichś przyjemności. Choroba powinna stopniowo przygotowywać do zmian, jakie nastąpią w domu, kiedy chorego nie będzie już na świecie. Jednak jak nieuleczalnie chory człowiek nie może myśleć przez cały czas o śmierci, tak też członkowie rodziny nie mogą i nie powinni wyrzekać się innych zajęć po to, by przebywać z nim ustawicznie. Oni też czasem muszą zapomnieć o smutnej rzeczywistości, by móc sprostać jej wtedy, kiedy to będzie naprawdę potrzebne (...) Dlatego właśnie członkowie rodziny powinni rozsądnie gospodarować swoimi siłami i nie doprowadzić do całkowitego ich wyczerpania w chwili, kiedy będą najbardziej nieodzowne¹².

Inną istotną kwestią jest umiejętność „stawania w prawdzie”. Odnosi się to do każdego z etapów. Bez względu na to czy zaistniała sytuacja jest oceniana jako strata/krzywda, zagrożenie czy wyzwanie, czy widzi się możliwości rozwiązania problemu czy też nie, istotnym jest umiejętne komunikowanie tego otoczeniu – zarówno osobie chorej, pozostałym członkom rodziny, jak i personelowi. Jeżeli (rodzina) jest w stanie dzielić wspólnie swoje przeżycia i obawy, może wcześniej zająć się ważnymi sprawami. Jeśli natomiast każdy stara się zachować tajemnicę dla siebie, wytworzy się sztuczna bariera, która utrudni wszelką wstępną fazę bólu zarówno pacjentowi, jak i jego bliskim, a końcowy rezultat będzie o wiele bardziej dramatyczny, niż dla tych, którzy potrafią czasami wspólnie rozmawiać i wspólnie płakać¹³. Rola personelu terapeutycznego, ze szczególnym wskazaniem na psychologów i pedagogów, powinna wtedy skoncentrować się na zachęceniu do ekspresji emocjonalnej, a także na sugestiach dotyczących sposobu wyrażania emocji.

Jest jeszcze wiele problemów, z którymi musi zmagać się rodzina podopiecznej DPS. Nie sposób wygenerować ich wszystkich, jak również znaleźć dla nich rozwiązania. Każda rodzina jest inna, dysponuje innym potencjałem, zmagają się z innymi problemami dnia codziennego. Zarówno ograniczenia, jak i potencjały powinny zostać poddane analizie i wykorzystane w procesie bezpośredniego towarzyszenia umierającej, a potem w procesie przeżywania żałoby.

¹² Tamże, s. 166.

¹³ Tamże, s. 175.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionego materiału można wnioskować, że sytuacja przewlekłej, prowadzącej do śmierci choroby w ocenie mieszkanki Domu Pomocy Społecznej „niejedną ma twarz”. Na różnorodność tych ocen wpływają zarówno czynniki zewnętrzne (jakość i częstość kontaktów z rodziną, posiadanie znajomych, warunki w jakich odbyło się przeniesienie do DPS), jak i wewnętrzne (osobowość przedchorobowa, stopień zaawansowania choroby). Świadomość tych czynników, wiedza dotycząca charakterystycznego funkcjonowania podopiecznej i jej rodziny na każdym z etapów adaptacji do sytuacji choroby powinna pobudzić personel terapeutyczno-medyczny do stworzenia optymalnego sposobu postępowania, by nieunikniona śmierć stała się „życiodajną śmiercią”.

Choć wnioski zostały wyciągnięte na podstawie doświadczeń pracy z mieszkankami Domu Pomocy Społecznej, to mam nadzieję, że przedstawiony materiał będzie pomocny w każdej sytuacji towarzyszenia w zmaganiu się z chorobą i przygotowaniu do śmierci.

Zygmunt Pucko

Najnowsze dzieje *magna quaestio* w obliczu śmierci dzieci

Wielkie pytanie *Dlaczego?* odwiecznie frapujące człowieka pojawia się zwykle w chwili, gdy rzeczywistość zaczyna tracić przyjazną swojskość, a wiedza na temat ludzkiego losu okazując się niewiedzą¹. Niewątpliwie jednym z momentów, w którym rodzi się to pytanie jest śmierć dziecka². Doświadczenie owo, odsłaniając człowiekowi nieznanę mu dotąd oblicze rzeczywistości, zdaje się upewniać w przeświadczeniu, że *arche* świata jest niestałość wszystkiego, a rozczarowanie i cierpienie chlebem powszednim ludzkiej egzystencji. Nic przeto dziwnego, że w takich okolicznościach człowiek zadający pytanie *Dlaczego?* stara się osiągnąć zrozumienie. Wszak poprzez stawiane pytanie chce on dociec prawdy nie tylko o przyczynach śmierci dzieci, lecz także pojąć, jaki ma ona sens oraz cel. Jest to zatem fundamentalne filozoficzne pytanie podyktowane głęboką potrzebą wytłumaczenia absurdu³, którego nie da się wyjaśnić żadnymi teologicznymi spekulacjami, bo wszystkie one są uznawane za kolejny skandal⁴, czy też zbyć filozoficzną chytrą, oferującą zrozpaczonym trywialne pocieszenia.

Wobec śmierci dzieci, podobnie jak w przypadku każdego irracjonalnego nadmiaru cierpienia, pytanie *Dlaczego?* nie znosi odpowiedzi powierzchownych, graniczących z *prostą optymistą*⁵, które dla osierconych brzmią nieomal jak obraza wielokrotniej tylko ich ból. Filozofia w takim przypadku przypomina swym brakiem rozwagi bardziej za-

¹ A. Anzenbacher, *Wprowadzenie do filozofii*, Kraków 1992, s. 20.

² E. Gillis, „A single parent confronting the loss of an only child”, w: D. Dickensom, M. Malcolm (ed.), *Death, Dying and Bereavement*, London 2004, s. 351.

³ M. A. Krąpiec, *Dlaczego zło*, Kraków 1962, s. 45–63.

⁴ Pierwszym skandalem jest cierpienie i śmierć dzieci, zaś drugim sposób tłumaczenia owych zjawisk. (zob. J. B. Barntschen, *Boże dlaczego?*, Poznań 1998, s. 18).

⁵ G. Ravasi, *Kohelet*, Kraków 2003, s. 319.

rozumiały pouczenia „wszechwiedzących” przyjaciół Hioba z biblijnego poematu niżli wyraz idei mądrości. W rzeczy samej filozofia w konfrontacji ze śmiercią dzieci pozostaje całkowicie bezradna. Już dawno stwierdził to Platon⁶, wiedział o tym żyjący w czwartym wieku również Grzegorz z Nyssy, autor filozoficznego traktatu *O dzieciach przedwcześnie zmarłych*⁷. O złożoności tej materii przekonał się też św. Augustyn pisząc dialog *O porządku*⁸. Bezsilność filozofii w przedmiocie pytania *Dlaczego cierpią i umierają dzieci?* wykazał także F. Dostojewski w sporze wiedzionym między braćmi Karamazow⁹. Natomiast L. Szestow mówi, że na pytanie *Dlaczego?* odpowiadać nie wolno¹⁰. Faktem jest, iż niegdysiejsza królowa nauk stawiająca pytanie *Dlaczego?* w kontekście śmierci dzieci nigdy nie przekroczyła bariery teoretycznego sceptycyzmu. Niemniej jednak nie wszyscy myśliciele poprzestali na pogodzeniu się z jej porażką i zrezygnowali z ambicji szukania alternatywnych rozwiązań nurtującej ich *magna quaestio*.

W ostatnich kilku dekadach dało się nawet zaobserwować pewne ożywienie w tym obszarze problemowym. Przy czym, główny nacisk w piśmiennictwie położono na przeformułowanie dotychczasowych założeń metodologicznych w taki sposób, który wprost lub pośrednio sugeruje rezygnację z pytania *Dlaczego?* i zaleca zamiast dociekania odpowiedzi raczej skupienie uwagi na innych sprawach, być może niepomniernie dla człowieka ważniejszych. Znakomitą egzemplifikacją nowych tendencji, o istotnym znaczeniu, są refleksje V. E. Frankla. Doniosłości sformułowanych przez tegoż austriackiego psychiatrę poglądów dowodzi fakt zdominowania przez nie aż do chwili obecnej nie tylko intelektualnej atmosfery w filozofii medycyny i sztuce leczenia, lecz także ich wpływ na wielu autorów, takich jak np. H. Kushner, P. Ricoeur, czy Jan Paweł II, badających kwestię pytania *Dlaczego?* na gruncie teodycei lub soteriologii.

Novum poglądu Frankla opiera się, między innymi, na dwóch podstawowych przesłankach, z których jedna mówi o utożsamieniu pytania *Dlaczego?*, dociekającego sensu cierpienia, z pytaniem o sens życia

⁶ Platon, *Państwo*, 615C, Warszawa 1948.

⁷ Grzegorz z Nyssy, „O dzieciach przedwcześnie zmarłych”, w: red. J. Naumowicz, *Bóg i zło. Pisma Bazylego Wielkiego, Grzegorza z Nyssy, i Jana Chryzostoma*, Kraków 2004.

⁸ Św. Augustyn, „O porządku”, w: Św. Augustyn, *Dialogi filozoficzne*, Warszawa 1953, t. 1.

⁹ F. Dostojewski, *Bracia Karamazow*, Warszawa 1978, t. 1, s. 332–337.

¹⁰ L. Szestow, *Ateizm i Jerozolima*, Kraków 1993, s. 412–413.

w ogóle. Zaś druga komunikuje, że kwintesencja egzystencji ludzkiej faktycznie spełnia się w zdolności nieustannego przekraczania siebie oraz świadomym i wolnym urzeczywistnianiu wartości. Z tym, że spośród kilku metod realizowania wartości, jakie wymienia Frankl, najdoskonalszym *medium* ich aktualizacji jest sposób znoszeniu cierpienia¹¹. Nie bez powodu przeto, ów lekarz w swoim dziele *Homo patiens* zaleca postawę do pewnego stopnia akceptującą cierpienie¹² i nadaje jej rangę koniecznego warunku, niezbędnego do zmiany dawnego paradygmatu myślenia o cierpieniu, zorientowanego głównie na racjonalną eksplikację przyczyn nieszczęścia¹³. Zaproponowaną przez siebie zmianę Frankl porównał do *przewrotu kopernikańskiego*¹⁴, ponieważ według niego człowiek powinien, a nawet musi, być w pełni świadom, iż jego funkcją nie jest stawianie pytania *Dlaczego?*¹⁵, ani tym bardziej wydawanie stanowczych orzeczeń na temat źródeł cierpienia, bo to on jest zagadnięty i zobligowany do odpowiedzi przez bolesną sytuację, a nie odwrotnie. Rola człowieka sprowadza się przede wszystkim do udzielania *odpowiedzi na cierpienie*. Aliści w logice owego „przewrotu” odpowiedź oznacza zupełnie coś innego, niż można się spodziewać po konotacjach, jakie przywodzi na myśl ten rzeczownik. Otóż odpowiedź polega tu na *złożeniu egzaminu*¹⁶ ze sposobu znoszenia cierpienia. Zaś w zdawaniu egzaminu nie chodzi o jakiś wyjaśniający wywód czy filozoficzny dyskurs, ale o odkrycie sensu dalszego życia i wybór opcji egzystencjalnej przewartościowującej niszczącą siłę cierpienia¹⁷.

Zdaniem Frankla człowiek, podejmując wyzwanie do sprostania *egzaminowi z cierpienia*, już go nie problematyzuje spekulatywną ułudą, ale wyraża zgodę na możliwość ontycznego urzeczywistnienia się własnego bytu, które odtąd każdorazowo będzie zmuszony potwierdzać. Z nieustannego powtarzania samookreślenia człowieka, ma *zrodzić się w końcu*

¹¹ V. E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1984, s. 69.

¹² V. E. Frankl, op. cit., s. 70.

¹³ Niestety nie wiadomo jakie dokładnie cierpienia Frankl ma na uwadze, każde czy tylko niektóre. Niejasność ta bierze się stąd, że pisząc o cierpieniu posługuje się on nader ogólnym kwantyfikatorem. Można więc założyć, iż jego rozważania uwzględniają także cierpienia spowodowane śmiercią dzieci.

¹⁴ V. E. Frankl, op. cit., s. 126.

¹⁵ V. E. Frankl, op. cit., s. 126.

¹⁶ V. E. Frankl, op. cit., s. 126.

¹⁷ R. W. Ihloff, „Suffering to Grow”, in: *Journal of Religion and Health*, 1976, vol. 15, no 3, p. 168.

*dobro*¹⁸. Wydaje się, iż cierpienie w swoim, tak zwanym *przewrocie kopernikańskim* Frankl traktuje jako osobliwą paideię będącą szansą rozwoju człowieka, którą może on wykorzystać lub utracić. W sugestii Frankla ma to być szansa korekty ludzkich dążeń, uczenia się i refleksji, urzeczywistniająca się jednakże bez konieczności zadawania pytania *Dlaczego?* Dzięki owej szansie istota ludzka może nieco lepiej rozumieć siebie oraz wzbogacić własną egzystencję, gdyż *cierpieć* – jak pisał myśliciel – *to czegoś dokonać, rosnąć i dojrzewać*¹⁹. Lecz czy faktycznie może istnieć udana paideia rezygnująca w tym przypadku świadomie z pytania *Dlaczego?*, czy zdoła bez niego uciszyć ból oraz unieważnić skandal zła? Wszak jego destrukcyjny nadmiar wciąż trwa, powodując ogromny deficyt sensu, z którego niestety nie da się wywieść żadnej nauki, ani etycznego dobra. Bo czegoż mają się nauczyć umierające na raka dzieci? Jaką naukę mają wyciągnąć ich rodzice obłąkani z rozpacz?

Innym przykładem oryginalnego ujęcia rozważanego tu pytania jest publikacja *Kiedy złe rzeczy zdarzają się dobrym ludziom?* pióra H. Kushnera, napisana po śmierci jego syna chorującego na progerię²⁰. Koncepcja owego autora zasługuje na przypomnienie, ponieważ zмага się on z pytaniem usytuowanym na płaszczyźnie teodycei uznającej istnienie troskliwego Boga, aczkolwiek podejrzanego o milczące przyglądanie się wygasaniu egzystencji dzieci. Zaś w tych okolicznościach, jak sądzę, pytanie *Dlaczego?* nabiera charakteru oskarżycielskiego. Innymi słowy, używając terminologii I. Kanta, wzywa Boga przed moralny trybunał rozumu²¹, który uchyla zasadność racjonalnej argumentacji przemawiającej na korzyść pozwanego i odmawia podstaw do moralnego usprawiedliwienia Najwyższej Istoty.

Kushner silnie inspirowany archaiczną kabalistyczną ideą *cimcum* stawia tezę o nieco apologetycznym wydźwięku głoszącą, że mimo istnienia Boga we wszechświecie istnieje też miejsce na przypadek, dlatego wiele rzeczy dzieje się w nim bez powodu. Do zdarzeń znajdujących się poza całkowitą jurysdykcją opatrności Kushner zalicza również śmierć dzieci. W myśl przyjętej tezy dotyczącej natury bytu w przypadku śmierci dzieci raczej nie należy pytać *Dlaczego?* i szukać w niej jakiegokolwiek meta-

¹⁸ V. E. Frankl, op. cit., s. 72.

¹⁹ V. E. Frankl, op. cit., s. 76.

²⁰ H. S. Kushner, *Kiedy złe rzeczy zdarzają się dobrym ludziom?*, Warszawa 1993, s. 16.

²¹ I. Kant, „O niepowodzeniu wszelkich prób filozoficznych w przedmiocie teodycei”, w: T. Kroński, *Kant*, Warszawa 1966, s. 196–199.

fizycznego związku przyczynowo-skutkowego²², obligującego do akceptacji cierpienia. Przyglądając się zaś całej wymowie jego dzieła można dostrzec wypływający z niej ważny postulat domagający się uwolnienia myślenia od pojęciowego schematu, na którego wewnętrzny *logos* składa się potrzeba czynienia Boga odpowiedzialnym za istnienie wszelkiego zła oraz chęć jego usprawiedliwiania za wszystko cokolwiek się w świecie staje²³. Naturalnie spełnienie owego dezyderatu ma bezpośredni związek z typem odpowiedzi na pytanie *Dlaczego?*²⁴

Otóż, jeżeli człowiek potrafi rozstać się z owym utrwalonym przez wielowiekową tradycję nawykiem myślenia, wówczas może zrozumieć, że odpowiedź niekoniecznie musi oznaczać rozumowe „wyjaśnienie”²⁵, lecz może wyrażać się także w egzystencjalnej „reakcji”²⁶. Kushner uważa, iż najważniejszą kwestią w udzieleniu odpowiedzi jest mądry sposób zachowania się w obliczu nieszczęścia. Ma on polegać na porzuceniu pytania *Dlaczego mnie to spotkało?* skupiającego myśl głównie na wynajdywaniu pozornych rozstrzygnięć, ustawicznym rozpamiętywaniu przeszłości, ciągłym pograżaniu się w żalu oraz poczuciu absurdalności istnienia i skupieniu się na pytaniach, takich jak: *Co powinienem teraz zrobić, gdy zło już się stało? Czy doznane nieszczęście posłuży duchowemu ożywieniu i kontynuowaniu życia, mimo wszystko? Czy doprowadzi do psychiczno-moralnego odrętwienia? Owo pominięcie pytania *Dlaczego?* ma zapewnić nie tylko zmianę kierunku aktywność poznawczej zorientowanej ku perspektywie przyszłości, lecz także zainicjować proces korygowania filozofii życia kierującej się odtąd zasadą: istnieć dla czegoś, a nie przeciw czemuś²⁷.*

Nieomal w identycznym duchu kwestię pytania *Dlaczego?* rozpatruje P. Ricoeur dzielący przekonanie, że na poziomie racjonalnej myśli zajmowanie się tym pytaniem zwraca jej pracę ku czasom minionym i wiedzie ją do nieprzewycięzalnych filozoficznych trudności. Jednakże ten trud myślenia nie musi być unicestwiony przez teoretyczną aporię, ale może zostać niejako *ożywiony od środka*²⁸. Wyjściem z impasu

²² H. S. Kushner, op. cit., s. 54.

²³ H. S. Kushner, op. cit., s. 146.

²⁴ H. S. Kushner, op. cit., s. 150.

²⁵ H. S. Kushner, op. cit., s. 150.

²⁶ H. S. Kushner, op. cit., s. 150.

²⁷ H. S. Kushner, op. cit., s. 141.

²⁸ P. Ricoeur, *Zło*, Warszawa 1992, s. 34.

teorii spowodowanego pytaniem *Dlaczego?* jest według francuskiego filozofa udzielenie takiej odpowiedzi, która wprawdzie nie rozwiąże patowej sytuacji w obszarze *cogito*, ale uczyni ją produktywną w sferze działania i uczuć. Wystarczy tylko skonceptualizować intelektualny problem w kategoriach praktycznego zadania do wykonania i przeobrazić uczucie smutku. W celu dokonania jakościowej metamorfozy ciemnego kolorytu uczuciowego trzeba najpierw za pośrednictwem medytacji filozoficzno-teologicznej oraz tak zwanych *poczynań żałobnych* uduchowić skargę i lament²⁹.

Ricoeur, podążając tropem intuicji wywodzących swą genealogię z rozprawy *Żałoba i melancholia* autorstwa Z. Freuda przypomina, że żałoba w zamyśle twórcy psychoanalizy oznacza zerwanie po kolei wszystkich więzów, które każą nam odczuwać utratę przedmiotu naszej miłości, jako utratę nas samych. Otóż, to oderwanie się (...) zwraca nam wolność pozwalającą zarazem na nowe uczuciowe zaangażowanie³⁰. Wedle tak szerokiej definicji żałobę może spowodować nie tylko nieodwracalna utrata człowieka, lecz także wypieranie przez nowe filozoficzne trendy pewnych zdezaktualizowanych poglądów filozoficznych. Wobec powyższego poczynaniami żałobnymi stają się działania zmierzające do ostatecznego wyzwolenia się od tłumaczeniem śmierci dzieci w ramach spekulatywnej teorii odpłaty lub idei boskiego przyzwolenia na zło. Człowiek żegnając się z tymi klasycznymi konceptami uwalnia się równocześnie od myślenia o własnym cierpieniu jako zasłużonym. Tą drogą skarga doświadczonego człowieka zwraca się odtąd już tylko ku samej sobie, do głosu dochodzi *niecierpliwłość nadziei*³¹ i ujawnia się sposobność odkrycia takich motywów wiary w Boga, które nie mają nic wspólnego z potrzebą wyjaśniania pytania *Dlaczego cierpienie?* Jest to zatem postać wiary mającej obejść się bez pytania *Dlaczego?*, żywionej pomimo zła i wbrew niemu. Oczywiście posiada ona wiele zalet, jednakże nie trudno zauważyć, że wiara zrzekająca się potrzeby pytania może łatwo wyrodzić się w swoją własną karykaturę, upajającą się zwodzącymi fantomami wyobraźni służącymi do poskramiania cierpienia³².

O zagrożeniach tkwiących w inklinacji skłaniającej się do omijania, bądź zupełnej eliminacji, roli pytania *Dlaczego?* stawianego w kontek-

²⁹ P. Ricoeur, op. cit., s. 36.

³⁰ P. Ricoeur, op. cit., s. 36.

³¹ P. Ricoeur, op. cit., s. 37.

³² T. Bartoś, „Spożyczenie wędrowca”, *Znak*, 2006, nr 4, s. 45.

ście *doznań pomniejszających*³³ piszą dziś, między innymi, Benedykt XVI, M. Bonfantini, M. Motta³⁴ oraz M. Keirse³⁵ doktor nauk medycznych, od wielu lat zajmujący się problematyką żałoby także po stracie dziecka. Wprawdzie wszyscy oni podzielają sceptyczny pogląd, w myśl którego na pytania *Dlaczego ono?*, *Dlaczego właśnie teraz?*, *Dlaczego w ten sposób?*, *Dlaczego nas to spotkało?* nie da się znaleźć satysfakcjonującej filozoficznie odpowiedzi, tym niemniej uważają, że należy je stawiać sobie, innym ludziom oraz Bogu. Benedykt XVI w encyklice *Deus caritas est* stwierdza, iż w przypadku niepojętego cierpienia *jawiącego się jako nieusprawiedliwione*³⁶ nie tylko warto pytać *Dlaczego?*, lecz nawet *pozostawać z tym pytaniem*³⁷. Jeśli poprawnie odczytuję intencję wypowiedzi tegoż papieża, to sądzę, że zwrot *pozostawanie z pytaniem* utożsamia on nie tyle z jakąś szczególną odmianą rozumowania, lecz raczej identyfikuje jego zakres semantyczny ze sposobem bycia, w którym główną dominantą będzie niespokojne *Dlaczego?* nasłuchujące własnego rezonansu. Tak więc, utrzymanie *continuum* owego pytania, w wypowiedzi Benedykta XVI, może oznaczać z jednej strony przejaw troski o zachowanie autentyzmu traumatycznego doświadczenia i obrony przed jego mistyfikacją, a z drugiej strony manifestację nadziei i zaangażowanej wiary.

Natomiast według Bonfantini, M. Motta oraz M. Keirs'a pytanie *Dlaczego?* stanowi integralną część prawidłowego przebiegu żałoby i jest niezmiernie istotne w procesie pokonywania stanu osierocenia. Słuszność tego aksjomatu potwierdzają w pełni konkluzje wieńczące książkę M. Gray'a *Wszystkim, których kochałem*. Jak pisze M. Gray *przeszedłem okres, gdy tęsknota do śmierci była mi jedyną przyjaciółką. I okres, gdy jedynym pytaniem było: Dlaczego, dlaczego właśnie ja? Dlaczego dwa razy moi najbliżsi? Czy nie spłaciłem należnej daniny ludziom, losowi? Dlaczego? Mówię, opowiadam o swoim życiu żeby zrozumieć ten łańcuch szaleństwa, przypadków i nieszczęść, które mnie zmiażdżyły. I żyję, jem, chodzę. Chciałem wiedzieć*³⁸. Zatem bez zwerbalizowania *Dlaczego?* w najgłębszych pokładach ludzkiej jaźni zaczęną odkładać się różne nieprzemyślane sprawy związane ze śmiercią dziecka i zalegać przykre afekty, których zbyt wielkie nagromadzenie się

³³ P. Teilhard de Chardin, „Środowisko Boże”, w: P. Teilhard de Chardin, *Wybór pism*, Warszawa 1996, s. 69–80.

³⁴ M. Bonfantini, M. Motta, *Od poczwarki do motyla*, Poznań 2004, s. 65–77.

³⁵ M. Kriese, *Smutek, strata, żałoba*, Radom 2004, s. 223–224.

³⁶ Benedykt XVI, *Deus caritas est*, nr 38, Kraków 2006.

³⁷ Benedykt XVI, op. cit., nr 38.

³⁸ M. Gray, *Wszystkim których kochałem*, Łódź 1990, s. 310.

może spowodować zablokowanie możliwości uporania się z doznawanym cierpieniem. W takiej sytuacji brak pytania nie tylko znacząco ogranicza uwolnienie energii negatywnych emocji, ale także bardzo zawęża horyzonty intelektualnych poszukiwań. W niektórych przypadkach zdaniem M. Keirse'a, rezygnacja z pytania, może doprowadzić nawet do *duchowej śmierci*³⁹.

Jak widać, *magna quaestio* w najnowszych ujęciach już nie jest pojmowana niczym upiorne widmo kryzysu filozofii, ale na powrót zyskuje status mądrości, nierozzerwalnie związanej z dziejami każdego indywidualnego człowieka. Jej specyfikę trafnie oddaje metafora drogi, tułacza, drabiny, schodów, gdyż przedmiot egzystencjalnych poszukiwań pytania stale się oddala. Jeśli uda się komuś od czasu do czasu go osiągnąć, to jedynie częściowo, nigdy zupełnie. Lecz już nawet w takim stadium może wieść do stopniowego odzyskiwania równowagi duchowej i do wyższego etapu rozwoju intelektualnego⁴⁰. Przyznając znów prawo stałego obywatelstwa *magna quaestio* w myśli filozoficznej zmagającej się z problemem śmierci dzieci warto pamiętać o konstatacji H. Elzenberga, który mawiał, że w filozofii nie o to chodzi, ażeby osiągnąć wynik określony i ostateczny: raczej o coś wręcz przeciwnego: żeby wbrew jednostronnemu naciskom, specyficznym dla każdej epoki, wszystkie rozsądne możliwości rozumienia świata pozostawić otwarte. Człowiek by się nie udusić, potrzebuje tych na wszystkie strony wolnych perspektyw⁴¹. Być może w ten właśnie sposób filozofia, pomna przestrogi tegoż polskiego myśliciela, najlepiej wywiąże się z fundamentalnego pytania *Dlaczego?*

³⁹ M. Keirse, *Piętno smutku*, Radom 2005, s. 32.

⁴⁰ M. Bonfantini, M. Motta, op. cit., s. 65.

⁴¹ H. Elzenberg, *Kłopot z istnieniem*, Kraków 1963, s. 355.

Ewa Baum, Michał Musielak

Poza śmiercią – dylematy etyczne współczesnej transplantologii

Marzenia, wizje i snucie planów o idei transplantacji od wieków towarzyszyło człowiekowi w jego historii i myśli nad rozwojem gatunku ludzkiego. Nie były to tylko marzenia medyków, czy naukowców, ale także artystów, pisarzy, filozofów, czy zwykłych rzemieślników wyrabiających protezy. Idea transplantacji nabierała wręcz symbolicznego wymiaru przekraczania granicy ludzkich możliwości, wydłużania okresu życia, walki ze śmiercią. Była postrzegana w kategorii cudu, a także zjawiska niezwykle oczekiwanego. Oczywiście była to idea rozumiana bardzo ogólnie, ze względów oczywistych, pierwotnie raczej rozpatrywana w kategorii boskiego cudu, niż realnej alternatywy leczniczej. Ponadto filozofowie, głównie Platon i Kartezjusz, w sposób szczególny przyczynili się do propagowania idei dawstwa narządów. Reprezentując dualistyczny pogląd o rozdźwięku pomiędzy ciałem a duszą, w sposób być może nieświadomy, przygotowali podwaliny filozoficzne do transplantacji narządów. Platońska koncepcja rozłamu pomiędzy ciałem a duchem symbolizowała nieśmiertelność, niematerialność, niezależność duszy od ciała¹. Zatem ciało mogło być niedoskonałe, słabe, chrome, wymagające "naprawy", natomiast dusza była wieczna i niezmienna, zdolna do samostnego funkcjonowania. Kartezjusz przyjął platońskie rozumienie człowieka jako duszy uwięzionej w ciele, ale jednocześnie przyznał, iż ciało musi być względem duszy autonomiczne, posiadać własną siłę życiową i rządzić się własnymi prawami². Stąd już krok tylko do filozoficznego wsparcia działań transplantacyjnych o ideowy wymiar. Zatem zabiegi

¹ Tatarkiewicz W.: Historia Filozofii. T. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, 82–104.

² Kopania J.: Dualizm Kartezjański. Etyczny wymiar cielesności. Wydawnictwo Aureus, Kraków 2002, 13–43.

transplantacje mogły urzeczywistnić marzenia artystów czy filozofów, ale przede wszystkim odzwierciedlały pragnienia medyków, gdyż przedłużały życie ludzkie, pozwalały znaleźć duszy nowe ciało i w tym sensie wygrywały ze śmiercią. Przede wszystkim jednak, idea transplantacji była odpowiedzią na realne potrzeby społeczne. To oczekiwanie na cud świadczyło o wierze w możliwość przekraczaniu kolejnej, wydawać by się mogło, nieprzekraczalnej granicy – linii śmierci. Zatem zgodna ze współczesnym duchem epoki chirurgia transplantacyjna stanowi najbardziej spektakularny praktyczny aspekt kartezjańskiego rozumienia ciała, polemizuje z tradycyjnie pojmowaną definicją śmierci, wprowadza nowe wyobrażenie na jej temat³. Kusi, ale też i niepokoi. Atrakcyjna wydaje się możliwość wydłużenia życia ludzkiego, jednak zatrważa umowność i kruchość nowej definicji śmierci. Skoro już raz zmieniono jej definicję, to obawiamy się, że będzie można zmienić ją ponownie, zgodnie z realnymi potrzebami. Paradoksalnie, precyzyjne zdiagnozowanie momentu śmierci zubożyło ją o pewien mistycyzm, aurę tajemniczości i świętości. Sama idea transplantacji nie oswaja nas ze śmiercią, raczej ją skutecznie oddala, przesuwając granicę jej nadejścia. Transplantacje są dowodem triumfu życia nad chorobą i śmiercią. Z tej racji zabiegi transplantacyjne stwarzają iluzję wszechmocy człowieka i medycyny, są bardzo atrakcyjnym i nośnym hasłem.

Czym zatem są transplantacje, jak to pojęcie jest rozumiane współcześnie? Słownik Języka Polskiego pod redakcją naukową Mieczysława Szymczaka pojęcie *transplantacja* wyjaśnia następująco: zabieg operacyjny polegający na przeszczepianiu tkanki lub narządu w obrębie jednego organizmu lub z jednego organizmu do drugiego. Etymologicznie słowo transplantacje pochodzi wprost od łacińskiego czasownika *transplantare* (przesadzać, przenosić). Choć podejmowano wcześniej próby przeszczepiania tkanek i narządów, to dopiero wiek dwudziesty został nazwany *złotym okresem transplantologii*, ze względu na nowe, nieznane dotąd możliwości⁴. Wśród najbardziej istotnych i przełomowych odkryć, które przyczyniły się do rozwoju transplantologii wymienia się: wynalezienie techniki przeszczepiania naczyń krwionośnych narządów, odkrycia z dziedziny odporności, a szczególnie opisanie zjawiska nabytej tolerancji immunologicznej, odkrycie genetycznych uwarunkowań struktur na po-

³ Kopania J.: dz. cyt.: 13–43.

⁴ Transplantologia kliniczna. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączka L. [red.], PZWL, Warszawa 2004, 21–34.

wierzchni błon komórkowych, które biorą udział w regulacji odpowiedzi immunologicznej, opracowanie teorii dotyczącej swoistości powstawania układu immunologicznego i odkrycie zasady wytwarzania przeciwciał monoklonalnych oraz badania dotyczące swoistości odczynów komórkowych⁵.

Wyróżnia się kilka rodzajów zabiegów transplantacyjnych, w zależności od ich genetycznych uwarunkowań, źródła pochodzenia narządu, tkanki lub niebiologicznego materiału implantowanego dawcy⁶. Pierwszą grupę stanowią przeszczepy autologiczne (autogeniczne – *własno-pochodne*), które dotyczą przypadków, gdzie dawcą i biorcą jest ten sam osobnik. Metoda autotransplantacji jest często stosowana ze względu na dużą skuteczność. Nie występują w niej reakcje odrzutu tkanek, i w związku z tym nie ma potrzeby stosowania leków immunosupresyjnych. Przykładem może być namnażanie w warunkach *in vitro* komórek naskórka pacjenta, które następnie są wykorzystywane do uzupełniania ubytków skóry spowodowanych np. oparzeniem. Kolejną, ale także niezbyt liczną grupę stanowią przeszczepy izogeniczne (syngeniczne). Dotyczą one przypadków, gdzie dawca i biorca są jednakowymi genotypowo bliźniętami (jednojajowymi). Jest to również bardzo pożądana grupa przeszczepów ze względu na zgodność genetyczną i co się z tym bezpośrednio wiąże, dużą skuteczność zabiegów. Jedynym problemem jest rzadkość występowania bliźniąt jednojajowych. W tej grupie przeszczepów pojawiają się już jednak wątpliwości etyczne wynikające z relacji dawca – biorca. Kluczowa wydaje się być kwestia szacunku dla autonomicznych praw i decyzji jednostki. Przeszczepy allogeniczne – homotransplantacje (*śródgatunkowe*) dotyczą transplantacji w obrębie tego samego gatunku. Jest to najliczniejsza i najbardziej zróżnicowana grupa zabiegów transplantacyjnych, która bezpośrednio dotyczy gatunku ludzkiego. Szybki i gwałtowny rozwój technik medycznych związanych z przeszczepami allogenicznymi wpłynął na rosnącą lawinowo liczbę dokonywanych zabiegów.

Przeszczepy ksenogeniczne (obcogatunkowe – *heterogeniczne*) dotyczą transplantacji w obrębie dwóch różnych gatunków. Powodzenie medyczne tych transplantacji jest ograniczone, ze względu na ryzyko od-

⁵ Tamże: 21–34.

⁶ Tamże: 21–34. Por. Nowacka M.: *Etyka a transplantacje*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, 7–14. Por. Kornas S.: *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*. Częstochowskie Wydawnictwo Diecezjalne, Częstochowa 1986, 25–30.

rzucenia przeszczepionych tkanek, narządów przez organizm biorcy, co może być źródłem powikłań medycznych. Jednocześnie nasuwają one wątpliwości natury etycznej, gdyż stwarzają potencjalne ryzyko genetycznej manipulacji organów odzwierzęcych, mowa tutaj o tzw. „humanizowanych świniach”⁷. Przeszczepy z niebiologicznych materiałów (*alloplastyka, protezowanie*) polegają na wszczepieniu biologicznie martwej protezy do organizmu biorcy w celu usprawnienia jego funkcjonowania.

Ostatnią grupę przeszczepów, która według kryterium definicji zabiegów transplantacyjnych, kwalifikuje się do uwzględnienia w prezentowanej typologii są komórki macierzyste. Stanowią one przykład najnowszej dziedziny transplantologii zwanej często medycyną regeneracyjną. W ostatnich latach obserwujemy ekspansywny rozwój tej gałęzi nauki medycznej i budzi ona nadzieje związane z możliwością wytwarzania w przyszłości nowych, biologicznych narządów w laboratoriach, które będą przeszczepiane do organizmu biorcy. Komórki macierzyste charakteryzują się tym, że mogą przekształcić się w dowolnie wybraną populację komórek bądź tkanek, w której sąsiedztwie się znajdują. Wyróżniamy następujące źródła komórek macierzystych (ze względu na sposoby ich pozyskiwania): **z osobników dorosłych** – każdy z nas ma określoną liczbę wyspecjalizowanych komórek macierzystych, które znajdują się w szpiku kostnym, mózgu, siatkówce, tkance tłuszczowej, nerwowej, krwi, jelicie oraz spermatogoniach i wielu innych narządach i tkankach; **z krwi pępowinowej i łożyska** oraz **zarodków ludzkich** (jak dotąd źródłem komórek zarodkowych były *nadliczbowe* embriony ze szpitali leczących bezpłodność metodą zapłodnienia pozaustrojowego – *in vitro*). Techniki transplantacyjne, które opierają się na wykorzystywaniu tkanek i organów płodów ludzkich oraz zwierzęcych określa się mianem *ludzkiej biotechnologii*. Szybki rozwój tej dziedziny transplantologii ekonomiści postrzegają jako potencjalny *multimilion-dollar business*⁸. Związane jest to z olbrzymim zainteresowaniem nowymi i wiele obiecującymi metodami leczenia osób cierpiących na chorobę Parkinsona, Alzheimer, Huntingtona czy cukrzycę insulinozależną i wiele innych chorób. Potencjalne i jeszcze nie do końca zbadane „zdolności” komórek macierzystych rodzą duże nadzieje, ale także stanowią zagrożenie z etycznej perspektywy.

⁷ Bohatyrewicz R.: Zagadnienia towarzyszące przeszczepianiu narządów. XXXI Anestezjologia Intensywna Terapia. Organ Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, nr 1, supl. I, 1991, 7–13.

⁸ <http://www.nil.finn.pl/xml/nil/gazeta/numery/n1998/n199810/>

W przypadku zabiegów transplantacyjnych z dylematami natury etycznej spotykamy się stosunkowo często. Właściwie zasadniczymi odstępstwami od tej reguły są tylko przeszczepy autologiczne. Jak już zostało powiedziane, w przypadku przeszczepów autologicznych dawcą i biorcą jest ten sam osobnik. W większości przypadków wola pacjenta oraz jego stan zdrowia stanowią o zasadności zabiegu, który ogranicza się do jednostkowej relacji dawca – biorca, nie ma tu mowy o tzw. konflikcie interesów czy naruszaniu zasady integralności drugiej osoby.

Przeszczepy allogeniczne stanowią najbardziej zróżnicowaną i najliczniejszą grupę wszystkich zabiegów transplantacyjnych. Jednak ze względu na skalę zjawiska i postęp nauki wywołują sprzeczne uczucia, rodzą niekończące się dyskusje nad prawem człowieka do życia, ale i *niezbymalnym prawem do śmierci*. Rosnące możliwości medycyny transplantacyjnej graniczą z cudem, są wyrazem potęgi, która dla jednych stanowi *dar życia*, dla drugich *tyranię daru*, a jeszcze inni widzą w transplantacji niemal rutynowy zabieg podnoszący jakość życia. Profesor Zbigniew Szawarski ubolewa nad faktem, że ideologia towarzysząca przeszczepom nie uczy pokory do życia, natomiast promuje zasadę wymienialności zużytych organów na nowe, w miarę potrzeb. Profesor Szawarski posługuje się terminem antropologów medycyny, którzy mówią o *odwadze rezygnacji*⁹. Trudno pogodzić się z tezą filozofa, że: *człowiek nie za wszelką cenę powinien żyć*, zwłaszcza gdy współczesna transplantologia może mu życie przedłużyć. Profesor Wojciech Rowiński, transplantolog, polemizuje z profesorem Szawarskim: *Jeśli istnieje możliwość ratowania życia tysiącom ludzi, to zaniechanie tego ze względów filzoficznych mi nie odpowiada. Nie wolno też rezygnować z wprowadzania nowych technologii medycznych*¹⁰.

Wydaje się, że spośród przeszczepów allogenicznych to transplantacje *ex mortuo* powinny być mniej kontrowersyjne, chociaż i w tym przypadku istnieją pewne wątpliwości. Ta grupa transplantacji jest aprobowana przez społeczeństwo w dużo większym stopniu niż transplantacje *ex vivo*. Jedyne obawy rodzi nowa definicja śmierci, oparta na pojęciu tzw. „*śmierci mózgowej*”. Wcześniejsza definicja tzw. klasyczna zakładała, że śmierć następuje w wyniku nieodwracalnego ustania krążenia krwi. Natomiast nowa, zmodyfikowana wersja mówi o nieodwracalnym ustaniu funkcji pnia mózgu jako całości; nawet gdy nie oznacza to momentalnej śmierci wszystkich komórek mózgu. Wydaje się, że paradoksalnie,

⁹ Kowalewski J.: Odwaga rezygnacji. Rzeczpospolita, 26 listopada 2003, 11.

¹⁰ Kowalewski J.: Coś wspañalego. Rzeczpospolita, 26 listopada 2003, 11.

zmiana w diagnostyce śmierci najbardziej zaszkodziła transplantacjom w ich odbiorze społecznym. Z jednej strony stosując nowe kryterium śmierci stwierdzono znacznie lepsze wyniki w pobieraniu organów ze względu na brak długotrwałych uszkodzeń związanych z procesem umierania. Z drugiej zaś, ewolucja i przewartościowanie w definicji śmierci zdystansowało ludzi do idei transplantacji. Jeżeli moment tak kluczowy, jak proces umierania można przededefiniować, to potencjalna droga do kolejnych zmian, a może także nadużyć jest otwarta. Niektórzy etycy, jak Peter Singer posuwają się jeszcze dalej i twierdzą, że definicję śmierci zmodyfikowano właśnie na potrzeby współczesnej transplantologii¹¹. Jednak zdaniem specjalistów dwuetapowa procedura rozpoznawania śmierci mózgu zaprzecza podobnym nadużyciom. Pierwszy etap diagnozy polega na stwierdzeniu uszkodzenia mózgu, znalezieniu jego przyczyny oraz na wykluczeniu odwracalności procesu, drugi etap obejmuje badania kliniczne, które wskazują na brak odruchów związanych z łukiem przebiegającym przez pień mózgu. Być może przyczyna nieufności społecznej wynika z niewiedzy na temat nowych procedur, ale robi się stanowczo za mało, aby zmienić zaistniały stan rzeczy.

Kolejna sporna kwestia dotyczy transplantacji z istot martwych i poddaje w wątpliwość *zasadę zgody domniemanej* (nazwaną niekiedy *usankcjonowanym złodziejstwem*). Pojawiają się opinie, że *zasada zgody wprost* (wyrażona chociażby poprzez stosowną adnotację umieszczoną na przykład w dowodzie osobistym) byłaby rozwiązaniem właściwszym, świadomym i dającym pełną swobodę potencjalnemu dawcy. Dodatkowo, w przypadku *zasady zgody domniemanej* może pojawić się problem akceptacji rodziny zmarłego (prawo zwyczajowe), która czasami nie zajmuje jednolitego stanowiska. Dochodzi wtedy do konfliktu pomiędzy prawem rodziny do ochrony świętości zmarłego a prawem potencjalnego biorcy do ocalenia życia. Dla jednych wizja nowych możliwości transplantacyjnych jest przerażająca, ludzie obawiają się zwiększenia ilości transplantacji dokonywanych w wyniku nadużycia *zasady zgody domniemanej*, zaś dla innych stanowi atrakcyjną możliwość częściowej reinkarnacji, przezwyciężenia śmierci.

Wykorzystanie komórek macierzystych przez współczesną transplantologię jest odkryciem najnowszym i wywołującym najwięcej emocji. Sama idea pozyskiwania i hodowania tych komórek rodzi liczne obawy.

¹¹ Singer P.: Jak na nowo zdefiniować śmierć. O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1997, 29–47.

Zasadniczo wyróżniamy dwa rodzaje komórek macierzystych: dorosłe oraz embrionalne (zarodkowe), jednak w zależności od fazy rozwoju embrionu różnicujemy te ostatnie na totipotentne oraz pluripotentne. Komórki totipotentne są to komórki w najwcześniejszej fazie rozwoju zarodka, który składa się zaledwie z ośmiu komórek. Mają one zdolność formowania się w dowolną tkankę, co stanowi o ich olbrzymich możliwościach. Jediną wadą komórek totipotentnych jest ich brak zdolności do rozmnażania co oznacza, że z komórek totipotentnych nie stworzą się ich bliźniacze odpowiedniki. Komórki nieco starsze – kilkudniowego zarodka (blastocysty) nazwane zostały komórkami pluripotentnymi, mają one nieco mniejsze zdolności przekształcania się w dowolne tkanki, ale mogą się mnożyć w sposób nieograniczony i to właśnie one pozyskiwane są do badań nad macierzystymi komórkami embrionalnymi. Komórki pobiera się z zarodków cztero-, sześciudniowych i zakłada się hodowlę *in vitro* jednej linii komórkowej. Wszystkie komórki z tej samej linii komórkowej są identyczne genotypowo. Istnieje tylko jeden zasadniczy problem – pobierając komórki nieodwołalnie niszczy się zarodek. Przykładowo – w celu usunięcia ubytku tkanki nerwowej u jednej osoby należy zużyć sześć ludzkich zarodków. Do tej pory badano tylko możliwości wykorzystania embrionalnych komórek macierzystych uzyskanych z zarodków "powstałych w nadmiarze" (pojawia się pojęcie *zarodków nadliczbowych*) niewykorzystanych przy leczeniu niepłodności metodą *in vitro*. W tym miejscu dochodzimy do nadrzędnej kwestii – statusu zarodka ludzkiego. Jeżeli uznamy, że embrion jest istotą ludzką to wszelkie ingerencje medyczne w tym zakresie okażą się niedopuszczalne etycznie¹². Opiniotwórcze środowiska są bardzo podzielone. Kościół katolicki stoi na stanowisku, iż "człowieczeństwo" zaczyna się już w czwartym lub piątym dniu od zapłodnienia i nie może być mowy o naruszaniu jego autonomii: *Istota pochodząca od ludzkich rodziców jest człowiekiem, chociaż jeszcze nie w pełni uformowanym*. W świetle etyki katolickiej nasuwa się wniosek, że życie przy wykorzystaniu zarodkowych komórek macierzystych uzyskuje się poprzez unicestwienie zarodków. Stąd już bardzo blisko do pytania – **życie poprzez śmierć?**

Kościół anglikański prezentuje stanowisko odmienne, nieporównywalnie bardziej liberalne, mianowicie do momentu kształtowania się smugi pierwotnej (około czternastego lub piętnastego dnia od momentu zapłodnienia) zarodek nie jest organizmem ludzkim, a więc jak najbar-

¹² Ciechomska G.: Zarodki zagrożone. Gazeta Lekarska, 2005, nr 1 (168), 8–11.

dziej dopuszczalne są wszelkie badania z wykorzystaniem komórek macierzystych. Podzielone opinie prezentują także znani naukowcy i etycy. Profesor Wiesław Jędrzejczak zaznacza, że: *Niewykorzystany zarodek przypomina mi dawcę narządu, który umarł, ale którego wątroba, serce, płuca mogą ocalić czyjeś życie.* Profesor Piotr Stępień zauważa: *Istnieją tak zwane nadmiarowe zarodki ludzkie, powstałe przy okazji procedur in vitro, z których i tak nigdy nie będzie dzieci, więc można je nadal trzymać w zamrożeniu, albo wykorzystywać do celów naukowych. Tę decyzję powinni podjąć rodzice... Osobiście nie uważam bardzo wczesnego zarodka za osobę ludzką i myślę, że można zarodki do celów medycznych wykorzystywać.* Ksiądz prof. Wojciech Bołoz stanowczo stwierdza: *Przed wszystkim trzeba powiedzieć, że wykorzystywanie embrionalnych komórek macierzystych jest wykorzystywaniem embrionów.*

Kolejną grupę komórek macierzystych stanowią komórki dorosłe, które zostały nazwane multipotentnymi. Sposób ich pozyskiwania nie rodzi żadnych wątpliwości natury etycznej, niestety ta właśnie grupa komórek występuje w niewystarczającej liczbie w organizmie ludzkim, a przede wszystkim przekształca się tylko w określone typy komórek, stąd ograniczone właściwości ich terapeutycznego wykorzystania. Komórki znajdujące się w łożysku i krwi pępowinowej również mają cechy komórek multipotentnych.

Z jednej strony trudne do przecenienia właściwości terapeutyczne komórek pluripotentnych, z drugiej zaś nad wyraz kontrowersyjny sposób ich pozyskiwania stanowi rzeczywisty i bardzo aktualny problem, który musi zostać rozstrzygnięty nie tylko pod względem prawnym – nowe ustawodawstwo, ale przede wszystkim moralnym. Rozwój przyszłej transplantologii nie wydaje się być prawdopodobny bez wykorzystania hodowli komórek macierzystych, ale zakres zabiegów oraz skala zjawiska zostaną dopiero określone w najbliższej przyszłości. Natomiast niepoohamowana wola i chęć życia, która determinuje zachowanie ludzkie, gwarantuje ekspansywny rozwój współczesnej transplantologii. Wytyczanie coraz to nowych granic życia i śmierci wydaje się być nieuniknione. Śmierć, choć nieuchronna, to wydaje się coraz bardziej odległa i obca.

Bogusława Banaszak-Żak, Agnieszka Tolarczyk

Opieka pracowników służby zdrowia nad pacjentem umierającym w aspekcie bioetyki chrześcijańskiej

Wstęp

Człowiek od samego zarania dziejów skazany jest na obcowanie ze śmiercią. Celem działania służby zdrowia jest zarówno ratowanie życia człowieka, jak i ochrona prawa do umierania z godnością, co wynika z zasad bioetyki chrześcijańskiej.

Karta Pracowników Służby Zdrowia jest drogowskazem postępowania i wzorem, według którego mogą pracować osoby sprawujące opiekę nad pacjentem umierającym.

Służba życiu to dla pracownika służby zdrowia towarzyszenie mu aż do jego naturalnego końca. Gdy warunki zdrowotne pogarszają się w sposób nieodwracalny i prowadzący do śmierci, człowiek wkracza w stadium terminalne ziemskiej egzystencji. Do bólu i cierpienia dochodzi duchowy dramat rozdarcia, które powoduje i oznacza śmierć [1, s. 607].

Chory w stanie terminalnym potrzebuje ludzkiej i chrześcijańskiej opieki; w imię powołania do którego są wezwani, lekarze i pielęgniarki nie mogą odmawiać tejże opieki. To właśnie w obliczu śmierci i samej śmierci należy najbardziej celebrować i wychwalać życie. Należy je w pełni szanować, ochraniać je i towarzyszyć mu. Odniesienie się do chorego w stanie terminalnym to bardzo często sprawdzian poczucia sprawiedliwości i miłości, szlachetności ducha, odpowiedzialności i uzdolnień profesjonalnych pracowników służby zdrowia [1, s. 607–608].

Wobec tajemnicy śmierci człowiek jest bezsilny, zostają zachwiane jego ludzkie pewniki. I właśnie w takiej sytuacji bezsilności wiara chrześcijańska staje się dlań źródłem duchowej pogody i spokoju [1, s. 609].

Umieranie z godnością

Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej w części szczegółowej mówi, że: „Pielęgniarka i położna winna dążyć do zapewnienia podopiecznemu godnych warunków umierania z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości” [2, s. 231]. Powinność zapewnienia umierającym godnych warunków ich umierania odnosi się do jednego z poważniejszych momentów pracy zawodowej pielęgniarek, gdy stwierdzają, że wszelkie działania terapeutyczno-pielęgniacyjne okazują się już zupełnie bezskuteczne, gdy nadchodzi kres życia ich podopiecznych. W tych chwilach pielęgniarka całą postawą powinna wyrażać swą troskę „jestem przy Tobie, czuвам z Tobą” [18, s. 17].

W Karcie Pracowników Służby Zdrowia czytamy: „Zapewnienie pełnej wiary i nadziei obecności, to ze strony lekarzy i pielęgniarek najwyższa forma humanizacji ludzkiej śmierci. To coś więcej niż niesienie ulgi w cierpieniu. Oznacza zaangażowanie w to, by świadczoną opieką „ułatwić choremu jego przejście do Boga” [1, s. 609–610].

Prawo do życia ukonkretnia się w osobie chorego w stanie terminalnym jako prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej [9, s. 551].

Pacjent umierający ma swoje prawa. W praktyce opieki hospicyjnej najbardziej użyteczna jest Karta Praw Człowieka Umierającego zaproponowana przez A. Barbus:

1. Mam prawo do traktowania mnie jak człowieka aż do śmierci.
2. Mam prawo do zachowania nadziei bez względu na zmiany, jakim może ona podlegać.
3. Mam prawo do opieki osób, które potrafią zachować nadzieję bez względu na zmiany, jakim mogłaby ona podlegać.
4. Mam prawo do wyrażania uczuć i emocji związanych ze zbliżającą się śmiercią w swój własny sposób.
5. Mam prawo do uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nade mną.
6. Mam prawo oczekiwać ciągłej lekarskiej i pielęgniarskiej uwagi, nawet wówczas, gdy cele „lecnicze” będą musiały być zastąpione celami „pielęgniacyjnymi”.
7. Mam prawo do umierania w odosobnieniu (ale nie samotnie).
8. Mam prawo do uwolnienia od bólu.
9. Mam prawo do rzetelnych odpowiedzi na moje pytania.
10. Mam prawo nie być oszukiwanym.

11. Mam prawo do wspomagania mojej rodziny i wspomagania mnie przed nią w zaakceptowaniu mojej śmierci.
12. Mam prawo do umierania w spokoju i godności.
13. Mam prawo do zachowania własnej tożsamości i swobody moich decyzji, które mogą być sprzeczne z przekonaniami innych.
14. Mam prawo do poszerzenia moich przeżyć religijnych i duchowych oraz do dyskusji o nich bez względu na to, co myślą o tym inni.
15. Mam prawo oczekiwać, że po śmierci będzie uszanowana świętość ciała ludzkiego.
16. Mam prawo do opieki ze strony ludzi spokojnych, wrażliwych, z przygotowaniem zawodowym, którzy będą starali się zrozumieć moje potrzeby i będą w stanie znaleźć choć odrobinę zadowolenia z tego, że pomogli mi stanąć twarzą w twarz ze śmiercią [4, s. 215–216].

Jan Paweł II mówi o godności umierania, w przemówieniu „Człowiek wobec tajemnicy śmierci” i wyraża to słowami: „Ludziom chorym, a przede wszystkim umierającym nie może zabraknąć miłości rodziny, opieki lekarskiej, pielęgnarskiej, wsparcia przyjaciół”. Doświadczenie uczy, że ponad ludzką pociechę największą pomocą dla umierającego jest wiara w Boga i nadzieja na życie wieczne [5, s. 39].

Jan Paweł II 25 sierpnia 1990 r. wypowiada słowa: Kiedy lekarz zdaje sobie sprawę, że nie może już zapobiec śmierci pacjenta i że jedynym skutkiem intensywnej terapii byłoby pomnożenie jego cierpień, winien uznać ograniczoność wiedzy medycznej i swoich własnych działań, godząc się z nieuchronnością śmierci, której nie można się przeciwstawić. Szacunek dla umierającej osoby stanowczo nakazuje unikać wszelkich form „terapii uporczywej” i dopomóc pacjentowi w akceptacji śmierci. Pracownicy służby zdrowia winni kontynuować swoje działania, stosując rozważnie i skutecznie tak zwane terapie proporcjonalne i leczenie paliatywne. Kontrola bólu, zapewnienie pacjentom ludzkiego ciepła, wsparcia psychicznego i duchowego to zadania służby zdrowia, również szlachetne i potrzebne jak działania lecznicze [6, s. 47–49].

Śmierć chorego z powodu długotrwałej, nieuleczalnej choroby staje się faktem koniecznym, czego nie można powiedzieć o śmierci z powodu świadomego zabójstwa. Dlatego na pracownikach służby zdrowia spoczywa wielkie zadanie ochrony zdrowia. W Deklaracji „Iura et bona” czytamy: „Nikt ani nic nie może w żaden sposób zezwolić na zadanie śmierci niewinnej istocie ludzkiej, bez względu na to czy chodzi o płód,

dziecko, osobę dorosłą, czy starca, o osobę nieuleczalnie chorą, czy znajdującą się w agonii" [9, s. 544–545].

Zastosowanie środków przeciwbólowych wobec chorych w stanach terminalnych

Stosowanie leków przeciwbólowych w terminalnym okresie choroby jest akceptowane przez autorytety moralne życia chrześcijańskiego. W przemówieniu do włoskich anestezjologów w 1984 roku Jan Paweł II powiedział: „Środki znieczulające łagodząc dramatyczny przebieg choroby, przyczyniają się do humanizacji i akceptacji śmierci” [7, s. 749].

Pius XII w przemówieniu do Zgromadzenia lekarzy i chirurgów wypowiedział te słowa: „W wielu wypadkach »cierpienie osłabia siły moralne osoby«: cierpienia „pogłębiają stan osłabienia i wyczerpania fizycznego, są przeszkodą dla wzlotów ducha i zamiast podtrzymywać, wyniszczają siły moralne. Natomiast powstrzymanie cierpienia niesie z sobą fizyczne i psychiczne odprężenie, ułatwia modlitwę i umożliwia bardziej wielkoduszny dar z siebie” [8, s. 147]. Według Papieża Piusa XII cierpienie zbyt intensywne może przeszkodzić panowaniu, które duch winien sprawować nad ciałem. Nie należy zatem utrzymywać, że każde cierpienie i ból winno się znosić za wszelką cenę, w stoickim duchu, i że nie trzeba nic robić, aby starać się je złagodzić lub uśmierzyć [17, s. 440].

Według Katechizmu Kościoła Katolickiego stosowanie środków przeciw bólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona jako cel ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona [3, nr 2279, s. 518].

Według Kongregacji Nauki Wiary w procesie umierania anestezja może być uznana za dozwoloną, również pod następującym warunkiem: chory wcześniej lub później otrzymał możliwość uczynienia zadość swoim moralnym, rodzinnym i religijnym obowiązkom [9, s. 548].

Papieska Rada Cor Unum cytuje: „Jest silna pokusa uciekania się do takich środków systematycznie, w wielu przypadkach niewątpliwie ze współczucia, ale często także, mniej lub bardziej świadomie, celem oszczędzenia tym wszystkim, którzy zajmują się chorym (...), często trudnego i męczącego kontaktu z człowiekiem bliskim śmierci. Wtedy więc nie szuka się już więcej dobra osoby chorej, ale ochrony zdrowych należących do społeczeństwa, które ucieka od niej za pomocą wszelkich

środków, jakimi dysponuje. W ten sposób pozbawia się chorego możliwości »przeżywania własnej śmierci«, dotarcia do jej pogodnej akceptacji, do pokoju. (...) Jeżeli jest chrześcijaninem, pozbawia się go możliwości przeżycia swej śmierci w komunii z Chrystusem” [11, s. 444].

Jeśli chodzi o tych pacjentów, „którzy nie są w stanie wyrazić swoich życzeń, słusznie wolno przypuszczać, że pragną otrzymać środki znieczulające i chcą, by były im dawane zgodnie ze wskazaniami lekarzy” [1, s. 612].

Prawda wobec umierającego

Według Karty Pracowników Służby Zdrowia w perspektywie zbliżającej się śmierci, przekazywanie informacji o stanie pacjenta staje się trudniejsze i dramatyczniejsze, lecz nie zwalnia z obowiązku prawdziwości. Kontakt chorego z tymi, którzy się nim opiekują, nie może się opierać na udawaniu. Nie jest to nigdy ludzkie rozwiązanie dla chorego i nie przyczynia się do humanizacji śmierci. Osoba ma prawo do tego, by być informowana o stanie swego zdrowia. Owo prawo nie umniejsza się w przypadku diagnozy i prognozy choroby prowadzącej do śmierci [1, s. 615].

Umierający dotknięci nieuleczalną chorobą mają prawo do tego, by być informowanym o swoim stanie zdrowia. Śmierć jest momentem zbyt istotnym, aby unikało się jej perspektywy. Dla człowieka wierzącego zbliżanie się tego momentu wymaga przygotowania i określonych działań podjętych w pełnej świadomości. Dla każdego człowieka zbliżanie się momentu śmierci niesie z sobą odpowiedzialność za wypełnienie określonych obowiązków, dotyczących stosunków z rodziną, uporządkowania ewentualnych spraw zawodowych, aktualizacji swoich rachunków, swych długów itp. [11, s. 447].

Według Karty Pracowników Służby Zdrowia nie wolno przemilczeć prawdy, nie wolno również przekazywać jej w nagiej i brutalnej formie. Winna być przekazana z miłością, wzywać do włączenia się do wspólnoty z chorym te wszystkie osoby, które z różnego tytułu towarzyszą choremu. Ten, kto stara się być obecnym przy chorym i czułym na jego los, umie znaleźć słowa i odpowiedzi, które pozwalają na przekazanie tak prawdy, jak i miłości: „Czyniąc prawdę w miłości” (Ef 4, 15) [1, s. 615]. Nie chodzi jedynie o przekazywanie danych klinicznych, lecz komunikowanie ich znaczenia” [1, s. 615].

W książce pt. „Człowiek w obliczu umierania i śmierci” ks. Antoni Bartoszek wielokrotnie podejmuje problem informowania chorego o stanie jego zdrowia. Prawo do prawdy wpisane jest w samą naturę człowieka. W tę naturę wpisana jest wolność i możliwość samostanowienia. Tylko chory poinformowany o stanie swego zdrowia będzie mógł uczestniczyć aktywnie w dalszym procesie leczenia i opieki, będzie prawdziwie podmiotem działań medycznych i pielęgnacyjnych [12, s. 220].

Odrzucenie dwóch skrajnych postaw, tzn. z jednej strony mówienia prawdy za wszelką cenę bez liczenia się z dobrem chorego, a z drugiej strony – posługiwania się kłamstwem, skłania do wejścia na właściwą drogę postępowania w tej dziedzinie. Chodzi o stworzenie takich relacji między chorym a jego otoczeniem, w których będzie możliwe przekazywanie, komunikowanie prawdy. Fundamentem autentycznej komunikacji jest miłość [12, s. 225].

Ważne jest przekazywanie prawdy w taki sposób, aby nie zabić w chorym nadziei na płaszczyźnie naturalnej – psychologicznej. Na pewno nie należy prognozować momentu śmierci. Trzeba natomiast wskazać na medyczne możliwości leczenia objawowego łagodzącego ból i inne symptomy choroby. Działania medyczne i pielęgnacyjne w ramach opieki paliatywnej umożliwiają często na ostatnim etapie życia osiągnięcie różnych życiowych celów i zaspokajanie wielu pragnień. Nieosiągalne dobra stają dla chorego osiągalne, dzięki właściwej komunikacji i odpowiednim działaniom. W ten sposób umacniana jest nadzieja. Równocześnie zrozumiałe jest, że nie należy czynić fałszywych i złudnych nadziei [12, s. 230].

Według Jarosza, Szczerby: „(...) dominuje przekonanie o konieczności pełnego informowania chorych. Podkreśla się jednak niezwykłą wagę sposobu i zakresu ujawniania prawdy [16, s. 39].

W publikacjach K. de Walden Gałuszko mówienie prawdy jest bardzo ważnym etapem przygotowania chorego do śmierci: „Prawda jest jak lekarstwo, które trzeba dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego. Przekazywanie złych informacji jest procesem, który trwa wiele dni i ma swoją dynamikę rozwojową” [15, s. 90].

Moment śmierci

W wypowiedziach Papieskiej Rady „Cor Unum” czytamy: „Śmierć człowieka oznacza ustanie jego egzystencji w wymiarze cielesnym.

Śmierć kładzie kres tej fazie jego powołania, która polega na wysiłku dążenia w czasie do integralnej doskonałości; dla chrześcijanina moment śmierci jest momentem definitywnego zjednoczenia się z Chrystusem" [11, s. 439].

Opieka nad pacjentem umierającym

Opieka nad pacjentem umierającym powinna wyrażać się we wszelkich czynnościach, które mogą przynieść ulgę umierającemu oraz jego najbliższemu otoczeniu. Karta Pracowników Służby Zdrowia wyraża to w sposób następujący: „To właśnie w obliczu śmierci i w samej śmierci należy najbardziej celebrować i wychwalać życie. Należy je w pełni szanować, ochraniać je i towarzyszyć mu także w osobie tego, kto przeżywa jego naturalne spełnienie się (...) Odniesienie się do chorego w stanie terminalnym to bardzo często sprawdzian poczucia sprawiedliwości i miłości, szlachetności ducha, odpowiedzialności i uzdolnień profesjonalnych pracowników służby zdrowia (...)” [1, s. 609–610].

Obecność

W wypowiedziach Papieskiej Rady „Cor Unum” czytamy: „Tylko obecność ludzka, dyskretna i czujna, która pozwala choremu wypowiedzieć się i znaleźć pocieszenie ludzkie i duchowe, może wpłynąć na jego usposobienie” [11, s. 444].

Pacjent umierający doświadcza smutku, poczucia winy, niepokoju, strachu, depresji, a temu wszystkiemu towarzyszy ból fizyczny. Najgorszą rzeczą dla niego jest izolacja, samotność, która ma poważny wpływ na jego stan psychosomatyczny. Tendencja do oddzielania chorego najpierw od społeczeństwa, potem od rodziny, a w końcu także od innych pacjentów pozbawia go wszelkiej możliwości komunikowania się w jego udręce. A przecież byłyby liczne sposoby, aby przerwać jego samotność bez przeszkadzania mu w jego wyczerpaniu fizycznym, np.: wyraz twarzy, dotyk ręki! Milcząca obecność jest często wszystkim, o co prosi pacjent umierający, ale prosi o to najgorętszym pragnieniem [11, s. 448].

Postawa empatii wobec pacjenta wymaga: miłości, dyspozycyjności, uwagi, zrozumienia, dzielenia losu, życzliwości, cierpliwości, dialogu. Nie wystarczy „biegłość naukowa i profesjonalna”, potrzeba tu

„osobowego uczestnictwa w konkretnych sytuacjach poszczególnego pacjenta” [1, s. 550].

Pierwsza to „pełna miłości obecność” przy umierającym. Chodzi o obecność o charakterze w pełni medyczno-sanitarnym, która, bez stwarzania umierającemu iluzji, pomaga mu czuć się osobą żyjącą, osobą pośród innych osób, którą należy otoczyć zainteresowaniem i troską. Tego typu obecność pomaga choremu odnaleźć zaufanie i nadzieję i jednoczy go ze śmiercią. Jest to jedyny w swoim rodzaju wkład, który pielęgniarki i lekarze mogą i winni ofiarować umierającemu, tak by w miejsce odrzucenia pojawiła się akceptacja, by nad strachem przeważała nadzieja; w ten sposób realizują oni po prostu swoje ludzkie i chrześcijańskie być, które wyprzedza jakiegokolwiek ich działanie [1, s. 608–609].

Doświadczenie uczy, że ponad ludzką pociechą największą pomocą dla umierającego jest wiara w Boga i nadzieja na życie wieczne. To coś więcej niż niesienie ulgi w cierpieniu. Oznacza zaangażowanie w to, by świadczoną opieką „ułatwić choremu przejście do Boga” [1, s. 609–610].

Należy okazywać szacunek i troskę umierającym, by pomóc im przeżyć ostatnie chwile w godności i pokoju [3, nr 2299].

Świadomość, że już wkrótce umierający spotka się na zawsze z Bogiem, winna skłaniać rodzinę, bliskich, personel medyczny, sanitarny i zakonny do towarzyszenia mu na tym decydującym etapie egzystencji i do troski o każdy także duchowy aspekt sytuacji, w jakiej się znajduje [5, s. 39].

Według ks. Bartosza postawa towarzyszenia wyraża się poprzez obecność przy łóżku umierającego. Tylko ten, kto „jest” przy ciężko chorym, może spełniać wobec niego różnego rodzaju posługi. Obecność osób z otoczenia stanowi dla człowieka ciężko chorego znak i potwierdzenie, iż jego osobowa godność jest ciągle zauważana i szanowana. Wyrazem pełnego szacunku wobec osobowej godności umierającego jest uznanie jego podmiotowości. Traktowanie chorego jako pomiotu myślącego, zdolnego do decydowania o sobie jest ważnym elementem towarzyszenia. Chodzi o to, by być blisko nie tylko jego łóżka, ale także – autentycznych problemów osoby umierającej, tego wszystkiego, co dzieje w jej wnętrzu. Dzięki temu chory czuje namacalnie, iż ci, którzy są przy nim, prawdziwie mu towarzyszą [12, s. 208–209].

Czynna i stała obecność Boga jest dla człowieka darem, a równocześnie wzorem i zadaniem. Tak jak Bóg „jest” przy człowieku, tak i człowiek powinien „być” przy drugim, szczególnie umierającym. Nie chodzi tutaj tylko o fizyczne istnienie, ale o obecność, o bycie aktywne,

otwarte na drugiego. Doświadczenie pokazuje, że można być blisko umierającego, a równocześnie pozostać zamkniętym na jego problemy i potrzeby (...) [12, s. 212]. Obecność przy umierającym przybiera niejednokrotnie formę czuwania [12, s. 213]. Zbliżająca się śmierć bliźniego wymaga szczególnej prawości sumień osób stykających się z umierającym. Perspektywa śmierci wymaga, ale także wyzwala wyostrzoną wrażliwość etyczną. Człowiek umierający jest także wezwaniem do czuwania w sensie budowania więzów międzyludzkiej solidarności, która przewycięża samotność [12, s. 214].

Gościnność względem ciężko chorych należy rozumieć jako otwarcie dla nich ludzkich serc. Być gościnnym względem umierającego – to znaczy dać mu miejsce w swoim życiu; dać w swoim sercu duchowe schronienie. Tak rozumiana gościna serca jest fundamentem opieki nad ludźmi umierającymi” [12, s. 215–216].

Według ks. Antoniego Bartoszką opieka religijna nad umierającym winna być rozpatrywana w trzech wymiarach odnoszących się do potrójnego urzędu Chrystusa: Króla, Proroka, Kapłana [12, s. 240].

1. Misja Królewska – posługa miłości

Królewska misja Chrystusa polegała na służbie ludziom. Miłość dostrzega w umierającym, jak w nikim innym, oblicze cierpiącego i umierającego Chrystusa, który powołuje umierającego do miłości. Osoba posługująca umierającemu podejmuje tę posługę z miłości do Boga obecnego w człowieku chorym [1, 618]. „(...) to On jest chorym – »byłem chory« – który przyjmuje oblicze cierpiącego brata tak, że pełną miłości troskę okazaną bliźniemu odnosi On do siebie samego – »Mnieście uczynili«” [1, s. 552].

W taki sam sposób posługę miłości rozumiała Matka Teresa z Kalkuty: „Kiedy dotykamy chorych i potrzebujących, dotykamy cierpiącego ciała Chrystusa” [13, s. 114]. „Staramy się, by dotyk naszej ręki, nasz ton głosu i uśmiech były niezwykle czułe i delikatne, aby mogły uczynić Boże miłosierdzie bardzo prawdziwym dla umierającego, aby mogły skłonić go, by zwrócił się do Boga z synowską ufnością” [13, s. 183].

Również pielęgniarka hospicyjna Kathy Kalina w książce pt. „Akuszerka dusz” ukazuje, w jaki sposób pielęgniarki mogłyby opiekować się pacjentami umierającymi: „W przypadku pacjentów terminalnie chorych należy bardzo się spieszyć z pokochaniem ich, jeśli w ogóle macie taki zamiar. Bądźcie szczodre i otwarcie wyrażajcie swoją miłość. Pacjenci często czują się brzydzy z powodu długotrwałej choroby, jaka trawi ich ciało.

Uściski i pocałunki dają im do zrozumienia, że wciąż można ich kochać" [14, s. 44].

Pracownik służby zdrowia jest miłosiernym samarytaninem z przypowieści, który zatrzymuje się przy zranionym człowieku, stając się jego „bliźnim” w miłości [1, s. 551].

Służba życiu oznacza służbę Bogu w człowieku: stawanie się „współpracownikiem Boga w przywracaniu zdrowia choremu ciału” i oddaniu chwały Bogu w pełnym miłości przyjęciu życia przede wszystkim, gdy jest to życie słabe i naznaczone chorobą [1, s. 552–553].

2. Misja Prorocka – głoszenie Ewangelii w obliczu śmierci

Według Karty Pracowników Służby Zdrowia należy ewangelizować śmierć, czyli głosić umierającemu Ewangelię [1, 618]. Pielęgniarka Kathy Kalina mówi: „Ludzie chcą wierzyć w kochającego i wybaczonego Boga, ja zaś jako chrześcijańska pielęgniarka, byłabym nieodpowiedzialna, gdybym delikatnie nie podzieliła się swoją wiarą z nimi, kiedy nadarza się sposobność” [14, s. 52].

3. Misja Kapłańska – modlitwa i sakramenty

„Miłość otwiera relację z umierającym na modlitwę, to jest na wspólnotę z Bogiem. W modlitwie umierający odnosi się do Boga jako Ojca, który przygarnia dzieci, które do Niego powracają.

Zachęcanie umierającego do modlitwy i modlenie się wraz z nim oznacza otwieranie mu horyzontów życia Bożego. Oznacza równocześnie wejście w ową »wspólnotę świętych«, w której odnawiają się w nowy sposób wszystkie te relacje, które śmierć zdaje się nieodwracalnie zrywać” [1, s. 618]. Misja miłości sama z siebie staje się podstawowym motywem ku temu, by było to zaangażowanie bezinteresowne, dyspozycyjne i wierne oraz sprawia, że nabiera ona charakteru kapłańskiego [1, s. 550].

Pielęgniarka hospicyjna Kathy Kalina ukazuje ogromną wartość modlitwy: „Modlitwa jest pokarmem, ulgą i siłą dla umierającego” [14, s. 68]. „Przedtem uważałam, że wystarczy moja cicha modlitwa. Lecz odkąd zaczęłam modlić się z pacjentami na głos widzę, jakie to przynosi owoce. Jest to praktyka naprawdę pomocna w przypominaniu im o dobroci i przebaczeniu Boga, o Jego głębokiej miłości do nich i o Jego stałej obecności” [14, s. 96].

Według Karty Pracowników Służby Zdrowia uprzywilejowanym momentem modlitwy z umierającym jest celebrowanie sakramentów: pełnych łaski znaków zbawczej Bożej obecności [1, s. 618].

Podsumowanie

1. Karta Pracowników Służby Zdrowia jest drogowskazem postępowania i wzorem, według którego mogą pracować osoby sprawujące opiekę nad pacjentem umierającym.
2. Pracownicy Służby Zdrowia powinni zapewnić pacjentowi umierającemu godne warunki umierania z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.
3. Pacjenci w stanach terminalnych potrzebują ludzkiej i chrześcijańskiej opieki, której lekarze i pielęgniarki nie mogą im odmawiać.
4. Karta Praw Człowieka Umierającego ukazuje bardzo jasno oczekiwania pacjentów umierających względem osób sprawujących nad nimi opiekę.
5. Zapewnienie pacjentom ludzkiego ciepła, wsparcia psychicznego i duchowego to zadania służby zdrowia, również szlachetne i potrzebne jak działania lecznicze.
6. Powstrzymanie cierpienia pacjenta przez zastosowanie indywidualnie dobranej terapii przeciwbólowej niesie z sobą fizyczne i psychiczne odprężenie pacjenta, ułatwia modlitwę i umożliwia bardziej wielkoduszny dar z siebie.
7. W perspektywie zbliżającej się śmierci, przekazywanie informacji o stanie pacjenta nie zwalnia z obowiązku prawdomówności. Pacjent ma prawo do tego, by być informowany o stanie swego życia. Nie wolno przekazywać prawdy w nagiej i brutalnej formie, lecz w duchu miłości. Prawdę trzeba dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości pacjenta.
8. Wobec pacjenta umierającego należy kierować się postawą empatii, z której wypływa: miłość, dyspozycyjność, uwaga, zrozumienie, życzliwość, cierpliwość, dialog.
9. Opiekę nad pacjentem umierającym należy rozpatrywać w aspekcie posługi miłości i modlitwy oraz głoszenia Ewangelii.

Piśmiennictwo

1. Papiaska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: Karta Pracowników Służby Zdrowia. w: Trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Wydawnictwo BIBLOS, Tarnów 1998.
2. Wrońska I., Mariański J.: Etyka w pracy pielęgniarskiej. Rozdział VII

- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
3. Katechizm Kościoła Katolickiego. Poznań 1994.
 4. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wydawnictwo Akademickie „Żak”. Warszawa 2000.
 5. Jan Paweł II: Człowiek wobec tajemnicy śmierci. (17.03.1992), *L'osservatore Romano*. 13 (1992) nr 7.
 6. Jan Paweł II: Godność człowieka umierającego. Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”. *L'osservatore Romano*.
 7. Jan Paweł II: Przemówienie do uczestników Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologów. (4 październik 1984), w : *Insegnamenti VII/2* (1984) 749.
 8. Pius XII: Przemówienie do międzynarodowego Zgromadzenia lekarzy i chirurgów. 24 lutego 1957. w *AAS* 49.
 9. Kongregacja Nauki Wiary: Dekl. *Iura et bona*. 4 (5 maja 1980). w: *ASS* 72 (1980) 544–545.
 10. Nawrocka A.: W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki, Śląska Akademia Medyczna. Katowice 2001.
 11. Papieska Rada *Cor Unum*: Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających. w: *W Trosce o życie*. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Wydawnictwo BIBLOS, Tarnów 1998.
 12. ks. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu umierania i śmierci. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000.
 13. Matka Teresa z Kalkuty: Miłość owoc, który dojrzewa w każdym czasie. Rozważania na każdy dzień. Wydawnictwo Księży Marianów. Warszawa 1990.
 14. Kalina K.: Akuszerka dusz. Opieka duchowa nad umierającymi. *Verbinum*. Warszawa 2001.
 15. Walden Gałuszko K.: U kresu – opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Gdańsk. Wyd. Med. MAKmed 1996.
 16. Jarosz J., Szczerba A. M., Jarosz E.: Opieka paliatywna w chorobach nowotworowych. *Pielęgniarstwo* 2000. 2 (49) 2000.
 17. Pius XII: Przemówienie do międzynarodowego Zgromadzenia lekarzy i chirurgów (24.02.1957) w: *W trosce o życie*. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Wydawnictwo BIBLOS, Tarnów 1998.
 18. Wrońska I: Komentarz do Kodeksu Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej. Włocławek 1996.

Dorota Ordys

Stanisława Leszczyńska – Anioł z Auschwitz

Na przełomie wieków były kobiety wielkie, kobiety czynu, kobiety społecznice oraz kobiety, które z narażeniem własnego życia, życia bliskich ratowały życie innym. Sylwetkę takiej kobiety pragnę państwu przybliżyć.

Była kobietą niezwykłą, jako więźniarka obozu oświęcimskiego narażając życie własne i córki, umiała przeciwstawić się ss-mańskiemu lekarzowi: „Nie, nigdy. Nie wolno zabijać dzieci!”. W prezentowanej pracy chciałabym przedstawić państwu sylwetkę drobnej kobiety o oczach nieco jaśniejszych od niezapominajek.

Stanisława Leszczyńska urodziła się 8 maja 1896 roku w Łodzi, w rodzinie Jana i Henryki Zambrzyckich. Ojciec służył w armii carskiej, matka była robotnicą w fabryce Poznańskiego w Łodzi. Od siódmego roku życia Stanisława Leszczyńska wraz z niewielką grupą dzieci uczestniczy w zajęciach w prywatnej szkole prowadzonej przez pewną nauczycielkę w jej mieszkaniu. Dwa lata później rozpoczęła naukę w prywatnym progimnazjum Wacława Maciejewskiego w Łodzi [1].

W 1908 roku wyemigrowała wraz z rodzicami do Brazylii. Przez dwa lata uczęszczała do szkoły średniej w Rio de Janerio. W szkole tej pobierała naukę w języku niemieckim i portugalskim. W 1910 roku rodzina powróciła do Polski.

Stanisława Leszczyńska ponownie wraca do progimnazjum [2]. Po ukończeniu progimnazjum, w latach 1914–1916 pracowała w Komitecie Niesienia Pomocy Biednym, pomagała również w wychowaniu młodszych braci, Henryka i Jana [3].

W 1916 roku wyszła za mąż, za Bronisława Leszczyńskiego, z zawodu drukarza. W 1920 roku rozpoczęła naukę w Państwowej Szkole Położniczej w Warszawie przy ulicy Karowej.

Ukończyła szkołę w 1922 roku. Wkrótce rozpoczęła pracę w zawodzie położnej, w którym przepracowała 38 lat. Lubiała i ceniła swój zawód. Była

osobą pogodną, uśmiechniętą, mimo nawału pracy domowej i zawodowej, była cierpliwa, nie narzekała na swój los. Lubiana przez swoje pacjentki, ceniona przez sąsiadów i znajomych, zawsze gotowa do pomocy. Matka czwórki dzieci: trzech synów i córki, których wychowała i wykształciła.

W okresie małżeństwa Stanisława Leszczyńska mieszka, w dzielnicy żydowskiej, w Łodzi-Bałutach przy ulicy Żurawiej 7. Podczas okupacji w miejscu tym powstaje getto, a rodzina Leszczyńskich zostaje przeniesiona do drewnianego domku przy ulicy Wspólnej 3. Przez cały okres okupacji niemieckiej Stanisława Leszczyńska wraz z całą swoją rodziną pomaga ludziom uniknąć niewoli, organizuje odzież, żywność, mąż Bronisław jako drukarz organizuje fałszywe dokumenty. W dalszym ciągu pracuje jako położna. Odbierała porody nawet u Niemek, które wystarały się u władz okupacyjnych o specjalne zezwolenie, które uprawniało Stanisławę Leszczyńską do niesienia pomocy obywatelkom niemieckim.

Momentem przełomowym w życiu Stanisławy Leszczyńskiej oraz całej jej rodziny jest 18 lutego 1943 roku, kiedy to za pomoc okazywaną innym, a tym samym działanie przeciwko władzom okupacyjnym zostaje aresztowana wraz z dwoma synami i córką. Mężowi oraz jednemu z synów udaje się uniknąć aresztowania.

Stanisławę Leszczyńską wraz z córką Sylwią, studentką drugiego roku medycyny zabrano do więzienia przy ulicy Gdańskiej. Następnie trafiły do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu-Brzezince. Synowie Henryk i Stanisław trafili do obozu Mauthausen-Gusen.

W obozie Stanisława Leszczyńska zostaje więźniem numer 41335. O jej dalszych losach dowiadujemy się z relacji byłych więźniarek, sama w swoim życiorysie bardzo powściągliwie opisuje swoją sytuację w Brzezince, przede wszystkim pisze o tragicznym losie położnic i niemowląt.

Wśród licznych transportów kobiet, które przybywały do obozu nie brakowało kobiet ciężarnych. Funkcję położnej obozowej Stanisława Leszczyńska pełniła kolejno w trzech blokach, nie różniących się ani budową, ani urządzeniem, poza jednym szczegółem, jeden z nich posiadał posadzkę ułożoną z cegieł. Baraki zbudowane były z desek o długości około 40 metrów z licznymi szczelinami wygryzionymi przez szczury [4]. Wewnątrz baraku po obu stronach wznosiły się trzypiętrowe koje. W każdej z nich na brudnym sienniku, pełnym śladów zaschniętej krwi i kału, zmieścić się musiały trzy lub cztery chore kobiety. Pośrodku wzdłuż baraku ciągnął się piec w kształcie kanału, zbudowany z cegieł z paleniskami na końcach. Służył on jako jedyne miejsce odbywania porodów. Trzydzieści koi wydzielonych najbliższej pieca stanowiło tzw. sztubę położniczą.

W bloku panowały ogólnie: zakażenia, smród, roiło się od robactwa i szcurów, które odgryzały nosy, uszy, palce, pięty opadłym z sił i ciężko chorym kobietom. W miarę możliwości Stanisława Leszczyńska próbowała sama lub za pomocą kilku dyżurnych odpędzać szczury od chorych [5].

Więźniarki charakteryzują Stanisławę Leszczyńską jako współtowarzyszkę niedoli, spokojną, pracowitą, życzliwą, pogodną, uśmiechniętą, bardzo skromną i głęboko wierzącą. Wykazywała niezwykłą pomysłowość w wyszukiwaniu i organizowaniu środków potrzebnych położnicom i niemowlętom. Organizowała wszystko: od rzeczy podstawowych, jak woda do obmycia położnicy i niemowlęcia, wodę do picia, szmaty na pieluchy, bandaże, watę, koce, ligninę itp. [2]

Umiała odbierać porody w najtrudniejszych warunkach. Była doświadczonym fachowcem. Dzieci przez nią odbierane rodziły się żywe i tłuściutkie na przekór celowi obozu. Nie było powikłań, gorączki połogowej, zakażeń, pękniętych kroczy. Rodzące były niedożywione, ponieważ swoje skromne racje żywnościowe zamieniały na prześcieradła, z których robiły pieluszki dla swoich dzieci [4].

Stanisława Leszczyńska pracowała bez wytchnienia w dzień i noc, odbierając setki porodów, których dokładna liczba nie jest obecnie możliwa do ustalenia. W swoim „Raporcie położnej z Oświęcimia” pisze o ponad trzech tysiącach odebranych porodów w ciągu dwu lat pobytu w Oświęcimiu. Dokładnie ilu dzieciom pomogła się urodzić nie wiadomo. Szkoda, że z tym pytaniem nie zwrócono się bezpośrednio do niej samej kiedy jeszcze żyła.

Do maja 1943 roku wszystkie dzieci urodzone w obozie oświęcimskim były mordowane w okrutny sposób: topiono je w beczulce z wodą. Dzieci żydowskie były w najgorszym położeniu nie wolno było im odciąć pępowiny, a zaraz po urodzeniu były mordowane. Stanisława Leszczyńska, ta wątła, słaba kobieta, drobna blondynka o niebieskich oczach, przeciwstawiła się rozkazom ss-manów, którzy grozili jej za to śmiercią. Każdego dnia ratowała nowo narodzone dzieci. Doskonale знаła język niemiecki, starała się trafić do sumienia oprawców. Na ich zarzuty odpowiadała: „Nie, nigdy. Nie wolno zabijać dzieci”.

Sytuacja niektórych dzieci po maju 1943 roku uległa zmianie. Dzieci niebieskookie i jasnowłose odbierano matkom i wysyłano do Nakła, w celu wynarodowienia [4]. Transporty dzieci żegnał przejmujący skowyt matek. Stanisława Leszczyńska i w takiej sytuacji potrafiła wlać w serca matek promień nadziei. Organizowała tatuowanie dzieci w taki sposób,

aby nie zwracał uwagi ss-manów. W ten sposób umożliwiła nie jednej matce odnalezienie swego dziecka w przyszłości.

Dzieci żydowskie były nadal topione z bezwzględną surowością. Nie było mowy o ukryciu dziecka żydowskiego wśród innych dzieci. Na bloku pracowały siostry Klara i Phani, które na przemian bacznie śledziły Żydówki w czasie porodu. Narodzone dziecko tatuowano numerem matki, topiono w beczułce, wyrzucano przed blok, gdzie małymi zwłokami zajmowały się szczury. Siostra Klara, z zawodu położna, była pozbawiona prawa wykonywania zawodu za dzieciobójstwo. Siostra Phani była niemiecką ulicznicą.

Z relacji osób, które przeżyły obóz i zbierały dane na temat historii dzieci urodzonych w Oświęcimiu wynika, że obóz przeżyło zaledwie trzydziścioro. Kilkaset wywieziono do Nakła celem wynarodowienia, ponad 1500 zostało utopionych, około 1000 zmarło z zimna i głodu.

Nowo narodzone dzieci nie otrzymywały racji żywnościowych, a matkom zwłaszcza żydowskim nie było wolno ich karmić, umierały one powolną śmiercią głodową. Skóra ich stawała się cienka, pergaminowa, przeświecały przez nią ścięgna, naczynia krwionośne i kości. Najdłużej przy życiu utrzymywały się dzieci radzieckie. Ilość kobiet ciężarnych ze Związku Radzieckiego wynosiła 50 % wszystkich kobiet rodzących.

Wśród tego bólu, zgiełku, chorób, szczurów, wszy, ona Stanisława Leszczyńska zwana przez swoje współtowarzyszki niedoli „Mamą”, w najtrudniejszych sytuacjach starała się podnieść na duchu swoje pacjentki. W tym celu często swoim ciepłym delikatnym głosem intonowała jakąś modlitwę, czy pieśń, którą podchwytywały inne kobiety, dzięki czemu następowało odprężenie, w ten sposób uzyskiwała pożądany efekt, swoisty klimat tak potrzebny w ustawicznym napięciu i lęku. Z rozrzwieniem współtowarzyszki niedoli wspominają organizowane przez nią uroczystości z okazji Świąt Bożego Narodzenia, czy Wielkiej Nocy, kiedy dzieli się cudem zdobytym przez „Mamę” chlebem, jajkiem.

Swoją postawą, zachowaniem wzbudzała podziw nie tylko u więźniarek, ale u samych oprawców. Sam lekarz obozowy Mengele przejawiał szacunek i respekt wobec Jej miłości macierzyńskiej i postawy moralnej. Przykładem może być sytuacja, w której Stanisława Leszczyńska przychodzi do niego, ponieważ chce iść do komory gazowej wraz ze skazaną Córką Mengele odpowiada, że bardziej potrzebna jest żywa.

Przy swoich pacjentkach pozostaje do końca, pomimo rozkazu wymarszu. Ostatni poród odebrała w płonącym baraku, jak zwykle przyjęła dziecko, odcięła pępowinę, owinęła je, następnie ochrzciła. Robiła tak za-

wsze, bez względu na wyznanie. Miało to miejsce 25 stycznia 1945 roku. 26 stycznia 1945 roku do obozu weszło wojsko. Barak, w którym pracowała do końca opieką objął Czerwony Krzyż.

Po opuszczeniu Oświęcimia udała się wraz z córką do Krakowa, gdzie przebywała w Domu Opieki nad więźniami przez okres dwóch tygodni. Następnie powróciła do Łodzi [4]. Powróciła do pracy zawodowej w położnictwie. W roku 1958 ze względu na pogarszający się stan zdrowia oraz wiek, przeszła na rentę.

Sporadycznie jeszcze przez pewien czas była wzywana do porodów. W swojej pracy zawodowej jako położna nie miała ani jednego przypadku śmierci noworodka oraz żadnego przypadku śmierci matki [6].

Po raz pierwszy o swoich przeżyciach oświęcimskich Stanisława Leszczyńska powiedziała w „Raporcie położnej z Oświęcimia”, który wygłosiła na uroczystości związanej z 35-leciem jej pracy zawodowej i 25-leciem pracy zawodowej innych położnych łódzkich.

Po raz pierwszy w druku „Raport położnej z Oświęcimia” ukazał się w „Przeglądzie Lekarskim” numer 1, w roku 1965, strona 104–106. Doczekał się również ekranizacji. Na jego podstawie powstało „Oratorium Oświęcimskie”, w reżyserii Aliny Nowak. Zostało ono wystawione w Teatrze Żydowskim. Słowa Stanisławy Leszczyńskiej położnej z Oświęcimia recytowała Maja Komorowska.

Stanisława Leszczyńska zmarła 11 marca 1974 roku. Śmierć nie zaskoczyła jej. Przyjęła ją z akceptacją, wiedziała, że ma umrzeć i to w długotrwałych bólach. Była do końca pogodna i pogodzona z koniecznością zakończenia swej roli na ziemi. Pogrzeb, który odbył się na cmentarzu św. Rocha w Łodzi był manifestacją tej skromnej w zachowaniu i ubiorze, wątłej fizycznie, a tak symbolicznie wielkiej, oddanej całkowicie służbie Bogu i Polsce [6].

Prochy Stanisławy Leszczyńskiej spoczywają obecnie w krypcie łódzkiego kościoła Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny, przy placu Kościelnym. Jest to ten sam Kościół, w którym została ochrzczona i wzięła ślub.

Piśmiennictwo

1. Leszczyńska S.: „Nie, nigdy! Nie wolno zabijać dzieci”. Wydawnictwo Sióstr Loretanek Warszawa 1991.
2. Kłodziński S.: „Stanisława Leszczyńska”. „Przegląd Lekarski”, 1975, 32, nr 1, s. 206–208.

3. Bejze B.: „Macierzyńska miłość życia. Teksty o Stanisławie Leszczyńskiej”. Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1988.
4. Leszczyńska S.: „Raport położnej z Oświęcimia”. „Przegląd Lekarski”, 1965, nr 1, s. 104–106.
5. Ślisz-Oyrzyńska M.: „Relacja z bloku nr 17 obozu kobiecego w Brzezince”. „Przegląd Lekarski”, 1978, 35, nr 1, s. 160–166.
6. Relacja ustna z dnia 04.05.2000 r. Bronisława Leszczyńskiego o matce Stanisławie Leszczyńskiej.

Część III
Wielokulturowe postrzeganie śmierci

**Antyгона Chadzopulu, Eleni Theodosopoulou,
Elżbieta Krajewska-Kułak, Irena Wrońska**

W cieniu hadesu

„Prawdą jest, iż żeby zrozumieć jakieś społeczeństwo, należy powrócić do jego początków; prawdą jest również i to, iż chcąc zrozumieć te początki trzeba poznawać je bardziej integralnie niż nasi poprzednicy”.

Al. N. Oikonomides

Ziemia, która nie pozostajesz być częścią naszego Czasu
Ucząc się nowej nadziei, idziemy poprzez ten czas ku ziemi nowej.
I wznosimy Ciebie Ziemia dawna, jak owoc miłości pokoleń, która
przerosła nienawiść.

J. P. II

Wstęp

Kościotrup zaopatrzony w kosę i klepsydrę, szczerzący z nagiej czaszki resztki zębów, stosunkowo od niedawna uosabia śmierć.



Pamiętaj o śmierci (Jens Rusch)

W starożytności w ogóle nie znano wyglądu śmierci. Władali nią bogowie podziemi, ciemna piękność Persefona i jej ponury mąż Hades. Hades, po gr. Aides *niewidziany*, ma dwa znaczenia. Jedno oznacza państwo zmarłych, drugie boga, władcę podziemnego świata.

W Hadesie dusza błądziła, jak „majak senny”, jak nie dający się złowić cień. Umarli w królestwie Hadesu byli tylko godnymi pożałowania cieniami. Lamentującymi, płaczącymi jak nieprzytomni, jak widma ludzi udręczonych tęsknotą za radościami i rozkoszami, których zostali pozbawieni. Dusza w Hadesie była do tego stopnia bezsilna, że aby dojść do siebie musiała pić brudną krew, którą przynosili jej żywi swoimi ofiarami. Ale i tak jej stan polepszał się tylko do czasu, a życie i świadomość, które otrzymywała były niepелne.



Waza grecka – 530-525 r. p. Chr.

W Hadesie – Merakles przekazuje Cerbera Eurysteuszowi

Dusze pływały w czarnych wodach Acheronu i Styksu. Służyły im milczący przewoźnik Charon i mściwe córki Persefony – Ernie.

Bogowie natomiast rozdawali ludziom po śmierci nagrody i kary, przy czym nagradzali tylko największych bohaterów, a karali jedynie najbardziej grzesznych (np. Syzyf).

Życie pozagrobowe traktowano jako zło konieczne i nie chciano się nim zajmować [9]. Do prekursorów takiego stanowiska należał niewątpliwie Epikur ze swym sofizmatem: *Śmierć, najstraszniejsze z nieszczęść, wcale*

nas nie dotyczy, bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma. Wobec tego śmierć nie ma żadnego związku z żywymi, ani umarłymi; tamtych nie dotyczy, a ci już nie istnieją [7].

Dla ceniących uciechy życia Greków los zmarłych błakających się bezczynnie w krainie cieni musiał być godny pożałowania. Najtrafniej ten stosunek ilustrują pełne goryczy i żalu słowa wypowiedziane w podziemiu przez ducha Achillesa do Odysa: *Wolałbym żywy, jako wyrobnik pracować w polu, służbę u biednego rolnika zdobywać chleb swój powszedni, niż tutaj nad bezdusznymi zmarłymi królować, sam zmarły [8, 9].*

Żałoba we wszystkich swych odmianach kulturowych i historycznych jawi się jako wyraz cierpienia i staje się rytualnym oraz tradycyjnym systemem, dzięki któremu człowiek i społeczność mogą przezwyciężyć ból utraty i odzyskać zachwiane poczucie bezpieczeństwa egzystencji [1].

Mistycyzm śmierci nie dawał człowiekowi spokojnie żyć od samego początku powstania Homo Sapiens. Zatem żałoba nie tyle odzwierciedla frustrację wynikającą ze straty, ile staje się systemem rytuałów, dzięki którym triumfuje się nad śmiercią i odzyskuje spokój oraz radość życia.

We współczesnej Grecji i nie tylko wiele obrzędów starożytnych przetrwało po dziś dzień.

Poniżej przedstawione zostaną przetrwałe, wybrane mity i myśli filozoficzne starożytnych, dotyczące misterium śmierci i mające związek ze współczesnością.

Wyobrażenia mityczne – Hades

W czasach homeryckich teoretyzowano, że dusza wydostająca się z ust lub rany w godzinie śmierci dostaje się do Hadesu. Wówczas ciało, spełniając rolę „ego” człowieka umiera, a dusza oddziela się od ciała i idzie do Hadesu. Błądzi tam jako bezcielesne widmo, jako bezcielesny obraz zachowujący jednak kształt ciała. Dusza taka zachowuje rozum, ale siła duchowa jest nieobecna.

Pałacu Hadesa strzegł pies Cerber o potwornym cielsku i trzech pyskach. Był on dość łagodny dla wchodzących, ale złowrogi dla duszy, która próbowała wrócić na ziemię.

Cerber chwycił duszę jednym z trzech pysków i włókł ją w najciemniejsze czeluści Tartaru. Tam spotykała się z przewoźnikiem Charonem, ponieważ żeby dostać się do krainy zmarłych musiała przeprowić



Hades (<http://www.theoi.com/Pantheon.html>)

się przez rzekę Styks. Charon za swoją pracę brał od każdej duszy jednego obola, pieniążka, bez którego nie było wstępu do krainy zmarłych. W związku z powyższym Grecy zawsze wkładali w usta zmarłym zapłatę dla Charona.

Potem dusza wypijała wodę z rzeki zapomnienia Lethe, by zatrzeć nie tylko pamięć, ale także wszelkie pozostałości ludzkiego istnienia. Sędziowie Minos, Ajakos i Radamantys ważyli jej dobre i złe uczynki oraz wydawali wyrok. Dopiero wówczas cień zmarłego odchodził na miejsce przeznaczenia [6, 8].

Dusza zmarłego wędrowała więc przez chłodną i ciemną przestrzeń Tartaru, do Hadesa, władcy tych bezkresnych obszarów. Hades siedział na tronie, obok swej żony Persefony, w przestronnej sali, z berłem w dłoni. Trzy jego siostry Ernie były uosobieniem „wyrzutów sumienia” wtrąconych tam złoczyńców. Ernie w otoczeniu jadowitych węzów biegały po Tartarze i pilnowały, by każdy sumiennie odbywał nałożoną na niego karę. Pomagały im straszliwe Kery, córki Nocy, boginie gwałtownej śmierci. Dusze ludzi sprawiedliwych odchodziły do Eleuzjum, kra-

iny wiecznej szczęśliwości. Tam przechadzały się w półmroku po Polach Eleuzejskich pokrytych kwiatami asfodelu, roślin z gatunku lilii o żółtych lub fioletowych kwiatach i jadalnych podziemnych bulwach [6].

Prawo ateńskie przewidywało karę śmierci za ujawnienie duchowego sekretu z Eleuzis [6, 8, 10].

Próby poszukiwania nieśmiertelności

Poszukiwanie nieśmiertelności zaczynało się od zarznięcia prosięcia. Należało przynieść własnego wieprza i wraz z nim wykąpać się w morzu. Potem zwierzę oddawało życie zamiast właściciela, na którego wylewano całą utoczoną krew.

Jesienią, 14 dnia miesiąca Boedromiona, młodzieńcy wyruszali do Eleuzis i eskortowali stamtąd do Aten święte przedmioty, które umieszczali w świątyni znajdującej się powyżej Agory. Na samej Agorze, Hierophanta, najwyższy Kapłan bogini Demeter obwieszczał rozpoczęcie misteriów *Kto nie ma czystych rąk lub mówi niezrozumiałym językiem, niech się trzyma z daleka*, co miało odstraszać morderców i barbarzyńców.

16 dnia miesiąca Boedromiona wszyscy inicjowali mistai, udawali się wspólnie do zatoki Faleron, aby dostąpić oczyszczenia przez zanurzenie w morskiej wodzie.

Kolejne dwa dni najprawdopodobniej pościli. Natomiast 19 dnia, świętą drogą, biegnącą spod skały Akropolis do Eleuzis, wyruszała wielka procesja, która eskortowała do Eleuzis święte przedmioty, które kapłanki niosły w szczelnie zamkniętych kistki, mistycznych koszach. Uczestnicy mieli do pokonania około dwudziestu pięciu kilometrów. Monotonne skandowanie imienia „Jakh, o Jakh”! wyznaczało krok marszu i wprowadzało maszerujących w stan ekstazy. Według niektórych podań Jakhos to syn Demeter [2].

Wielu badaczy zakłada, że istotą misteriów było ukazanie dramatu Demeter i jej córki Persefony. Rytm pochodu podkreślano dodatkowo machając wiązkami gałęzi zwanymi bakhi. Misteria przypominały obrzędy dionizyjskie, także swym demokratycznym charakterem.

Początki historii Eleuzis sięgają VIII w. p.n.e., natomiast zupełne zamknięcie tego miejsca nastąpiło w 400 roku n.e.

Przez ponad tysiąc lat sanktuarium to przyciągało rzesze tych, którzy pragnęli zostać wtajemniczeni, ludzi z całego świata greckiego, mówiących językiem greckim.

Lokalizacje miejsca kultu w Eleuzis tłumaczy jeden z mitów. Właśnie tutaj zrozpaczona Demeter, która po całej ziemi szukała zaginionej córki, znalazła życzliwe przyjęcie i współczucie. W nagrodę bogini wprowadziła mieszkańców Eleuzis w tajemnice swego kultu.

Kiedy Hades uprowadził Persefonę do swego mrocznego królestwa, matka bogini zboża, żniw i urodzaju szukała córki wędrując po całym świecie, a jej łzy sprawiały, że ziemia stawała się jałowa. W końcu Zeus nakazał swemu bratu Hadesowi oddać dziecko matce. Niestety, Hades nie uczynił tego. Posłużył się podstępem, dzięki któremu Persefona nie opuściła Krainy Ciemności na zawsze. Zimą musiała wracać do męża, natomiast wiosną mogła spędzać na powierzchni ziemi, ze swą matką. Kiedy Persefona wracała w objęcia Demeter, bogini przywracała ziemi utraconą płodność produktów rolnych. Misją nauczania ludzkości uprawy roli obarczyła zaś eleuzyjskiego księcia Triptolemosa [9].

Dobrze znane są zewnętrzne egzoteryczne aspekty misteriiów: poszczególne etapy przygotowań w Atenach, specjalne napoje, sam przebieg ceremonialnego pochodu, symboliczne przedmioty, czy hierarchia kapłanów. Natomiast nie wiadomo, co dokładnie działo się podczas Wielkich Misteriiów, czyli całonocnych ceremonii wtajemniczenia. Wszystko, co odbywało się podczas procesji spod skały Akropolis do Eleuzis, pozostało ukryte na wieki [4].

Arystoteles twierdził, że w misteriach najważniejsze nie jest to, czego można się dowiedzieć, ale samo doświadczenie, stan umysłu. Filozofowie zaczęli doszukiwać się prawdy w prawach przyrody. Obserwacja pór roku w kontekście prac rolniczych doprowadziła do narzucenia światu „koła czasu”, który wyznawcy reinkarnacji pojmują jako nieskończone powtarzanie tego samego rytmu: życia, śmierci i ponownego urodzenia. To odnawianie się przyrody doprowadziło ich do uznania pierwiastka nieśmiertelnego w ludziach. Zaczęto szukać w nim symbolu, aż w końcu wytworzono dogmaty, które dotyczyły przejścia od życia do śmierci.

Kiedy filozofowie doszli do wiary w nieśmiertelność duszy, pogląd ten szybko się rozpowszechnił. Wiara w życie pośmiertne zrodziła obrzędy tajemne i symboliczne. Tak narodziły się wtajemniczenia w Eleuzis.

Istotą wtajemniczeń eleuzyjskich było przedstawienie metempsychozy, czyli przechodzenia duszy w różne ciała zwierząt i ludzi. W Eleuzis byli wtajemniczani bramini, kapłani hinduscy. Cechą wspólną wtajemniczeń eleuzyjskich i w buddyzmie tybetańskim jest egipska „Księga



Platon i Arystoteles, fragment fresku Rafaela

umarłych”. Można porównać misteria eleuzyńskie z ceremoniami tybe-
tańskimi, będącymi metodą tajemną do wyzwolenia się z kręgu usta-
wicznych wcieleń. Radykalniejsza zmiana sposobu życia wiązała się już
z przystąpieniem do sekt orfickich [10].

Orfizm i filozofowie

Orfizm był to trend religijny, którego początki wiązała tradycja staro-
żytna z Orfeuszem, jako pierwszym poetą [10]. Po śmierci żony Eurydyka,
Orfeusz zszedł do krainy zmarłych grając na cytrze. Grał tak pięknie, że
wzruszył nawet Ernie, które zaczęły płakać i dały potępionym trochę
wypocząć. Hades i Persefona zgodzili się oddać Orfeuszowi żonę pod
jednym warunkiem. Kazali, by muzyk szedł przodem. Eurydykę prowa-
dził zaś z tyłu Hermes. Orfeusz miał nie oglądać się za siebie, aż nie
wyjdą z Hadesu. Ten zatrzymał się jednak i już na progu świata żywych
obejrzał się, aby spojrzeć na żonę. W ten sposób złamał zakaz Persefony,
a cały jego trud odzyskania jej poszedł na marne.



470 r. p. Chr. – Orfeusz

Orfeusz zyskał sobie szczególne miejsce w greckiej mitologii, religii i filozofii. Był w końcu jedynym poetą, który zszedł do Hadesu i wrócił żywy.

Platon w „Fedonie” napisał, że męki grzeszników w Hadesie wprowadził Orfeusz pod wpływem pogrzebowych obyczajów egipskich. Platon nauki głoszone przez kapłanów zmodyfikował i następnie je opisał, a w „Fajdrosie” przedstawił teorie reinkarnacji.

W reinkarnacje wierzył Budda (około 560–480 przed Chrystusem) oraz Pitagoras (582–493 przed Chrystusem).

Pitagoras był założycielem słynnej akademii w Krotonie, w której jedną czwartą studentów i wykładowców stanowiły kobiety. W tym samym Krotonie, a potem w Metapontianie i Tarnecie był także organizatorem sekt orfickich, których członków obowiązywało bezwzględne posłuszeństwo dla mistrza i jego nauczania.

Od końca VI w p.n.e. misteria były częścią oficjalnej religii stwarzając szczególną okazję do kontaktów z bogami. Pozwalały one zaznać szczęśliwości, oswajając ich ze śmiercią. Zapewniały odkrycie tego, co czeka po śmierci. Tajemnicy, która zastanawia, zatrzymuje i fascynuje każdego człowieka.

Współczesne ruiny Eleuzis znajdują się na zachodnich obrzeżach Aten. Na terenie najnowszych wykopalisk Agory, w odległości jednej mili

od centrum, jest nie mniej niż dziesięć dobrze ukrytych miejsc, w których przetrwały celebrowane do dziś, „pod przykrywką” świąt chrześcijańskich, kultury pogańskie.

Persefona czy Demeter

Agia Kori (święta panna, córka), to kościół położony na stoku góry Olimp, stanowiącej więź między lokalną społecznością, miasteczkiem Dion i jej dawną przeszłością. Przed wiekami było to miejsce święte, gdyż wznosił się tam tron bogów i stąd biło źródło Hellenizmu.

Agia Kori była dziewczyną, która uciekła chroniąc się przed Turkami, a zwłaszcza przed dowódcą armii tureckiej, który chciał ją pojąć, w czasach niewoli ottomanskiej, na górze Olimp. Dokładnie nie wiadomo, czy Agia Kori zginęła rzucając się ze skały, czy też zapadła się, jak Persefona, pod ziemię.

Mit o Demeter i Persefonie trwa nadal w pamięci miejscowej ludności, będąc elementem folkloru. Kościółek Agia Kori jest miejscem celebrowania dwóch świąt z udziałem chrześcijan. Jedno z nich przypada na 1 maja, drugie, w uroczystości obchodzonej przez ortodoksyjnych Greków, dniu Ducha Świętego. Geneza tego święta nie jest jednak znana. Rokrocznie przybywa tam kilkanaście tysięcy ludzi z wiarą, że dostąpi łaski uzdrowienia. Wokół świątyni rozwieszają na gałęziach drzew wota w postaci różnych części ubrania. W czasach antycznych ludzie wota nieśli też do świątyni, by ofiarować je bogom i bóstwom. Agia Kori wykazuje wiele cech, które potwierdzają, że świątynia ta jest wzniesiona z budulca wcześniejszych świątyni pogańskich. O związkach tych świadczą położenie, wystrój zewnętrzny kościoła, jego nazwa, a także nawarstwione wokół świętej mity oraz dziwne formy kulturowanych rytuałów. Prowadząca badania Elena Vlahu Scott sformułowała fascynujące pytania, które łączą się z wymienionymi już wyżej boginiami antycznymi. Oto one: Dlaczego w świątyni bije naturalne źródło? Czy Agia Kori była świętą religii ortodoksyjnej? Czy też po prostu przetrwała stulecia pod postacią Persefony i Demeter? Z jakich powodów znalazł się tam marmurowy relief w stylu antycznym, tak uderzająco różny od tradycyjnego malarstwa ortodoksyjnego, przedstawiający postać naturalnych rozmiarów dziewczyny niosącej kłosa pszenicy? A przecież w wieńcu z kłosów zboża jawiła się starożytnym Demeter bogini zasiewów. Dlaczego formy odprawianych tam rytuałów modlitewnych są tak dziwne? [11]. Te i wiele innych pytań na razie nie mają odpowiedzi.

Lęk przed śmiercią

Mykeńczycy wpadali w przerażenie i drżeli przed tajemnicą śmierci, choć wierzyli, że człowiek po śmierci nadal żyje, posiadając dobroczynną moc, o nadnaturalnych właściwościach, opiekuńczą wobec ojczyzny. Wiara ta znajdowała wyraz w procesjach pogrzebowych i przyniesieniu ofiar, w osobliwościach kultur, w przedśmiertnych i pośmiertnych rytuałach, w ogromie grobowców zarówno indywidualnych, jak i rodzinnych [1].

Reakcje na wiadomość o śmierci były burzliwe w przeżycia, zwłaszcza przez kobiety [3]. Kobiety wierzyły, że włosy i krew były nośnikami duszy. To wierzenie pozwoliło wyjaśnić dlaczego, kiedy lamentowały nad utratą najbliższego, ciągnęły się za włosy i kaleczyły twarz wpijając się weń paznokciami, rozdzierały na sobie ubranie, bijąc się równocześnie w klatkę piersiową. Mężczyźni ciągnęli się za obrosłe brody i tarzali się po ziemi. Jeszcze dzisiaj w okolicy Manis (na półwyspie peloponeskim) utrzymuje się ta tradycja. Kiedy ktoś umrze, wówczas zarówno bliscy, jak i okoliczni ludzie podchodząc do domu zmarłego wywołują go po imieniu, po to by dusza mogła łatwiej wydobyć się z ciała. Drugiego dnia natomiast rozpoczyna się lament kobiet i mężczyzn (zwyczaj ten zachował się z czasów Homera i jest opisany w „Iliadzie”) [3].

Innym przykładem spotykanym na Krecie, mającym korzenie tradycji z czasów klasycznej Grecji, jest obcinanie włosów osobie zmarłej, przez bardzo bliskie osoby (mąż, żona, siostra, brat), włosów które są symbolem siły. Tymi włosami okrywa się ciało zmarłego. Po śmierci przez cały rok rodzina kreteńska pogrążona jest w żałobie. Nosi czarny ubiór, a mężczyźni nie gołą brody. Nie świętują Bożego Narodzenia. Przyrządzają tradycyjne potrawy, a w święta wielkanocne nie barwią jajek na kolor czerwony [3]. Podkreślić należy, że kolor czerwony jest uważany za kolor życia i krwi. Odwieczny zwyczaj grecki zabraniał używania innych kolorów do zdobienia jajek i ksiądz mógł wyprosić z kościoła kogoś, kto przyniósł w święta wielkanocne inaczej pomalowane jajka.

Nabożeństwo żałobne odprawia się najpierw trzeciego dnia po śmierci, a potem kolejno: dziewiątego, czternastego oraz po sześciu miesiącach, dziewięciu miesiącach i po roku.

Na cześć zmarłego przygotowuje się mieszankę z gotowanej pszenicy, rozmaitych orzeszków, ziaren, rodzynek i cukru [13]. Ugotowana pszenica, jeszcze z czasów starożytnej Grecji, była pomostem, więzią między

zmarłymi, a żywymi. Miała wybaczać grzechy zmarłego. Symbolizowała urodzaj, odrodzenie i płodność [3].

Grzebanie zwłok

W przypadku, gdy ktoś zmarł na ulicy, niewolnicy państwowi zabierali jego zwłoki. Arystoteles twierdził, że *śmierć jest rozłączeniem duszy i ciała, które po śmierci zgnije i ulegnie zniszczeniu, jako że dusza jest tym, co utrzymuje ciało w całości*.

Nie można pominąć faktu, że bogowie dla Greków z czasów Sofoklesa byli stróżami praw, apoteozą sumienia. Obowiązek pogrzebu spoczywał przede wszystkim na najbliższych: rodzinie, towarzyszach broni.

Do tej roli była dobrze przygotowana Antygona. Zahartowana w ofiarnej lojalności. Towarzyszyła przeciw oślepiionemu ojcu na wygnaniu. Potem dźwigała do końca na dziewczęcych ramionach ponury los rodu.

Uroczystości pogrzebowe zmieniały się przez wieki. Mimo, że w okresie mykeńskim zwłoki grzebano, to Ateńczycy w którymś momencie zaczęli zwłoki kremować. W epoce brązu kremowano zwłoki dorosłych, a umarłe dzieci chowano. W dzisiejszych czasach kościół ortodoksyjny zabrania kremacji zwłok.

Sarkofag, *sarkofagos* z greckiego *sarka* = *ciało*, *fago* = *jeść*, *pożerać*, to zdobiona trumna w kształcie skrzyni. Nazwa zlatynizowana i rozpropagowana przez Pliniusza Starego [8]. Stosuje się ją dzisiaj przede wszystkim do określenia kamiennych trumien.

Pogrzeby współcześnie są celebrowane z dostojnością i dbałością o najdrobniejszy szczegół. Często wystawia się trumnę ze zmarłym w domu. Przez całą noc odbywa się czuwanie przy zmarłym. Po uroczystości pogrzebowej wszystkich jej uczestników podejmuje się tradycyjnie kawą i brandy, po czym przygotowuje się jeszcze tzw. stypę. Nabożeństwo żałobne odprawiane jest czterdziestego dnia po śmierci danej osoby i wówczas na cześć zmarłego przygotowuje się mieszankę z gotowanej pszenicy. Grecy udają się na swój wieczny spoczynek do marmurowych grobów zwieńczonych krzyżem [13]. W trzy lub do pięciu lat po pogrzebie odkopuje się kości osoby zmarłej i umieszcza się je w zwykłych skrzynkach o małym wymiarze, zwykle zbitych przez najbliższego stolarza. Dodatkowo należy przynieść w dniu ekshumacji dwie świece miodowe, lniany woreczek na kości, olej z oliwek i czerwone wino. Maka-

bryczność tego widoku jest nie do opisania. Kości składa się w prywatnych „mauzoleach”, wmurowywane w ścianie na cmentarzu lub za dodatkową wysoką opłatą, ponownie buduje się marmurowy grób. Można też przewieźć je na cmentarz na wieś, skąd zmarły pochodził.

Cmentarze pełne są odwiedzających codziennie o każdej porze dnia, a duchowni gotowi spełnić każdą prośbę o odśpiewanie kilkuminutowego nabożeństwa żałobnego nad grobem. Nocą blask oliwnych lamp prześwitujący pośród cyprysów nadaje greckim cmentarzom atmosferę raczej pogodną niż mroczną.

Większość kobiet będących w żałobie pozostaje w niej do końca swoich dni. Nie malują też włosów. Na wsi można je jeszcze zobaczyć w czarnych chustkach na głowie.

Na całym świecie ludzie tańczą, kiedy są szczęśliwi. Grecy natomiast podrywają się do tańca by zrzucić z siebie cały swój ból. Czynią to w rytmach uroczystych i rozdzierających serce. *Mam w sobie diabła* powiada Grek Zorba tytułowy bohater słynnej powieści Kazandzakisa, *ilekroć moje serce bliskie jest wybuchu, mówi mi: tańcz! I wtedy tańczę, a moje męki i ból znikają, jak ręką odjął* [13].

Hipokrates o śmierci

Według Hipokratesa (460–370): *leczyć chorobę może tylko lekarz, który ma zawsze kilka gotowych środków, a obserwowanie chorego to jest rozpamiętywanie o śmierci...* [15].



Hipokrates

O sekcjach zwłok ludzkich nie było mowy. Nie pozwalały na to religia, jak również zabobonny wstręt, jakim oznaczali się Grecy.

Wiele aforyzmów i opisów Hipokratesa, które przetrwały do dzisiaj świadczą o Jego bogatym medycznym doświadczeniu. Za przykład może posłużyć opinia o nieuleczalności chorób:

– To, czego nie wyleczysz lekarstwem, wyleczysz żelastwem, czego nie wyleczysz żelastwem, wyleczysz ogniem, a jeśli nie ogniem, za nieuleczalne uważać wypadnie [5].

lub sławna po dziś dzień *Facies Hipocratica*: wygląd twarzy zapowiadający zbliżającą się śmierć: *...nos kończasty, oczy wpadłe, skronie wklęsłe, uszy zimne, skurczone, a twarz, albo czarna, albo sina, albo ołowiasta [15].*

Albo:

– Gdy człowiek umiera jego ciało i wszystko z nim związane jest pochłaniane przez naturę: woda do wody, suche do suchego, ciepłe do ciepłego, zimne do zimnego [5].

W pojęciu stoików (3–2 w. p.Ch)

...jednolity, przez opatrność kierowany powszechny związek wszystkich rzeczy we wszechświecie, przejawia się między innymi tym, że rozmaite rzeczy i zjawiska, które bezpośrednio nie mają żadnego związku przyczynowego z sobą, są jednak powiązane tajemniczymi nićmi, które są dla zwykłego oka ukryte, związki te dają o sobie znać za pośrednictwem różnych znaków [15].

Mieszkańcy współczesnej Grecji, przesyleni specyficzną mieszanką tradycji i przesądów, wierzą w moc „złego oka”. Nie sposób nie spotkać w Grecji dziecka, które nie nosiłoby, jako amuletu przed oddziaływaniem złego, oka, charakterystycznego turkusowego paciorka z wymalowanym po środku okiem na niebieskim tle.

Z tej samej przyczyny na wsiach sznury takich koralików zdobią szyję koni i osłów, a w miastach wsteczne lusterka samochodów.

Goście przynoszą grekiemu domostwu szczęście, byleby podczas wizyty nie czesali włosów i nie obcinali paznokci... (nie dotyczy to tych którzy nocują). Innym obyczajem natury religijnej z czasów przedchrześcijańskich to składanie ofiar wotowych [13].

Ludzie chorzy, bądź zagrożeni utratą życia, ślubują złożyć w ofierze wybranym przez siebie świętym, symbol swojej wdzięczności, jako dar za ich wstawienictwo. Takie wota to między innymi ufundowana kapliczka, albo złożona w darze świeczka. Składane są także tama, czyli

cienkie plakietki ze srebra, na których miniaturze wytłoczono to, od czego ma zostać oddalone niebezpieczeństwo. Wytłacza się więc serca, nogi, dzieci, domy. Wszystkimi tymi wotami przyozdabia się rami ikon. Wota pochodzą z czasów starożytnych, kiedy istniały Asklepia.

Asklepios wskrzeszający zmarłych

Asklepios (w rzymskiej mitologii Eskulap) był synem Apollina i ziemskiej kobiety Koronis.

Kiedy Asklepios podrósł, ojciec oddał go na wychowanie do centaury Charona, który wprowadził go w tajniki sztuki lekarskiej, przekazując młodzieńcowi całą swoją wiedzę na temat uzdrawiania. Nauczył go między innymi leczyć chorych. Poznał także metodę wskrzeszania umarłych. Po ziemi szybko rozniosła się wiadomość, że ktoś odebrał śmierci



Asklepios, Muzeum Vaticani

władzę nad światem. Kiedy umarli zaczęli powracać do swych domów, bogowie uznali, że takie naruszanie porządku świata może być bardzo niebezpieczne. Wówczas Zeus zabił Asklepiosa piorunem i umieścił go na niebie. Po jego śmierci ludzie jednak dalej wierzyli, że Bóg żyje, tyle tylko, że pod inną postacią. Przypuszczano, że przybrał skórę węża i obdarzony ludzką mową oraz wielkim rozumem przebywa w głębi ziemi. Wąż stał się symbolem odradzającej się siły żywotnej.

Uzdrowiające świątynie

Asklepia, to miejsca ogromnej czci, ale również bardzo dobrze zorganizowany system leczniczy, powstały w IV wieku p.n.e. Były to gigantyczne budowle z kolumnami i ogromnym dziedzińcem, otoczone zielonymi lasami lub gajami, ze źródłem wody w samym środku.

W tym przepięknym miejscu wierzono, że Asklepios góruje swoimi umiejętnościami, nawet nad Zeusem, nie wspominając o innych bóstwach.

Dla wielu był nie tylko najważniejszym, jeśli nie jedynym bogiem. Do świątyń Asklepiosa ciągnęły liczne rzesze chorych. Wszyscy wierzyli, że zostaną wyleczeni, ale nie metodami zawodowych lekarzy, lecz mocą Asklepiosa, boga medycyny.

Jakże była możliwa wiara w leczenie teurgiczno-taumatologiczne, skoro wiedza lekarska była znana od 700 lat przed wojną Trojańską. Nie posługująca się egzorcyzmami, ale ziołami, plastrami, opatrywaniem ran, które przetrwały po dziś dzień. W chwili obecnej zwiedzając okolice, na każdym kroku wdychamy zapach sosen, oregano i tymianku. Świątyń poświęconych Asklepiosowi miała Grecja około 300.

Chorzy, którzy uzyskiwali utracone zdrowie, składali na ołtarzach przedmioty tzw. vota, wyobrażające chore części ciała: chorą nogę albo rękę, które wystawiano na widok publiczny [16].

Zakończenie

Minęło tyle wieków, a przetrwałe mity budzą wciąż wiele zainteresowania. Podobnie jak wspólne cechy i uderzające podobieństwa między starożytnymi bogami, które też nie wydają się przypadkowe.

	sumeryjski	egipski	grecki	Rzymski
Pan podziemia	NERGAL	ANUBIS	HADES	PLUTON

Wiele się już wydarzyło, ale czy nie zbliżamy się do jakiegoś punktu kulminacyjnego?

Wydaje się, że nasz gatunek czeka test, do którego kluczowe siły historii prowadziły nas przez tysiąclecia [10].

Piśmiennictwo

1. Vasiliadis N.: *Mistirion Thanatu. Theologon o „Sotir”* Athina 1990, 13, 36, 37, 43.
2. Mystakidu K.: *Olistiki Agogi Asthenon. O thrinos mesa apo tin politismiki klironomia. Monada Anakufisis Ponu kai Parigoritikis Agogis.* Athina 2005, 204, 205, 206.
3. Papadatu D.: *Epikinonia Prosopiku Igiias me ton Arrosto.* Ellinika Gramata, Athina 1995, 175.
4. Mulakis N.: *Arhiea Ellinika Rita III. Epikerotita.* Athina 1995, 5, 25.
5. Lypourlis D.: *Hippokratis. Zitros.* Tomo 1, 2, 3, Athina 2005, 5, 25, 175, 201, 367.
6. Kreyser K.: *Śladami mitów Starożytnej Grecji i Rzymu.* Ludowa Spół. Wyd., Warszawa 1992, 38, 39, 141.
7. Ogryzko-Wiewiorowska M.: *Rodzina w obliczu śmierci – Studium socjologiczne.* Uniwersytet M. C. Skłodowskiej, Lublin 1992, 6.
8. Tegopulos A.: *Egiklopedia T I, III, V. Domi* Athina 1975, 223, 59, 23, 195, 288.
9. Paszkiewicz M.: *Śladami Antygony.* Wyd. FIS, Lublin 1993, 22, 145,
10. Wright R.: *Nonzero. Logika ludzkiego Przeznaczenia. Na ścieżkach nauki.* Prószyński i S-ka, Warszawa, 2000, 15.
11. Vlahu Scott E.: *The Modern Greek Demeter and Persefone,* 95Mc Nair Jurnal.
12. Bulza S. T. [w:] *Zagrożenia Duchowe.* Stow. Str. Nar. Okreg Dolnos. Wałbrzych 2005, 5, 9.
13. Jan Pawel II. *Pamięć i tożsamość.*, Wyd., Znak, Kraków 2005, 80.
14. Fiada A.: *Przewodnik Ksenofoba.* Wyd. Adamantan, Warszawa 1997, 14, 48, 49, 50.
15. Parandowski Jan.: *Mitologia,* Wydawnictwo PULS, 2004, 1–384.
16. Szumowski Wł.: *Historia Medycyny,* Sanmedica, Warszawa, 1994, 82, 83, 98.
17. Chadzopulu A., Krajewska-Kułał E.: *Asklepios,* Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2006, 7–8, 10–11.

H. Rolka, E. Krajewska-Kuřak, K. Ostapowicz Van-Damme,
K. Klimaszewska, K. Kowalczuk, K. Krajewska, A. Baranowska,
B. Jankowiak, D. Kondzior, A. Szyszko-Perłowska, C. Łukaszuk

Rytuał pogrzebowy w starożytnym Egipcie

Wprowadzenie

Mimo prowadzenia wielu badań naukowych przez historyków i archeologów, niełatwo dziś ustalić dokładnie, jak Egipcjanie wyobrażali sobie losy zmarłego, ponieważ w zachowanych tekstach występuje dużo niejasności [1, 2].

W okresie Starego Państwa uważano, że losy osoby zmarłej zależne są od postępowania na ziemi, a w drugim świecie człowiek musi zdać rachunek z życia doczesnego. Natomiast w okresie Średniego Państwa, gdy rozpowszechnił się mit o Ozyrysie, idea sądu po śmierci przybrała bardziej konkretne kształty. Panowało wówczas przekonanie, że zmarły idzie do świata podziemnego i staje przed sądem czterdziestu dwóch bogów, któremu przewodniczy Ozyrys, siedzący pod baldachimem chroniącym go przed wrogami, trzymający w rękach berło i różgę, symbole władzy faraonkiej. Po obu stronach tronu stoją: jego żona Izyda i siostra Neftyda. Po wygłoszeniu spowiedzi zmarły przechodził do Sali Obu Prawd, gdzie Anubis z głową szakala waży jego serce, a wynik zapisuje Thot – Władca Boskiego Słowa. Odważnikiem jest pióro, symbol bogini prawdy Maat. Jeśli szale utrzymują się w równowadze Thot powiadamia Bogów, że w sercu zmarłego nie było grzechu, a bogowie stwierdziwszy, że był on sprawiedliwy pozwalają przejść na „pola spokoju”. Jeśli zaś zważenie serca wypadło niepomyślnie dla zmarłego, nakładano na niego karę, skazując na wieczny głód i pragnienie lub przebywanie w ciemnym grobie, a w szczególnie ciężkich przypadkach na wydanie Ammitowi, potworowi z głową krokodyla – Pożeraczowi Umarłych [1, 3].

Potwór ten, asystujący przy ważeniu serca, rozdzierał zmarłego na części i powodował drugą, ostateczną śmierć człowieka. Świątem pozaziemskim, uosabianym przez Amentet, boginię serdecznie witającą zmarłych był „Zachód”. Panował nad nim Ozyrys. Dla sprawiedliwych, swych wiernych zapewnił on w tym świecie raj (Pola Jaru) [2, 4].

Wierni, skorzystawszy z tych samych co on obrzędów, stawali się „ozyrysami”, czyli poddanymi Boga na wieki. Mogli mieszkać w swoim grobie, mogli też o wschodzie słońca wychodzić na świat pod różnymi postaciami, np. ptaka czy kwiatu lotosu. O zachodzie słońca musieli jednak wracać na Pola Jaru [1, 2]. W związku z tym zastanówmy się nad tym, jak naprawdę wyglądało życie starożytnych Egipcjan? Co było dla nich istotne w życiu, jakie były ich wierzenia oraz rytuał pogrzebowy.

Badania prowadzone przez egiptologów potwierdzają, że dla Egipcjan, tak jak i dla innych ludów, śmierć jest „częścią podróży” przez życie. Starożytni Egipcjanie wierzyli, że każdy człowiek składa się z kilku elementów, które wraz z ciałem tworzą istotę ludzką. Według ich wierzeń tymi istotnymi elementami były: *ren* – imię, *szuit* – cień, *ka* – sobowtór określane również jako siła życiowa, *ba* – osobowość, która określana była jako dusza, a także *ach* – duch [1]. Ze względu na fakt, że *ka* i *ba* musiały jednoczyć się co jakiś czas z ciałem osoby zmarłej co zapewniało egzystencję w zaświatach Egipcjanie dążyli do zapewnienia przetrwania ciała zmarłego w jak najlepszym stanie [2, 4].

Mumia jest „sztucznie zachowanym ciałem człowieka lub zwierzęcia i stanowi charakterystyczny przejaw stosunku do śmierci w Starożytnym Egipcie” [2]. Zanim jednak wypracowano właściwe procedury procesu mumifikacji ludziom pomagał klimat. Inspirujący jest fakt, że klimat gorący sprzyjał mumifikacji ciała. Badania prowadzone przez grupy archeologów dowiodły, że między X a V tysiącleciem p.n.e. Egipcjanie grzebali swych zmarłych w płytkich zagłębieniach pustyni, bez trumny, a wpływ gorącego piasku sprawiał, że ciało bardzo szybko wysychało [4, 5, 6]. Właściwy okres rozwoju i udoskonalania metod mumifikacji nastąpił w okresie Średniego Państwa aż do ery Chrześcijańskiej. Ciekawe jest również, że klimat zimny sprzyjał zachowaniu ciała. Fakt ten potwierdzają odkrycia zakonserwowanych ciał na terenie Alaski [4].

Badania mumii przeprowadzone przez wielu naukowców oraz analizy zachowanych tkanek, a także odkryte skrytki balsamiarskie, w których grzebano pozostałości po procesie mumifikacji (pozostałości użytych substancji, używane narzędzia) dostarczyły cennych informacji o rytuale mumifikowania zwłok [2].

Najważniejszym środkiem używanym do procesu mumifikacji był *Natron* – *Neczery*, Boska Sól – mieszanina węglanu i dwuwęglanu sodu, siarczanu sodu oraz chlorku sodu, występująca w stanie naturalnym. Środek ten wykazywał właściwości wysuszające i odtłuszczające, dlatego też skutecznie pozbawiał ciało wilgoci [2].

Ceremonia balsamowania zwłok trwała 70 dni, przeprowadzana była przez specjalnych kapłanów – balsamierów i wykonywana była według określonego porządku, któremu towarzyszyły obrzędy religijne [2, 4, 7].

Ciało osoby zmarłej umieszczano na podłużnym cokole i przystępowano do oczyszczania ciała stosując wodę z natronem, a następnie usuwano narządy wewnętrzne: żołądek, wątrobę, jelita przez cięcie pionowe wykonane w lewym boku. Po usunięciu narządów płukano jamę ciała wodą z winem, a następnie przez lewe nozdrze, wykonując otwór po przebiciu kości sitowej, usuwano mózg i wlewano płynną żywicę, a następnie zamykano otwór lnianym tamponem. Usunięte narządy owijano w płótno i umieszczano w urnach kanopskich [2].



Źródło: Gryglewski. R. W.: *Mumifikacja ciała ludzkiego w świetle historii, obyczajów i nauk medycznych*, Wydawnictwo uczelniane UJ, Kraków, 2005, 25.

Całe ciało osoby zmarłej pokrywano suchym Natronem, układając je na lekko pochylonym stole. Proces ten trwał 40 dni, a po upływie tego czasu usuwano Natron, a skurczone ciało pozbawione wilgoci nacierano pachnącymi olejami i myto w winie i mleku. W celu zachowania kształtu ciała jego wnętrze wypełniane było płótnem, gliną i pokrywano cienką warstwą płynnej żywicy. Kolejnym etapem procedury bal-

samowania było wyposażenie ciała w amulety i ozdoby oraz staranne zabandażowanie. Bandaż *wyt* lub *wenchyt* pełnił funkcję osłony i chronił ciało przed oddziaływaniem czynników fizycznych i magiczno-religijnych.

Podczas bandażowania ciała kapłan – lektor odczytywał specjalne zaklęcia, których celem była ochrona ciała osoby zmarłej. Pomędzy poszczególne obwoje bandaża wkładano amulety. Bardzo ważne było, aby zwoje bandaża nakładane na siebie miały do 20 warstw [2, 4].

Proces mumifikacji nie zmieniał się stosunkowo w ciągu panowania kolejnych dynastii zaczęto wprowadzać pewne modyfikacje. W średnim Państwie wprowadzono lewatywę z z oleju cedrowego lub jałowcowego lub terpentyny, co miało na celu rozpuszczenie narządów wewnętrznych. W okresie Nowego Państwa cięcie w obrębie jamy brzusznej wykonywane było ukośnie i bieгло po linii grzbietu kości biodrowej. Starano się również odzwierciedlić w sposób jak najbardziej zbliżony kształt oczu wypełniając oczodoły [2, 7].

Największy rozwój technik mumifikacji przypada na czasy XXI dynastii. Wtedy to ciało zmarłego nakłuwano w kilku miejscach i wypełniano piaskiem, mchem, gliną w celu odzwierciedlenia kształtów jam ciała. Dokonywano również korekty twarzy stosując malowanie brwi, warg środkami kosmetycznymi, a w oczodoły wkładano kamienie. Istotnie jest, że usunięte wnętrzności nie były wtedy umieszczane w urnach kanopskich, lecz zawijane w płótno i ponownie umieszczane w ciele zmarłego [7].

Wprowadzono również zmiany w technice bandażowania, prócz obwojów spiralnych tors bandażowano stosując obwój ósemkowy, co dawało efekt usztywnienia. Na koniec owijano mumię całunem, który zdobiony był wizerunkiem Ozyrysa [2, 3].

Jak widać, proces przygotowywania zwłok do pochówku był kosztowny i każdy Egipcjanin dbał za życia o przygotowanie miejsca wiecznego spoczynku, dbał o wyposażenie grobowe. Od okresu Predynastycznego Egipcjanie obdarowywali zmarłych biżuterią grobową, która prócz funkcji ochronnej pełniła rolę amuletów. Biżuteria osoby zmarłej używana „za życia” umieszczana była również w grobowcu, aby zmarły mógł nią dalej się cieszyć po śmierci. Mumiom Wczesnego Państwa modelowano twarze, stosując gipsowe maski na bandaże, a następnie malowano [2].

Gotową mumię składano z wielkim namaszczeniem w trumnie lub bogato zdobionym sarkofagu. Rytuałem wieńczącym pochówek była ce-

remonia „otwarcia ust”, dzięki której zmarły miał odzyskać zdolność do poruszania się, mówienia i jedzenia [2].

Grób był oczywiście bogato wyposażony we wszelkie sprzęty, pożywienie dla zapewnienia szczęśliwego przejścia do krainy umarłych. Niezbędne były magiczne teksty umieszczane w grobowcu w postaci wyrytych w kamieniu Tekstów Piramid (Stare Państwo), Tekstów Sarkofagów (Średnie Państwo) i Księgi Umarłych – tekstów kaligrafowanych przez kapłanów lub skrybów na zwojach papirusów (Nowe Państwo) [2, 4, 7].

Podsumowanie

Zachwycają architekturą, wzbudzają podziw piramidy, które wznoszone były jako pomniki ku czci zmarłych. Grób w starożytnym Egipcie pełnił funkcje wieczystej siedziby człowieka. Wśród grobowców egipskich w ówczesnych czasach wyróżniano groby skalne, wolno stojące i grupę grobów o typie pośrednim. Groby skalne zwykle były zagłębieniami urwisk lub fragmentów ziemi, natomiast groby wolno stojące wznoszone były zazwyczaj z cegły lub kamieni i aż do Nowego Państwa przybierały one formę mastaby. Budowaniem grobów zajmowali się wyspecjalizowani rzemieślnicy, którzy budowali zarówno groby prywatne, jak i groby królewskie.

Egipcjcy rzemieślnicy zajmujący się budowaniem grobowców Starego Państwa byli twórcami architektury monumentalnej, o rozmiarach kolosalnych – grobowców królewskich, zawierających dwa zasadnicze elementy: komorę grobową i miejsce kultu, które w budowlach z tego okresu były ściśle ze sobą połączone tworząc kompleks grobowy, w skład którego często wchodziło wiele elementów. Monumentalna *mastaba* z pionowym szybem wiodącym w dół do komory grobowej, piramida z licznymi korytarzami i komorami znajdującymi się pod masą kamieni, która zdaniami budowniczych, uniemożliwiała niepowołanym dostęp do korytarzy i pomieszczeń sakralnych. Natomiast w okresie Nowego Państwa nastąpił rozdział, podyktowany zapewne chęcią zachowania w tajemnicy miejsca spoczynku, aby jeszcze skuteczniej uchronić je przed profanacją. Groby królewskie, a później również groby dostojników państwowych kute były w skalnym podłożu dolin na zachód od Teb, zaś ich świątynie grobowe wznoszą się o kilkaset metrów dalej, oddzielone masywem górskim. Na licznych nekropolach Teb Zachodnich pochowano łącznie kilkuset wysokich dostojników państwowych, głównie w okresie Nowego Państwa.

Ostateczny wygląd pomników nagrobnych w starożytnym Egipcie był rezultatem wielowiekowej ewolucji: od prostej mastaby, piramidy schodkowej, piramidy łamanej aż do piramidy klasycznej (właściwej), co spowodowało uzyskanie idealnej geometrii piramid w Gizie.



Pogrzeb w Starożytnym Egipcie był tłumną ceremonią, której głównym elementem była procesja oraz uczta. Na czele procesji tuż za członkami rodziny podążali ofiarnicy niosący przedmioty będące wyposażeniem grobowym, a następnie kapłani z kadzidłami, śpiewający pieśni. Następnie para wołów ciągnęła sarkofag, który otaczały zawodowe płaczki rwące na sobie szaty i obsypujące głowy popiołem. Po dotarciu do grobu składano w nim przyniesione dobra, pozostawiając munię na zewnątrz, a następnie przystępowano do najważniejszej ceremonii pogrzebowej „Otwarcia Ust”, której celem było ożywienie mumii, aby mogła egzystować w zaświatach. Rytuał ten wykonywał kapłan przebrany w skórę lamparta używając zestawu *pe-sesz-kef*, w skład którego wchodziło krzemienne rozwidłone na końcu ostrze i dwa komplety małych naczyń. Jednocześnie kapłan-lektor recytował modlitwy i dotykał nosa, ust, oczu, uszu i piersi mumii, aby przywrócić zmarłemu zmysły. Ważny był również kult zmarłego, aby mógł funkcjonować w zaświatach. Dlatego kult grobowy podtrzymywany był przez rodzinę i kapłanów. Składano w ofierze dary zazwyczaj w komorze grobowej lub tuż przed nią: jadło, oleje płótno, recytowano modlitwy. Przedmiotem kultu były także posągi ustawione w serdabie, które kapłan ożywiał okadzając i recytu-

jąc modlitwy. Istotną rolę pełnił w kulcie zmarłego kapłan, który miał za zadanie składać ofiary właścicielowi grobu, recytować modlitwy, utrzymywać grób w czystości i dbać by go nie uszkodzono. Sam właściciel grobu już za życia musiał dbać o finansowanie swego kultu pośmiertnego. Na ścianach grobu, prócz imienia i tytułów identyfikujących osobę zmarłą zapisywano formuły ofiarne, które odczytywane były przez kapłanów, rodzinę, przechodniów.

Piśmiennictwo

1. Lipińska J., Marciniak M.: *Mitologia Starożytnego Egiptu*. Oficyna Wydawnicza Auriga, Warszawa, 2006. 23–41.
2. Salima I.: *Śmierć i pogrzeb w starożytnym Egipcie*. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa, 2004, 23–65, 117–156.
3. Donadoni S. (red.): *Człowiek Egiptu*. Świat Książki, Warszawa, 2000, 12–21.
4. Gryglewski R. W.: *Mumifikacja ciała ludzkiego w świetle historii, obyczajów i nauk medycznych*, Wydawnictwo uczelniane UJ, Kraków, 2005, 23–52.
5. Kwiatkowski B.: *Mumie. Władcy, święci i tyrani*. Wydawnictwo Iskry, Warszawa, 2005, 9–21.
6. Reid H.: *W poszukiwaniu nieśmiertelnych. Mumie, śmierć, wiara w życie pozagrobowe*. Państwowy instytut Wydawniczy, Warszawa, 2002, 14–23.
7. Brier B.: *Mumie Egipskie*. Książka i Wiedza, Warszawa, 2000, 123–141.

Dariusz Piotr Klimczak

„Niebieskie, niebieskie..”.
Obrazy śmierci i umierania w dramacie
Eugenio Ionesco *Król umiera, czyli ceremonie*

1. Wprowadzenie

Dramat *Król umiera, czyli Ceremonie*¹ Eugenio Ionesco z pewnością nazwać można współczesnym moralitetem. Większość badaczy, na czele z M. Esslinem, podkreśla mortalny wymiar sztuki, czy wręcz jej eschatologiczny sens². Nie bez przyczyny recenzję ze sztuki Ionesco, wystawionej w Royal Court w Londynie, zatytułował Esslin właśnie *Memento mori*³. Powstały w 1962 roku dramat Ionesco⁴ jest swego rodzaju przypomnieniem o Śmierci nawiązującym do najstarszych gatunków dramatycznych, (moralitetu). Ionesco nie wyposaża swojej sztuki w wyrazistą alegorię Śmierci. Jedynie w postaci Króla Bérengera i jego postępującej „chorobie na Śmierć” widzimy alegorię ludzkiego losu, skierowanego ku Śmierci oraz kontemplację Pustki i Nicości.

Król umiera... to już nie ciąg pogodnych żartów z *Łysej śpiewaczki*, ale studium rzeczy niezbyt śmiesznych, bowiem związanych z dostojenstwem i majestatem Śmierci. Dramatyczna przestrzeń Absurdystycznego

¹ Wszystkie cytaty według tłumaczenia Adama Tarna, [W:] E. Ionesco, *Król umiera, czyli Ceremonie*, tłum. A. Tarn, „Dialog” 1963, nr 3, s. 65–95.

² Patrz też recenzje: B. Poirot-Delpech („Le Monde” z 23–24 XII 1962); G. Sandier („Arts” nr 897), R. Kanters („L’Express” z 27 XII 1962).

³ M. Esslin, *Memento mori*, [w:] „Plays and Players” z XI 1963.

⁴ Ionesco pracował nad sztuką *Król umiera albo ceremonie* (fr. *Le Roi se meurt*, ang. *Exit the King*) w dwóch dziesięciodniowych cyklach pomiędzy 15 października a 15 listopada 1962 roku. Prapremiera w reżyserii Jacquesa Mauclaira odbyła się 15 grudnia 1962 roku we francuskim Théâtre de l’Alliance.

MISTERIUM MORTIS⁵ wpisana jest w pewien rodzaj komizmu, powodującego grozę, ponieważ to nie Bérenger śmieje się ze Śmierci, to Śmierć śmieje się z samego Bérengera, jego naiwnego przerażenia i strachu. To właśnie postawa człowieka wobec Śmierci zasługuje na określenie: groteskowa, komiczna, absurdalna. Nie jest przez to wyraźnie zaakcentowana jedna z ważniejszych cech tragedii: ekspozycja bólu samego bohatera. Innymi słowy, tragikomedia o umieraniu nie byłaby prawdziwa, gdyby dramaturg próbował przedstawić i opisać z drobiazgową precyzją fazy i realność umierania (choć *implicite* można dotrzeć je w dramacie w oparciu o badania Elizabeth Kübler-Ross)⁶.

Obrazy Śmierci generowane przez Ionesco to nie tylko przedłużenie tradycji angielskiego *Everymana*, ale również kreacja indywidualnej Ceremonii Umierania. Z jednej strony, dowiadujemy się jak Ionesco sobie Śmierć wyobraża i co Śmierć dla niego oznacza, z drugiej zaś obcujemy z dojmującym *Memento*, które staje się nieznośnym rodzajem informacji o realnym i oczywistym fakcie – fakcie nieuchronnej Śmierci.

Trzeba podkreślić, że Śmierć w dramatach Ionesco nie jest tylko zdarzeniem, które wpisuje się w logikę fabuły, dialogi postaci, strukturę przesłania. Jest zjawiskiem na tyle uniwersalnym, że mieści w sobie konstatacje biologii, filozofii, religii etc., a więc określa współrzędne czasu i miejsca refleksji nad sprawami ostatecznymi człowieka. Ionesco pragnie ustalić „okoliczności czasoprzestrzenne” Śmierci oraz dookreślić miejsce i czas zgonu postaci. Śmierć, która jest konkretnym zdarzeniem, staje się równocześnie oswojona. To oswojenie, potwierdzone sukcesem *Króla...* wywodzi swoją genealogię z szekspirowskiego motywu zdegenerowanego króla wywiezionego z tragedii *Król Lir* czy też *Ryszard II*, aby rozwinąć się w metafizyczny traktat, czy wanitatywną alegorię ludzkiego losu. Sztuka Ionesco została podporządkowana jednoznaczniemu tematowi przewodniemu – Ceremonii Umierania. Akcja o strukturze kompozycyjnej bliskiej tragedii i linearnej osi fabularnej może być podzielona na pięć epizodów, które z grubsza korespondują z pięcioma aktami klasycznej tragedii i pięcioma fazami umierania, wyeksponowanymi przez znaną specjalistkę od

⁵ Pojęcie „Absurdystyczne Misterium Mortis” wprowadzam w książce: D. P. Klimczak: *Śmiertelnicy. Teatr Absurdy Samuela Becketa w przestrzeni Misterium Mortis*, przedm. A. Krajewska, Narodowe Centrum Kultury, Instytut Wydawniczy „Maximum”, Kraków – Warszawa 2006.

⁶ Zob. Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżak-Nowicka, Wyd. „Media-Rodzina”, Poznań 1998 (oraz podrozdział: Fazy umierania).

problematyki umierania Elisabeth Kübler-Ross⁷. Po Beckettcie i rytualnym teatrze Gëneta obcujemy z toposem, próbującym scalić współczesną refleksję nad istotą Śmierci, którą będą rozpatrywał w następujących ujęciach: 1. Umierania Trójjedyna Chorea; 2. Umieranie jako Ceremonia; 3. Alea Śmierci; 4. Ionesco Ars Moriendi; 5. Król Bérenger – Bodhisattva, Atman; 6. W Stronę Rytuału i powrotu do Łona; 7. Błękit Śmierci; 8. Śmierć jako Fatum; 9. Bérengera *Mortificatio Regis* – Fazy Umierania 10. Czas Umierania.

2. Umierania trójjedyna chorea

Sztuka, składająca się z jednego aktu, przedstawia ostatnie dwie godziny z długiego życia króla Bérengera. Utwór Ionesco posiada strukturę zbliżoną do klasycznej tragedii. W bardzo krótkim prologu Strażnik (który w całej sztuce pełni rolę „antycznego” chóru) wprowadza postaci: Króla Bérengera, jego dwie żony: Królową Małgorzatę (najstarszą małżonkę, surową i autorytarną postać) i Królową Marię (młodą i piękną); Julię (Pielęgniarkę i pokojówkę); i Lekarza (który jest zarazem chirurgiem, bakteriologiem, katem i astrologiem), który stanowi zarazem figurę Fatum – Przeznaczenia. Jak przystało na tragedię, dostrzegamy protagonistę w postaci Króla, którego los może wzbudzać przerażenie i współczucie oraz antagonistę – nieobecną jako *dramatis personae* – Śmierć. Dodatkowym zabiegiem kompozycyjnym, wzbogacającym „klasycyzm” dramatu Ionesco, jest zachowana „trójjedyna chorea”, czyli jedność akcji, czasu i miejsca⁸.

Ionesco wykorzystuje antyczny schemat tragedii w dialogu pomiędzy Marią, Królem i Małgorzatą. Maria i Małgorzata przygotowują Króla do rychłej Śmierci, chcą również uświadomić mu jej nieuchronność:

„MAŁGORZATA: (...) Koniec swawoli, koniec zabawy, koniec pięknych dni. Koniec (s. 67).

MARIA: Nic nie dało się zrobić wobec przeznaczenia, wobec naturalnej erozji” (s. 68).

Król jakby dostrzega zwiastuny *treme*⁹:

„KRÓL (do Marii): Co ci jest piękności moja?

⁷ Zob. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżak-Nowicka, Wyd. „Media-Rodzina”, Poznań 1998.

⁸ Zob. N. Lane, *Eugène Ionesco*, University of South Carolina Press 1994, s. 123.

⁹ W tragedii antycznej faza poprzedzająca katastrofę nosi nazwę *treme*.

MARIA (bełkoce): Nie wiem... nic... nic mi nie jest.
 KRÓL: Oczy masz podkrążone. Płakałaś? Dlaczego?
 MARIA: Boże mój!"

W rezultacie Maria, Małgorzata i Lekarz czynią wyraźną sugestię, że Śmierć Króla jest nieuchronna i bliska:

„MAŁGORZATA: Najjaśniejszy Panie, muszę cię zawiadomić, że umrzesz.
 LEKARZ: Niestety tak, Wasza Królewska Mość” (s. 70).

Początkowy brak wiary Króla w nadchodząca Śmierć jest odbiciem zwykłego, naturalnego ludzkiego odruchu. Lękamy się tego, czego nie znamy, co nieodłącznie kojarzy się z przerwaniem życia. Atmosferę nadchodzącej Śmierci znamionuje przestrzeń dramatu: słońce nie jest już posłuszne rozkazom Króla, komnatę królewską zanieczyszczają pajęczyny, „wywołujące straszne sny” – jak sądzi Król. Mikrokosmiczna perspektywa indywidualnej Śmierci zostaje poszerzona o perspektywę makrokosmiczną, perspektywę globalnej katastrofy, o czym przekonuje Lekarz: „Mars i Saturn weszły w kolizję. Słońce straciło od 50 do 75 procent swojej masy” (s. 69).

Wraz z indywidualną Śmiercią umiera fragment kosmosu. W *Samotniku* Ionesco przywołuje powyższą myśl *explicite*: „Każdy pociąga za sobą w swoją śmierć cały wszechświat, który się zawala”¹⁰. Jest to jakby dalsza kontynuacja myśli zaczerpniętej z angielskiej poezji metafizycznej spod znaku G. Herberta, J. Donne’a, który jednym z wierszy pisał: „Śmierć każdego człowieka pomniejsza mnie, gdyż jestem częstką Ludzkości; Dlatego nie pytaj, komu na trwogę bije dzwon; Bo bije on dla ciebie”. Małgorzata wyrzuca Marii, że nie zdołała przygotowywać Króla na jego nieuchronny los i mówi, że powinna być jego przewodnikiem (psychopompem). Pojawia się więc wyraźny motyw *ars bene moriendi*.

Odpowiednik drugiego aktu (ss. 69–70) rozpoczyna się wejściem Króla. Małgorzata i Lekarz informują go, że niedługo umrze, nie w jakimś nieokreślonym czasie, w odległej przyszłości, ale w ciągu dziewięćdziesięciu minut trwania spektaklu. Dlatego wraz z Królem widz odczuwa ciężar każdej minuty zbliżającej nieuchronnie moment Śmierci. Zdumiewająca zgodność czasu przedstawienia z czasem rzeczywistym staje się wewnętrznym ciśnieniem, suspensem. Król Bérenger, (którego imię jest znaczące: z ang. *the bereaved* – „pogrążeni w smutku, żałobie”, także w znaczeniu przymiotnikowym: „osamotniony, osierocony”) z początku

¹⁰ E. Ionesco, *Samotnik*, op. cit., s. 84.

nie dowierza zapewnieniom Małgorzaty i Lekarza, nakłaniając Marię, aby wsparła go w tej trudnej chwili. W rezultacie zaś Król poddaje się, przekonany, że wszyscy mówią prawdę.

Ogłoszenie przez Strażnika ceremonii jest znakiem rozpoczęcia następnego epizodu (ss. 72–73). Bérenger przeżywa gniew, skrajny lęk i depresję; opłakuje dzieciństwo, prosząc zarazem o nauczenie go rezygnacji. Prośba Bérengera rozpoczyna czwarty epizod. Ta część sztuki jest rytuałem rezygnacji i wyrzeczenia, w którym Bérenger stopniowo poddaje się nieuchronności Śmierci, ogarnięty strachem przed tym najbardziej transgresyjnym doświadczeniem egzystencji. Na początku sceny finałowej, stanowiącej ostatnie ogniwo „tragedii Umierania”, Król staje się cichy, mało mówny, inne postaci mówią o nim w czasie przeszłym. Najpierw Maria, następnie Strażnik, Julia i Lekarz znikają, w końcu sam Bérenger przestaje funkcjonować.

3. Umieranie jako ceremonia

Przygotowanie na Śmierć powinno być naznaczone obecnością *Memento* – a więc przekonaniem o skończoności ludzkiego bytu. Dla Marii dominującą metaforą życia są bankiety, uczyty, przyjęcia, świętowanie. Ten swoisty hedonizm kontrastuje z postawą Małgorzaty, dla której metaforę życia stanowi podróż ku Śmierci jako celu. Pomiędzy tymi dwiema postawami jakże bezradny wydaje się Król, kompletnie nie przygotowany na Śmierć. Małgorzata wzbogaca wątek troski o umierającego. Przekonuje, że umierający Król jest jak ci podróżnicy, którzy ociągają się przy każdej gospodzie, zapominają, że gospoda nie jest celem podróży. Innymi słowy, Życie objawia się jako element dynamiczny, Śmierć zaś jest statyczna, spełnieniem podróży. Podróż, do której porównuje Ionesco Śmierć, jest czynnością złożoną. Zawsze też można wyróżnić charakterystyczne fazy podróży: przygotowanie, wyruszenie z punktu początkowego, podróżowanie i przybycie do punktu końcowego. Komponent semantyczny motywu podróży widoczny jest, m.in., w charakterystycznym francuskim związku frazeologicznym: *s'embarquer pour le grand voyage* (dosł. „wyruszyć w wielką podróż / wybrać się w podróż niebieską”). Określenie członu nominalnego (podróż) niebieska albo największa (fr. *Le grand voyage*) wskazują na szczególny charakter tej podróży i nawiązują do Śmierci w sposób bezpośredni poprzez przywołanie nieba – co zostanie obrazowo oddane w ostatniej kwestii Króla: „Niebieskie, niebieskie”.

Metafora podróży pozwala traktować Śmierć jako przybycie do określonego miejsca, jednak dla Króla Bérengera podróż nie jest wartością samą w sobie. Życie polega na złudnym zatrzymaniu chwili (owej metaforycznej – przywołanej przez Małgorzatę gospody). Zarysowany tutaj konflikt postaw wobec Śmierci rozstrzyga Lekarz, powiadając: „To, co obie mówią jest prawdą. To zależy od punktu widzenia” (67). W ten sposób domknięcie zyskuje cały dyskurs o Śmierci, nie rozstrzygający jednak, która z postaw jest najwłaściwsza. Postawa Małgorzaty, która do końca pozostaje z Bérengerem, to wymowny motyw eschatologicznej nadziei, wpisany w chrześcijańską postawę *diakonia*. Postawa służebna (*diakonia*), okazywanie współczucia i trwanie do końca przy umierającym to jeden z najważniejszych elementów obrzędowości funeralnej. Przejście Małgorzaty przez niewidzialną bramę Śmierci (ss. 92–94) i pozostawienie Króla na tronie samego objawia jeszcze jeden paradoks. W rezultacie, **wszyscy musimy zmierzyć się z własną Śmiercią sami** i zawsze jest to wydarzenie wyjątkowe – inicjacyjne, jak to skonstatuje Maria: „**Każdy umiera pierwszy**” (s. 77).

Vladimir Jankélévitch z owego motywu wysnuwa konkretne refleksje filozoficzne: „Jak to jest, że od czasu, gdy pojawili się ludzie, którzy umierają, śmiertelnik nie przyzwyczał się jeszcze do tego naturalnego, a jednak zawsze przypadkowego zdarzenia? Dlaczego zawsze, gdy kto żywy znika z tego świata, dziwi się on tak, jakby coś podobnego zdarzyło się po raz pierwszy? I rzeczywiście jest tak, jak mówi Ionesco, że »Każdy umiera pierwszy«. Zawsze nowa banalność każdej Śmierci nie pozostaje bez analogii do odwiecznej nowości miłości, do bardzo starej młodości wszelkiej miłości: miłość jest zawsze czymś nowym dla tych, którzy ją przeżywają, (...) jakby ta wiosna była pierwszą wiosną, a poranek – pierwszym porankiem: (...). Tutaj każdy naśladowca jest odkrywcą i pionierem, (...); każde ponowne rozpoczęcie – prapoczątkiem”¹¹.

Konstatacja wydaje się ważna. Ma swoje również przełożenie w *Myślach* Pascala: „Zawsze umiera się samemu”¹². Ionesco, chce powiedzieć, że każdy sam stawia czoło swojej osobistej Śmierci, choćby nawet, tak jak umierający Król, otoczony był rojem dworzan. Każdy musi umrzeć na własny rachunek. Śmierć własną trzeba „przeżyć” i nikt i nic nie wykona

¹¹ V. Jankélévitch, *Tajemnica śmierci i zjawisko śmierci*, [W:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, wyboru dokonali i tłum.: S. Cichowicz i J. M. Godzimirski, wstęp: S. Cichowicz, Warszawa 1993, s. 46.

¹² B. Pascal, *Myśli*, op. cit., s. 137, por. także: M. Maeterlinck, *Śmierć*, op. cit., s. 6.

za umierającego tego ostatecznego kroku. Postaci asystujące przy Królu nie zwalniają go od obowiązku osobistego stawienia czoła jego ostatniej chwili.

Rychła, indywidualna śmierć Króla zostaje wpisana w powszechną, „ogólnonarodową” tragedię. Jej publiczne ogłoszenie znowu nabiera aspektu ceremonialnego wydarzenia, tak jakby Śmierć przynależała do dworskiej etykiety. Wniosek, jaki się tutaj nasuwa, to przekonanie, że indywidualna Śmierć jest fantazmatem Śmierci zbiorowej. Ionesco ukazuje mechanizm powstawania ogólnoludzkiej żałoby. Żałoba bowiem oprócz dojmującego smutku po stracie bliskiego, jest też zdominowana lękiem: „co dalej”. Powyższy problem zauważa Philippe Ariès: „Żałoba wyrażała lęk wspólnoty nawiedzanej przez śmierć (...). Wizyty w domu żałoby przywracały grupie jedność (...); ceremonie pogrzebowe stawiały się świętem, w którym nie brakło radości, a śmiech nieraz szybko osuszała łzy”¹³. Wraz z rozwojem kultury, cywilizacji i techniki nastąpiło przeobrażenie żałoby. Świat ponowoczesny, którego kondycję diagnozował Ionesco, stracił egzystencjalną pewność, przekształcając Śmierć w to, co „niespodziewane”. Życie natomiast przekształciło się w „użycie”, w „konsumpcyjny raj – człowieka przechodnia”, patrzącego z obojętnością na wszelkie przejawy refleksji nad sensem egzystencji.

4. Alea śmierci

Niespodziewana Śmierć w świecie kreowanym przez Ionesco funkcjonuje jako gra, tzn. możliwość wyboru pomiędzy akceptacją i negacją tego, co nieuniknione. Na tym podłożu rodzi się dramaturgiczne napięcie. Dramaturg ukazuje zasadniczy konflikt pomiędzy dwiema postawami wobec ostatecznego unicestwienia. Unicestwienie Życia może dokonać się na drodze naturalnej Śmierci lub może zyskać rozszerzenie poprzez „grę w zabijanego” i „grę w zabijanie”. Akt zabijania łączy się z procesem, którego bieg i wynik nie tyle są nieznanne uczestnikom MISTERIUM MORTIS, ile jeszcze nierozstrzygnięte. Dużą rolę odgrywa tutaj przypadek¹⁴ (gr. *Alea*). (Zwróćmy uwagę, że język polski oferuje nam stały zwią-

¹³ Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, tłum. E. Bąkowska, Warszawa 1989, s. 571.

¹⁴ F. Dürrenmatt podkreślał, że „Kunst dramaturga polega na tym, aby przypadek odegrał w akcji możliwie największą rolę”. Patrz: F. Dürrenmatt, *21 punktów w związku z „Fizykami”*.

zek frazeologiczny: przypadek „nagłej Śmierci”, gdyż nielogiczne byłoby mówienie o „przypadku oczekiwanej Śmierci”). Obydwa aspekty Śmierci oczekiwanej i Śmierci nagłej zyskują w *Ceremoniach...* swoje dopełnienie. Aż do momentu epifanii Śmierci pozostanie ona dla głównego bohatera czymś nieznanym, nieoczekiwanym, przypadkowym. Sytuacja zmienia się po „ogłoszeniu wyroku”. Od tego kulminacyjnego punktu następuje już nieprzypadkowe oczekiwanie Śmierci. Jednak Ionesco nadal nie zapomina o *Alea*, przenosząc akcję w „eschatologiczną” mglistą poświatę „wielkiej niewiadomej”, jaką jest rzeczywistość „po Śmierci”. W rezultacie, działanie żyjących ma szansę ową domniemaną perspektywę eschatologiczną przekształcić, nadając całemu procesowi umierania wymiar magiczny.

Posługując się metaforą Jeana Baudrillarda możemy spojrzeć na Śmierć jako na *simulacrum* – czyli „mapę bez terytorium, kopię bez oryginału”, pewne uschłe „kłącze egzystencji”. Jest to szczególnie widoczne w momencie, kiedy epatowanie Śmiercią staje się nieustanne, kiedy „trup się ściela gęsto” na ekranie czy też scenie. Wtedy Śmierć staje się obca, inna, „nie nasza”, zwyczajna i codzienna. Odbiorca zostaje więc znieczulony na emocje wypływające z faktu odczucia Śmierci indywidualnej. Ionesco pisał: „Lecz te morderstwa, te ludobójstwa tylko zasłaniają przed nami śmierć, ponieważ są możliwe do uniknięcia. Śmierci samej w sobie nie sposób uniknąć”¹⁵. Cenę, jaką zapłaciła ludzkość za tę strategię uwolnienia się z pozorów „nie naszej” Śmierci, nosi nazwę absurdu istnienia.

Absurd istnienia sprowadza się według socjologicznej diagnozy Zygmunta Baumana¹⁶ do znamiennej cechy charakteryzującej stosunek społeczeństwa do Śmierci. Cechę tę stanowi osobliwa sprzeczność. Śmierć w dużej mierze jest tabuizowana, traktowana jako absurdalny i niezrozumiały element życia, zazwyczaj wypierany ze świadomości. Josef Pieper w *Tod und Unsterblichkeit* przywołuje znamienne fakty: w jednym z poważnych dzienników amerykańskich nie drukuje się z zasady słowa: „*death, violent death*”, natomiast zakłady pogrzebowe próbują nie przywoływać Śmierci w ogóle. Struktura społeczeństwa sprzyja też według Piepera „materialistycznemu bagatelizowaniu Śmierci”. Na taki stan rzeczy wpływ mają mass media oferujące powszedniość Śmierci, odgrywającej

¹⁵ Cyt. za: B. Cronenberger, „*Mackbett*” von Ionesco und „*Une tempête* von Animé Césaire, Saarbrücken 1976, s. 24.

¹⁶ Zob. Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność. O wielkości i strategii życia*, PIW, Warszawa 1998.

rolę spektaklu dostarczającego silnych emocji i wzruszeń¹⁷. To właśnie kolejny biegun sprzeczności. Ze Śmierci uczyniono element teatralizacji, widowiska. Jak zauważa Joseph kard. Ratzinger (obecny papież Benedykt XVI): „Ale i w tym urzeczowieniu Śmierci chodzi (...) o odebranie Śmierci jej charakteru metafizycznego (...). Zbanalizowanie Śmierci ma zagłuszyć niepokojące pytanie, które nam ona stawia. (...) żeby przestała wreszcie budzić metafizyczne lęki”¹⁸.

5. Bérengera *ars moriendi*

Philippe Ariès twierdzi, że inaczej funkcjonowało wyobrażenie o Śmierci, w tzw. erze przednowoczesnej. Śmierć była „oswojona”, a postawa wobec Śmierci zazwyczaj strukturalnie trwała, nie podlegająca uwarunkowaniom historycznym¹⁹. Ionesco wykorzystuje taktykę „oswajania Śmierci” i „oswajania ze Śmiercią” w motywie człowieka umierającego, związany z wątkiem *ars moriendi*²⁰. Obrazowym rozwinięciem jest tu scena asysty postaci dramatu przy łożu umierającego Króla, co odzwierciedla średniowieczną praktykę obecności przy łożu chorego czy konającego, aby zapewnić mu „dobrą Śmierć”²¹.

¹⁷ Na podst. J. Pieper, *Tod und Unstereblichkeit*, München 1968.

¹⁸ J. Ratzinger, *Eschatologia. Śmierć i życie wieczne*, przeł. M. Węclawski, Poznań 1984, s. 87.

¹⁹ Zob. Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, PIW, Warszawa 1989, s. 41.

²⁰ Do najstarszych traktatów teologicznych poruszających kwestię umierania należy zaliczyć *De mortalitate* św. Cypriana (ok. poł. III w.). Ten popularny motyw dawnej literatury i sztuki chrześcijańskiej rozwinął się w oparciu o średniowieczne traktaty przygotowujące człowieka do „Śmierci szczęśliwej” (traktaty Jana Gersona, Dominika z Capraniki czy Mateusza z Krakowa).

²¹ Ikonograficzne przedstawienie zawiera niemieckie wydanie *Versellung von Leib, Seele, Ehre und Gut* z 1489 r. Na temat tej ryciny zob.: F. Falk, *Die deutschen Sterbebüchlein von der ältesten Zeit des Buchdruckes bis zum Jahre 1520*, Köln 1890, s. 59–61; W. L. Schreiber, H. Zimmermann, *Ars moriendi* [w:] *Realexikon zur deutschen Kunstgeschichte*, t. 1., Stuttgart 1937; W. L. Schreiber, *Manuel de l'amateur de la gravure sur bois et sur métal au XV siècle*, t. 2, Leipzig 1911, s. 310; M. Włodarski, *Obraz i słowo. O powiązaniach w sztuce i literaturze XV–XVI wieku na przykładzie „ars moriendi”*, Kraków 1999, s. 59–62. Rycina wyobraża stojące pośrodku komnaty wysokie łoże z postacią umierającego człowieka. Na pierwszym planie widać siedzącą starszą kobietę, czytającą modlitewnik (jest to prawdopodobnie żona chorego), w głębi u wezglowia łoża stoi druga kobieta, młoda, w czepcu (być może córka umierającego, albo druga żona). Z prawej strony łoża stoją obok siebie trzej mężczyźni: pierwsza postać trzyma dokument opatrzony pieczęcią (jest to prawdopodobnie notariusz, który sporządził testament – w ten sposób zostaje zobrazowana troska o honor

Postaci i przestrzeń dramatu Ionesco są jakby dalekim odzwierciedleniem średniowiecznego „starania o ciało, duszę, honor i majątek” umierającego człowieka. Scenerię umierania stanowi: „Sala tronowa, mniej więcej zniszczona, mniej więcej gotycka. W środku sceny, pod tylną ścianą, kilka schodków wiodących do tronu króla. Po obu stronach sceny, na pierwszym planie, dwa mniejsze trony dla obu królowych, jego małżonek. Po prawej, w głębi, małe drzwi do apartamentów króla (...). Między wielkimi drzwiami a małymi – okno gotyckie” (s. 65). Sceneria, rodem z piętnastowiecznej ryciny, została jednak oczyszczona z *psychomachii* i mortalnych rekwizytów²² średniowiecznych. Ionesco swoją ceremonię Śmierci przenosi w sferę mistyki wschodniej, w sferę doświadczenia *Bard-do*. W ten sposób chce jakby stworzyć uniwersalny model sytuacji umierania, łączącej rozmaite doświadczenia natury mistycznej, czy konstatacje wypływające z ogólnej refleksji nad Śmiercią – nie tylko ograniczone do europejskiego kręgu kulturowego.

6. Król Bérenger – bodhisattva, atman

Zasadniczy rys Ceremonii Umierania jest wyrazem zainteresowania Ionesco wschodnim mistycyzmem. Rosette Lamont²³ widzi w Śmierci Króla metamorfozę rodem z mahajanistycznej²⁴ idei *Bodhisattvy*. Jedna z sutr buddyjskich mówi, że idealnym sposobem Umierania jest Umieranie z przeczcieniem Śmierci, które pojawia się wcześniej, z umysłem pogod-

i majątek umierającego). Obok niej stoi lekarz oglądający naczynie z moczem (odzwierciedlenie troski o ciało). Trzecią postacią jest kapłan z wiatykiem (odzwierciedlenie troski o duszę). Wyraźnie zostało wyeksponowane wnętrze, w którym spoczywa umierający: jest to obszerna komnata, z co najmniej trzema półokrągło sklepionymi framugami drzwi, dwoje z nich prowadzi do pomieszczeń sąsiednich, natomiast z prawej strony widoczne jest wyjście na zewnątrz. Na tej samej ścianie znajdują się dwa wąskie, gotyckie okna.

²² Najczęściej były to: gromnica, krzyż i modlitewnik; patrz też rycina z *Seelengärtlein* z 1502 r.

²³ Patrz: R. C. Lamont, *The Double Apprenticeship: Life and the Process of Dying*, [w:] *The Phenomenon of Death*, red. E. Wyschogrod, New York 1973, s. 198–224.

²⁴ W łonie buddyzmu funkcjonują dwie szkoły: *therawada* i *mahajana*. Ta ostatnia rozwinęła rozmaite formy buddyzmu obrzędowego, który koncentrował się wokół postaci różnego rodzaju *bodhisattwów*, czyli istot oświeconych, które opóźniają wejście w pełną nirwanę i pozostają na tym świecie, by pomagać zwykłym śmiertelnikom. W tym odłamie wykształciła się koncepcja światów niebiańskich, do których trafiają żarliwi buddyści, aby uwolniony się od trosk doczesnych kontynuować swój rozwój na drodze prowadzącej do oświecenia.

nym, niezachwianym i wolnym od wszelkiego przywiązania do ciała²⁵. Jest to ideał wszystkich buddystów. Wypowiedzi Małgorzaty, Lekarza, jak również Marii uzmysławiają Królowi, że „Życie jest wygnaniem” i Śmierć jest tylko powrotem do jego „własnej ojczyzny”. „Wrócisz, skąd przyszedłeś zanim zostałeś urodzony”. Małgorzata jest jak mistrzyni Zen, która uczy, że Życie jest ciężarem, a Śmierć to złapanie w pajęczą sieć. Pełni ona rolę *sui generis* ziemskiego psychopompa – przewodnika umierających. Praktyka świadomego umierania zainicjowana w dramacie Ionesco jest, jak zauważa M. S. Barranger, rytuałem medytacyjnym, formą tybetańskiej jogi, która ma umożliwić umierającemu spokojną podróż w zaświaty oraz doświadczenie rozmaitych zjawisk, z jakimi zetknie się w chwili Śmierci²⁶. Król w ostatniej scenie występuje jako Oświecony – *Bodhisattwa*. Jego Umieranie jest raczej tryumfem, a nie tragedią. Świadome Umieranie, na wzór tybetańskiej jogi Śmierci²⁷, ma na celu takie wyćwiczenie świadomości, aby umierający mógł zrozumieć naturę zjawiska, z jakim będzie miał do czynienia. W *Tybetańskiej Księdze Umarłych*²⁸, będącej odpowiednikiem europejskich traktatów *ars moriendi*, *Bardo Thödol*²⁹ duże znaczenie przywiązuje się do tego, aby umierający pozostawał w pełni świadomy tego, co się wokół niego dzieje: tak długo, jak jest to możliwe. Ostatnie myśli umierającego mają wpływ na naturę jego pośmiertnych doświadczeń, jak również wpływają na kolejną inkarnację, jeśli się nie uda wejście w Nirwanę. Osobie umierającej towarzyszy guru lub lama, który przygotowuje ją na ostateczne spotkanie ze Śmiercią. Według wierzeń staroindyjskich umierający doświadcza w momencie Śmierci ekstazy „czystego światła”. Osoby bardziej „oświecone” widzą światło dłużej, wstępując na wyższy poziom rzeczywistości. Ostatnia scena dramatu *Król umiera...* rozpląnięcia się postaci i dekoracji w mglistej poświacie jest wymownym symbolem ekstatycznego rozproszenia w „czystym świetle”. Rozproszenie to jest w pewnym sensie nawiązaniem do, charakterystycznej dla tybetańskiego buddyzmu kategorii – roz-

²⁵ Patrz: *Trzy filary Zen*, wybór i oprac.: P. Kapleau, tłum. J. Dobrowolski, Warszawa 1988, s. 266–267.

²⁶ Patrz: M. S. Barranger, *Death as Initiation in Exit the King*, „*Educational Theater Journal*” 1975, nr 27, s. 504–7.

²⁷ Tybetański podręcznik traktujący o Śmierci, będący swego rodzaju podręcznikiem wschodniej eschatologii to *Bardo Thödol*, którego autorstwo przypisuje się indyjskiemu mistrzowi tantry z VIII w. n.e. – Padmasambhawie.

²⁸ Patrz też: *Tybetańska księga umarłych*, tłum. I. Kania, Kraków 1991.

²⁹ Oryginalna nazwa *Tybetańskiej Księgi Umarłych*.

puszczenia³⁰. Ostatnim stadium umierania jest więc osiągnięcie pożądanej przez mistyków wschodnich – Pustki. Ionesco tworzy w ten sposób metaforę „pustej przestrzeni”, jaka powstaje w chwili odejścia.

Z kolei na paralele dramatu Ionesco z hinduską mitologią *Upaniszad*³¹ zwraca uwagę Warren Tucker³², podobnie jak Mircea Eliade³³, widząc w ostatniej scenie stopienie się indywidualnego atmana z kosmicznym brahmanem³⁴. To jedna z możliwości „pozytywnej” interpretacji zakończenia sztuki³⁵. *Upaniszady* prezentują ideę stopienia się indywidualnego *atmana* z kosmicznym *brahmanem*. To stopienie się zostaje zobrazowane za pomocą kropli wody (symbolizującej *atmana*) wpadającej do oceanu (symbolizującego *brahmana*). „Wszystko będzie zachowane w pamięci bez wspomnień. Ziarenko soli, które rozpuszcza się w wodzie nie znika, bo woda staje się słońa” – przekonuje Króla Małgorzata. Zwróćmy jeszcze uwagę na wymowną scenę, w której Małgorzata symbolicznie przecina

³⁰ Nie sposób tutaj zreferować w całości idei rozproszenia w buddyzmie tybetańskim. Odsyłam do: L. Rinpocze, J. Hopkins, *Śmierć. Stan pośredni i odrodzenie w buddyzmie tybetańskim*, tłum. W. Kurpiewski, Kraków 1999. Czytamy tam, m.in.: *Sposób w jaki umierają ludzkie istoty, z konieczności polega na „rozpuszczeniu” dwudziestu pięciu niesubtelnych obiektów – pięciu agregatów, czterech elementów, sześciu źródeł, pięciu obiektów i pięciu podstawowych mądrości* (s. 36). Proces Śmierci obejmuje skomplikowane stadia od niemocy fizycznej, głuchoty, ślepoty, zwiócenia członków aż do rozpuszczenia umysłu.

³¹ *Upaniszady* postulują istnienie niezmiennego i wiecznego ludzkiego „ja” (tzw. *atman*). *Atman* jest jednak uwięziony w nieustannym kołowymrocie Śmierci i ponownych narodzin, w tzw. świecie *samsary*. Tym, co więzi *atmana* w kole *samsarycznym* jest karma. Nie sposób rozwinąć się tutaj nad mitologią hinduską. Pragnę jedynie zwrócić uwagę na swoistą paralele, metaforę „rozpłynięcia się w pustce”. Trzeba wyraźnie powiedzieć, że w *Upaniszadach* duży nacisk położony jest na osiągnięcie *mokszy*. *Moksha* – to sanskrycki termin oznaczający wyzwolenie z kołowrotu kolejnych inkarnacji. W religiach południowej Azji osiągnięcie *mokszy* jest najbardziej pożądanym celem ludzkiej egzystencji. Wyzwolenie można osiągnąć poprzez określone czynności rytualne, jogę lub „wgląd w naturę rzeczywistości”.

³² Patrz: W. Tucker, *Le Roi se meurt et Les Upanishads*, „French Review” 1976, nr 49, s. 397–400.

³³ M. Eliade, *Lumiere et transcendance dans l'oeuvre d'Eugene Ionesco*, [W:] Ionesco. *Situation et perspectives*, Centre Culturel International de Cerisy la Salle, s. 117–129.

³⁴ *brahman* – w świetle *Upaniszad* to nie podlegające zmianom bóstwo, absolut – jednocząca podstawa wszelkiego bytu, której nie należy jednakże utożsamiać z konkretnym bogiem, czy absolutem filozofii zachodniej).

³⁵ Trzeba zaznaczyć, że fascynacja Ionesco Zenem jest potwierdzeniem fascynacji buddyzmem zaprezentowanym przez jednego z największych myślicieli dwudziestego wieku Martina Heideggera. (Heidegger miał powiedzieć: „Jeśli zrozumiałem właściwie [Zen], to jest to właściwie to, co usiłowałem wyrazić we wszystkich moich pismach”). Cyt. wg: *Zen Buddhism: Selected Writings of D. T. Suzuki*, red. W. Barret, Garden City: Doubleday Anchor Books, 1956, s. XI, cyt. za: P. Kapleau, *Trzy filary...*, op. cit., s. 11.

Królowi pępowinę Życia: „Małgorzata: Opasują cię jeszcze sznury, których nie rozwiązałam. Albo nie przecięłam. (Krążac wokół Króla, Małgorzata tnie powietrze jakby trzymała w ręku niewidzialne nożyce)” (s. 94).

Ionesco, podobnie jak Beckett, wyposaża swój dramat w symbolikę Śmierci, objawiającej się jako łożo. Przecięcie przez Małgorzatę sznura-pępowiny, który wciąż utrzymywał Króla przy życiu to symboliczny akt transgresji. To przecięcie ustanawia granicę pomiędzy dwoma światami: żywych i umarłych. Małgorzata, prowadząc Bérengera bezpośrednio ku szarawej poświacie, jest figurą Charona czy też Chrystusa i prowadzi ku wielkiej niewiadomej, jaka się kryje za kurtyną. Małgorzata spełnia tutaj ważną funkcję: utożsamia lęk kastracyjny oraz jego formę (lęk oddzielenia) z lękiem przed Śmiercią³⁶. Symboliczne przecięcie to *sui generis* oddzielenie od pierwotnego przedmiotu miłości (Freud mówi o miłości do matki), z kolei to oddzielenie jest pierwowzorem lękowych reakcji wiążących się bezpośrednio ze Śmiercią. Większość tanatopsychologów³⁷ podkreśla, że niewłaściwe odłączenie się od matki, a także od świata, będącego zarazem atrybutem macierzyństwa (w sensie przyjęcia i akceptacji), pozbawia człowieka zdolności do przeżycia traumatycznej sytuacji związanej z **osamotnieniem w chwili Śmierci**. Powyższa teza, dotycząca lęku przed Śmiercią, określa najbardziej dojmującą bojaźń spośród tych, których doświadcza człowiek.

Król, w odpowiedzi na gest przecinania pępowiny, wypowiada trzykrotnie „Ja, Ja, Ja”. Ionesco zawarł w tej riposie ideę „mechanizmu obronnego” (termin Freuda), oznaczającego nieświadomą obronę „ego”³⁸ przed agresją z zewnątrz. Jest to wymowne zobrazowanie wewnętrznych psychicznych napięć, jakich doświadcza człowiek w sytuacjach granicznych. Kluczową dla zrozumienia wewnętrznej walki, jaką rozgrywa Król, staje się riposta Małgorzaty: „Ten ty, to nie ty”. W ten sposób redukcji ulega samoświadomość (tzw. świadomość transcendentalna) umiera-

³⁶ Zawężenie wymowy tej sceny tylko do koncepcji Freuda byłoby zapewne jej zubożeniem, niemniej jednak Freud podkreślał w *Hemmung, Symptom und Angst* – 1926, że „Lęk przed Śmiercią może być ujęty jako analogon lęku kastracyjnego”, patrz też: J. Wittkowski, *Tode und Sterben*, Heidelberg 1978, s. 69.

³⁷ Na czele z W. Shiblesem i W. Muensterbergerem; Patrz: W. Shibles, *Death. An Interdisciplinary Analysis*, Wisconsin 1974; W. Muensterberger, *Vom Ursprung des Todes*, „Psyche” 1963, nr 17.

³⁸ W klasycznej, Freudowskiej psychoanalizie mechanizmy obronne traktowano wyłącznie jako syndrom neurotycznych zachowań człowieka, współcześnie jednak wskazuje się na pozytywny aspekt obrony „ego”, charakterystyczny dla zdrowej jednostki; Patrz: H. P. Laughlin, *The Ego and Its Defenses*, New York 1975.

jącego, która rozplywa się w drugim rodzaju świadomości – tzw. świadomości zewnętrznej świata³⁹. Świadomość transcendentna Króla (świadomość „ja”) umożliwia poznanie umierania jako zjawiska naturalnego, pozwala również na wyobrażenie tego, co starożytni nazywali *pneumą*, a więc duchowej siły, niczym nie ograniczonego boskiego świata. Jednak w momencie Śmierci następuje odrzucenie transcendentnej świadomości, prowadzące do zaprzeczenia istnienia typowo ludzkiego. Jest to również forma kompensacji lęku przed Śmiercią, jakby nie powiedzieć, posiadającego status ontologiczny (czyli wynikającego z natury człowieka żyjącego w świecie, a także transcendującego ten świat w aktach świadomości). Znacząca staje się w powyższym kontekście kwestia Małgorzaty: „No uwolniłam cię od twoich żalonych utrapień, od tych małych brudów”. To w zasadzie kwintesencja i ostateczny cel całej Ceremonii Umierania. Ale ceremonia nie byłaby pełna, gdyby nie ukazany dramat doświadczania *samsary*, a więc przede wszystkim życia równoznacznego z cierpieniem. Podczas rozwoju ceremonii królewskim berłem zostaje trzcina, korona królewska zostaje zastąpiona przez szlafmycę, wózek inwalidzki zabiera miejsce królewskiego tronu, a koce i butelki z gorącą wodą stają się koronacyjnym płaszczem. W ten sposób ulegają redukcji nie tylko królewskie rekwizyty, zostaje zredukowana „przestrzeń władzy”. Ionesco podkreśla w ten sposób względność wszystkiego, co posiada jakikolwiek kształt.

7. W stronę rytuału i powrotu do łona

Berło, zmieniające się w trzcinę, to *implicite* nawiązanie do wymownej ceremonii papieskiej. W przedsoborowym podręczniku *Liturgiki*⁴⁰ znajdujemy opis interesującego obrzędu, który można potraktować jako swoisty pretekst ceremonii zaprezentowanej przez Ionesco. Ósmego dnia po wybraniu papieża odbywała się koronacja. Papież zasiadał na przenośnym tronie *sedia gestatoria*, aby następnie w bazylice Piotra i Pawła odebrać hołd ludu. Po modlitwie mistrz ceremonii zbliżał się do papieża, zapalał wiecheć z lnu i trzciny przywiązanych do laski i śpiewnym głosem wymawiał pełne głębokiego znaczenia słowa: „*Sic transit gloria mundi!*”

³⁹ Na istnienie immanentnego związku pomiędzy lękiem przed Śmiercią a naturą człowieka zwraca uwagę Momeyer. Patrz: R. Momeyer, *Fearing death and caring for the dying*, „Omega” 1985–86, nr 16, s. 1–9.

⁴⁰ Patrz: *Liturgika, czyli wykład obrzędów katolickiego kościoła*, ułożył. D. Bączkowski, Warszawa 1914, s. 107–108.

(z łac. Tak przemija chwała świata). Następnie, w *loggi* bazyliki odbywała się koronacja tiarą. Mgła dymu unosiła się w powietrze, rozpuszczając się tak jak każdy element bytu. Ten jednoznaczny motyw wanitatywny zyskuje swoje dopełnienie w dramacie poprzez redukcję korony królewskiej do szlafmicy, będącej symbolem boga snu Hipnosa. Być może szlafmicy pełni tutaj identyczną rolę jak brudny, stary czepek Sylwii Groomkirby z *Wahadła jednokierunkowego* N. F. Simpsona. W *Wahadle...* Simpsona miał on być z założenia czymś w rodzaju *Memento mori*. Niestety Sylwii polegało jednak na tym, że brudny czepek wcale nie przypominał jej o Śmierci. W dramacie Ionesco nadwyżka interpretacyjna symbolu szlafmicy, wpisanej w Ceremonię Umierania polega na tym, że w ostateczności wszyscy bohaterowie sztuki, pogodzeni z nieuchronnością Śmierci, pogrążą się w otchłani⁴¹.

Rytuał Umierania w *Król umiera...* obejmuje swym zasięgiem status egzystencji człowieka. Człowiek staje przed ostatecznością i nieuniknionym karykaturalnym odbiciem swoich dawnych wyobrażeń o swojej wielkości. Wózek inwalidzki, jako absurdystyczne *sedia gestatoria*, prowadzony jest nie tylko przez Małgorzatę i samego Bérengera, ale przede wszystkim przez niewidocznych „lektykarzy Śmierci” – Jej podstępnych pomocników zwanych: Ułomność, Choroba, Starość, Przemijanie. Naszkicowany przez Ionesco rytuał redukcji rekwizytów koronacyjnych jest już prostą konsekwencją całego procesu destrukcji obejmującej ciało. Podobnie jak Ryszard II, Bérenger jest bez korony, bez funkcji. Bycie królem zostało odarte z sensu i znaczenia. To w zasadzie projekcja urojeń wielkościowych *Everymana*. Ich ekspozycja służyła uwypukleniu *Memento*, jak w średniowiecznym *danse macabre*, w którym Śmierć jednoczy wszystkie stany, wszystkich „wysoko” i „nisko” urodzonych. Uwypukleniu procesu redukcji służy też język *quasi*-liturgiczny oraz formy podkreślające ceremonialny charakter sceny. Dzięki temu Ceremonia Umierania wzbogacona zostaje o element kontemplacji, mistycznego uniesienia, nabożnego skupienia.

Istotny dla Ceremonii Umierania jest początek sztuki, będący ekspozycją sytuacji rodem z francuskiego ceremoniału dworskiego. Strażnik wypowiadający kwestię: „Jego Królewska Mość, Król Bérenger Pierwszy. Niech żyje król!” powtarza, *implicite*, historyczny okrzyk pierwszego z heroldów królestwa Francji, zwanego królem herbowym, wydawany po każdorazowej Śmierci króla. Po złożeniu ciała zmarłego w kryp-

⁴¹ Przekonuje o tym Esslin we wspomnianej recenzji „*Memento mori*”.

cie i wrzuceniu do niej insygniów królewskich Herold, z czarnym piórem przytwierdzonym do kapelusza, ukazywał się na balkonie ludowi z okrzykiem „*Le Roi est mort*”, po czym zmieniał pióro na białe, krzyżąc „*Vive le Roi!*”⁴². Tradycyjny okrzyk Herolda jest u Ionesco przedstawiony *à rebours*. Najpierw „król żyje”, potem umiera – zanika. W ten sposób redukcji ulega *continuum* Życia i Śmierci symbolicznie obecne w formule: „Umarł król! Niech żyje król!”. Odwrócenie to stanowi wyraźny sygnał przygotowujący i zapowiadający tragiczne zdarzenie. Swoisty *parados* Strażnika otwiera nie tylko cały dramat, to również otwarcie perspektywy metafizycznej, której dopełnienie stanowi ostatnia scena znikania w szarej poświacie postaci i dekoracji. Informacja zawarta w didaskaliach „Król znowu pada” jest jeszcze jednym sygnałem przywołania przez Strażnika tradycyjnej formuły w odwróconej wersji: „Niech żyje Król! (Król znowu pada) Król umiera!” (72). Dodatkowo trzeba zaznaczyć, że Strażnik pełni także funkcję kapłana, bez którego ceremonia nie byłaby uświęcona i ważna. Strażnik-Kapłan, jak podczas pogrzebu, wylicza wszystkie zasługi „zmarłego”, w ten sposób wygłaszając swoistą laudację pogrzebową. Zasadniczym elementem każdej laudacji pogrzebowej jest patetyczna zasada: „*De mortuis aut nihil, aut bene*” („O umarłym nie mówi się źle, albo wcale”). *Explicite*, w nieco zmienionej wersji, przywołuje tę sentencję Julia: „*De mortui nihil nisi bene*. Był królem wielkiego królestwa” (90). Mówienie o Królu w czasie przeszłym w chwili, gdy jeszcze nie opuścił sceny, stanowi zamierzony absurdalny efekt komiczny.

Jednak najważniejsze w rytuale jest to, co kryje się poza słowami. Najdobitniej określiła to teoretyk teatru Carol Martin, pisząc: „To, co naprawdę w tym kocham, to niewypowiedziane”⁴³. Dodatkowo, ważną funkcję spełniają postaci, uczące Króla pokory i rezygnacji. Główną rolę gra tutaj Małgorzata, uwalniająca Króla z sieci *samsary*. Cel podróży opisany przez Małgorzatę jest istotnie bezbolesny, nawet euforyczny, jest to symboliczny powrót do łona matki. To Małgorzata przecina niewidzialnymi nożycami symboliczną pępownię, która nie pozwala Królowi uwolnić się z *samsarycznego* kołowrotu narodzin i Śmierci. Jednak ów kołowrót zdaje się być nieskończony, w momencie Śmierci stajemy przed kołem *samsary*, tak jak w momencie narodzin: „Daj się prowadzić kołu, co się kręci przed Tobą” (s. 95) – woła Małgorzata w ostatniej scenie.

⁴² Patrz: W. S. Magdziarz, *Ludwik XIV*, Wrocław 1991, s. 16–17.

⁴³ R. Schechner, *Przyszłość rytuału*, tłum. T. Kubikowski, Warszawa 2000, s. 127.

Droga, jaką otwiera Małgorzata Królowi, powiadając mu, aby stał prosto i wspinał się wysoko i wyżej aż dosięgnie znowu tronu, a zarazem symbolicznie „kanału rodnego” to mityczne wyobrażenie „powrotu do łona”. Kiedy Król staje w pobliżu tronu, Małgorzata poleca mu: „Oto kładka, nie bój się zawrotu głowy. (...) Daj mi twoje nogi, prawą, lewą. (...), ręce i nogi Króla sztywnieją) Daj mi jeden palec... daj mi dwa palce... trzy... cztery... pięć... wszystkie dziesięć palców! Zostaw mi prawe ramię, lewe ramię, piersi, plecy i brzuch, (Król..., skamieniały) I już widzisz, nie masz głosu, twoje serce nie musi bić, nie warto oddychać” (95). To oddawanie palców i innych części ciała jest *implicite* przywołaniem tajemniczego piakularnego⁴⁴ obrzędu pogrzebowego, w rozmaitych transfiguracjach kultuwanego przez ludy pierwotne⁴⁵, a zarazem zapowiedzią mającej nastąpić tanatozy⁴⁶.

Kończową instrukcją Małgorzaty przed zniknięciem Króla są słowa: „Możesz zająć miejsce”. Chodzi tu o miejsce przy tronie. Tron przywołuje symbolicznie macicę (łono), a więc miejsce poprzedzające jego narodziny. Widoczna tutaj symbioza symboliki tanatycznej i erotycznej wy-

⁴⁴ Z łac. *piaculum* – nieszczęście, ofiara, przekroczenie.

⁴⁵ W opisie obrzędów pogrzebowych z Triobrandów czytamy, m.in.: „Do kobiet, które łączyło ze zmarłym jakieś pokrewieństwo, należy pieszczanie ciała i trzymanie go na kolanach. (...) Inna kategoria krewnych kobiet odbywa na dworze niezwykle żałobny; (...) Każda z nich trzyma w ręku jakiś przedmiot, który zmarły albo nosił, albo który stanowił jego własność. Te relikwie odgrywają znaczną rolę w żałobie i kobiety noszą je dłuży czas. (...) Podczas całego rytuału (m.in. makabrycznego krajania zwłok) szczątki ani na chwilę nie są pozostawione w spokoju. Ciało dwukrotnie się ekshumuje, kraje na części, wyjmuje ze zwłok niektóre kości, które muszą przejść przez wiele rąk, zanim zostaną złożone na wieczny spoczynek”. B. Malinowski, *Życie seksualne dzikich w północno-zachodniej Melanezji*, [W:] Tenże, *Dziela*, t. 2, Warszawa 1980, s. 176, 266, 272.

⁴⁶ M.in. Malinowskiego czy Durkheima; Patrz też: E. Durkheim, *Elementarne formy życia religijnego*, op. cit., Warszawa 1990; B. Malinowski, *Dziela*, Warszawa 1980. Sztywnienie i symboliczne „rozczłonkowanie” ciała Króla to właśnie znamiona mającego nastąpić rozkładu. Durkheim w opisie obrzędów pogrzebowych ludu Warramungów przywołuje makabryczną scenę, w której kobiety odgrywają zasadniczą rolę w procesie kompensacji lęku społeczności przed agresją zmarłego: „Na dany znak, w zupełnej ciszy z obozu nadbiegają kobiety. Zbliżywszy się, ustawiają się gęsiego, a ostatnia trzyma owiniętą w korę kość ramieniową zmarłego. Potem wszystkie, rzuciwszy się na ziemię, wędrują na rękach i kolanach, przechodzą rowem między rozstawionymi nogami mężczyzn. Scena ta ujawnia stan ogromnego napięcia seksualnego” (E. Durkheim, *Elementarne formy życia religijnego*, tłum. A. Zadrożyńska, Warszawa 1990, s. 379). Fenomen obrzędów piakularnych, opisywanych przez większość antropologów i socjologów z Durkheimem i Malinowskim na czele, przywołuję w kontekście obrzędku pogrzebowego, w którym każda czynność i rzecz ma swoją symbolikę (przekonywał o tym Mircea Eliade; M. Eliade, *Historia wierzeń i idei religijnych*, t. I, Warszawa 1988).

raża nadzieję wspólnoty na powtórne narodziny, a Śmierć sytuuje jako odwieczne *continnum* związane z cyklem obumierania i odradzania przyrody i całego kosmosu.

8. Błękit śmierci

Chociaż cel ceremonii jest jasny, sztuka nie daje odpowiedzi na pytanie czy została spełniona jej funkcja konsolacyjna. Sam autor zeznał w *Entre la Vie et le rêve*, że pisanie sztuki o Umieraniu w sumie nie pomogło mu złagodzić osobistego cierpienia⁴⁷. Król, jako autorskie *porte-parole*, do końca opiera się Śmierci, będąc zakorzeniony w życiu. Jednak jego ostatnie słowa: „Błękit, błękit”⁴⁸ (s. 95) oznaczają coś więcej, aniżeli tylko niemożność oderwania się od ziemskiej egzystencji. Ten intensywny kolor zawsze towarzyszył Ionesco. Autor *Króla...* kontemplował z radością i zdumieniem jego czystość, w ten sposób sygnalizując, że jeszcze „nie abdykował” całkowicie z życia. Pogodny nastrój błękitnego światła wzbogaca symbolikę euforii, spokoju, pełni i odkupienia. Z perspektywy buddyzmu tybetańskiego ostatnią, ósmą fazą „rozpuszczenia” w momencie Śmierci, jest właśnie zjawisko obcowania z bardzo przejrzystą próżnią podobną do naturalnego koloru jesiennego nieba o świcie, wolnego od zanieczyszczeń, czy wpływu światła księżyca, światła słonecznego oraz ciemności. Ów „błękit” zwie się „jasnym światłem Śmierci” oraz „zupełnie pustym”. Osiągnięcie „jasnego światła” i „zupełnej pustki” rozumiane jest jako osiągnięcie rzeczywistej Śmierci⁴⁹. Sztuka Ionesco nie jest jednak prostą transpozycją stadiów Śmierci, wyrażonych w myśli buddyjskiej. Szara mgła, w której wraz z dekoracjami pogrąża się główny bohater *Ceremonii*, zasila dwuznaczną niejasność co do ostatecznego końca. Nie posiadamy dostatecznej ilości informacji, pozwalających zrekonstruować „świadomości Umierania” Bérengera. Ionesco odziera tę ostatnią scenę z psychologii, sztuka przedstawia proces umierania w sposób, który określiłbym mianem **możliwości poznania Śmierci przez niemożliwość Jej**

⁴⁷ *Entre la Vie et le rêve*, ed. C. Bonnefoy, Paris 1977, s. 78; także: *Conversations with Ionesco*, trans. J. Dawson, London 1970. (tłum. frgm. D. K.).

⁴⁸ W tłumaczeniu Adama Tarna występuje kolor niebieski, uważam jednak, że wołanie Króla: *Niebieskie, niebieskie* brzmi za mało poetycko i nie oddaje w dostateczny sposób ładunku mistycznej a zarazem „metafizycznej jakości wzniosłości” – dlatego też wprowadzam małą poprawkę niebieski zastępując błękitem.

⁴⁹ Na podst. L. Rinpocze, J. Hopkins, *Śmierć...*, op. cit., s. 47–49.

poznania. Jednym słowem, nie możemy powiedzieć nic więcej o Śmierci inaczej jak poprzez niewiedzę

Niezgłębiony welon ciemności oznacza, że Śmierć musi wciąż zostać zawsze niewiedzą dla żyjących. Ionesco *implicite* przekonuje, że jednym z najbardziej oczywistych i podstawowych rozgraniczeń związanych ze Śmiercią jest rozgraniczenie między poprzedzającym Śmierć procesem umierania, samą Śmiercią oraz nieznanym stanem następującym po Śmierci. Wyabstrahowane tutaj trzy składniki „ontologii Umierania” prowadzą do najważniejszej konstatacji: w całym dramacie Ionesco nie mówi o Śmierci *explicitie*, jedynym pewnikiem jest proces Umierania i moment jego rozpoczęcia. Uzmysławia to dzianie Małgorzaty i Lekarza, wygłaszającego ponurą diagnozę „choroby na Śmierć”: „Sire, jesteś nieuleczalny”. Wszystkie *dramatis personae* przedstawiają w ten sposób kliniczną perspektywę Śmierci – jako nieuleczalnej choroby. Jednocześnie, postaci asystujące przy Królu uzmysławiają cały potencjał swoistego balansowania pomiędzy zmniejszaniem i potęgowaniem metafizycznego aspektu Śmierci, aż do wypełnionego lękiem oczekiwania na moment krytyczny. Dramat Ionesco swoim „błękitem Śmierci” przekazuje również *implicite* świadectwa, jakie wobec Śmierci i rzeczy ostatecznych sformułował Paweł w swoich *Listach*: „Oto ogłaszam wam tajemnicę: nie wszyscy pomrzemy, lecz wszyscy będziemy odmienieni” (1 Kor XV, 50).

9. Bérengera *mortificatio regis* – fazy umierania

Łacińskie słowo: *mortificare* („zabijać, umartwiać”) pojawia się w przywoływanych powyżej *Listach Pawła* i dotyczy duchowej zdolności zwalczania i opanowywania pożądliwości zmysłowych. Czytamy m.in. w *Liście do Rzymian*: „Nieszczęsny ja człowiek! Któż mnie wyzwoli z ciała, [co wie] ku Śmierci?” (Rz VII, 24), dalej w *Liście do Galatów*: „Oto, czego uczyć: (...) nie spełniajcie pożądania ciała” (Ga V, 16). Koncepcja umartwiania ciała ulegała przemianie: od masochistycznego samobiczowania po ascetyczne praktyki, umożliwiające porzucenie potrzeb materialnych oraz uzyskanie kontroli nad zmysłami w celu osiągnięcia duchowego rozwoju. Tradycja chrześcijańska, jak i hinduska w tej konkluzji są zgodne. W szerszym znaczeniu sens *mortificare* leży w odnowieniu kosmosu⁵⁰. To odnowienie praktykowane przez społeczności archaiczne

⁵⁰ M. Eliade, *Encyclopedia of Religion*, op. cit.

odbywało się również poprzez związane z rytami inicjacyjnymi celowe umartwienie lub zabicie. J. G. Frazer⁵¹ przypomina również o karnawałowym rytuale przebierania żebraka za króla, aby następnie szydząc z przebranego zbeszcześcić jego ciało. Koronacja żebraka była jego cynicznym i krótkotrwałym wywyższeniem. Ostatecznie, sobowtór króla był corocznie symbolicznie zabijany, aby prawdziwy król po Śmierci swego sobowtóra znowu ożył. Ślad tej metamorfozy odnajdujemy w królewskiej obrzędowości funeralnej. Przed trumną króla podążał przybrany w jego szaty i zbroję *archimimus*, czyli rycerz na koniu, będąc wyobrażeniem żywego króla.

Wraz ze Śmiercią Bérengera umiera fragment kosmosu, dlatego rytuały, w jakie wyposaża Ionesco przestrzeń absurdystycznego MISTERIUM MORTIS, to wyrażenie mitycznej wiary w przemianę i powrót do zakłóconego przez Śmierć porządku. Spoglądając na postać Króla, jako na archetyp i motyw antropologiczny zwracam uwagę na to, że rekurencyjna topika „umartwienia króla” zyskała swój wyraz w mitologicznej opowieści o Jezusie, którego męka i Śmierć miały na celu zbawienie ludzkości. *Mortificatio regis* (dosł. umartwienie króla), było również elementem renesansowej alchemii. W ten sposób określano rozpad materii. Sceny Umierania Bérengera przekazują bezpośrednio prawdę, że umierający w większości respektują doświadczenia nieuleczalnej choroby i cierpienia, tak jak to opisuje, specjalistka od problematyki umierania, Dr Elisabeth Kübler-Ross w swoim studium *Rozmowy o Śmierci i umieraniu*⁵². Pierwszą reakcją na zapowiedź Śmierci jest **zaprzeczenie**: „Nie jestem chory. (do Marii) Czy nie powiedziałaś, że nie jestem chory? Jestem jeszcze piękny” (s. 71).

Tanatopsychologowie uważają, że strach przed Śmiercią jest ludzkim odruchem. Wielu akceptuje ją dopiero wtedy, gdy ma dla niej jakieś zrozumienie. Znajdują więc pocieszenie w wierze i religii, która uczy, że Śmierć jest początkiem wyższej egzystencji duchowej⁵³. Najboleśniejszy fakt związany ze Śmiercią związany jest z przyjęciem wiadomości o jej nieuchronności. Obecność Śmierci wywołuje zawsze te same reakcje. Elisabeth Kübler-Ross okres godzenia się z chorobą i nadchodzącą Śmiercią dzieli się na pięć etapów. W **pierwszym** etapie chory zaprzecza zbliża-

⁵¹ J. G. Frazer, *Złota gałąź*, tłum. H. Krzeczkowski, PIW, Warszawa 1965.

⁵² Patrz: E. Kübler-Ross, *Rozmowy o Śmierci i umieraniu*, op. cit.

⁵³ Na podst. *Tajniki ludzkiego umysłu* (polska adaptacja książki: *ABC's of the Human Mind*), pod red. E. Wierzbickiej, tłum. P. Art, R. Palewicz, Warszawa 1997, s. 274–281.

jącej się Śmierci; Bérenger stając przed niezaprzeczalnym dowodem, reaguje z mieszanką skrajnego przerażenia i gniewu. Krzyczy przez okno, błagając o pomoc („Ludu mój, ratunku! Ludu ratunku!” – s. 77) i chcąc oddalić perspektywę nieuchronnej Śmierci – prowokuje Małgorzatę, która w ostateczności spostrzega, że „Był raz jeden król – jest teraz świnią – jest istotą skazaną na rzeź”. Śmierć czyniąca z bohatera świnię – to iście groteskowe potraktowanie tematu *ars moriendi*. Strach człowieka przed Śmiercią możliwy jest w dramacie absurdu poprzez ukazanie swobodnego kształtowania przez dramaturga ludzkiego ciała, zredukowanego zazwyczaj do ciała zwierzęcia. Zwróćmy teraz uwagę na **drugą** fazę Ceremonii Umierania. Jest nią bunt przeciwko Bogu i nieszczęściu, nawet lekarzom i bliskim: „Nie poddam się nigdy” (s. 78). Na osi dramaturgicznego napięcia jest to najwyższa amplituda. Bérenger wrzeszczący przez okno tym razem gniewnie obwinia niewyraźnie „onych” oszukujących, wystawiających fałszywą diagnozę „najemników Śmierci”: „Oni obiecali mi, że mam szansę i czas kiedy mógłbym umrzeć”. W **trzeciej** fazie umierania następuje moment targu ze Śmiercią, zaczynają się negocjacje i odsuwanie ostatecznej decyzji: „Oddać życie dla biednego starego Króla”, „Królowie powinni być nieśmiertelni”, „Oszukano mnie” (s. 75). Wreszcie, przychodzi **czwarty** etap, w którym chory popada w depresję i apatię z powodu nieuchronności Śmierci: „Boję się, zapadam się, tonę, nie wiem już nic, nie byłem. Umieram” (s. 81). Błaganie Bérengera o pomoc jest również sygnałem wyobrażenia absurdalności Śmierci. Jak można prosić o pomoc w przewycięzeniu Śmierci tych, którzy przecież mają też umrzeć. Tutaj też pojawiają się sygnały przejścia z niewiary i nieufności do wiary w nieuniknioną Śmierć: „Pomocy! Powiedzcie mi jak mogliście akceptować śmierć i umieranie”. W końcowej, **piątej** fazie, następuje akceptacja i przyjęcie do świadomości zastanego faktu: „Nauczcie mnie swojej obojętności i spokoju, nauczcie mnie pogody, nauczcie mnie rezygnacji” (s. 81) – powiada Król. Dla Berengera umieranie jednak nie jest naturalne, ponieważ nikt tego nie pragnie. „Pragnę istnieć” woła umierający Król, chociaż jak zapewnia Lekarz: „Tysiąc razy ocierałeś się o śmierć”. Ostatecznie, Król wyrzeka się małej ziemskiej przyjemności – gulaszu, aby w końcowym bólu pogodzić się z utratą wszystkiego, z czym stykał się na ziemi. Nostalgiczny ton najwyższe zabarwienie emocjonalne zyska w smutnym pożegnaniu małego rudego kota, „Mój biedny mały kot, mój jeden i jedyne kot” (76). Mglista poświata powinna pomóc bohaterowi przewyciężyć przeciwstawne uczucia: przyjemności Istnienia i rozpacz Umierania.

10. Czas umierania

Śmiertelności i Umierania nie sposób odróżnić od Czasu. Czas jest tajemniczym narzędziem Śmierci (*Tempus edax rerum* – z łac. „Czas pożera rzeczy”... i ludzi, trzeba dodać), tworzy cykl działania i spoczynku, dnia i nocy, wzrostu i zamierania. Dla Ionesco, Czas jest rakiem prowadzącym do Śmierci i zazwyczaj jest „szarym pokrowcem zasłaniającym dziewictwo świata”⁵⁴. Pomiędzy pewnikami: Narodzinami i Śmiercią, jest niestatyczny Czas Umierania. Banalne byłoby tutaj wskazanie, że Umieranie zaczyna się już w zarodku. Ionesco odkrył Czas i Śmierć jednocześnie – przekonywała Nancy Lane⁵⁵. Rozdzierając na kawałki „horror Życia i horror Śmierci”⁵⁶, obnażył podstawowy mechanizm destrukcji ciała oraz podmiotowego „ja”. Tym mechanizmem jest Czas, czyniący egzystencję nie do wytrzymania. Ale na „horror Życia i horror Śmierci” patrzy Ionesco ze spokojem, jak mędrzec rządzący swym losem, znający prawo obrotów jak astrolog, który wie, że „Gwiazdy rządzą człowiekiem, lecz Mędrzec rządzi gwiazdami”. Autor *Króla...*, jako mistyk uznający Ducha jako twórcę formy akceptuje Śmierć, przyjmując ją jako nieuniknioną fazę w ciągłości Istnienia i jako przejście ku „mglistej poświacie”. Pisał w *Entre la Vie...*: „Sens naszej egzystencji nabiera znaczenia, kiedy jesteśmy tutaj w stanie zdumienia i kiedy jesteśmy spełnieni dla Śmierci”⁵⁷. Znakomita większość sztuk Ionesco jest medytacją nad względnością i ulotną naturą czasu oraz niemożnością nazwania *Nienazywalnego*. Ów czas Śmierci jest zupełnie inny, jak przekonywał Jarosław Barański w książce *Śmierć i zmysły*: „Czas choroby prowadzącej do Śmierci jest już innym czasem, chociaż nadal doczesnym. Ciało chore jest zapowiedzią Śmierci (...). Ciało chore, ciało martwe to teatr rozkładu i gnicia, na scenie którego robactwo, larwy, a nawet węże znajdują pożywienie”⁵⁸. Jednak nigdzie indziej jak w *Król umiera...* czas został objawiony jako nowotwór, a śmiertelność człowieka jest ceną pierwotnego grzechu.

Ionesco-Bérenger nie pozostawia złudzeń, mówi o nieuchronnym procesie mającej nadejść tanatozy. Tak oto spełniona zostaje funkcja

⁵⁴ *Entre la Vie et le rêve / Conversations with Eugène Ionesco, edition of C. Bonnefoy, Paris 1977, s. 32.*

⁵⁵ N. Lane, *Understanding Eugène Ionesco*, op. cit., s. 19–21.

⁵⁶ Na podst.: E. Ionesco, *Présent passé*, „Mercure de France”, Paris 1968, s. 81.

⁵⁷ *Ibidem*, s. 160.

⁵⁸ J. Barański, *Śmierć i zmysły. Doznania, wyobrażenia, przemijanie*, Wrocław 2000, s. 17–18.

konsolacyjna dramatu o Śmierci i Umieraniu. Jest tu możliwe *katharsis* poprzez naturalizowanie wydawałoby się nienaturalnej nadnaturalności Śmierci.

Ionesco, podobnie jak P. L. Landsberg⁵⁹, przekonuje, że z jednej strony Śmierć jest nie ogarniętą przez doświadczenie tajemnicą o nieskończonych wymiarach lub w ogóle czymś bezwymiarowym, z drugiej zaś jest zdarzeniem zwyczajnym, które zachodzi empirycznie i dokonuje się niejednokrotnie na naszych oczach.

Zakończenie

Pomimo tego, że Ionesco nie stworzył w swoim dramacie wyraźnej alegorii Śmierci, to jednak trzeba zaznaczyć, że kolejne fazy „ostatniej godziny” Bérengera stają się podstawowym budulcem lapidarnej „formuły” Śmierci, a sama postać głównego bohatera skupia w sobie, jak w średniowiecznym *danse macabre*, wszystkie cechy Śmierci znamionujące ostateczny kres i rozpad. Umieranie jest dla Ionesco procesem, wędrówką ku przyszłości, w stronę niebytu. Trzeba podkreślić jednocześnie, że zdarzenie Śmierci przedstawione w dramacie przerasta wszystkie zjawiska naturalne (jest przeciwieństwem tezy: „Śmierć nie jest zdarzeniem w życiu. Śmierci się nie przeżywa”⁶⁰), jest wobec nich niewspółmierne ze względu na obecny absurdystyczny kod Śmierci. Ionesco pokazuje, że nie jesteśmy w stanie uchwycić czasowo „zdarzenia Śmierci”, to co może być przez nas odebrane nosi nazwę tragedii umierania, czyli procesu kończącego się zawsze pesymistycznie, bez „*happy endu*”. Tragedia umierania zawsze prowadzi do Śmierci. W rezultacie, w całej sztuce nie pada *explicite* słowo „śmierć”, Ionesco mówi zawsze o Umieraniu⁶¹.

Hans Mayer, jeszcze przed światową prapremierą sztuki *Król umiera...*, pisał, że: „Pisarz jest jak król, który mówi o *vanitas vanitatum*, albo jak książę, który uczy, że nie należy zastanawiać się nad światem, którego przecież nie ma”⁶². Tematyka dramatu *Król umiera* objawia się w tej

⁵⁹ Patrz: P. L. Landsberg, *O sprawach ostatecznych*, tłum. B. Kazimierczyk, Warszawa 1967.

⁶⁰ L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, tł. B. Wolniewicz, Warszawa 1970, s. 86.

⁶¹ Na marginesie dodam, że cała sztuka jest zakotwiczona w systemie idei i wyobrażeń o Śmierci, z którymi Ionesco próbował konfrontować sam fakt istnienia Śmierci widziany z perspektywy osobistej „intuicji Śmierci”.

⁶² H. Mayer, *Ionesco i ideologie*, tłum. J. Kott, „Dialog” 1962, nr 8, s. 128–129.

perspektywie jako najważniejszy, w twórczości powojennej awangardy, przejaw troski o *conditio humana*. Chociaż zarzucano Ionesco, że jego refleksje o Śmierci ubrane są w dialog aforystyczny rodem z komiksów z kaczołem Donaldem, to autor *Ceremonii* pokazuje, że pojęcie „Śmierć” nie ma i nie powinno mieć ustalonego znaczenia, odnosi się bowiem do czegoś poza rzeczywistością empiryczną. W dramacie *Król umiera* widzimy, w jaki sposób przebiega proces konceptualizacji Śmierci. W rzeczywistości scenicznej ma on swoje odniesienie do „warunków otoczenia”. Określona sytuacja życiowa, w jakiej znalazł się Berenger jest jednak modelowa, uruchamia bowiem jeden typ pojmowania Śmierci, na swój sposób weryfikując, modyfikując, a zarazem tworząc nowe pojęcie Śmierci, *par excellence* – absurdystyczne, czyli mistyczne – będące poza (*abs ordine*) wszelkimi spekulacjami religijnymi, filozoficznymi i naukowymi, a które tylko Sztuka może zrozumieć i wyrazić.

Monika Korbel-Pawlas, Jolanta Sułek,
Maria Łyżnicka

Rytuály i obrzędy związane z pochówkiem na terenie Podhala

Obszar Podhala od południa graniczy z Tatrami, od wschodu ze Spiszem wzdłuż rzeki Białki, północną granicę stanowią południowe stoki Gorców, a zachodnią Orawa. Południowa część Podhala to Skalne Podhale. Obejmuje ono miejscowości położone najbliżej Tatr; północna granica Podhala nie jest ustalona [1].

Literatura i malarstwo uwieczniły obraz umierającego człowieka. Chorował on i umierał bardzo uroczyście w swoim domu. Całe otoczenie czuło bliskość śmierci, każdy członek rodziny uczestniczył w tym zdarzeniu. Obecnie, chociaż wciąż spotyka się wystawne pogrzeby, śmierć nie jest już okazją do równie uroczystych ceremonii. Główną przyczyną tej sytuacji ma być współczesne zjawisko ukrycia śmierci w murach szpitala [2].

Pogrzeb jest często niepowtarzalną, rzadką okazją do spotkania bliźszych i dalszych krewnych.

Górale wierzą w nadprzyrodzone siły, wypadki mniej lub więcej mające styczność z cudami oraz wypadkami nie mogącymi być działanymi mocą, siłą lub przebiegłością człowieka [3].

Wszystkie obrzędy odbywają się według zwyczaju przejętego od dziadów i ojców. Naruszenie prawideł, mniemają Górale, mogłoby przynieść nieszczęście... [4]

Praca powstała na podstawie literatury. Materiały do pracy zebrano drogą wywiadu niekontrolowanego z góralami zachowującymi zwyczaje i obrzędy regionu, w którym żyją.

Mające nastąpić odejście człowieka zwiastowały – jak wierzono – różne znaki i niezwykle zdarzenia, niecodzienne zachowanie się zwierząt, jak również wróżebne sny. Określano je mianem „ogłoszeń śmierci”. Świadcami tego rodzaju zdarzeń były na ogół osoby związane z umiera-

jącym więzami krwi, przyjaźnią lub choćby nicią sympatii. „Ogłoszenia” przybierały formę uderzeń, odgłosu otwierających się drzwi, pozornie bezprzyczynowych zjawisk w rodzaju samoistnie zatrzymującego się zegara, spadającego ze ściany obrazu itp. Niektórym zwierzętom przypisywano – obok szczególnego wyczulenia na zjawiska nadprzyrodzone – także zdolność widzenia śmierci. Do najbardziej uwrażliwionych zaliczano psy. Ich wycie zwiastowało niechybną śmierć we wsi w przeciągu trzech dni, a wyją zawsze w tę stronę, gdzie będzie śmierć. Śmierć także zapowiadał niepokój koni, ryjący pod progiem kret, piejąca kura czy kukułka kukająca koło chałupy.

Sny o szczególnej treści przynosiły również wiadomości o zgonie, np. sny o wypadających zębach. Wypadające białe zęby oznaczają śmierć; czarne – chorobę. Sen o śmierci jest oznaką długiego życia. Do złowróżbnych zjawisk należały także spadające gwiazdy (symbolizowały odchodzącą duszę). Przybycie gościa po wieczery wigilijnej zapowiadało jego rychły zgon [5].

Zachowanie rodziny wobec zbliżającej się nieuchronnie śmierci jej członka określały zwyczajowo przyjęte wzory. Obowiązywała cisza, do umierającego proszono księdza z olejami świętymi. Zapalano gromnicę, której płomień miał odganiać złe duchy, a równocześnie, jako symbol ognia bożego, oświetlać drogę duszy opuszczającej ciało [5].

Śmierć na wsi nie wywoływała rozpacz, godzono się z wolą Bożą. Nawet płacz bliskiej rodziny był czymś, co należało do obrzędu i w pewnych momentach silniej wybuchał. Gdy ktoś ciężko zachorował, gdy już wyzdrowienie było mało prawdopodobne, posyłano po księdza, co było prawie równoznaczne z tym, że chory musi umrzeć. Przed śmiercią umierający, o ile był przytomny, gromadził koło siebie rodzinę, rozporządzał majątkiem, dawał ostatnie polecenia, upominał, by pomagali sobie wzajemnie, dysponował, ile mają wydać na pogrzeb i jaką wystawić stypę. Członkowie rodziny klęczeli koło łóżka umierającego, w momencie konania wkładano umierającemu gromnicę do ręki. Gdy umarł gospodarz, w ten dzień nie wolno było pracować na roli do czasu pogrzebu. Po stwierdzonym zgonie zasłaniano lustro z obawy przed przeglądaniem się w nim zmarłego, zatrzymywano zegar, aby jego głos nie pobudził serca do bicia. Tego rodzaju zachowania wynikały z obawy przed zmarłym. Była ona też powodem szczególnego obchodzenia się z nieboszczykiem oraz przedsięwzięcia rytualnych, magicznych zachowań. Na niecodzienne postępowanie osieroconej rodziny miała również wpływ wiara w przebywanie duszy zmarłego w pobliżu zwłok, aż do dnia pogrzebu. Wierzono,

iż obserwuje ona poczynania krewnych oraz ich reakcję na odejście człowieka.

Przygotowując zmarłego do pochówku, myto ciało, co czynił jeden z członków rodziny, względnie osoba zajmująca się tego rodzaju posługą. We wsi Ząb, w okresie międzywojennym, zajęcie to należało do sanitariusza, mieszkającego w tej wsi: „trupiarz go zwali, wojskowy sanitariusz przedwojenny”. Po ablucjach wodę wylewano w miejsce przez nikogo nie uczęszczane, wystrzegano się także wylewania jej do potoku. Wiązało się to z wiarą w złą moc wody w związku z jej stycznością z ciałem osoby zmarłej. Osobą, która zetknęła się z taką wodą mogłaby stracić zdrowie [5].

Zmarłego ubierano w odzież przygotowaną za życia i przechowywaną w skrzyni wiannej. W krótkim czasie przed ślubem, jeśli zmarłymi byli kawaler lub panna, wówczas chowano ich w strojach ślubnych. Do trumny wkładano obrazek z Panem Jezusem i różaniec. Pamiętano także, aby włożyć do trumny przedmioty, z którymi za życia zmarły był emocjonalnie związany. Dawniej istotnymi elementami uzupełniającymi wyposażenie zmarłego były zioła oraz pieniądze. Ważną rolę wśród poświęconych ziół pełniła bylica. Wkładano ją zmarłemu do rąk, aby – w świecie do którego odszedł – miał się czym bronić przed złymi duchami. Innym, nie mniej ważnym, rekwizytem magicznym były monety kładzione na powieki zmarłego. Wierzono, iż zmarły mając je niedomknięte może wypatrzeć kogoś, to jest spowodować w określonym czasie kolejny zgon [5].

Z wywiadu: w izbie, gdzie leży nieboszczyk rozkłada się gałęzie jodły lub pod trumną pojemnik z wodą i octem, by „zabić” zapach rozkładającego się ciała. Zamykano i zasłaniano okna, żeby nie było przeciągów, co miało powstrzymać rozkład ciała. Raz zamkniętej trumny nie wolno otwierać.

Trumny wykonywano najczęściej z drewna świerkowego, choć sporadycznie robiono także z modrzewiowego. Dawniej pozostałe ze strugania desek wióry kładzione przez stolarza pod kamieniem, w miejscu najbardziej uczęszczanym, informowały o zgonie mieszkańca wsi, zobowiązując widzącego ów znak do odmówienia modlitwy za dusze zmarłych. Odwiedzanie zmarłego miało aspekt magiczny. Uważano, iż przebywanie w jego bliskości, przede wszystkim zaś dotknięcie jego ciała, pozwoli na oswojenie się ze śmiercią oraz pozbawi lęku przed nią osobę, dokonującą tego rodzaju magicznego gestu.

Przez trzy dni nieboszczyk leżał w trumnie w domu otoczony świecami i odprawiano modlitwy za jego duszę. Na trzeci dzień odbywał się

pogrzeb. Z przeprowadzonego wywiadu wynikało, iż gdzieś przed ostatecznym zamknięciem trumny rodzina żegna zmarłego ostatnim pocałunkiem. Niekiedy poprzestają tylko na pocałowaniu krzyża na wieku trumny przed spuszczeniem jej do grobu.

Z wywiadu wynika, iż ludzie nadal wierzą, że jeśli zwłoki leżą w domu przez niedzielę to na pewno w bieżącym tygodniu ktoś umrze z danej miejscowości, jakby zmarły chciał zabrać kogoś ze sobą.

Jeśli po śmierci gospodarza lub gospodyni bydło lub pszczoły zaczynają powoli chorować i zdychać, natenczas odchodzą za umarłym, do którego tak przywykli i przyłgnęli, że ich zniemacka ogarnia smutek, tęsknota i w tym żalu biednieją coraz bardziej, bardziej, aż ich śmierć zagarnie.

Kto po zmarłym gospodarzu pszczoły kupuje nabywa pszczoły drańskie. Takie napadają na ule spokojne i pracowite, podjadają im miód i cudzą krzywdą wspomagają swoje najście [3]. Trumnę niesiono zawsze nogami do przodu, co oznaczało i potwierdzało ostateczne wyjście człowieka ze społeczności żywych [5].

Gdy nieboszczyka wynoszono z domu, uderzano trzykrotnie trumną w każdy próg. W ten sposób żegnał się umarły z domem, żeby nie wrócił. Gdy umarł gospodarz, to wówczas niesiono za trumną na cmentarz wór chleba, a tam rozdawano go biednym. Współcześnie po pogrzebie na cmentarzu rozdaje się uczestnikom poświęcone obrazki z prośbą o modlitwę o spokój duszy zmarłego. Po pogrzebie wyprawiano stypę, na którą z urzędu zapraszano organistę (odmawiał modlitwy). Ostatnią wolę zmarłego święcie spełniano [6].

Wierzono, że pochód pogrzebowy, jeśli podróżnemu drogę zaskoczy i stanie na przodzie, bieda oczywista czeka, kto nie zaniecha podróży i nie wróci się do domu. Trzeba nie dać sobie zejść drogi, a spostrzegłszy pochód żałobny o staję przed umarłym i o staję za umarłym, jechać z odsłoniętą głową, życząc umarłemu wiecznego odpoczynku [3].

Rzeczy po zmarłym najczęściej palono. Była to przede wszystkim pościel, siennik słomiany oraz bielizna. Z jednej strony tego rodzaju zachowanie było zabiegiem magicznym, mającym na celu zatarcie wszelkich śladów po tym, który odszedł, aby więcej nie mógł powrócić. Palenie posiadało znamiona rytuału z uwagi na symbolikę żywiołu ognia. Płomień, poprzez zawartą w sobie moc niszczycielską, unieszkodliwiała i oczyszczała wszystko co miało styczność ze zmarłym. Pomimo przypisywanych ogniom tak szczególnych właściwości, aktu spalania dokonywano w miejscu niedostępnym. Z drugiej strony, zabiegi tego ro-

dzaju były motywowane względami higienicznymi, obawą przed zarażeniem się chorobą, na którą cierpiał zmarły; wiązano je przede wszystkim z nowotworem.

Tradycyjne, symboliczne pożegnanie zmarłego z domem rodzinnym i rodziną stanowiło zabezpieczenie przed powrotem nieboszczyka z zaświatów. Zabiegiem o analogicznym znaczeniu było przewracanie taboretów, na których leżała trumna. Zakłócenie porządku miało zdeorientować powracającego – pomimo dokonanych rytuałów pożegnalnych – zmarłego, ale też zapobiec kolejnym zgonom w rodzinie. Natomiast deski, na których spoczywało ciało, a potem trumna, najczęściej palono, uważając je za nieczyste z powodu kontaktu z nieboszczykiem. Wierzono, iż cały inwentarz żywy związany był emocjonalnie ze swoim gazdą czy gaździną. W związku z tym i z obawy, aby nie zmarniał po śmierci swojego opiekuna, budzono go. Podawano również przykłady niezwyklego zachowania się zwierząt domowych w momencie wynoszenia trumny z domu.

Kondukt pogrzebowy prowadził ktoś z rodziny, umiejący dobrze śpiewać, za nim szli pozostali członkowie rodziny i krewni zmarłego oraz mieszkańcy wsi. Ksiądz oczekiwał na orszak żałobny przed kościołem [5].

Współczesnym pogrzebom towarzyszą delegacje z zakładu pracy zmarłej osoby lub jej najbliższej rodziny. Jeśli zmarłym był pracownik kolei – konduktowi żałobnemu w drodze na cmentarz towarzyszy sygnał wydawany przez lokomotywę pociągu oraz dym z lokomotywy (np. w Sieniawie). Pracownika Straży Pożarnej lub strażaka z OSP żegna dźwięk strażackiej syreny.

Obrzędy pogrzebowe kończył poczęstunek w karczmie, na który rodzina prosiła uczestników pogrzebu, ale nie wszystkich. Zaproszenie obejmowało przede wszystkim bliską rodzinę oraz osoby niosące trumnę, jeśli wywodziły się spoza kręgu rodzinnego. Poczęstunek taki określano mianem pogrzebowin lub stypy. Z wywiadu: ludzie uważali, że pogrzeb, choć smutne wydarzenie to jednak jedyne, kiedy wszyscy znajomi, a zwłaszcza rodzina spotyka się wspólnie nawet po długich latach niewidzenia się ze sobą. Na stypie bardzo często wspomina się życie zmarłego.

Kolor czarny, będący zewnętrznym wyrazem żałoby po utracie bliskiej osoby, towarzyszył członkom rodziny przez określony normami obyczajowymi okres, zależny od stopnia pokrewieństwa. Najbliżsi zmarłego tj. żona, mąż czy dzieci nosili żałobę przez rok, natomiast po śmierci rodzeństwa, dziadków czy teściów – pół roku. W czasie żałoby obowiązywał ściśle przestrzegany zakaz uczestnictwa w zabawach. Jeżeli w ro-

dzinie zmarłego przygotowywano się do wesela, nie przekładano jego terminu, ale odbywało się ono bez cepowin, a więc bez muzyki, tańców i śpiewów [5].

Odmienne rytuały i sposoby zachowania obowiązywały w przypadku śmierci samobójczej. Górale uważają, że śmierć samobójczą przepowiada długo wiejący, mocny wiatr halny

Taki rodzaj śmierci – sprzeczny z kanonem religijnym – napiętnowany był w sposób widoczny. Przede wszystkim pogrzeb samobójcy odbywał się bez mszy odprawianej przy zwłokach, a zmarłego grzebano w niepoświęconym miejscu poza murem cmentarnym.

Przestrzeganie zwyczaju chowania samobójców na ziemi niczyjej, a więc poza cmentarzem było uwarunkowane głęboką wiarą, iż pogrzebanie ciała człowieka zmarłego nienaturalną śmiercią w poświęconej ziemi, mogło stać się przyczyną klęsk żywiołowych, np.: ulewne deszcze, żeby ziemia wyrzuciła to ciało, albo straszne wiatry. Wtedy próbowano na nowo odprawić pogrzeb w miarę po katolicku, a wszelkie klęski ustawały. Rygorów kościelnych w kwestii śmierci samobójczej na Podhalu nie brakowało, uległy one pewnemu złagodzeniu po II wojnie światowej. W niektórych jednakże wsiach podhalańskich w dalszym ciągu nie odprawia się mszy pogrzebowej, czy nawet nie wprowadza się zwłok do kościoła [5].

Pamiętano jeszcze, że zmarłych śmiercią samobójczą grzebano w miejscu ich zgonu [5].

Dni 1 i 2 listopad tak jak w całej Polsce poświęcone są pamięci zmarłych. Na grobach robiono porządki, układano kwiaty oraz wieńce, pomiędzy którymi układano świece i wosk w miseczkach. W dwa dni ludność wsi i osiedli ciągnęła niekończącym się rzędem w stronę swoich najbliższych cmentarzy, często już od wczesnego rana, ale najwięcej ludzi podążało na groby swych bliskich dopiero o zmierzchu, uporawszy się najpierw z codzienną pracą w gospodarstwach. W najdawniejszych wierzeniach, sięgających czasów pogańskich wierzono, że w dniu Wszystkich Świętych zmarli powstają ze swoich grobów i – niewidoczni dla oczu żyjących – zjawiają się w swoich rodzinnych kątach, pośród najbliższych. Obawiano się takich zmartwychwstałych duszyczek, widać żyjący nie mieli w stosunku do nich czystego sumienia, dlatego starano się zachować w stosunku do nich najbardziej serdecznie i jakby „łagodząco”. Zapalone przy grobach świece i inne światełka miały być ich przywitaniem, coś jakby rodzajem iluminacji i fajerwerków, w których światło i jasności zmarli wysuwali się ze swoich grobów i poniekąd mogli

nawet ogrzać się w ciepłe licznych płonących świec, po całorocznym przebywaniu w zimnych i wilgotnych mogiłach. Żyjący i odwiedzający cmentarze dla ugłaskania duszyczek, przez te dwa dni, dawali wszystkim dziadom liczne datki za wypraszenie łask bożych dla niekończącego się szeregu zmarłych. Grosz z kieszeni wydany nie bywał zmarnowany, służył spokojowi ludzkich sumień wobec swoich zmarłych. I był przy tym dobrze widziany przez sąsiadów, co nie pozostawało bez znaczenia dla stosunków międzyludzkich. W czasach współczesnych podobną funkcję spełniają msze gregoriańskie, zamawiane za dusze zmarłych bliskich, odprawiane codziennie przez miesiąc. Nowym zwyczajem uczczenia pamięci zmarłych jest wystawianie na grobie miniaturowej choinki i zanoszenie na cmentarz opłatka w popołudnie wigilijnego dnia [7].

Podhale należy do regionów o barwnej i wyrazistej obrzędowości. Przejawia się to w różnych aspektach życia i znajduje swoje odzwierciedlenie także w zwyczajach dotyczących ostatnich chwil życia człowieka, obrzędowości pochówku i żałoby.

Piśmiennictwo

1. Lehr U., Tylkowa D.: Wiadomości o regionie. D. Tylkowa (red.): Podhale. Tradycja we współczesnej kulturze wsi. Instytut Archeologii i Etnologii PAN, Kraków 2000, s. 13–14.
2. Sokołowska M. red.: Socjologia medycyny, PZWL, Warszawa 1986, s. 127.
3. Kamiński L.: O mieszkańcach gór tatrzańskich, Oficyna Podhalańska, Kraków 1992, s. 142–155.
4. Hodóra J.: Góraliszczyzna, Wyd. Secesja, Kraków 2002, s. 67.
5. Lehr U.: Obrzędowość rodzinna. D. Tylkowa (red.): Podhale. Tradycja we współczesnej kulturze wsi, Instytut Archeologii i Etnologii PAN, Kraków 2000, s. 325–342.
6. Maciejczak W.: Zagórzanie, Poltegor, Wrocław 1993, s. 85.
7. Pach A.: Góralskie zwyki, Wyd. Miniatura, Kraków 1998, s. 105.

**Maria Łyżnicka, Jolanta Sułek,
Monika Korbel-Pawlas**

Cygańskie zwyczaje związane ze śmiercią, pochówkiem i żałobą praktykowane wśród Cyganów wyżynnych, zamieszkujących tereny Polski południowej

Podziękowania: księdzu Stanisławowi Opockiemu – Diecezjalnemu Duszpasterzowi Romów Diecezji Tarnowskiej oraz rodzinie pana Zygmunta Gila, Roma z Nowego Targu za inspirację i cenne uwagi, dzięki którym powstała ta praca.

Materiały do pracy zebrano drogą wywiadu z przedstawicielami wspólnoty Romów w Nowym Targu oraz z Duszpasterzem Diecezjalnym diecezji tarnowskiej.

Zwyczaje związane ze śmiercią, pochówkiem i żałobą są praktykowane we wszystkich cygańskich ugrupowaniach w Polsce. Największą różnorodność form spotyka się u Kelderaszów, (z rumuńskiego „kotlarz”) i Lowarów (ló – po węgiersku „koń” – obecnie zajmują się pobielaniem miedzi i organizowaniem zespołów pieśni i tańca). Polscy Cyganie nizinni i wyżynni obyczaje pogrzebowe i żałobne utrzymali w formie szczątkowej. Brak w nich spójności i rygorystycznego przestrzegania kultu i rytuałów, jakie występują w poprzednich grupach.

Polscy Cyganie wyżynni, a tacy zamieszkują obszary powiatu nowotarskiego i limanowskiego – ze względu na osiadły tryb życia i integrację z ludnością zamieszkującą wcześniej te tereny – przejęli miejscowe zwyczaje i obrzędy pogrzebowe i uznali jako własne. Oznacza to, że zwyczaje pogrzebowe i żałobne Cyganów wyżynnych stanowią kompozycję własnych, szczątkowych i przejętych, nieco „spolonizowanych” obrzędów. Różnorodność zwyczajów obserwuje się również w obrębie tych samych grup cygańskich. Uwarunkowane jest to przez: miejsce zamieszkania (wieś – miasto), warunki lokalowe (własny dom – mieszkanie w bloku), stosunek Cyganów do praktyk religijnych, zwyczaje i obrzędy

w środowisku lokalnym, więzi społeczne, zasoby materialne. Należy nadmienić, że Cyganie wyżynni w Polsce są głównie katolikami, a ich stosunek do praktyk religijnych jest raczej bierny.

„Śmierć jest bardzo doniosłym wydarzeniem w środowisku cygańskim”¹. Cyganie przywiązują wielką wagę do obecności księdza przy umierającym. Obecność kapłana ma szczególne znaczenie ze względu na otrzymanie rozgrzeszenia. Wzywanie księdza do umierającego zdarza się u bardziej zasymilowanych ze środowiskiem lokalnym grup osiadłych Cyganów. Umierającemu Cyganowi towarzyszy licznie zgromadzona rodzina i bliscy. W momencie śmierci najbliższy członek rodziny zapala i podaje konającemu świecę. Praktykujący Cyganie interpretują palenie świecy zgodnie z wiarą katolicką.

Z umieraniem związany jest przetrwały zwyczaj praktykowany u Cyganów wyżynnych. Dotyczy on ostatniego błogosławieństwa, którego umierający udziela rodzinie i bliskim, zgromadzonym wokół łoża śmierci. Błogosławieństwa udziela umierający, który zachował zdolność mówienia. Brak błogosławieństwa uważny jest za złowrogi znak. Cyganie wielką czią otaczają zmarłych, szanując i respektując ich upodobania i zwyczaje, które zmarli uznawali za życia. Zmarłego do trumny ubiera rodzina (jeżeli zgon miał miejsce w domu). Ubranie musi być nowe, koloru czarnego. Starsi Cyganie przygotowują je sobie za życia. W razie braku przygotowanego ubioru obowiązek ten spoczywa na rodzinie zmarłego. Cyganie wyżynni z Podhala nie dokonują pomiaru zmarłego taśmą z centymetrową podziałką zwaną mesurą i nie przechowują jej wraz z chustą służącą do podwiązania szczęki jako amuletów chroniących przed nieszczęściem. Zwyczaj ten opisywany jest w literaturze jako praktykowany przez grupy Kelderaszów i Lowarów; zwłaszcza mesura ma chronić posiadacza przed niebezpieczeństwem związanym z rewizją prowadzoną przez policję w celu wykrycia u Cyganów zdobyczy pochodzących z kradzieży. Zachował się również zwyczaj układania w trumnie zmarłego przedmiotów przydatnych na tamtym świecie. Do wymienianych najczęściej należą: papierosy, fajka, tytoń, alkohol. Cyganie z Podhala nie wyposażają zmarłego w biżuterię, zegarki ani lustro, tak jak to czynią Cyganie z grup Kelderaszów i Lowarów. We wszystkich grupach obowiązuje zakaz wkładania do trumny zapalek i zapalniczek. Istnieje przesąd, że dusza, krążąca wokół swoich bliskich mogłaby wzniecić pożar. Pogrzeb odbywa się w trzecim dniu po śmierci, nigdy wcześniej. Jest taki zwyczaj w środowisku

¹ Bartosz A.: Nie bój się Cygana, wyd. Pogranicze, Sejny 1994, s. 95.

lokalnym Polski południowej, że pogrzeb odbywa się na trzeci dzień po śmierci, ale niezależnie od niego wśród Cyganów istnieje przekonanie, że dusza ma możliwość w tym czasie powrócić do świata żywych. Charakterystycznym zwyczajem jest nieustanne czuwanie rodziny i bliskich przy zmarłym od chwili śmierci do czasu pogrzebu. Niezależnie od tego, czy zmarły przebywa w domu, czy w kaplicy cmentarnej – rodzina i bliscy czuwają bez chwili przerwy, wspominając zmarłego, modląc się. Czuwanie odbywa się przy płonących nieustannie świecach. Przed zamknięciem trumny rodzina całując zmarłego w czoło żegna go z wielkim płaczem. Pożegnanie z domem odbywa się przez trzykrotne uderzenie trumną w próg mieszkania. Uczestnicy pogrzebu przynoszą kwiaty, zamawiają mszę w intencji zmarłego. Pogrzeb ma charakter powagi, a równocześnie daje się zauważyć zamięszenie Cyganów do widowiskowej formy tego obrzędu. „Złożeniu do grobu towarzyszy przejmujący płacz kobiet, zwłaszcza najbliższych: żony, córek, matki. Niekiedy muzykanci, bliscy krewni, czy znajomi zmarłego grają – płacząc – jego ulubioną melodię, co wzmaga atmosferę żalu i rozpacz”².

Po pogrzebie rodzina zmarłego podejmuje obrządek stypy, czyli pomana. U Kelderaszów i Lowarów ten obrządek jest bardzo rozbudowany. Odbywa się pięciokrotnie w ciągu roku. Pierwsza stypa odbywa się tuż po pogrzebie. „Odbywa się ona w karczmie lub restauracji w pobliżu cmentarza”³. „W tym poczęstunku biorą udział wszyscy uczestnicy uroczystości pogrzebowej”⁴.

Cyganie z Podhala przyjęcie urządzą w domu lub poza nim, niezależnie od zasobności rodziny. Nie praktykują obrzędu kolejnej pomana w dziewiątym dniu, po sześciu tygodniach i po sześciu miesiącach od śmierci, tak jak to robią poprzednie grupy.

Wszystkie grupy bardzo uroczyście obchodzą roczną pomana. Pozostałe po zmarłym rzeczy zostają spalone lub wyrzucone (właściciele domów prywatnych palą rzeczy zmarłych; mieszkańcy osiedlowych bloków – wyrzucają). Zwyczaj ten związany jest z wiarą w trudy i przeszkody napotykaną w wędrówce duszy przez obszary mroźnych wichrów i pustynnych upałów⁵.

² Bartosz A.: Nie bój się Cygana, wyd. Pogranicze, Sejny 1994, s. 96.

³ Ficowski J.: Cyganie w Polsce, wyd. Interpress, Warszawa 1989, s. 83.

⁴ Ficowski J.: Cyganie w Polsce, wyd. Interpress, Warszawa 1989, s. 83.

⁵ Ficowski J.: Cyganie na polskich drogach, Wyd. Literackie, Kraków – Wrocław 1985, s. 312.

Żałoba trwa u Cyganów rok. Zewnętrzną jej oznaką jest czern ubioru, zakaz zabaw i śpiewów. Niektórzy podejmują abstynencję od alkoholu. Dłuższa żałoba niż rok nie jest wskazana – wśród Cyganów istnieje przekonanie, że mogłoby to stać się przyczyną następnej żałoby. Skrócenie żałoby do pół roku nie jest mile widziane w środowisku, zwłaszcza wśród starszych Cyganów. Żałoba wiąże się z wiarą Cyganów w powrót ducha zmarłego i pojawienie się go wśród żywych, zwłaszcza w czasie nocy. W czasie żałoby Cyganie częściej odwiedzają grób zmarłego, palą świecę, przynoszą kwiaty. Uroczyste obchodzona jest rocznica śmierci. Ostatnia, roczna pomana (stypa) kończy się wesoło, powracają śpiew, muzyka i tańce. Najbliższa rodzina odwiedza grób, uczestniczy w zamówionej mszy, pozbywa się żałobnych szat i urządza gościnę. Zależnie od majętności rodziny może być ona bardziej lub mniej wystawna. Cyganie Podhala rzadko praktykują zwyczaj polewania kilku kropli alkoholu na grób zmarłego, natomiast w czasie biesiady wylewają alkohol na ziemię, wymawiając czasem formułę: „niech mu ziemia lekką będzie”. „Liczne zwyczaje, obrzędy i zabiegi o charakterze magicznym związane z pośmiertnym życiem, świadczą o rozbudowanym przez Cyganów w przeszłości kulcie zmarłych”⁶.

W folklorze Cyganów opowieści o duszach i strach przed zmarłymi są dość znamienne. „W 1993 roku w jednej z osad cygańskich na Podhalu zmarł Cygan. Wdowa orzekła, że dusza zmarłego nawiedza ją nocą, nie daje spać, hałasuje. W całej osadzie zapanował lęk. Kiedy tylko zbliżał się zmrok, nikt nie miał odwagi wyjść z domu, żarówki we wszystkich domach paliły się do rana. Trwało to przez wiele miesięcy”⁷.

Cyganie wyżynni przestrzegają zwyczaju, że o zmarłych nie mówi się źle, podkreślają ich pozytywne cechy. Wiara w złośliwość pozostałych dusz wśród bliskich każe być ostrożnym.

Cyganie wyżynni odstąpili od zakazu filmowania i fotografowania uroczystości pogrzebowych, być może zredukowali poczucie lęku przed powrotem duszy sfotografowanego zmarłego.

Dzień Zaduszny i Dzień Wszystkich Świętych Cyganie obchodzą bardzo świątecznie. Gromadzą się przy grobach zmarłych, dbają o to, aby w te dni przy grobie ciągle był ktoś z bliskich, przygotowują duże ilości jadła. W przeciwieństwie do Kelderaszów i Lowarów spożywają przygotowane jadlo w domu i nie biesiadują przy grobach, ani nie częstują na

⁶ Bartosz A.: Nie bój się Cygana, wyd. Pogranicze, Sejny 1994, s. 97.

⁷ Bartosz A.: Nie bój się Cygana, wyd. Pogranicze, Sejny 1994, s. 97.

cmentarzu przechodniów. Nie polewają też grobów alkoholem, ani nie zostawiają na nich papierosów.

Niektóre obyczaje Cyganów, niezależne od wyznawanej przez nich religii, są tak głęboko zakorzenione w tradycjach, że trwają mimo przemian otaczającego świata. Podlegają jedynie niewielkim modyfikacjom wynikającym z konieczności integracji z lokalnym środowiskiem.

Wbrew tym zmianom i próbom zasymilowania z otoczeniem, pozostają odrębne, barwne, ciekawe, a często intrygujące. Mimo wieloletniego sąsiedztwa w dalszym ciągu wyraźnie odczuwana jest inność i odrębność tej mniejszości narodowej, co zauważają i Polacy, i Cyganie.

Dorota Ordys, Jolanta Eszyk

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentami umierającymi różnych wyznań

Wstęp

Ciężka nieuleczalna choroba i bliskość śmierci, grożąca nam lub bliskiej osobie stają się źródłem wielkich cierpień i przewartościowań w stosunku do siebie, bliskich, otoczenia, Boga. Śmiertelna choroba zakłóca czynności całego organizmu, przynosi dokuczliwe dolegliwości, wyzwala wiele negatywnych emocji: gniew, smutek, złość, rezygnację, wreszcie zwykły ludzki strach przed konaniem w cierpieniach i samotności, zdany na łaskę i niełaskę innych ludzi. Boimy się stać ciężarem dla bliskich, a zarazem odrzucenia przez personel medyczny, który uzna nasz przypadek za beznadziejny [1]. Umieraniu towarzyszą cierpienia duchowe, egzystencjalne; świadomość nieustannie atakują dręczące pytania: od najprostszych – „dlaczego ja”, po skomplikowane zagadki ontologiczne dotyczące istoty bytu – „czy umrze tylko moje ciało?” „czy tam spotkam moich bliskich?” [1].

Wiara w Boga, religia jest elementem, który pomaga przejść człowiekowi przez bardzo trudny okres zmagania się z bólem, strachem, niepewnością tego, co stanie się z nami po zakończeniu ziemskiej egzystencji. Wiara w Boga, niezależnie od wyznania, daje nadzieję, że ból, cierpienie odebrane na ziemi będą „zadatkiem” lepszego życia po śmierci.

Niezaprzeczalną rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem umierającym jest towarzyszenie pacjentowi w tym ostatnim okresie życia, a po odejściu pacjenta pomoc rodzinie w okresie bezpośrednio po śmierci pacjenta, także w sferze duchowej.

Cel

Przedstawienie roli pielęgniarki w opiece duchowej nad pacjentami umierającymi różnych wyznań oraz zachowania się po śmierci pacjenta.

Metoda i materiał

Badania przeprowadzono przy pomocy:

- wywiadu ustnego, skategoryzowanego, jawnego,
- wywiadu pisemnego, skategoryzowanego, jawnego.

Zastosowano technikę badawczą w postaci kwestionariuszy w/w wywiadów [2]. Wywiady przeprowadzono z:

- ks. Biskupem Tadeuszem Szurmanem zwierzchnikiem diecezji katowickiej kościoła ewangelicko-augsburskiego w RP (Katowice, 07.09.06)
- ks. Sergiuszem Dziewiatowskim Dziekanem Okręgu Krakowskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego, proboszcz Kościoła pw. św. św. Wiery, Nadziei i Luby (Sosnowiec, 11.09.06)
- starszym zboru Zbigniewem Folwarcznym Kościół Wolnych Chrześcijan (Katowice, 11.09.06)
- pastorem Ryszardem Wołkiewiczem Kościoła Zielonoświątkowego (Katowice, 12.09.06)
- pastorem Andrzejem Malickim z Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego (Katowice, 18.09.06)
- członkiem Chewra Kadischa Aleksandrem Moldauerem z Gminy Żydowskiej (Katowice, 21.09.06)
- Teresa Foksiewicz, pielęgniarka z Warszawy wyznania muzułmańskiego członkini Ligi Muzułmańskiej (rozmowa telefoniczna, 20.09.06)
- skarbnikiem Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w RP Abdulem Jabbar Koubaisy (Katowice, 22.09.06)
- ks. dr Antoni Bartoszek z Kościoła Rzymsko-Katolickiego Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. (Katowice 11.10.06)

Wyniki badań

Kościół rzymsko-katolicki

Śmierć jest kresem życia ludzkiego, ale dzięki Chrystusowi ma sens pozytywny w myśl Listu do Filipian 1, 21 „Dla mnie, bowiem żyć to Chrystus, a umrzeć to zysk”. W śmierci Bóg powołuje człowieka do siebie. Kościół katolicki zachęca swoich wiernych do przygotowania się do śmierci poprzez modlitwę, katechezę, kazania [3].

W Kościele katolickim nowo narodzonym dzieciom, których życie jest w stanie zagrożenia udziela się sakramentu chrztu. Może tego dokonać

każda osoba (nawet nie ochrzczona) mająca wymaganą intencję tzn. chce uczynić to czyni Kościół. Warunkiem prawidłowego chrztu jest trynaitarna formuła chrztu „Ja Ciebie chrzczę w Imię Ojca i Syna, i Ducha Świętego” oraz polanie (pokropienie) dziecka wodą. Chrztu powinno się dokonać za zgodą rodziców najlepiej wyrażoną bezpośrednio, ale można przyjąć zgodę domniemaną, jeśli wiemy, że rodzice są wierzący i można przypuszczać, że chcieliby, aby dziecko zostało ochrzczone. Osobom w obliczu ciężkiej choroby, trudnej operacji jest udzielany sakrament namaszczenia chorych. Dla osób kończących ziemskie życie Kościół, poza namaszczeniem chorych, ofiaruje wiatyki, czyli „ostatnią komunię świętą” [3].

Rola pielęgniarki:

- powinna zapytać o wyznanie, aby wiedzieć czy wzywać księdza katolickiego, czy pacjent życzy sobie kontaktu z duchownym;
- może udzielić chrztu dziecku w stanie zagrożenia życia;
- po śmierci pacjenta odmówienie modlitwy np. „Wieczny odpoczynek...” nawet wspólnie ze współpacjentami (o ile wyrażą taką chęć), zapalenie gromnicy;
- pomoc rodzinie osoby zmarłej w załatwieniu spraw na terenie szpitala, wyrażenie współczucia.

Kościół ewangelicko-augsburski, Kościół ewangelicko-metodystyczny

U nowo narodzonego dziecka, którego stan jest bardzo ciężki powinno się dokonać sakramentu chrztu, którego może udzielić każda osoba ochrzczona, bez względu na wyznanie. Chrztu dokonuje się przez trzykrotne polanie główki dziecka wodą i wypowiedzenie formuły „(imię dziecka) Ja Ciebie chrzczę w Imię Ojca i Syna, i Ducha Świętego”. We wszystkich przypadkach konieczna jest zgoda rodziców. W razie możliwości nagły chrzest święty powinien odbyć się w obecności chrześcijańskich świadków. Ten nagły jest tak samo ważny jak sakrament udzielony w Kościele przez duchownego. Należy tylko niezwłocznie zgłosić go w kancelarii właściwej parafii [4].

Do ważnych zadań zboru chrześcijańskiego należy towarzyszenie umierającym. Miłość do człowieka i szacunek wobec jego godności wymagają, by nikt nie musiał umierać w opuszczeniu i osamotnieniu, by bóle i skargi były uciszane, zaś wątpliwości co do rzeczy ostatecznych zostały wyjaśnione.

Umierający często przeczuwają swoją sytuację, pragną być traktowani poważnie, pomocne w tej sytuacji jest odmawianie modlitw z Księgi Psalmów, np. Psalm 23 lub Modlitwa Pańska „Ojczy nasz”. Wskazane jest,

aby chory umierający przystąpił do Komunii Świętej. W tej sytuacji należy zawiadomić duszpasterza. Jeżeli pacjent może zostać przewieziony do kaplicy to wskazane jest, aby to uczynić.

Błogosławieństwa dla umierającego, jeśli nie ma duchownego może udzielić każda osoba wierząca przez nałożenie dłoni na głowę pacjenta i wypowiedzenie nawet najprostszych słów, np. Błogosławię Ci w Imię Ojca i Syna, i Ducha Świętego. Amen.

Rola pielęgniarki:

- towarzyszenie pacjentowi w ostatnich chwilach życia;
- umożliwienie kontaktu z rodziną, współwyznawcami, duchownym;
- umożliwienie udziału w modlitwie i przyjęciu Komunii św.;
- w momencie zagrożenia życia – chrzest dziecka, modlitwa, błogosławieństwo osobie nieprzytomnej;
- zachowanie powagi wobec osoby zmarłego;
- udzielenie wsparcia rodzinie, opowiedzenie rodzinie o ostatnich chwilach życia.

Kościół Wolnych Chrześcijan, Kościół Zielonoświątkowy, Kościół Chrześcijan Baptystów

Wiara jest elementem, który pomaga łagodniej przejść przez proces umierania, człowiek wówczas wie, że jego życie się nie kończy, ale tylko zmienia.

Rolą rodziny jest wezwanie starszych zboru z prośbą o modlitwę o uzdrowienie i przebaczenie grzechów. Na życzenie pacjenta można dokonać Pamiątki Łamania Chleba. Rolą duchownego jest uświadomienie, przypomnienie człowiekowi umierającemu tego, dokąd zmierza, że śmierć kończy życie na ziemi, ale dusza człowieka żyje dalej. „Ci, którzy wierzą, żyją wiecznie”, „Jezus Chrystus pokonał śmierć – umierając odchodzi do Boga” w myśl Ewangelii wg św. Jana 14;1-4 „Niech się nie trwożą serca wasze wierzycie w Boga i we Mnie wierzcie. W domu Ojca mego jest mieszkań wiele; gdyby tak nie było to bym wam powiedział. Teraz idę tam, aby przygotować wam miejsce. A jeśli pójdę i przygotuję wam miejsce to znowu powrócę i zabiorę was do siebie, abyście byli tam gdzie Ja Jestem” [5].

W rytuałach religijnych wymienionych Kościołów występują elementy namaszczenia chorych, ale nie są one traktowane jako sakrament. Jest element nałożenia rąk, namaszczenia olejem, modlitwa o uzdrowienie i przyjęcie woli Boga niezależnie od tego, jaka ona będzie, jednak decydujące znaczenie ma modlitwa [6].

Nie wykonuje się chrztu u nowo narodzonych dzieci, ponieważ decyzja o przyjęciu chrztu musi być świadomą decyzją człowieka, a nie jego rodziców.

Powinno się zapewnić godne umieranie, bez bólu, w obecności rodziny i kogoś ze zboru. Jeśli jest osobą samotną ma nad nią pieczę ktoś ze zboru: odwiedza, czuwa przy niej. Jeśli pacjent wyrazi chęć jest sprawowana modlitwa i Komunia św. pod dwiema postaciami, chleba i wina.

Rola pielęgniarki:

- towarzyszenie pacjentowi w ostatnich chwilach życia;
- zapytanie chorego lub rodziny o wyznanie pacjenta i kogo wezwać w razie potrzeby duchowej i ewentualne wezwanie go;
- umożliwienie kontaktu z rodziną, współwyznawcami, duchownym, celebracji sakramentów i błogosławieństw;
- zachowanie powagi wobec osoby zmarłego, okazanie szacunku wobec ciała zmarłego;
- rozmowa, dotyk, trzymanie za dłonie;
- nie powinno się robić – wzywać księdza katolickiego, aby udzielał sakramentu chorych, nie zapalać świecy.

Autokefaliczny Kościół Prawosławny

Gdy dziecko jest w stanie zagrożenia życia udziela się tzw. „chrztu nagłego”. Chrztu udzielić może każda osoba ochrzczona.

Chrztu dokonuje się poprzez zanurzenie lub polanie całego ciała wodą. Jeśli osoba, która ma być ochrzczona jest tak chora, że całkowite zanurzenie w wodzie stanowiłoby zagrożenie dla jej życia, wówczas wystarczy, aby woda została wylana na jej czoło; w innych przypadkach zanurzenie w wodzie nie powinno być pomijane [7]. Powinna wypowiedzieć formułę „(Imię dziecka) ja ciebie chrzczę w Imię Ojca, i Syna, i Ducha Świętego Amen” i połączyć trzykrotnie główkę dziecka wodą. Musi być zgoda rodziców na chrzest. Fakt chrztu należy zgłosić duchownemu. Po chrzcie w szpitalu, jeśli dziecko przeżyje, następuje dopełnienie chrztu, które polega na tym, że dziecku dodatkowo udziela się sakramentu bierzmowania.

Poza zwykłą rolą pielęgniarki wynikającą z jej funkcji opiekuńczej, czyli towarzyszenie, rozmowa, itp. choremu należy umożliwić kontakt z duchownym w celu udzielenia sakramentu namaszczenia chorych, spowiedzi i Komunii Świętej.

Rola pielęgniarki:

- towarzyszenie pacjentowi w ostatnich chwilach życia;

- umożliwienie kontaktu z rodziną, duchownym;
- w przypadku, gdy chory chciałby się wypowiedzieć – pomoc w stworzeniu warunków do spotkania z duchownym „sam na sam” – np. poproszenie chorych chodzących o opuszczenie sali;
- w momencie zagrożenia życia – chrzest dziecka;
- zachowanie powagi wobec osoby zmarłego, okazanie szacunku wobec ciała zmarłego;
- zapalenie świecy, modlitwa.

Gmina Wyznania Żydowskiego

Judaizm głosi, że człowiek ma dłuższe i trwalsze przeznaczenie, dlatego też składa się z ciała ziemskiego i nieśmiertelnej duszy. Stary Testament, który jest podstawą Judaizmu przywołuje pojęcie Szeolu – głębin podziemnej, gdzie przebywają umarli, którzy za życia byli źli lub nieposłuszni Bogu. Drugą stroną krainy umarłych jest Łono Abrahama, gdzie znajdują „odpocznienie” sprawiedliwi.

Wskazane jest, by umierający w godzinie śmierci zrobić rachunek sumienia i pojednać się z Bogiem i ludźmi oraz pożegnać się z rodziną. Tradycja nakazuje, aby czuć przy umierającym. Nie wolno za życia kopać grobu i wykonywać innych czynności wiążących się z posługą po śmierci [8]. Do chorego leżącego na łożu śmierci i jego rodziny przychodzi z pomocą Bractwo Pogrzebowe Chewra Kadisza, które dba o zaspokojenie wszystkich potrzeb religijnych i społecznych wynikających z zaistniałej sytuacji. Gdy zgon zostanie stwierdzony należy natychmiast przystąpić do przygotowania pogrzebu. Ciało obmywa się i owija czystym, lnianym całunem. Mężczyznom zakłada się jarmułkę na głowę, a na ramiona taśes z obciętymi frędzlami na znak, że nie będzie już uczestniczył w życiu religijnym.

Jeśli chory zmarł w szpitalu, personel szpitala powinien ograniczyć się do wykonania tylko niezbędnych czynności, takich jak – usunięcie drenów, cewników, zgłębników, kaniul dożylnych itp. oraz obmycia zmarłego z zanieczyszczeń wydzieliną dróg oddechowych, czy wydalin. Wskazane byłoby żeby te czynności u mężczyzny wykonywał mężczyzna. Przy zwłokach kobiet odpowiednie czynności wykonują kobiety. Następnie ciało powinno przejść w ręce Bractwa Pogrzebowego. Zgodnie z tradycją zwłoki powinny być grzebane w samym całunie, ale ze względów higieniczno-sanitarnych nie jest to możliwe, wobec tego przyjęło się chowanie zmarłych w prostej trumnie zbitej z desek, aby nie przeszkadzała zwłokom przeobrazić się w proch. Nie jest dozwolona kremacja zwłok.

Najważniejszą modlitwą odmawianą na cmentarzu w języku hebrajskim jest Kadisz, wyrażająca wiarę w Boga i poddanie się Jego woli, zawiera także prośbę o pokój i dobre życie dla całego Izraela [7].

Rola pielęgniarki:

- usunięcie drenów, cewników, zgłębników, kaniul dożylnych itp. oraz obmycia zmarłego z zanieczyszczeń wydzieliną dróg oddechowych, czy wydaliny;
- Jak najszybsze powiadomienie rodziny, a gdy jest osobą samotną Gminy Żydowskiej;
- Usunięcie symboli chrześcijańskich z sali, ponieważ obecność ich uniemożliwia Żydom modlitwę.

Muzułmanie

Śmierć w świetle islamu nie jest czymś złym czy negatywnym. Jest traktowana jako przejście do drugiego życia pod bezpośrednią opiekę Boga. Nie jest też następstwem grzechu ani karą dla człowieka. Zmarłego obmywa się, recytując przy tym 36. surę Koranu. Następnie ciało owija się w biały całun i przenosi do meczetu lub na cmentarz, a pogrzeb zazwyczaj odbywa się w ciągu 24 godzin od śmierci. Ciało niosą zmieniający się żałobnicy. Zmarłego chowa się tak, by leżał na prawym boku, a twarz miał zwróconą w kierunku Mekki. Jednak w wielu krajach, zwłaszcza europejskich, muzulmanie chowają swoich zmarłych także w trumnach. Nie ma zwyczaju zdobienia grobu kwiatami ani zapalania na nim lampek. Przez czterdzieści dni rodzina zmarłego recytuje w meczecie Koran, a także rozdaje pokarm biednym i potrzebującym [9].

Rola pielęgniarki:

- usunięcie drenów, cewników, zgłębników, kaniul dożylnych itp. oraz obmycia zmarłego z zanieczyszczeń wydzieliną dróg oddechowych, czy wydaliny;
- wskazane byłoby żeby te czynności u mężczyzny wykonywał mężczyzna, a u kobiety kobieta;
- jak najszybsze powiadomienie rodziny lub duchownego islamskiego (immama).

Romowie

Przyczyną rozbudowania obrzędowości pogrzebowej jest wiara Romów w istnienie duszy (mulo) i w życie pozagrobowe. W kulturze romskiej funkcjonuje przekonanie, że umierający nie powinien odejść nie

rozliczywszy się wcześniej z bliskimi i znajomymi. Jeśli tak się stanie, może on wrócić jako duch, upiór, wampir i pod taką postacią realizować przerwane przez śmierć zamierzenia. Wszelkie czynności podejmowane po śmierci kogoś bliskiego mają więc ochronić rodzinę i całą społeczność przed negatywnym oddziaływaniem zmarłego. Przygotowanie zmarłego do pogrzebu to pierwszy etap czynności pogrzebowych, a zarazem okres, kiedy to w szczególnie sposób okazuje się zmarłemu szacunek. Wszelkie czynności związane z przygotowaniem zmarłego do pochówku są wykonywane w pełnym skupieniu, z uwagą by niczego nie zaniedbać [10].

Kupno potrzebnych rzeczy, czyli ubiór, zamówienie trumny i opłacenie placu należy do kobiet. Również kobiety myją nieboszczyka i ubierają go. W czasie przygotowywania zmarłego do pogrzebu, do trumny kładzie się ulubione przedmioty zmarłego. Pogrzeb zostaje przeprowadzony w porządku katolickim [10].

Rola pielęgniarki podobnie jak w wyznaniach chrześcijańskich

Wnioski

- Wywiad pielęgniarski powinien obejmować pytania o wyznanie pacjenta oraz o to, czy chciałby skontaktować się z duchownym lub współwyznawcami [11].
- Pielęgniarka powinna umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym.
- O ile to możliwe (stan chorego, możliwości lokalowe szpitala) należy umożliwić pacjentom sprawowanie sakramentów lub innych obrzędów religijnych wynikających z ich wyznania.
- Pielęgniarka powinna znać podstawowe obrzędy religijne dotyczące umierania i śmierci i zachować się w sposób godny, aby nie urazić uczuć religijnych osoby zmarłej i jej rodziny i najbliższych.

Podsumowanie

Potrzeby duchowe chorych są najróżniejsze. Ale ogólnie, kiedy umierający może wyrazić swe potrzeby następuje instynktowne odwołanie się do życia. Dlatego często chorzy stawiają pytania o tamten świat, o życie pozagrobowe, o zmartwychwstanie itp. [12]. Czasem adresatem tych pytań jest pielęgniarka. Powinna pomóc pacjentowi w rozwianiu jego wątpliwości, pomóc w uporządkowaniu własnych uczuć spraw, a nawet własnego sumienia. A po śmierci pacjenta powinna okazać szacunek wobec ciała zmarłego i jego rodziny.

Piśmiennictwo

1. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina of Poznań, 1998.
2. Sztumski J.: Wstęp do metod i technik badań społecznych wydawnictwo. „Śląsk”, Katowice 1999.
3. Katechizm Kościoła Katolickiego, Pallotinum, Poznań 1994.
4. Śpiewnik Ewangelicki. Augustana, Bielsko-Biała 2002.
5. Biblia Tysiąclecia. Pallotinum, Poznań 2003.
6. Grynakow J.: Duszpasterstwo Ewangelickie. Chrześcijańska Akademia Teologiczna, Warszawa 1980.
7. Ware K.: Kościół prawosławny. Bractwo Młodzieży Prawosławnej, Białystok 2002.
8. Proszyk J.: Cmentarz żydowski w Bielsku-Białej. Biblioteka Bielska-Białej, Bielsko-Biała 2002.
9. Marek A., Skowron-Nalborczyk A.: Nie bój się Islamu. Leksykon dla dziennikarzy. Więż, Warszawa 2005. www.wiez.com.pl/islam.
10. Kowarska J.A.: Polska Roma. Tradycja i nowoczesność. Warszawa 2005.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępnienia przez pielęgniarkę położną udzielającą świadczeń zdrowotnych. Dz. U. nr 147 poz. 1437.
12. Kebers C.: Jak mówić o cierpieniu i śmierci?. WAM, Kraków 1994.

Tadeusz Kaczmarek, Jerzy T. Marcinkowski

Internet – a problematyka śmierci

*...Quid enim est novi hominem mori,
cuius tota vita nihil aliud quam ad mortem iter est.*

...Cóż w tym niezwykłego, że umiera człowiek,
którego całe życie nie jest niczym innym,
jak tylko drogą ku śmierci?

Seneka¹ – „O pocieszeniu do Polibiusza”
(„Myśli” – 11; 2)

„Żyjemy w ekosystemie, którego główną zasadą jest życie i śmierć, nieustanne rodzenie się i umieranie, powtarzalność cykli. Życie żąda w zamian ciągłej ofiary. Słońce wypala się, jedno stworzenia rodzą się, inne zaś umierają, by zrobić im miejsce” – pisze w swej książce „Idee świata” Kevin O’Donnell², anglikański pastor – teolog i filozof.

Na przestrzeni wieków śmierć pojmowana była z jednej strony jako wybawicielka od ziemskiego cierpienia *Mors est aeternum nihil sentiendi receptaculum* – jak pisał Marcus Tullius Cyncero (106–43 p.n.e.): *Śmierć jest wiecznym schroniskiem, w którym nic się nie odczuwa*, z drugiej strony miała być karą za grzechy; ale zawsze była tragedią, która jest kresem wszystkiego i zabiera wszystko, bez względu na pochodzenie czy status społeczny człowieka. Stąd tak charakterystyczne jest, że z jednej strony śmierć uważana była za przepustkę do niebiańskiego raju, a z drugiej strony bliscy zawsze opłakiwali zmarłego, zamiast cieszyć się z jego szczęścia. W całej loterii, jaką jest życie, zawsze tylko śmierć stanowiła pewnik, cel, do którego zmierza życie każdego człowieka. Można prowadzić rozważania nad istnieniem Boga, czy życia po śmierci, lecz sam fakt śmierci i opuszczenia tego świata przez każdego jest niezmienny.

¹ Jachimowicz L.: Seneka. Wiedza Powszechna, 2004.

² O’Donnell K.: Idee świata. Świat Książki, 2005.

Wielka niewiadoma, jaką jest pośmiertny stan ludzkiej świadomości, była przyczyną powstania wielu koncepcji i tradycji religijnych – bo strach przed śmiercią od zawsze towarzyszy człowiekowi. Stąd też temat śmierci jest tak bardzo powszechny w mistycznych tradycjach na całym świecie i zasadniczo w każdej religii śmierć jest jednym z najważniejszych tematów rozważań filozoficznych i teologicznych.

Odkąd tylko pojawiło się słowo pisane, ludzie snuli rozważania nad sensem śmierci oraz nad losami człowieka po śmierci. Motyw śmierci zwykle dominował w epokach, w których górowały dogmaty wiary i duszy ludzkiej. Stąd właśnie ta myśl zajmowała tak ważne miejsce w literackim dorobku Średniowiecza. Już od XI w. pojawiły się teksty określane mianem *contempus mundi*, w których ukazywana była marność rozkoszy i wspaniałości doczesnego świata wobec nieubłaganej śmierci, która dośięgnie każdego człowieka. Czekająca za nią wieczność miała – zarówno w Nowym Testamencie, jak i w Dziejach Chrześcijaństwa – dwie postaci: błogą i straszną, zbawczą i potępieńczą, zdolną zachwycić i przerazić. Ale Kościół głosząc, że kres życia to nie nieodwracalna destrukcja życia lecz brama, przez którą wkroczyć można w wieczne szczęście, pragnął wyprowadzić człowieka z fatalizmu przemijania. „Bóg jest bólem strachu przed śmiercią” – twierdził Kiryłow z „Biesów” Fiodora Dostojewskiego (1821–1881).

Śmierć od zawsze stanowiła bardzo ważną część literackich rozważań. A mimo to – „Tylko śmierć, mimo że ludzkość zna ją już tak dobrze, jest całkowicie nieznaną” („Charakter przestępstwa”) – pisał Joseph Conrad (1857–1924). Ale to właśnie śmierć wyznacza egzystencjalną wartość życia, sens życia. Albert Camus (1913–1960) w swej książce „Mit Syzyfa” pisze: „Życie jest niczym bez świadomości jego bezsensownego charakteru”. Ale dodaje równocześnie: „Orzec, czy życie jest, czy nie jest warte trudu, by je przeżyć, to odpowiedzieć na fundamentalne pytanie filozofii”. O sensie życia napisano bardzo wiele – Joseph Conrad ujmuje to z lapidarną prostotą: „Można o życiu rozmyślać bez końca, można być o nim nawet niezbyt dobrego mniemania, zawsze pozostaje prawda, że mamy tylko jedno życie” („Plantator z Malaty”).

Literatura zmagą się od wieków z opisaniem zarówno życia, jak i śmierci – a prawda o życiu jest równie trudna do opisania, jak prawda o śmierci.

Kiedy w 1455 roku Johannes Gutenberg (1394?–1468) wydał zaledwie 42-wierszową Biblię, otworzył nową epokę w komunikacji międzyludzkiej, nową erę w budowaniu indywidualnej i społecznej świadomości.

Fundamentalne dla ludzkiej egzystencji rozważania o życiu i śmierci stały się z czasem – dzięki literaturze – udziałem milionów ludzi.

Po ponad 500 latach, w 1984 r. powstało nowe potężne medium – Internet (w Polsce dostępny od 1993 r.), niejako symbol współczesnej cywilizacji. W 2001 r. zarejestrowano już ponad 100 mln witryn internetowych, liczba użytkowników Internetu sięga kilkuset milionów ludzi na całym świecie; szczególnie i rosnącą popularnością cieszą się internetowe witryny zawierające osobiste dzienniki, tzw. blogi³. W tradycyjnej wymianie myśli przy użyciu słowa pisanego na papierze, obowiązywała określona hierarchia ról (autor – czytelnik) i określona hierarchia wartości słowa. Internet te hierarchie łamie. Jest medium potężnym w swym zasięgu i możliwościach. Jeśli wpisać słowo „śmierć” do wyszukiwarki internetowej – to już po kilkunastu sekundach otrzymuje się na ekranie monitora komputerowego ponad 8 milionów haseł (w języku angielskim komputer dostarczy ponad 500 mln haseł). Ale czy to znaczy, że znajdujemy w Internecie odpowiedź na dręczący nas niepokój związany z tym słowem? Pod tym hasłem bezduszny komputer, bez żadnej selekcji, zamieszcza zarówno poważne moralno-filozoficzne i etyczne rozważania o śmierci, jak i pogodne aforyzmy na jej temat; kryminalne i polityczne sensacje, jak i tytuły filmów i przebojów pop-muzyki; relacje z wojen i katastrof drogowych, jak i bardzo osobiste wyznania ludzi śmiertelnie chorych, oczekujących kresu swoich cierpień; witryny reklamujące detektywistyczny film zatytułowany „Śmierć on-line” oraz witryny opisujące lub wręcz reklamujące możliwości eutanazji w Holandii, Szwajcarii czy w Belgii (na przykład artykuł: „Do apteki po śmierć”⁴, w którym opisano, jak to w Belgii od 15 kwietnia 2005 r. każdy domowy lekarz może kupić zestaw do eutanazji w jednej z 250 aptek, a „apteki mają duży zysk ze sprzedaży zestawów, ponieważ cena hurtowa wynosi 45 €, klient natomiast płaci już 60 €. Zestawy do przeprowadzania zabiegu eutanazji nie są refundowane przez belgijski system ubezpieczeń społecznych”. Albo też internetowa informacja: „Zurych staje się europejską stolicą śmierci. Pomoc w samobójstwie bez zbędnych pytań oferują już dwie prywatne organizacje, jedna sprzedaje śmierć także obcokrajowcom. Od stycznia 2006 r. wspomagane samobójstwo możliwe jest także w szpitalu. Nadchodzi „cywilizacja śmierci”). Przerażające.

³ Właśniak K.: Internet jako źródło informacji o zdrowiu dla młodzieży. Rozprawa doktorska (promotor: J. T. Marcinkowski). Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2006.

⁴ Jarmołowska K.: Do apteki po śmierć. Rzeczpospolita, 12 kwietnia 2005.

Ale są na szczęście i takie witryny jak ta, zachęcająca do lektury książki *Elisabeth Kübler-Ross* (1926–2004) „*Życiodajna śmierć*”: „Autorka uczy prawdy, miłości i szacunku w poznaniu i wspomaganiu człowieka cierpiącego, zbliżającego się do śmierci. Uczy, jak z nim rozmawiać, kontaktować się, zaspokajając jego potrzeby”. No właśnie, ta książka uczy, jak kontaktować się z człowiekiem umierającym, jak z nim rozmawiać – a jest to bardzo trudne.

Anonimowy Internet ułatwia kontakty – ale czy o takie, „elektroniczne” kontakty chodzi naprawdę? W jednym z internetowych blogów można znaleźć takie słowa, podpisane przez „Sz. W.”: „Cały czas / Kiedy płakałam / Wszystko to, co zmarnowane / To wszystko jest w środku / I czuję cały ten ból / Wypchnęłam go na dół / On znowu wrócił / I leżę tutaj w łóżku / Samotna / Nie mogę tego naprawić / Ale czuję / Jutro będzie dobrze”. A na innej stronie wzruszający wiersz, podpisany „P. M.”: „Ile razy zasnę z tą myślą, że nie tak miało być / Ile szans straconych jest we mnie, że ucieknę znów / Czy na zawsze świat mnie zamknął w tej pułapce pustych ścian / Zanim się we mnie resztki życia wypalą i zgasną / Coś w duszy mi zacznie obumierać na zawsze znajdź mnie znajdź / Choć słaba tak bardzo, że milczeniem mnie złamać łatwo / Zbuduję ze wzruszeń naszą bliskość, a z ramion przystań”. „Znajdź mnie” – te proste słowa są najpełniejszą ilustracją tego ostatniego pragnienia, by w obliczu śmierci nie być samotnym.

Z badań przeprowadzonych przed ponad 30 laty w londyńskim Szpitalu św. Krzysztofa przez *Cicely Saunders*⁵ wśród pacjentów nieuleczalnie chorych i zagrożonych zbliżającą się śmiercią wynikało, że około połowa z nich nie tylko przeczuwała zbliżającą się śmierć, ale także pragnęła o tym rozmawiać. Podobne obserwacje poczyniła w 1969 r. na 700-osobowej grupie nieuleczalnie chorych *Elisabeth Kübler-Ross*⁶. W swej autobiografii *Elisabeth Kübler-Ross* napisała: „Podczas konsultacji siadywałam na łóżkach pacjentów, trzymałam ich za rękę i godzinami z nimi rozmawiałam. Nauczyłam się, że nie ma ani jednego umierającego człowieka, który nie potrzebowałby miłości, dotyku i rozmowy. Umierający pacjenci nie lubili bezpiecznego dystansu, jaki zwykle utrzymywali wobec nich lekarze. Pragnęli za wszelką cenę szczerości”.

⁵ Cicely Saunders (1918–2005) twórczyni nowoczesnej opieki paliatywnej, założycielka pierwszej placówki hospicyjnej – Hospicjum im. św. Krzysztofa w Londynie.

⁶ Nowakowska M. T.: Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu. [w:] Jarosza M. (red.): Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1983, s. 357–362.

Dość powszechna jest jednak opinia – także wśród lekarzy – że „bariera ciszy” jest dla pacjenta umierającego najlepszym rozwiązaniem. Wynika ona chyba z tendencji do unikania kontaktu psychicznego z umierającym i uchylenia się od rozmowy o sprawach związanych z jego niknącym życiem, ucieczki od tych ostatnich wspólnych wzruszeń, o których tak pięknie napisała Autorka cytowanego anonimowego blogu: „Zbuduję ze wzruszeń naszą bliskość”. W tych najtrudniejszych chwilach, Internetowy kontakt nie zbuduje takich „wzruszeń”, nie zastąpi obecności bliskiej osoby.

Oto przykład z innego blogu – „Zadane pytanie”: „Zadaję sobie pytanie, czy mogę uniknąć śmierci w samotności? Czy kiedyś doznam miłości? Czy ktoś mnie pokocha? Czy zawsze będę podążał w samotności? Czy kiedyś ktoś pokaże mi, co znaczy bliskość ukochanej osoby?”

Ksiądz Arkadiusz Nowak⁷, Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. AIDS i Narkomanii, tak mówi – na jednej ze stron internetowych – o swej roli w tych ostatnich chwilach umierającego człowieka: „Osobie, która jest wierząca, w obliczu śmierci mówię, by przygotowała się na ten moment, pozbyła się lęku. Nawiązuję do kanonów wiary katolickiej, mówię o życiu wiecznym, o zbawieniu, o tym, że po śmierci czeka nas zupełnie inny świat – wolny od przypadłości, które nas teraz nękają: bólu, cierpienia. Mówię, że trzeba prosić, by wypełniła się wola Boża – jeżeli dana osoba ma już teraz umrzeć, to: ta chwila nastąpi. Proszę umierającego, by pamiętał o nas i po śmierci dał jakiś znak, by spróbował być naszym orędownikiem. Z osobą niewierzącą rozmawiam na poziomie psychologicznym, mówię o potrzebie pogodzenia się z losem i nieuchronności odejścia z tego świata”.

Czy potrafimy rozmawiać o cierpieniu i o śmierci nawet z naszymi najbliższymi? Czy we współczesnym, konsumpcyjnym społeczeństwie ogarniętym wszechobecną żądzą użycia, dotkniętym rozpadem tradycyjnych więzi rodzinnych, nie jesteśmy skażeni swoistą „tanatofobią”? Czy nie uciekamy przed problematyką śmierci? Nasza kultura uznaje śmierć za największe zło? Wychowani w tej tradycji postrzegamy śmierć jako najstraszniejszy moment ludzkiego życia. Za wszelką cenę staramy się opóźnić jej nadejście, a największe cierpienie przeżywamy, jak odej-

⁷ Arkadiusz Nowak (ur. 1966) należy do zgromadzenia zakonnego księży kamilianów. Od wielu lat pomaga chorym na AIDS. W 1990 r. był współzałożycielem pierwszego domu, w którym znaleźli schronienie ludzie zakażeni wirusem HIV. Działał na rzecz utworzenia Krajowego Programu ds. AIDS. Przyczynił się też do powstania kilku ośrodków dla chorych. Cały czas opiekuje się zarażonymi osobami.

dzie od nas ktoś bliski. Nasza kultura stopniowo pozbawia nas kontaktu z tym nieodłącznym wymiarem życia, jakim jest śmierć. Naszymi zmarłymi bliskimi zajmują się przedsiębiorstwa pogrzebowe, a starych ludzi umieszcza się w przytułkach i domach spokojnej starości tak, aby oddech zbliżającej się do nich śmierci nie zakłócił naszego życia. Mało kto umiera, tak jak dawniej, w domu, otoczony przez bliskich, którzy w tym najważniejszym momencie życia, trzymaliby umierającego za rękę. Ten pozorny „komfort śmierci” w szpitalnej sali – to równocześnie dramat samotności. Tak o samotności pisze Joseph Conrad („*W oczach Zachodu*”): „Któż z nas zna prawdziwą samotność – nie słowo konwencjonalne, ale jej nagą grozę? Nawet do osamotnionych śmierć przychodzi w masce. Najnędnieszy wyrzutek tuli w pamięci jakieś wspomnienie lub jakąś uludę. Czasem nieszczęsny zbieg okoliczności może na chwilę uchylić zasłony. Na chwilę tylko. Żadna ludzka istota nie mogłaby znieść na stałe moralnego osamotnienia. Musiałyby oszaleć”.

Lęk przed śmiercią często próbujemy stłumić bagatelizując ją lub też ironizując na jej temat, kreując nowe „modne obyczaje”, tak dalekie od naszej kulturowej tradycji.

Warto zacytować tutaj fragment artykułu zatytułowanego „Śmierć pozbawiona głosu”, zamieszczonego w jednym z numerów „Tygodnika Powszechnego” z 5 listopada 2000 r.: „Święto Zmarłych to zgodnie z tradycją obowiązujący w naszym kraju – dzień zadumy i refleksji o śmierci. Odwiedzamy groby i palimy znicze. Obchodzony w Stanach Zjednoczonych *Halloween*⁸, czy meksykańskie Święto Zmarłych⁹, to uliczne festyny, korerowdy przebierańców i zabawa do białego rana przy tańcach i muzyce. To tak osobliwe dla Europejczyka zbiorowe naigrwanie się ze śmierci jest – zdaniem psychologów – sposobem na osvajanie jej grozy, poko-

⁸ Halloween – święto obchodzone 31 października, najhuczniej w USA. Wywodzi się od celtyckiego obyczaju Samhain. W okresie chrystianizacji plemion celtyckich Samhain nadano chrześcijański charakter i ogłoszono 1 listopada Dniem Wszystkich Świętych, co po angielsku brzmiało *All Hallows Day*. Dzień poprzedzający nazwano wigilią Wszystkich Świętych, czyli *Eve of All Saints*, *Eve of All Hallows* lub *Hallow Even*. W połowie XIX w. przywędrowało wraz z irlandzkimi emigrantami do Ameryki i tam zmieniło nazwę na Halloween. W drugiej połowie XX w. święto trafiło znowu do Europy.

⁹ *El Dia de los Muertos* – przygotowania zaczynają się już 27 lub 28 października, kiedy to w domach odbywa się wielkie sprzątanie – przecież wkrótce przybędą na ziemię dusze zmarłych i należy je przyjąć z szacunkiem! 31 października w domu staje ołtarz z ofiarami dla dusz. Wieczorem tego dnia przybywają dusze zmarłych dzieci. 1 listopada w południe odchodzą, a zamiast nich zjawiają się dusze dorosłych. Nocą z 1 na 2 listopada żywi idą spotkać się z umarłymi na cmentarzach. Pozostaną tam przez cały dzień. A 3 listopada żywi będą dzielić się „tym, co zostawili umarli”.

nywanie drzemiącego w człowieku lęku przed umieraniem”. W naszym kraju *Halloween* lansowane jest od kilku lat przez masmedia jako kolejna „obyczajowa ciekawostka”, mająca świadczyć o naszej „nowoczesności” – a niewątpliwie powoduje bardzo szkodliwą erozję majestatu śmierci. Dalej Autorka artykułu pisze: „Cywilizacja, która choruje na wieczną młodość, przyozdabia się śmiercią jak modelka, obnosząca trupa błądząc po wybiegach. Widać ją na okładkach gier komputerowych, słyhać w tekstach zespołów heavy-metalowych. Jesienią w bocznych uliczkach heidelberskiej starówki jarzą się Halloween-owe dynie, klekoczą plastikowe szkielety i dymią cukrowe czaszki. Ikona śmierci, choć zdegradowana i dwuznaczna, naciera z co drugiego plakatu i niemal każdej sklepowej wystawy. Coś, co przed laty widziałam w Meksyku w czasie Wszystkich Świętych, pojawia się znienacka w środku Europy. Treści kulturowe tak łatwo przyswojone odpowiadają zwykle na jakąś utajoną potrzebę. Jaką jednak potrzebę zaspokajać może śmierć?”¹⁰

A może tą potrzebą jest duchowa pustka, wypełniona jedynie lękiem zarówno przed śmiercią, jak i przed życiem, lękiem – który najłatwiej zneutralizować w tłumie tak samo samotnych i zagubionych w jarmarczonym zgiełku, tłumie, który nadaje anonimową tożsamość, a w zamian zapewnia zastępczy komfort „bycia w grupie” pod pretekstem niezbyt wyszukanej zabawy? Może festyny w stylu *Halloween* to nie tylko chwilowa ucieczka od własnych lęków, ale przede wszystkim ucieczka od własnej samotności? Jak pokonać lęk? A więc odpowiedzieć na odwieczne pytanie – jak żyć? Czy może życie to tylko „sen i lęk” – jak rozmyślał Conradowski Razumow („*W oczach Zachodu*”), czy też – jak pisze Conrad w „*Powrocie*” – wędrówka, której celem jest „...mozolne wymigiwanie się faktom, gorączkowe gromadzenie złudzeń, uprawa w pocie czoła gleby pod nowy zbiór kłamstw, aby tylko podtrzymać życie, uczynić je znośnym, upiększyć tak, aby można było przekazać następnemu pokoleniu ślepych wędrówców nietkniętą czarownicą legendę o ziemi obiecanej, całej w kwiatkach i szczęśliwości...”.

A może jest z życiem po prostu tak, jak to w przepięknym w swej prostocie wierszu „*Czas na mnie. Czas nagli*” napisał Tadeusz Różewicz (ur. 1921): „Więc to już wszystko, mam? / Tak synku, to już wszystko. / A więc to tylko tyle? / Tylko tyle. / Więc to jest całe życie? / Tak, całe życie”.

¹⁰ Tokarska-Bakir J.: Śmierć pozbawiona głosu. „Magazyn Kulturalny” – Tygodnik Powszechny Nr 8–9 (46/47) Kraków, 5 listopada 2000.

A więc może należałoby pogodzić się z myślą, że śmierć to nie tragiczny koniec życia, a po prostu jego immanentna część?

Tak o tym pisał prof. Tadeusz Kielanowski¹¹ w „Rozmyślaniach o przemijaniu”: „Niefortunnie ukuł ktoś kiedyś hasło o walce nauki ze śmiercią. Nauka bowiem nie walczy ze śmiercią, ani przynajmniej na razie walczyć nie zamierza. Przedstawiciele wszystkich nauk przyrodniczych i humanistycznych, a więc biolodzy, lekarze, prawnicy, filozofowie wiedzą i są zgodni, że śmierć osobników jest częścią życia gatunków...”.

A więc musimy pogodzić się ze świadomością tego, że rodzimy się – niezależnie od naszej woli, a umieramy – wbrew naszej woli. I jest to prawda fundamentalna o naszym życiu, ale ciężar tej prawdy jest dla wielu z nas zbyt trudny do udźwignięcia.

Czy w naszym współczesnym „zmałdonaldyzowanym”¹² świecie, w ciągłej pogoni za sukcesem i materialnymi dobrami, znajdziemy dość czasu na tę pełną pokory refleksję? Czy zdołamy przekazać tę prawdę o życiu i śmierci naszej młodzieży, zbyt często „samotnej w sieci”, żyjącej w wirtualnym internetowym świecie, w którym nawet śmierć nie jest prawdziwa? Czy przeglądanie internetowych haseł przez współczesnych „cyborgów” jest w stanie zastąpić refleksje i wzruszenia, towarzyszące tradycyjnym lekturom? Czy komputer może nauczyć: jak żyć?

Na zakończenie, jedna z refleksji Seneki: *„Nic nie jest bardziej obce dla człowieka niż życie. Żadnej innej umiejętności nie uczymy się z większym trudem. Przez całe życie należy się uczyć żyć i – co może jeszcze bardziej cię zdziwi – przez całe życie należy się uczyć umierać”* (Seneka – „O krótkości życia”; „Myśli” 7–3).

¹¹ Tadeusz Michał Kielanowski (1905–1992) – lekarz, profesor medycyny, inicjator telefonu zaufania, wybitny etyk i filozof medycyny.

¹² McDonald’s Corporation – największa na świecie sieć barów szybkiej obsługi. Założona w 1940 r. w San Bernardino w Kalifornii jako restauracja przez braci Dicka i Maca McDonałdów.

Grzegorz Kazberuk

Ars bene moriendi w społecznościach tradycyjnych

Wprowadzenie

Powyżej sformułowane zagadnienie sugeruje skoncentrowanie się na specyficznym gatunku literackim obecnym w piśmiennictwie religijnym i filozoficznym późnego średniowiecza. Istniejące monografie tego działu literatury w pełny i wyczerpujący sposób kreślą złożoność tego przejawu ludzkiego obłaskawiania tajemnicy śmierci [1]. Funkcjonujące w przestrzeni wykształconych sfer społeczeństwa średniowiecznej Europy traktaty o dobrym życiu i umieraniu [2], z wolna przenikały do naturalnie tworzonej kultury ludowej. Teologiczny aspekt traktatów osadzonych w chrześcijańskiej wizji świata i eschatologii, inkorporowany do kanonu postępowania społeczności tradycyjnych wobec śmierci, niwelowal w pewnym stopniu odwieczny lęk przed niepoznawalnym, lecz nieuchronnym zjawiskiem [3]. Człowiek umierający godnie, z nadzieją osiągnięcia zbawienia wiecznego, uczy towarzyszących mu najbliższych właściwej postawy wobec śmierci, umacniając tradycyjne widzenie świata żywych i zmarłych.

W społecznościach tradycyjnych śmierć nie jest li tylko zdarzeniem biologicznym i społecznym. „Jest ona fenomenem równocześnie naturalnym i nadprzyrodzonym, czasowym i wykraczającym w wieczność, fizycznym i duchowym, osobowym i kosmicznym” [4]. Dlatego śmierć człowieka wywołuje w otaczającej go społeczności chaos i destabilizację. Zanim to jednak nastąpi, w zmaganie ze śmiercią bezpośrednio jest zaangażowany sam umierający. To on poprzez znaki i wróżebne wydarzenia był uprzedzany o następującym końcu życia.

Człowiek nie umierał „byle jak”. Śmierć członka wiejskiej społeczności i rodziny celebrowano pieczołowicie. Zawsze w zgodzie z tradycyjnym scenariuszem „dobrej śmierci”. Rzecz szła bowiem o najwyższą

stawkę: życie wieczne. Praktyki stosowane przy agonii były nie tylko przygotowaniem do najważniejszej drogi człowieczej – drogi do wieczności. Stanowiły jednocześnie zabezpieczenie przed złymi mocami, aktywnymi i szczególnie niebezpiecznymi w czasie przejścia „na drugi świat”.

Sztuka „dobrego umierania” praktykowana w społecznościach wiejskich, stanowi pierwszą część klasycznej koncepcji rytuałów przejścia – fazę separacji [5]. Każda społeczność umocowana w realiach kulturowych wytwarza cały wachlarz zachowań, również wobec faktu śmierci. Odziedziczone po przodkach wzory obchodzenia się ze śmiercią nawiązują do świata wierzeń, elementów kultury ludowej, czasem marginalizując chrześcijański charakter tego obrzędu [6].

Człowiek żyjący w tradycyjnej społeczności ludowej od najmłodszych lat oswajany był z faktem nieuchronności śmierci, nie usuwał jej ze swojej świadomości. Traktował go jako konieczność przykrą lecz nieodzowną do przejścia do nowego etapu egzystencji. Wytworzył w ramach swojej kultury kanon dobrego zakończenia życia. Wiedział, jak się przygotować gdy śmierć nadejdzie, kiedy pogodzić się z Bogiem i ludźmi, jak i kiedy rozporządzić swoim mieniem, jeśli takowe posiadał, aby zaoszczędzić najbliższym kłopotów po śmierci. Mimo istnienia takiego kanonu, nie zmniejszał się w percepcji jednostki dramatyzm umierania. Najważniejszy był sposób umierania, to on determinował stan życia pośmiertnego moribunda [7]. Istotne było czy to śmierć dobra, czy niedobra. Dla najbliższego otoczenia ważny był pośmiertny los jego członka, więc w miarę możliwości starało się ono ułatwić umierającemu należyte przygotowanie do śmierci.

Niepożądana w tradycji ludowej była śmierć poza swoim domem, bez bliskich, samotna w opuszczeniu. Bardzo obawiano się śmierci nagłej, bo uniemożliwiała należyte do niej przygotowanie. Rażenie piorunem, utopienie się, zabójstwo, ukąszenie węża lub śmierć podczas snu, najbliższych niepokoiły i determinowały miejsce pochówku, dodatkowe rytuały zabezpieczające i ograniczenia dotyczące uczestników [8]. Przedwcześnie zmarłe dzieci, samobójcy, długie i uciążliwe dla otoczenia konanie osób wykluczanych ze społeczności to także przykłady śmierci niepożądanej. Wszelkie okoliczności śmierci nadal są szczegółowo rozpatrywane i komentowane, a człowiek jest według nich oceniany.

W tradycyjnych społecznościach – „śmierć jak należy” – to umieranie swoją śmiercią, w swoim czasie, na swoim miejscu i pośród swoich [9]. W zgodzie z nadprzyrodzonym prawem, w zgodzie z rządzącym natu-

ralnym porządkiem. „Oswojona śmierć” to śmierć ze starości, po wyczerpaniu potencjałów życiowych, zapowiedziana, anonsowana przez znaki widoczne dla moribunda i najbliższych.

Znaki zapowiadające śmierć

W ludowej świadomości znaczną rolę przywiązuje się do znaków i zjawisk. One również odnoszą się do zdarzenia śmierci. Istnienie wspólnoty pomiędzy człowiekiem a otaczającym go światem implikuje przekonanie, że śmierć również można przewidzieć [4]. Śmierć nie przychodzi nagle, zapowiada ją szereg zjawisk dostępnych ludzkiemu poznaniu. Ścisły związek z przyrodą i naturą przyczynił się do ukształtowania przekonania o wieszczym charakterze zachowań niektórych zwierząt i ptaków, które swoim zachowaniem przepowiadały nadchodzenie śmierci. Również znaki w domu i zagrodzie zapowiadały rychłą śmierć kogoś z domowników [10, 11, 12, 13].

Do najpowszechniejszych znaków wróżących rychłą śmierć były zachowania psa. Wycie psa objaśniano jego zdolnością widzenia duchów i śmierci. Gdy w obrębie gospodarstwa pies wyje z głową do góry lub skierowaną w dół – był to widomy znak nadejścia śmierci w rodzinie. Szczególnie istotne były również zachowania konia. Przeczuwano, że chory umrze, jeśli koń grzebie nogą w stajni lub na podwórzu. Jeśli posłano po księdza do chorego, a koń stawał na drodze, przyjechał spocony lub oglądał się za siebie to również wróżyło śmierć. Rychłą śmierć we wsi zapowiadało też oglądanie się za siebie konia podczas transportowania trumny na cmentarz, lub wskazywanie głową na jakąś osobę. Przestrzegano też, aby podczas przejazdu zaprzęgu z trumną nie mijał go żaden inny pojazd ciągnięty przez konia, gdyż mogło to spowodować śmierć na właściciela. Śmierć wróżył też kret ryjący koło domu, pod progiem lub podwaliną, w izbie lub sieni oraz w obrębie gospodarstwa.

Do powszechnych zwiastunów śmierci na polskiej wsi należała również piejąca kura, zwykle czarna. Przepowiednie oparte na obserwacji zachowania sowy uważane były za prawdziwe i sprawdzające się. Sowa siadająca na chałupie, pobliskim drzewie lub kręcąca się nad obejściem zwiastuje rychłą śmierć. Śmierć wróżyło także z wyrazów i całych zdań słyszanych w głosie sowy. Z zachowania innych ptaków również wnoszono czy może nadejść nieszczęście. Śmierć przyjdzie w niedługim cza-

się, jeśli: wrona siadała na chałupie lub leciała nad człowiekiem i krakała, kruk uderzał skrzydłami w okno domu, w którym leży chory; sroka siadała na płocie koło chałupy, w której jest chory i skrzeczy; kukułka siedzi na chałupie i kuka; wróbel stuka dziobem w okno.

Z cienia rzuconego przez człowieka również wróżono nadchodzącą śmierć. Zapowiedzi śmierci z cienia należą do tych znaków, które spełnić się miały w dalszej perspektywie, zwykle w ciągu nadchodzącego roku. Brak cienia w wigilię Bożego Narodzenia lub inny dzień roku wróży niechybną śmierć. Podobne znaczenie przypisywano podwójnemu cieniowi obserwowanemu w którykolwiek dzień roku [14].

W tradycji ludowej śmierć nie powinna przychodzić bez ostrzeżenia. Jest to zdarzenie tak ważne, że powinno angażować nie tylko samego zainteresowanego, ale też cały otaczający go świat. Stąd za naturalne uważano, że świat duchowy komunikował człowiekowi jego przeznaczenie.

Przygotowanie do śmierci

Ostatnie chwile życia na tym świecie należało przeżywać w zgodzie z pewnymi ściśle określonymi zasadami. „Śmierć dobrą” poprzedzało duchowe przygotowanie do przejścia na „tamten świat”. Cały rytuał odbywał się w domu w otoczeniu najbliższych. To oni mieli towarzyszyć umierającemu w jego „ostatniej drodze”, wspierać konającego modlitwą i fizyczną pomocą. Najbliższej rodzinie pomagała właściwą postawą cała lokalna społeczność dając jej moralne wsparcie, by nie czuli się samotni w tych ciężkich chwilach i by po zgonie „nie bali się umrzyka”. Nieuchronność tej chwili wywołuje różne postawy wobec śmierci, jedni przyjmowali ją ze spokojem, pogodzeni z losem, inni histeryzowali bojąc się śmierci. Z reguły ludzie starsi podchodzili do tego faktu w sposób spokojny i poważny. To, jak kto umierał, jest potem żywo komentowane i jeśli chory nie zachowywał się z należytą godnością spotyka się z dezaprobatą i krytyką społeczności.

Chory wyczuwając nadchodzący kres życia starał się możliwie szybko uregulować wszystkie swoje ziemskie sprawy. Był to ostateczny czas, gdy należało pożegnać się ze wszystkimi członkami rodziny i udzielić im rad na dalsze życie. Zwykle dotyczyły one prowadzenia gospodarstwa oraz zadań dotyczących ról społecznych i rodzinnych, np. małżeństw.

W przytomności umysłu chory dyktował obecnym swoją wolę w za-

kresie spraw materialnych. Określał w niej formę pogrzebu, szczegóły wystroju trumny i trumiennego stroju oraz stypy. Często zawierają wskazania co do modlitw i mszy św. za swoją duszę. Testament powierza się do wykonania współmałżonkowi lub dzieciom. Ostatnią wolę umierającego zwykle traktowało się jako świętą. Nie podlegającą dyskusji lub podważeniu. Nawet jeśli ostatnia wola nie była spisana, a tylko wypowiedziana była respektowana przez spadkobierców i do wyjątków należało jej kwestionowanie lub obalenie przed sądem [15].

Częstym zwyczajem było również udzielanie przez umierającego błogosławieństwa dla najbliższych, szczególnie dzieci. Jeśli ktoś z rodziny żyje występnie urągając swoimi postępkami dobrym obyczajom, umierający udzielał mu napomnień, wymagając złożenia przyrzeczenia poprawy – traktowanych zawsze bardzo serio i dotrzymany.

Powszechnym było przekonanie, że umierający obowiązany jest okazywać żal za grzechy i prosić o wybaczenie win. Moralnym obowiązkiem świadków śmierci było udzielenie przebaczenia, np. poprzez podanie ręki.

Jeśli stan był bliski skonania umierającą osobę odwiedzał ksiądz, który zaopatrywał ją „na śmierć”. Przed wizytą kapłana chorego należało umyć i ubrać w czystą bieliznę. Pokój, w którym przebywał sprzątno, wietrzono i przygotowywano stół, świece i wodę święconą. Jeśli umierający był przytomny ksiądz odprawiał nabożeństwo złożone z trzech sakramentów. Po spowiedzi, kapłan udzielał sakramentu chorych oraz komunii świętej. Jeśli umierający był już w agonii otrzymywał jedynie namaszczenie. „Zaopatrzenie na śmierć” uważane było za szczególną łaskę. Nie każdy jej dostępował. Za szczególne przekleństwo uważano los ludzi umierających, a odmawiających przyjęcia sakramentów. Wszystkim zabiegom towarzyszyła modlitwa licznie zgromadzonej wsi. W intencji umierającego odmawiano różaniec, litanie loretańską oraz modlitwy do patronów. Był to jednocześnie ostateczny czas, aby najbliżsi oraz osoby poróżnione z umierającym mogły darować sobie wzajemnie wszystkie urazy oraz waśnie i się pojednać [16].

Obyczaj nakazywał wręczyć umierającemu gromnicę, symbolizującą światło Chrystusa. Powszechnie sądziło się, że jej światło prowadzi duszę do nieba, wpływa również na charakter śmierci, czyniąc ją lekką. Gromnica uosabia także życie człowieka, jego krótkość i kruchość.

Wszyscy obecni winni zachowywać ciszę, aby żadnymi niepotrzebnymi dźwiękami nie zmącić świętego czasu umierania i łagodnie przeprowadzić konającego z życia ziemskiego do wieczności.

Agonia

Niezwykle istotna jest podczas przedłużającej się agonii żarliwa modlitwa. Nie należy się poddawać poczuciu bezradności lecz robić „co trzeba”. Śmierć jest bowiem dramatyczną walką duchową, zaś osoba umierającego swoistym „teatrem” walki aniołów i szatanów. Przyjęcie sakramentów jest obronna tarczą wobec sił Zła, nie stanowią one jednak zabezpieczenia, iż zagrożenie dla zbawienia bezpowrotnie minęło. Umierający jest nieustannie poddawany pokusie zwątpienia i rozpaczcy. Stąd konieczność nieustannego wspierania moribunda w jego walce z mocami ciemności modlitwą – najsilniejszą bronią w śmiertelnym zmaganiu.

Długie umieranie i ciężki zgon, według wierzeń ludowych miał dwójakie przyczyny. Umierający nie zdążył za życia uregulować wszystkich spraw. Tłumaczono, że ma coś na sumieniu i ludzka krzywda nie daje mu spokojnie umrzeć. Mógł również ukraść lub schować jakieś kosztowne przedmioty, które nie pozwalają na spokojne odejście. Drugą przyczyną powolnego i ciężkiego konania może być działalność sił nadprzyrodzonych. W powszechnym mniemaniu, ktoś kto był czarnoksiężnikiem, krzywoprzysięzcą lub zaprzedał duszę diabłu – śmierć ma ciężką. Z tego powodu dusza, wiedząc co ją czeka po śmierci niechętnie opuszcza ciało [17].

Aby zapobiec tym siłom, które nie pozwalają spokojnie odejść z tego świata, należy podjąć konieczne działania mające na celu pokonanie przeciwności w przejściu do świata zmarłych. W pierwszym przypadku, sprowadzenie osoby wobec której umierający ma jakieś zobowiązania i zakończenie spraw ziemskich gestem lub deklaracją słowną winno skutkować przyspieszeniem zgonu. W przypadku działań sił nadprzyrodzonych konieczne jest wykonywanie zabiegów magicznych nawiązujących do kultury okresu przedchrześcijańskiego lub nawiązujących do działalności Kościoła.

Do pierwszych należy zaliczać zwyczaj układania konającego na słomie żytniej – prostej pozbawionej węzłów – gdyż wszelkie zamotania symbolizują związek duszy z ciałem i stanowią utrudnienie. Zamiast słomy w niektórych regionach kraju używano grochowin. Dość powszechną była wiara, że położenie konającego na gołej ziemi winno przyspieszyć śmierć [18]. Czynienie tego gestu wyłącza go ze społeczności żywych i otwiera granicę między światem żywych i zmarłych. Rozpowszechniony był przesąd, że pierze bardzo utrudnia zgon. Z tego powodu

umierającemu wyjmowano spod głowy poduszkę i inną pościel, w której może znajdować się pierze. Szkodliwe jest nie tylko pierze kur, ale także innych ptaków, nawet dziko żyjących. Powszechne było przekonanie, że człowiek umierający na skórze lub pierzu na drugim świecie będzie zmuszony liczyć wszystkie pióra lub włosy.

Do innych zabiegów mających przyspieszać konanie należy zakaz płakania przy umierającym oraz wpuszczania do izby, gdzie umiera człowiek przybyszów, aż do chwili śmierci. Nie należy również umierającego ruszać. Można mu podawać w celu skrócenia męki „ostatni pokarm do wieczności”. Może nim być czysta woda lub woda święcona, napar z ziół lub ułożona na piersi kromka chleba. W skróceniu męki umierania może również pomóc okadzenie kadzidłem lub dymem z ziół święconych w święto Bożego Ciała lub Matki Boskiej Zielnej.

Czasem podczas agonii umierający sam prosił o poprawienie jego ciała, przywołania jakiejś osoby. Powszechne były przypadki prośb o podanie krzyża, świętego obrazka, różańca. W chwili agonii umierający starał się skierować twarz w stronę krzyża lub świętego obrazu. Do dzisiaj powszechnym jest przekonanie, że w tym czasie konający widzi całe swoje życie.

Gdy umierający nie dawał znaków życia, należało stwierdzić czy nastąpił zgon. Zwykle ktoś z najbliższej rodziny sprawdzał czy jest wyczuwalne bicie serca i puls. Często do ust konającego zbliżano lusterko, jeśli na jego powierzchni nie pojawiała się para, uznawano, że człowiek umarł. Jeśli zmarły skonał z otwartymi oczami, należało mu je w tym momencie zamknąć „by spał na wieki” [19].

Wówczas następowało powstawanie granicy pomiędzy tym co normalne a czasem rytualnym. Zrywany był zakaz zachowania ciszy, budzono śpiących domowników, przerywano czynności gospodarskie, zatrzymywano zegary, dzwoniono w dzwony. Uderzanie w dzwony w rytuałach przejścia stanowi wyznaczenie granicy pomiędzy *sacrum* a *profanum* i oznacza początek czasu rytualnego, w którym następuje fizyczne i rytualne oddzielenie zmarłego od żywych [20].

Wiele wierzeń ludowych dalsze losy duszy zmarłego określa po dniu, w którym odszedł z tego świata. Do szczęśliwych dni, w które następuje śmierć zalicza się środę, piątek sobotę i niedzielę [21]. W te dni najczęściej występują święta religijne, stąd przekonanie o tym, że śmierć w tym czasie jest przejawem szczególnej łaski Bożej. Śmierć w piątek lub niedzielę w okresie wielkanocnym odczytuje się powszechnie jako zjednoczenie z Chrystusem Ukrzyżowanym, a przez to domniemywa się aktu łaski

zbawienia. Zbawienne jest również umieranie w okresie zmartwychwstania, we wszystkie święta Maryjne oraz w dzień patronki „dobrej śmierci” św. Barbary [22, 23].

W momencie skonań kończy się „ziemski” czas bytowania człowieka na świecie, zamyka się dla moribunda możliwość wpływania poprzez własne uczynki na swój duchowy wizerunek. Od tego czasu wyłącznie najbliżsi i lokalna społeczność mogą, poprzez swoje uczynki wobec zmarłego, implikować jego stan w zaświatach.

Piśmiennictwo

1. Włodarski M., *Ars moriendi*, Kraków 1987 oraz Włodarski M., *Obraz i słowo. O powiązaniach w sztuce i literaturze XV–XVI wieku na przykładzie „ars moriendi”*, Kraków 1991.
2. Stoś J., „*Ars vivendi et ars moriendi*” w pismach Jakuba z Paradyża, „*Studia Philosophiae Christianae*”, Nr 2/2002, s. 104–117.
3. Misiurek J., „*Ars moriendi*” – sztuka umierania [w:] *Cierpienie i śmierć, Homo meditans XIII*, Lublin 1992, s. 231–244.
4. Perszon J., *Na brzegu życia i śmierci*, Pelplin 1999, s. 111–113.
5. Gennep van A., *Obrzędy przejścia*, Warszawa 2006, s. 36–37.
6. Vinogradova L., *Notions of „good” and „bad” death in the system of slavic beliefs*, „*Etnolog*”, Nr 9(60)/1999, Ljubljana 1999, s. 45–49.
7. Rosiński F. M., *Śmierć dobra w społeczności tradycyjnej ludowej* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, T. IX, Wrocław 2005, s. 341–342.
8. Rosiński F. M., *Niechciane rodzaje śmierci w tradycji ludowej* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, T. VIII, Wrocław 2004, s. 295–302.
9. Drabik W., *Umrzeć jak należy* [w:] *Oswoić śmierć*, Rocznic Muzeum Etnograficznego w Krakowie, T. XI, Kraków 1994, s. 11–20.
10. Rosiński F. M., Kostowska B., *Zapowiedzi i przeczuwanie śmierci w tradycji ludowej* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, T. IX, Wrocław 2005, s. 305–316.
11. Bonowska M., *Znaki zwiastujące śmierć i jej zapowiedź na Pomorzu na przełomie XIX i XX wieku* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, T. VII, Wrocław 2003, s. 273–284.

12. Kupisiński Z., *Zwiastuny śmierci w tradycji ludowej regionu opoczyńskiego i radomskiego* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, T. VII, Wrocław 2003, s. 285–292.
13. Nowak J., *Zapowiedź śmierci i kontakty ze zmarłymi w ludowych obrzędach adwentu mieszkańców południowo-wschodniej Zamojszczyzny* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, T. VII, Wrocław 2003, s. 285–302.
14. Jankowska B., *Zapowiedzi śmierci* [w:] *Komentarze do Polskiego Atlasu Etnograficznego t. V. Zwyczaje, obrzędy i wierzenia pogrzebowe*, red. J. Bohdanowicz, Wrocław 1999, s. 13–49.
15. Kowalska-Lewicka A., *Wierzenia i zwyczaje związane ze śmiercią* [w:] *Studia z kultury ludowej Beskidu Sądeckiego*, red. A. Kowalska-Lewicka, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdansk – Łódź 1985, s. 58–59.
16. Kupisiński Z., *Zwyczaje i obrzędy związane ze śmiercią i pogrzebem według tradycji w Radomskiem* [w:] *Rytuał. Przeszłość i terażniejszość*, red. M. Filipiak, M. Rajewski, Lublin 2006, s. 148–149.
17. Bohdanowicz J., *Zabiegi magiczne wykonywane w celu skrócenia agonii* [w:] *Komentarze do Polskiego Atlasu Etnograficznego t. V. Zwyczaje, obrzędy i wierzenia pogrzebowe*, red. J. Bohdanowicz, Wrocław 1999, s. 51–56.
18. Olszewski M., *Świat zabobonów w średniowieczu*, Warszawa 2002, s. 130; por. Bystroń S., *Studia nad zwyczajami ludowymi*, Lwów 1917, s. 20.
19. Lach K., *Wierzenia, zwyczaje i obrzędy. Folklor pogranicza polsko-czeskiego*, Wrocław 2004, s. 88.
20. Brencz A., *Polska obrzędowość pogrzebowa jako obrzęd przejścia, „Lud”*, T. LXXI, Wrocław – Poznań 1985, s. 215–230.
21. Burzyński T., *Obrzędowość pogrzebowa wsi w rejonie Jarosławia i Lubaczowa*, *Rocznik Przemyski*, T. 24/25, s. 527–552.
22. Turek K., *Święta Barbara – Patronka dobrej śmierci ludowej* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, red. J. Kolbuszewski, T. IX, Wrocław 2005, s. 297–303.
23. Złotkowski Ch. B., *Zwyczaje wsi Podlasia w połowie XX wieku*, Biała Podlaska 2006, s. 96–97.

Część IV
Śmierć w naukach medycznych

Marek Dolata

Rzeczywistość śmierci – analiza filozoficzna

Śmierć człowieka tradycyjnie pojmowana miała charakter metafizyczny. Ponieważ na płaszczyźnie świata empirycznego redukuje się ona do faktu wyłącznie biologicznego, wszelka refleksja staje się w tym obszarze bezprzedmiotowa, ponieważ fakt ten oznacza ustanie rzeczywistości, nicność absolutną; śmierć to wszak unicestwienie człowieka. Jedynym obiektem poddającym się racjonalnej dyskusji pozostaje nie śmierć, jest ona bowiem nicością, lecz jej myślowe antycypacje wpływające na funkcjonowanie ludzi żyjących. W tym obszarze jawią się one jako przeszkody utrudniające szczęśliwą egzystencję, które należy przezwyciężyć w celu osiągnięcia spokoju ducha.

W zależności od wyznawanego poglądu na świat, od ukontekstowania osobistego przeświadczenia, nasuwają się tu różne drogi terapii. Ich zasadniczym efektem powinno być zakłócanego przez śmierć funkcjonowania. Skuteczność staje się jedyną miarą oceny; dopuszcza się tu zatem różnorodność stosowanych środków, od farmaceutyków po logoterapię. Należy wyleczyć z lęku przed tym, co nie istnieje – śmierć jest nierzeczywista.

Można jednak, wbrew postawie odrealniającej, odwrócić rozumowanie. Czyż od zawsze ludzie lękający się śmierci, ujmujący ją w religijne ramy nie stanowią egzystencjalnego przesłania na rzecz realności tego faktu. Czy wszyscy się mylili? Może właśnie przeciwnie empirycystyczne zacieśnienie widzenia powoduje zaślepienie „terapeutów”? Czy śmierć jest rzeczywistością, chociaż nie w sensie faktyczności biologicznej?

Pytanie to dotyka rzeczy samej, a nie jej psychicznych konsekwencji i przekracza możliwy poziom badania nauki, której rola kończy się na granicy istnienia dającego się ująć eksperymentalnie. Czymże więc ma być? Odpowiedź nie może być prosta, ponieważ udziela się w ramach różnorodnych całościowych kontekstów. Nie ma ich jednak tak

wiele, jak mogłoby się wydawać. We współczesnym świecie zasadniczy podział obejmuje dwa typy rozwiązań problemu śmierci, które ucieleśniają z jednej strony tradycja wielkich religii, z drugiej racjonalistyczna kultura immanencji. Różnicuje je sens nadawany pojęciu świata. Kultury tradycyjne pojmują świat jako część uniwersum obejmującego ponadto poziom bytu transcendentny, natomiast racjonalizm utożsamia rzeczywistość ze światem empirycznie dostępnym; wszystko, co się wydarza zachodzi w obrębie immanencji, której szczególną formą jest uczasowienie rzeczywistości.

Analiza fenomenu śmierci w kontekście racjonalistycznej kultury postmetafizycznej

Wyznacznikiem kultury współczesnego Zachodu staje się różnorodnie interpretowane, lecz nie podlegające problematyzacji pojęcie emancypacji [1]. Odejście od scjentyzmu, spowodowane niespełnieniem jego obietnic, nie jest całkowite. Pogodziliśmy się z odroczeniem realizacji naszych marzeń i nadziei, ale ich dynamika nie osłabła. Rozumiemy, iż należy poszerzyć skalę poprzez oddalenie stanu przyszłego spełnienia, lecz idea emancypacji powierzona mocy nauki pozostaje w dalszym ciągu regulatywna idea działania. Nauka pojmowana jest jako typ gnozy, to znaczy wiedzy zapewniającej opanowanie świata oraz wyzwolenie człowieka.

Trawestując sformułowanie Ratzingera można stwierdzić, iż śmierć staje się czynnikiem zakłócającym w procesie emancypacji człowieka [2]. Świat nauki i techniki okazuje się zbyt słaby, jego obietnice pozostają bez pokrycia w faktach – umieramy. Emancypacja, rozumiana jako wyzwolenie od wszelkich zależności, jest pozorna, gdyż połowiczna. To, co udaje się w tym zamierzeniu jest uwolnieniem się od przeszłości, od świata danego przynajmniej w płaszczyźnie samoświadomości. Człowiek poprzez wolny gest jest zdolny zerwać z tradycją, z uwarunkowaniami początku swej egzystencji. Nie dysponuje jednakże mocą negacji realnej śmierci; jego życie pozostaje w jej zasięgu. Rzeczy rozpoczęte pozostawia niedokończone, ponieważ wszelkie dzieła tworzone są intencjonalnie dla wieczności, a śmierć i tak pojawia się wcześniej.

Człowiek zbliża się do statusu stwórcy, pragnie stać się nawet samostwórcą – klonowanie byłoby tu zapowiedzią dalszego postępu. Owa samozwrotność zamyka jednak perspektywę zbawienia czy samozbawie-

nia w znaczeniu wyzwolenia się od śmierci. Byt stwarzany przez człowieka pozostaje obciążony skończoną perspektywą swego „stworcy”. Horyzontem jego życia na miarę zaprojektowanego celu staje się czasowa realizacja, gdyż w tej optyce projektant będący twórcą ludzkiego bytu nie sięga wieczności.

O ile kwestia śmierci przynależy do sfery egzystencji człowieka, choćby w ujęciu utożsamiającym ją z końcem życia, o tyle jej konceptualizacja stanowi pochodną teorii antropologicznych. Rozważanie śmierci określane jest przez przyjętą antropologię. Problem w tym, iż nie w każdym rodzaju antropologii istnieje możliwość badania faktu śmierci. Przykładowo, w obrębie systemów głoszących „śmierć człowieka” nie ma już istoty, która mogłaby umierać. Antropologia pozostaje współcześnie w przeważającym stopniu pod wpływem osiągnięć przyrodoznawstwa, wynika stąd unaukowanie człowieka (fizyka człowieka) i konsekwentnie unaukowanie problemu śmierci.

Można tu dostrzec niebezpieczeństwo ignorancji badaczy, nie uświadamiających sobie iż rzekoma bezstronność wnioskowań wyrastających z faktów nauki prowadzi do konkluzji niepodważalnych. Tymczasem każda nauka zakłada (stronniczo) nie dowodząc, określone ontologie rzeczywistości. Jej konkluzje w stopniu, w jakim przekraczają obszar danej dyscypliny, są obciążone metafizycznie, przenoszą ontologię przesłanek w sferę wniosków.

Można zapytać, znając efekty w odniesieniu do problemu śmierci w postaci jej zanegowania o przyczyny, które prowadzą do owej negacji. Nowożytność, czy jej późny etap zwany postnowożytnością, rozpoczęła swój bieg od idei wyzwolenia, od przemiany ukierunkowania z teocentrycznej na antropocentryczną. Ludzkie życie zostało powierzone, choć dokonało się to stopniowo, władzy nauki. Najpierw ciało sprowadzono do organizmu interpretowanego mechanicznie; duszę bądź świadomość zachowano jeszcze dla ujęć filozoficznych. Poszerzenie jednak sfery dyscyplin nauk empirycznych o psychologię wykraczającą poza tradycję nauki filozoficznej wydało całego człowieka łącznie z duszą – świadomością we władanie nauki. Naukę natomiast, zgodnie z zadaniem ideałem emancypacji, ukierunkowano na konstruowanie projektów opanowania świata; poznanie pojęto nie według modelu kontemplacyjnego, lecz według modelu wytwarzania.

Interpretacja mechanistyczna, odpowiednia dla wykrycia deterministycznych prawidłowości, sprawdziła się jako narzędzie przekształcania świata. Zawodzi natomiast w próbie zrozumienia człowieka, a na-

wet w opisie świata organicznego. Jeśli sprowadzamy podmiot do mechanizmu, to śmierć pojmowana jest jako jego zniszczenie, człowieka zaś można naprawić z zewnątrz, ponieważ niszczą go przyczyny zewnętrzne [3]. W ten sposób doszlibyśmy do negacji naturalności fenomenu śmierci – jesteśmy w stanie zaprzeczyć przez to przygodności i skończoności człowieka.

Natychmiastową konsekwencją owej absolutyzacji człowieka staje się świat absurdu. Unieśmiertelniony śmiertelnik pozostaje w horyzoncie poszerzanej terażniejszości, która przestaje być doczesnością i jednocześnie nie przemienia się w wieczność. Negacja czasowego kresu skutkuje negacją telosu, gdyż w nieskończonych współrzędnych każdy osiągnięty cel, zrealizowany zamiar podlega odwartościowującej relatywizacji. Zróżnicowanie niepowtarzalnych osób roztopia się, proporcjonalnie do stopnia zaniku sfery aksjologicznej, w jednolitej masie anonimowości. Tożsamość osobową uzyskujemy przecież poprzez osobiste kształtowanie wnętrza w odniesieniu do wartości.

Niepożądane konsekwencje nie dowodzą niemożliwości realizacji projektu emancypacyjnego, uzasadniają jednak jego nierealizowalność, jeśli pojmowany jest jako plan wyzwolenia od cierpień i śmierci. Zrozumiałym wydaje się, iż wśród mieszkańców emancypacyjnej utopii pojawia się marzenie o nirwanie, jako próbie ucieczki do nikąd. Klęska utopii modernistycznej, stracone złudzenia, nie są więc zdolne do zniszczenia ich przyczyny – pragnień emancypacyjnych człowieka, ucieleśnionych w fundamentalnym dla nich dążeniu do nieśmiertelności.

Kiedy wszechmoc nauki ujawnia swe słabości, gdy racjonalność zyskuje status ocenianej pragmatycznie funkcjonalności, to w jej roli może wystąpić technika – liczy się efektywność. Technika mistyki, mającej prowadzić do nirwany, wyzwolenia, wystawia jednak rachunek w postaci zniszczenia tego, kogo zbawia przez roztopienie zatracającej indywidualność całości.

W pejzażu ponowoczesności spotykają się w niezdolności uchwycenia zjawiska śmiertelności tendencja instrumentalizująca naukę dla praktyki technicznej oraz ruch powrotu do mitu. Wspólne dla obu nurtów myśli jest zakwestionowanie metafizyki transcendentnej, zamknięcie życia ludzkiego w wymiarze przemijającej rzeczywistości historycznej [4]. Jak podkreślał deLubac tam, gdzie nie ma nic, co przekracza człowieka, nie ma też już człowieka, gdyż dopiero w tym wyższym wymiarze odnajduje on swą głębię, bez niej jest raczej karykaturą istoty ludzkiej lub zwierzęciem [5]. Opis egzystencji w kategoriach immanencji sprowadza

ostatecznie wszelką myśl o celowości życia do postaci zafałszowanej świadomości, bowiem w obrębie uniwersum świata koniecznych prawideł nie podległych wyższej instancji, los ludzki wpisuje się w nieuchronność przeznaczenia, w rządzące wszystkim fatum. W takim obrazie świata powraca stoicka idea pogodzenia się z losem, akceptacji tego, co i tak się wydarzy, zachowania spokoju ducha pomimo świadomości klęski.

Wolność wobec przymusu konstytuowana przez treści empiryczne dostępne w świecie immanencji, nie posiada siły zdolnej do przekroczenia skończonej kondycji człowieka, może co najwyżej przesuwając granice życia. Przesunięcia te mają swój kres, gdyż nie wszystko w świecie jest możliwe, a umysł ludzki nie jest wszechmocny. Tylko w początkach swego rozwoju teorie obiecują totalne wyjaśnienie, ich dalszy postęp prowadzi do uświadomienia własnych nieprzekraczalnych barier [6]. Podobnie w historii cywilizacji doszliśmy do punktu, w którym ukazały się złudność rojenia o wszechmocy i wszechwiedzy, o przemianie królestwa losu i przeznaczenia w królestwo człowieka. Czy jedyną odpowiedzią pozostaje nihilizm tak aktualny w dzisiejszym dyskursie i w życiu społecznym? Nihilizm sprowadza fenomen śmierci do naturalnego faktu zgonu ujmowanego w kategoriach naukowych i medycznych; redukcja ta jest poniżająca dla człowieka i zarazem nieunikniona w ramach interpretacji immanentystycznej, pozbawiającej świat duchowej głębi [7]. Konsekwencje tego są negatywne nie tylko dla jednostki u kresu jej życia, lecz w każdej chwili egzystencji – aktualna rzeczywistość zostaje bowiem odrealniona. Absolutyzacja kresu życia w znaczeniu zrównania go z nicością, powoduje iż terażniejszość upada w zupełną pustkę pozbawioną nawet możliwości przypomnienia tego, co było.

Próby ratunku przed unicestwieniem w postaci odwołania się do zbiorowej pamięci stanowią słabe pocieszenie, gdyż dotyczą tylko wiedzy publicznie dostępnej. Pomijają sferę intymną, w której mieści się to, co przeżyte osobiście i dla nas najistotniejsze; obejmują ponadto swym zakresem nielicznych, wyróżniających się w życiu społecznym i, jak pokazuje nam dotychczasowa historia, skazują na zapomnienie. W perspektywie immanentnej moja śmierć oznacza koniec świata; nie jest prawdą że życie toczy się dalej [8]. Śmierć stanowi problem istotny, problem ontologiczny. Chociaż współczesność chciałaby zamknąć świat w granicach doświadczenia, ograniczyć do tego co czasowe i zaakceptować egzystencję w ramach, które rzekomo pozostawiają za sobą wszelkie pytanie „dla czego”, to nieuchronna realność śmierci kwestionuje owe pragnienia ukazując pozorność opisywanego świata.

Wchodzimy w obszar mnożących się absurdów i sprzeczności, będących efektem zanegowania faktu śmierci – w epoce postmetafizycznej nie dopuszcza się możliwości istnienia faktów metafizycznych. Jeśli oglądanie świata z perspektywy śmierci utożsamia się z widokiem z punktu widzenia wieczności, to adekwatny opis domaga się poszerzenia o wymiar obejmujący współrzędne ponadczasne. Takimi dysponują języki dyskursów religijnych, budujących alternatywne obrazy świata poszerzonego o transcendencję.

Zjawisko śmierci w kulturze otwartej na transcendencję

Fakt śmierci, zanegowany przez światopoglądowe semantyzacje, które odnoszą go do rzeczywistości zamkniętej w sieć procesów przyczynowych, pozostaje mimo negacji źródłem lęku i cierpienia. Człowiek, jako byt ku śmierci jest świadomy swego statusu istoty śmiertelnej i zarazem pragnącej życia bezkresnego. Paradoksalny charakter egzystencji ludzkiej jest pochodną jej struktury ontycznej, ale także trudności związanych z konceptualizacją rzeczywistości ludzkiej. Uczucie owo potęguje dodatkowo problem, czy raczej tajemnica śmierci. Z jednej strony śmierć jest koniecznym warunkiem sensu; bezkres wszelkie znaczenia pozbawia ważności, wszystko można odwlekać, przesuwając, czasu jest wszak wiele więcej niż skończoność byłaby w stanie dostarczyć. Przestaje istnieć czas rodzenia i czas umierania, czas radości i czas smutku; o ile nic już nie przemija, o tyle w równym stopniu pozbawione zostaje znaczenia. Jednocześnie, z drugiej strony, śmierć niszczy wszelki sens, w nicości zanika wszelkie znaczenie. Dla zachowania sensu egzystencji śmierć jest więc jednocześnie konieczna i niemożliwa. Mamy do czynienia z antynomią, to znaczy obie tezy wydają się być równie uzasadnione i jednocześnie są wzajemnie sprzeczne. Antynomie w obszarze logiki zostały przewyżczone poprzez poszerzenie dyskursu polegające na odróżnieniu poziomu języka i metajęzyka; w ten sposób unika się pojawiania się antynomii. W obszarze interesującym nas można odwołać się do analogicznego schematu; fenomen śmierci analizowany wyłącznie w płaszczyźnie czasowości doprowadza do sprzecznych stwierdzeń. Być może ich przyczyna polega na nierozróżnianiu warstw rzeczywistości bogatszej od przedstawianej w wizji immanentystycznej, umieszczającej całość uniwersum w sferze bytu uczasowionego, w horyzoncie czasu bez odniesienia do wieczności. W perspektywie uczasawiającej rzeczywistość

czas ujawnia jedynie swą przygodną cechę przemijalności. Dopiero szersze spojrzenie od strony wieczności ukazuje jego zasadniczą właściwość polegającą na zachowaniu „tego co było, w tym co jest”, na utrwalaniu osiągniętych wartości.

Problem antynomiczności śmierci może znaleźć zatem rozwiązanie w ramach przywrócenia szerszego wglądu w rzeczywistość, który uznając jej faktyczność, będącą warunkiem sensowności ludzkiej egzystencji historycznej, nie absolutyzuje faktu śmierci, co prowadziło do unicestwienia sensu życia, lecz dokonuje jego relatywizacji odnosząc do pozaczasowej perspektywy wieczności.

Pojawiają się wobec owego poszerzenia zarzuty, iż relatywizacja śmierci pociąga za sobą relatywizację ludzkiego życia, które posiada wymiar historyczny, rozwija się w czasie. Stąd każda konceptualizacja pomijająca tę cechę grzeszy arbitralnością. Czy rzeczywiście? Wszak rozwińnięcie horyzontu analizy nie jest tożsame z głoszeniem eternizmu, który gardzi światem doczesnym. Przekraczanie obszaru badań, granicy czasowości o tyle jest przekroczeniem, o ile zakłada dotychczasowe dane. Chodzi tu o taki sposób wintegrowania historyczności w perspektywę eschatologiczną, który zachowałby w owej wyższej całości sensowność historii. Widocznym staje się, iż kluczowym zagadnieniem jest właściwe zinterpretowanie stosunku czasu i wieczności. Nie uzyskamy rozwiązania problemu przez całkowite rozdzielenie owych pojęć. Byłby to błąd przeciwny do prób utożsamiania ich w postaci uczasowienia wieczności lub uwiecznienia czasu. W obu tych przypadkach powrócilibyśmy do antynomiczności śmierci oraz w konsekwencji do absurdalności świata.

Usiłowania takie są jednak stale popularne dzięki obietnicom zaspokojenia ludzkich pragnień. Utopie świata doskonałego starają się wciąż na nowo uzasadniać swoją realność. Element mitologiczny tych konstrukcji napędza ideologiczny optymizm, który nie znajduje jednak realnego usprawiedliwienia [9]. Lęk przed śmiercią jest głównym demaskatorem obowiązującej postawy optymizmu; zrozumiały wydaje się więc zakaz poruszania problematyki śmierci, gdyż jest ona falsyfikatorem utopijnych wizji rzeczywistości. Według zwolenników utopizmu, wieczność ma formę przyszłości antycypowanej w teraźniejszości; jest ona realna dla nas jako cel naszego dążenia. I tym bardziej realna, im bardziej jej urzeczywistnienie pozostaje w naszej mocy pojmowanej jako władza nad światem, zdobywana dzięki myśli przyrodniczo-technicznej.

Utopia, będąc ucieleśnieniem postawy gnostyckiej, popełnia podstawowy błąd w punkcie wyjścia, który dziedziczony jest przez jej konse-

kwencje; utożsamia bowiem rzeczywistość i myśl, sprowadza realność do racjonalności. Konsekwencją owej pomyłki staje się niezdolność dostrzeżenia różnicy pomiędzy autentyczną przyszłością i jej antycypacją pomyslaną w terażniejszości [10]. Każde dotarcie do zamierzonej przyszłości skutkuje niespełnieniem; w tym sensie biologiczny kres życia rozpiętego w czasowości musi je skazywać na porażkę ostateczną, gdy horyzont niespełnień już się nie przesunie.

Uczasowienie wieczności, podobnie jak uwiecznienie czasu zawodzą, gdyż redukują wymiar uniwersum do sfery immanencji. Wspólnym mianownikiem obu stanowisk jest chronologiczne ujmowanie relacji czasu i wieczności. Trudności, będących konsekwencją takiej konceptualizacji można uniknąć, gdy wieczność pojmie się jako istniejąca poza czasem, jako inny wymiar uniwersum. Wychylenie człowieka ku nieskończoności, ku transcendencji może być koherentnie pomyślane tylko wtedy, gdy rzeczywistość osób nie znajduje się w pełni w czasie. Ekstrapolacja terażniejszości staje się nieskończonością jedynie intencjonalnie, realnie posiada ona konkretny kres w postaci śmierci. Nie oznacza to, iż intencjonalność ludzkich pragnień istotnie nas łudzi, wprowadzając w nieistniejącą sferę.

Powszechne przekonanie, uobecniane w tradycjach wielkich religii i wspólne ludzkości, o istnieniu drugiej strony śmierci zostało zakwestionowane w epoce „podejrliwości”. Dalszy wzrost krytycyzmu powinien prowadzić do podejrzliwości wobec podejrzeń. Ponadto krytycyzm może być ujmowany także jako postawa, która dąży do tego by niczego nie przeoczyć, by zbyt pochopnie nie ograniczać swego spojrzenia i w konsekwencji nie zamykać się w sobie. Czyli jest postawą pewnej pokory wobec świata, wyrażającej się między innymi w przekonaniu, iż granice naszego poznania nie pokrywają się z granicami naszego istnienia.

Integralny opis świata musi połączyć cząstkowe perspektywy: kosmologiczno-przyrodniczą ujmującą świat tak, jakby go nikt nie widział oraz antropologiczną – hermeneutyczną sprowadzającą go do samego widzenia [11]. Obie bowiem w stopniu, w jakim pretendują do zupełności są niewystarczające dla usensownienia rzeczywistości. Zarówno uprzedmiotowienie przedmiotu, jak i subiektywizacja świata nie tworzą warunków wystarczających dla wyjaśnienia, co oznacza kres ludzkiej egzystencji. W obszarze ujęć scjentystycznych czy hermeneutycznych, moralność bądź ginie, bądź sprowadzana jest do gry o arbitralnie ustalanych regułach. Człowiek nie jest bowiem zdolny dokonać własną mocą zjednoczenia przyrody z nakazami sumienia i pragnieniami ducha. Właśnie to

rozdarcie dokonujące się w śmierci pomiędzy przyrodniczą cielesnością i osobowym pragnieniem, podważa wszelkie usiłowanie przekroczenia granicy kondycji ludzkiej, wejścia w sferę wieczności.

Etyka wskazująca na bezwarunkowe powinności i jednocześnie akceptująca śmiertelność człowieka, czyli zniesienie wszelkich warunków, jest wewnętrznie sprzeczna. Można oczywiście odwoływać się do heroizmu ludzkich postaw, aby mimo wszystko poddawać człowieka jej wymogom, można spotykać się z odzewem, lecz owa etyka nie jest zdolna przesłonić własnej bezzasadności, sprzecznej z rozumną naturą człowieka. Etyka bez usprawiedliwienia metafizycznego porusza się w pustce, a rzekoma oczywistość jej nakazów skazana jest na krótkoterminowość; ich status przypomina zakazy formułowane jako tabu, których jedynym wytłumaczeniem – po odrzuceniu całego wyjaśniającego kontekstu akceptowanej wizji świata – jest sam fakt ich stosowania [12].

Dopiero realna transcendencja pojmowana osobowo, Bóg, jest zdolna wyprowadzić poza antynomię śmierci; dopiero w tej perspektywie istnieje miejsce na uzasadnione przeświadczenie o znaczeniu jednostkowego życia włącznie ze śmiercią, która jest jego częścią ostatnią. Jeśli sens życia jest jedynie indywidualną kreacją, to zamykany w czasowości musi zastąpić transcendencję mitologicznymi podpórkami bądź ideologicznymi hasłami, inaczej staje się pozorem. Często myli się tu odróżnienie pomiędzy niezbędnym wymogiem osobistej akceptacji sensu a koniecznością osobistego tworzenia go, pomiędzy rozpoznanie i otrzymaniem. Na zatarcie tej różnicy wpływa kultura, w której wszelka zależność, choćby w postaci przymusu przyjmowania, rozumiana jest jako poniżająca dla obdarowywanego.

Przeciwną postawę reprezentuje człowiek religijny; każda z religii podkreśla ludzką skończoność oraz zależność od mocy ponadludzkich. Autonomia człowieka, niezależność nie zostaje podważona przez śmierć w sytuacji gdy wie on, iż jest właśnie istotą zależną. Chrześcijaństwo, nazywając tę transcendentną moc miłością, prowadzi do odmiennego ukontekstowania dialektyki śmierć/życie; ostatecznym korelatem śmierci staje się w tych ramach miłość, która wyzwala istoty ludzkie z ograniczeń. Miłość, dysponujemy tu eksperymentalnym potwierdzeniem codzienności, zdolna jest do przetrwania kresu egzystencji. Jednocześnie miłość przez to, iż jest wydarzeniem śmierci „ustąpieniem na rzecz drugiego” łączy się z nią [13].

Etyka dotycząca umierania i śmierci nie powinna więc różnić się istotowo od etyki miłości bliźniego. Wypada zgodzić się z intuicją Kubler-

-Ross, iż gdybyśmy pamiętali o tym, by dobrze traktować żyjących, nie potrzebowalibyśmy przypominać o prawach umierających [14]. Można jedynie dodać, że takim prawem jest uznanie rzeczywistości śmierci, a jego praktycznym wyrazem obowiązek trwania przy umierających.

Piśmiennictwo

1. Ratzinger J.: Na początku Bóg stworzył... Wydawnictwo Salvator, Kraków 2006.
2. Ratzinger J.: Czas przemian w Europie. Wydawnictwo M, Kraków 2005.
3. Scheler M.: Cierpienie, śmierć, dalsze życie. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1994.
4. Sochoń J.: Ponowoczesne losy religii. Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna Adam, Warszawa 2004.
5. DeLubac H.: Dramat humanizmu ateistycznego, WAM, Kraków 2004.
6. Barrow J. D.: Kres możliwości? Granice poznania i poznanie granic. Wydawnictwo Prószyński i Ska., Warszawa 2005.
7. Bohme G.: Antropologia filozoficzna. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1998.
8. Spaemann R.: Osoby. O różnicy między czymś a kimś. Oficyna Naukowa, Warszawa 2001.
9. Ratzinger J.: Patrząc na Chrystusa. Wydawnictwo Salvator, Kraków 2005.
10. Levinas E.: Istniejący i istnienie. Wydawnictwo Homini S.C., Kraków 2006.
11. Mutschler H. D.: Wprowadzenie do filozofii przyrody. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo WAM, Kraków 2005.
12. MacIntyre A.: Dziedzictwo cnoty. PWN, Warszawa 1996.
13. Ratzinger J.: Bóg blisko nas. Wydawnictwo M, Kraków 2002.
14. Kubler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wydawnictwo Media Rodzina, Warszawa 1979.

Emilia Dolata

Reprezentacje umysłowe śmierci – analiza transgeneracyjna

Wprowadzenie

We współczesnej kulturze fenomen śmierci sprowadzany jest często do epizodu umierania. Redukcja ta sprawia, iż postawa wobec śmierci, zdominowana lękiem przed umieraniem, zyskuje przede wszystkim konotacje negatywne [1, 2]. Tanatolodzy włączający się w ten nurt myślenia, dążą do deskrypcji momentu śmierci i powiązanych z nim stanów. Wydaje się, że prace Kubler-Ross nie są wolne od tej optyki, a określone przez autorkę stadia umierania (według krytyków – wyznaczone dość arbitralnie) traktowane są często jako uniwersalne ramy, które muszą być wypełnione w każdym indywidualnym przypadku.

Skrajną postać zasygnalizowanego redukcjonizmu dostrzec można w logice medykalizacji śmierci. Uniwersalizm umierania osiąga tu swe optimum za sprawą ujmowania zjawiska śmierci wyłącznie w kategoriach biologicznych, bez uwzględniania elementów personalnych i kulturowych [3]. Człowieka w perspektywie śmierci zastępuje jednostka chora, z defektem, której śmierć oznacza nieodwracalne zepsucie się ciała (kartezjańskiej maszyny). Umieranie jest więc problemem do rozwiązania, problemem natury technicznej, ujętym w miary ilościowe, doprecyzowanym, odgraniczającym od metafizyki przez wskaźniki, parametry, poziomy, etapy. Kategoryzacja śmierci jako mikro-zdarzenia o określonej postaci, zachodzącego w określonym miejscu i czasie, ma swe implikacje normatywne. Widoczna jest tu też zmiana znaczenia osób zaangażowanych – autorytetem staje się nie człowiek umierający, lecz osoby sprawujące nad nim opiekę, które pomimo zyskanego znaczenia odczuwają niemożność, często winę; poszukują usprawiedliwień, wyjaśnień, gdyż sytuacja umierania pozostaje przynajmniej w częściowym konflikcie z celami profesji [4].

Filozofia opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowi przeciwwagę postawy medykalizacji śmierci. Uwzględniając kontekst personalno-kulturowy, dąży do wyłonienia znaczenia śmierci na bazie narracji. Reprezentacje te mają pomóc lub reorientować nie tylko umierających i ich bliskich, lecz ze względu na charakter fenomenu stanowiącego przedmiot deskrypcji, stanowią one propozycję dla każdego. Korzenie filozofii paliatywnej i hospicyjnej odnaleźć można zarówno w systemach antropologiczno-filozoficznych, jak i w religii. Założeniem wyjściowym staje się tu natura ludzka, ujęta nie w kategorii materialistyczno-mechanistyczne lecz organizmiczne – człowiek jako intencjonalny, wieloaspektowy system łączący w sobie elementy biologiczne, psychiczne, a także duchowe. W tej perspektywie śmierć nie jest epizodem temporalnym, lecz końcem procesu temporalnego, co wyraża między innymi jeden z celów ruchu – nie tylko pomóc spokojnie umrzeć, ale żyć aż do śmierci.

Umieranie ujmowane jest tu w różnorodnych formułach. Jedną z nich jest śmierć naturalna – stopniowa, bez ingerencji technologii, bez lęku. Inny wariant – to śmierć jako narodziny do nowego życia – przejście, misterium, piękno. Umieranie może być też postrzegane jako część pewnego cyklu, lecz nie tyle jako jego koniec, co raczej transcendencja po dopełnieniu się go – stąd nie jest koniecznością lecz swoistym darem. Moment przejścia bywa też ujmowany w formułę wezwania lub szansy wzrostu – dla umierającego lub innych, zdolnego objąć sferę personalną interpersonalną, egzystencjalną, duchową. Metafora wzrostu implikuje zaangażowanie. Podobnie, jako aktywny uczestnik procesu umierania jawi się jednostka w perspektywie śmierci – podróży. Staje przed nową przestrzenią, innym planem, który nie tyle jest po- czy poza- życiem, lecz stanowi jego integralną, chociaż inną część. Tu podmiot przekracza granicę, jakich w podróży jest wiele, a czyni to z zaciekawieniem, bez poczucia ograniczenia [5, 6].

Przedstawiona różnorodność narracji śmierci nie pozwala do końca na przełamanie logiki momentu w kierunku logiki procesu. Aby to osiągnąć konieczne jest poszerzenie perspektywy śmierci i wpisanie jej w całe życie, poczynając od momentu narodzin, gdzie po raz pierwszy ujawnia się dialektyka życie/śmierć wyrażona przez fuzję cierpienia i radości, nadziei i obawy, dobra i zła [7].

Świadomość naznaczenia śmiertelnością stanowi źródło lęku – jawnego lub utajonego, oddziałującego z głębi nieświadomości – ale zarazem ma ogromną użyteczność psychologiczną. Stanowi jeden z warunków in-

dywiduacji, stwarza możliwość odkrywania znaczeń, leży u podłoża relacji ze sobą samym i z innymi. To patrzeć na śmierć z perspektywy życia obliguje do włączenia jej do projektów i konstrukcji własnej egzystencji [8]. Relacja ta nie może być jednak pojmowana jako jednostronna – ograniczenie jej do bycia współkonstruowanym przez śmierć niesie w sobie ryzyko determinizmu i skazuje na pasywność. Podmiot w obliczu śmierci może być aktywny, a wyrazem tego są między innymi umysłowe reprezentacje śmierci jakie tworzy. Taką perspektywę przyjmuje między innymi klasyk tanatopsychologii – Kastenbaum. Przeciwwstawia się mentalnemu unieważnianiu problemu śmierci z powodu niemożności zarówno jej pełnego poznania, jak i zaakceptowania. Przeciwnie – dowodzi, iż poczynając od wczesnych okresów rozwojowych, podmiot poprzez wzrastającą świadomość przemijania i śmierci (łącznie z doświadczeniami niezbędnymi do wytworzenia osobowej struktury i autonomii) zdobywa poczucie znaczenia [9, 10].

W analizach Kastenbauma pojęcie śmierci stanowi złożoną konstrukcję łączącą doświadczenia własne, społeczne milieu oraz specyfikę poznania i języka, stąd jest konstrukcją zmieniającą się. Z kolei definicja śmierci, którą podmiot konstruuje, wpływa na jego postawy, cele, preferencje, a także na kod moralny.

Pierwsze formy kategoryzacji śmierci pojawiają się już przed piątym rokiem życia; pojmowana jest wówczas nie jako stan finalny i nieodwracalny, lecz jako „pomniejszone życie”. Głównym tematem reprezentacji staje się tu separacja. W kolejnym stadium pojęciowania śmierć nabiera cech zjawiska finalnego, chociaż wydaje się nadal, że można jej uniknąć. Formuły reprezentujące zdominowane są przez personifikację, stąd śmierć to zjawisko odnoszące się nie do podmiotu, lecz do innych. W wieku 9–10 lat śmierć jawi się jako fenomen finalny i nieuchronny, a nieuchronność ta odnoszona jest też do własnej osoby. W okresie dorastania w pojęciowaniu śmierci pojawia się coraz więcej nienaturalistycznych eksplikacji, zanika też wczesna dychotomizacja życie/śmierć, chociaż wiele elementów dziecięcego definiowania pozostaje nadal (często na zawsze). W miarę nabywania nowych doświadczeń dochodzi do rozmycia, rozproszenia form pojęciowania [11]. Znaczące są tu nie tylko doświadczenia indywidualne, ale też kulturowe, środowiskowe, przekazywane przez symboliczne struktury języka.

Wydaje się, że kontekst społeczno-kulturowy w sposób szczególny określa tryb rozumienia śmierci (podobnie jak innych elementów temporalizacji), gdy ujmowany jest w ramy generacji. W klasycznej kon-

cepcji Mannheima, łączącej podejście pozytywistyczne Comte'a i romantyczne Diltheya, generacje są fenomenem społecznym wyrażającym z jednej strony rytmy i prawa zmian społecznych, z drugiej zaś – specyfikę doświadczeń decydujących o odrębności historycznej [12]. Są to grupy osób przechodzących przez różne stadia życia razem. Istotą jest tu nie tyle podobieństwo czasu biologicznego, chronologicznego, ale historycznego, a zwłaszcza tych zdarzeń, które doświadczone zostały w tzw. okresie formatywnym (dorastania). Świadomość podzielania tych doświadczeń, wiedzy o nich oraz działań przezeń warunkowanych, decyduje o świadomości generacyjnej, wyrażającej się w poczuciu przynależności do określonej generacji, a zarazem odrębności od innych. Wydarzenia z okresu formatywnego dostarczają heurystyk czasu, czyli sposobów w jaki ludzie określają ramy interpretacji przeszłości, percepcji teraźniejszości i oczekiwania przyszłości – i to zarówno na jednostkowym, jak i na kolektywnym poziomie [13, 14, 15].

Czy generacyjna specyfika zapisów formatywnych i heurystyk interpretacyjnych warunkuje całkowicie odmienne, ujmując w perspektywie międzygeneracyjnej, rozumienie i wartościowanie fenomenu śmierci? A może fenomen ten, jako uniwersalny i znaczący, poprzez narracje oparte na powtórzeniach, reprodukcji i odnowie, decyduje o tworzeniu koneksji międzygeneracyjnych i w przestrzeni tego, co odmienne decyduje o podobieństwie, stwarzając tym samym szansę na porozumiewanie się? Pytania te stały się inspiracją przeprowadzonych przeze mnie studiów empirycznych.

Badania własne

Prezentowane wyniki stanowią część szerszego programu badawczego, realizowanego w latach 2004–2005, diagnozującego różnice międzygeneracyjne w percepcji zjawisk temporalnych.

Badania przeprowadzone zostały na terenie Białorusi. Wybór terenu nie był przypadkowy. Białoruś stanowi swoistą enklawę, w których funkcjonowanie w obrębie generacji i świadomość generacyjna nie są tylko zewnętrznymi ramami, ale stanowią konstytutywny element życia społecznego. Dzieje się tak, gdyż z jednej strony nie w pełni dotarły tu wpływy globalizacji i powiązane z nią postawy indywidualistyczne (które to zjawiska znoszą tendencję do przynależności grupowych). Z drugiej strony stosowane wewnętrzne procedury „wykorzeniań”, odrywania od trady-

cji, religii, historii, na zasadzie kontrreakcji wyzwalają pragnienie łączenia się w struktury wspólnotowe.

Zastosowanie procedur diagnozy generacji pozwoliło na wyłonienie 3 grup badanych: I – urodzeni przed 1945; II – urodzeni w latach 1945–1980; III – urodzeni po roku 1980. W omawianych badaniach uczestniczyło 90 osób.

Dążąc do zdiagnozowania sposobu konceptualizacji fenomenu śmierci i oceniania go, badanym przedstawiono dwa zadania – swobodnej deskrypcji fenomenu śmierci i oceny na skalach.

Na etapie swobodnej deskrypcji badani mogli sformułować dowolną ilość własnych definicji śmierci. Uzyskane opisy poddano procedurze łączenia w kategorie czynnikowe. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Swobodne deskrypcje śmierci

Lp.	Wskazane kategorie	Wskazania w %		
		I generacja	II generacja	III generacja
1.	Wybawienie dla cierpiących i starych ludzi	33,3	13,3	3,3
2.	Definitywny koniec	33,3	30,0	36,6
3.	Rozwiązanie wielu problemów	13,3	3,3	3,3
4.	Strata dla bliskich	66,6	30,0	43,3
5.	Przejsie do innego życia	26,6	20,0	40,0
6.	Odlaczenie duszy od ciała	26,6	10,0	16,6
7.	Fakt biologiczny	40,0	33,3	16,6
8.	Wydarzenie nieodwracalne	30,0	20,0	23,3
9.	Tragedia	13,3	16,6	63,3
10.	Tajemnica	3,3	3,3	13,3
11.	Realizacja planu bozego	63,3	–	–

Śmierć w percepcji osób najstarszych to przede wszystkim realizacja planu bozego, strata dla bliskich, fakt biologiczny, rozwiązanie problemów, wybawienie dla cierpiących i starych ludzi, wydarzenie nieodwracalne. Przedstawiciele II generacji myślą o śmierci głównie w kategoriach: fakt biologiczny i definitywny koniec. Najmłodszy fenomen śmierci reprezentują jako tragedię, stratę dla bliskich, przejście do innego życia, definitywny koniec.

Na kolejnym etapie postępowania badawczego zadaniem badanych była ocena zjawiska śmierci na 7-stopniowych skalach. Oceny te oraz wskaźniki statystyczne różnic międzygrupowych przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Ocena śmierci

Lp.	Wymiary	I	II	III	F=	P=
1.	całkowity koniec vs początek nowego	1,53	2,70	3,03	6,32	0,00
2.	tajemnica vs fakt biologiczny	4,83	4,86	4,41	1,14	0,32
3.	całkowicie jednostkowe vs społeczne	2,70	2,63	2,68	0,01	0,98
4.	w zrozumieniu jej wiara konieczna całkowicie zbędna	2,30	3,03	1,86	3,55	0,03
5.	budzi ufność, spokój vs odrzucenie, lęk	2,23	1,93	2,65	1,55	0,21
6.	fakt doświadczany vs wymykający się doświadczeniu	5,10	4,96	4,10	5,33	0,00
7.	inni nie mogą o niej decydować vs mogą decydować	1,13	1,63	1,58	2,52	0,08
8.	taka jak innych vs całkowicie odmienna	4,56	4,50	4,82	0,61	0,54
9.	pozbawiona sensu vs sensowna	4,10	4,13	3,37	2,03	0,13
10.	zwykle w porę vs zawsze nie w porę	5,13	4,76	5,41	4,18	0,01
11.	inni po niej kontynuują dzieła vs niszczą je	2,63	2,90	2,20	3,75	0,02
12.	wpisana w życie vs odrębna od życia	1,76	2,43	2,27	1,44	0,24
13.	umysł ma ideę śmierci vs nie ma jej	3,80	4,26	3,68	1,07	0,34
14.	postawa własna vs wytworzona w kulturze	2,00	2,30	1,86	0,55	0,57
15.	stanowiąca przedmiot zainteresowań vs poza zainteresowaniami	2,33	3,26	2,37	2,52	0,08

Poziom zróżnicowania istotnego statystycznie, przemawiający za odmienną oceną zjawisk pomiędzy osobami należącymi do odmiennych generacji, uzyskano w zakresie charakterystyk określających czy śmierć jest faktem doświadczanym, przychodzącym w porę, w zrozumieniu którego potrzebna jest wiara, stanowiącym całkowity koniec. Pozostałe oceny, wykazujące podobieństwo międzygeneracyjne, kreślą fenomen śmierci jako zdarzenia wpisanego w życie, o którym inni nie mogą decydować. Ma ona charakter osobisty i wysoce zindywidualizowany; nosi znamiona faktu biologicznego.

Dyskusja wyników

Uzyskane kategorie deskrypcyjne i oceny ujęte w perspektywie międzygeneracyjnej pozwalają na wyprowadzenie wniosku, iż sposób konceptualizacji śmierci jest elementem zarówno konstytuującym powiązania międzygeneracyjne, jak też stanowiącym o ich odrębności. Potwierdzeniem zasadności tej tezy jest z jednej strony podobieństwo ewaluacji oraz istnienie kategorii podzielanych przez wszystkie analizowane generacje i to w podobnym stopniu (definitywny koniec, strata dla bliskich, przejście do innego życia, tajemnica), z drugiej zaś ujawnienie takich form reprezentowania, które są obecne tylko w pojedynczych grupach. Efekty te świadczą o zależności reprezentowania śmierci od kontekstu społeczno-kulturowego i doświadczeń indywidualnych, ale zarazem wskazują, że fenomen ten przekracza wszelkie ramy.

Uzyskane formuły wskazują na rozproszenie elementów konstytuujących znaczenie śmierci, a często też na współwystępowanie składników wykluczających się. Przykładem mogą być deskrypcje uzyskane w grupie osób najstarszych, dla których śmierć stanowi realizację planu bożego i przejście do innego życia, przy jednoczesnym ujmowaniu jej w kategoriach faktu biologicznego i definitywnego końca.

Innym interesującym efektem zdiagnozowanym w badaniach jest swoiste „oswajanie się” ze śmiercią, podlegające prawidłowościom rozwojowym; i tu kolejny paradoks – im młodszy badani tym intensywniej postrzegają śmierć jako tragedię – chociaż obiektywnie są od niej bardziej oddaleni w czasie. Być może ta postępująca z wiekiem „neutralizacja” śmierci wiąże się z tym, że przez osoby starsze jest ona postrzegana jako sposób na wybawienie od cierpienia. Zarazem dla osób młodych jest ona tajemnicą, a to co nieznanie zwykle stanowi źródło lęku i postrzeganie w kategoriach negatywnych oraz wymusza stosowanie mechanizmów obronnych. Być może dlatego tu najsilniej uwidacznia się przekonanie, że śmierć stanowi przejście do innego życia i brak zgody na sprowadzenie jej do faktu biologicznego. Innym wyrazem postawy obronnej, dotyczącej wszystkich generacji, może być niewielkie zainteresowanie śmiercią, pomimo silnego przekonania o jej wpisaniu w życie.

Śmierć, chociaż w percepcji jawi się jako fenomen wysoce zindywidualizowany – zarówno jeśli chodzi o jej doświadczanie, jak i postawy wobec niej, czy też decyzje jej dotyczące – nie usuwa z planu innych. Ujawniło się powszechne ujmowanie jej w kategoriach straty dla bliskich. Trudno

orzec, czy jest to konstatacja faktu czy wyraz żywionych nadziei, zwłaszcza, że jak dowiedli w swych ocenach badani – przychodzi nie w porę i wymyka się doświadczeniu.

Piśmiennictwo

1. Heidegger M.: *Bycie i czas*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2005.
2. Hancock P.: *The time of your life*. *KronoScope*, 2002, 2, 135–165.
3. Kaufman S.: *The clash of meanings: medical narrative and biographical story at life's end*. *Generations*, 2000, 23, 77–84.
4. Oba M. D., Tavares M. H.: *Death according to the social representations of health professionals*. *Rev. Bras. Enferm.*, 2002, 55, 26–30.
5. Banerjee A.: *Speaking of death: representations of death in hospice care*. *IPH*, 2005, 2, 13–33.
6. Skarga B.: *Kwintet metafizyczny*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2005.
7. Mudd P.: *The dark self: Heath as transferential factor*. *Journal of Analytical Psychology*, 1990, 35, 125–141.
8. Balk D.: *Recognizing death as a fact of life*. *Death Studies*, 2001, 25, 621–633.
9. Kastenbaum R., Costa P.: *Psychological perspectives on death*. *Annual Review of Psychology*, 1977, 28, 255–249.
10. Shaw J.: *A pathway to spirituality*. *Psychiatry*, 2004, 4, 350–361.
11. Noppe I., Noppe L.: *Evolving meanings of death during early, middle, and later adolescence*. *Death Studies*, 1997, 21, 253–275.
12. Kohli M.: *The problem of generations: family, economy, politics*. *Public Lectures*, 1996, 14, 11–18.
13. Dunham Ch.: *Generation units and the life course*. *Journal of Political and Military Sociology*, 1998, 4, 12–25.
14. Ester P., Vinken M.: *Reminiscences of an extreme century integrational differences in time heuristics*. *Time and Society*, 2002, 11, 39–66.
15. Corsten M.: *The time of generations*. *Time and Society*, 1999, 2, 249–272.

Wojciech Kułak, Wojciech Sobaniec

Badania neurofizjologiczne w ocenie śmierci mózgu

Orzeczenie śmierci na podstawie kryteriów neurologicznych wymaga: badań klinicznych, radiologicznych lub neurofizjologicznych potwierdzających nieuniknione i nieodwracalne uszkodzenie mózgu (1, 2). Rozpoznanie śmierci mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe. Etap I: Wysłunięcie podejrzenia śmierci pnia mózgu. Etap II: Wykonanie badań potwierdzających śmierć pnia mózgowego. Spełnienie wszystkich wymogów etapu I warunkuje przejście do etapu II. Etap I obejmuje dokonanie następujących stwierdzeń i wykluczeń: 1) Stwierdzenia: a) chory jest w śpiączce, b) sztucznie wentylowany, c) rozpoznano przyczynę śpiączki, d) stwierdzono pierwotne lub wtórne uszkodzenie mózgu, e) uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu (3). 2) Wykluczenia: a) chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, leki nasenne), b) w stanie hipotermii ($\leq 36,5^{\circ}\text{C}$), c) z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi, d) noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia (1, 2). Spełnienie warunków zawartych w Stwierdzeniach i Wykluczeniach upoważnia nas do wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu i przejścia do Etapu II. W tym etapie ocenia się odruchy pniowe oraz bezdech. Badanie odruchów pniowych obejmuje: reakcję źrenic na światło, odruch rogówkowy, ruchy gałek ocznych spontanicznych przy próbie kalorycznej, reakcję na bodziec bólowy, odruchy wymiotne i kaszlowe, odruchy oczno-mózgowe. Bezdech wskazuje na brak reaktywności ośrodka oddechowego

Badania neurofizjologiczne potwierdzające śmierć mózgu

Rozpoznanie śmierci mózgu w większości przypadków opiera się na badaniu klinicznym i dokładnej analizie przyczyny oraz mechani-

zmu i skutku uszkodzenia mózgu. Występują jednak sytuacje (rozległe urazy twarzoczaszki, uszkodzenia podnamiotowe mózgu, obecność nietypowych odruchów), w których badania kliniczne nie mogą być wykonane lub jednoznacznie interpretowane. W takich przypadkach podejrzenie śmierci mózgu może lub musi być potwierdzone badaniami neurofizjologicznymi (EEG-elektroencefalograficzne, potencjały wywołane) lub ocena przepływu mózgowego (1, 2).

Badanie EEG

EEG jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną służącą do badania bioelektrycznej czynności mózgu (4, 5). Badanie polega na odpowiednim rozmieszczeniu na powierzchni skóry czaszki elektrod, które rejestrują zmiany potencjału (odprowadzenia jednobiegunowe) lub różnice w potencjale różnych części mózgu (odprowadzenie dwubiegunowe) i po odpowiednim ich wzmocnieniu tworzą z nich zapis – elektroencefalogram. Analiza zapisu EEG musi być przeprowadzona przez lekarza doświadczonego w interpretacji badań EEG. Rejestracja zapisu EEG musi być przeprowadzona przez co najmniej 30 minut. Obecność linii izoelektrycznej w zapisie EEG nie jest wystarczającym kryterium śmierci mózgu (2, 6, 7). Elektrody powinny być umieszczone zgodnie z międzynarodowym układem 10–20 zalecanym przez Międzynarodową Federację Neurofizjologii Klinicznej IFCN. Badanie powinno być wykonane także w programach uwzględniających podwójną odległość pomiędzy elektrodami, np. Fp1–C5 czy F3–P3. Wartość oporu elektrod powinna wynosić 1–10 k Ω . Rejestracja EEG powinna odbywać się przy standardowym ustawieniu pasma filtrowania: 0,53 Hz – 70 Hz. W celu rejestracji wolniejszej częstotliwości konieczny jest co najmniej 10-minutowy zapis EEG przy ustawieniu dolnej granicy filtrów na 0,16 Hz lub mniej. Ze względów interpretacyjnych przynajmniej 30-minutowe odcinki zapisu EEG powinny być zarejestrowane przy wyższym wzmocnieniu, częściowo przy

Tabela 1. Wiek dzieci a badania EEG

Wiek	Liczba godzin pomiędzy dwoma badaniami	Liczba badań EEG
7 dni – 2 miesiące	48	2
2 miesiące – 1 rok	24	2
> 1 rok	12	Niekonieczne

czułości minimum $2 \mu\text{V}/\text{mm}$. Szумы pochodzące z aparatu EEG powinny być niewielkie, aby możliwa była identyfikacja potencjałów EEG o amplitudzie $2 \mu\text{V}$. Rejestracja powinna być przeprowadzona na co najmniej 8 kanałach. Równocześnie powinien być rejestrowany zapis EKG (6, 7, 8). Dla przykładu w wieku 7 dni – 2 miesiące życia liczba godzin pomiędzy badaniami wynosi aż 48 godzin, a zapis EEG powinien być powtórzony dwukrotnie.

Słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu (BAEP)

Ocena potencjałów wywołanych z pnia mózgu powinna być przeprowadzona przez lekarza doświadczonego w interpretacji BAEP. Zanikanie poszczególnych załamków aż do obustronnego całkowitego braku odpowiedzi BAEP, brak komponentów III–V przy jednoczesnej jedno- lub obustronnej obecności komponentów I lub I i II, obecność załamka I lub I i II świadczą o nieodwracalnym uszkodzeniu pnia mózgu. Bodziec dźwiękowy (trzask) o czasie trwania $100 \mu\text{sek.}$, częstość stymulacji 10–15 Hz. Poziom stymulacji: 95 dB nHL (powyżej standardowego progu słyszenia wynoszącego 36–42 dB nHL). Drugie ucho maskowane szumem o poziomie natężenia o 30 dB niższym niż bodziec podstawowy.

Ustawienia filtrów (6 dB/oktawę): dolna granica: 100–150 Hz; górna granica: 3000 Hz. Układ elektrod: elektroda czynna na szczycie czaszki w punkcie vertex (Cz), elektroda odniesienia na płatkach małżowiny usznej lub na wyrostku sutkowatym ipsilateralnie do ucha stymulowanego. Każda rejestracja musi być wykonana dwukrotnie, co umożliwia ocenę powtarzalności odpowiedzi.

Somatosensoryczne potencjały wywołane (SEP)

Somatosensoryczne potencjały wywołane stymulacją nerwów obwodowych umożliwiają ocenę stanu czynnościowego drogi czuciowej w oparciu o rejestrację fali pobudzenia na poszczególnych jej odcinkach: obwodowym, rdzeniowym i wewnątrzczaszkowym (9, 10, 11). Znajdują zastosowanie w diagnostyce schorzeń ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego (11, 12, 13). Fala pobudzenia dociera do przeciwstronnego do stymulowanej kończyny czuciowego generatora korowego, zlokalizowanego w zakręcie zaśrodkowym. SEP wykorzystuje się w diagnostyce neurologicznej i monitorowaniu śródoperacyjnym podczas zabiegów neurochirurgicznych, ortopedycznych, a także w chirurgii naczyniowej. Najczęściej wykonuje się SEP stymulując nerwy pośrodkowe i piszczelowe, rzadziej łokciowe i strzałkowe. Brak załamków rejestrowa-

nych znad szyjnego odcinka kręgosłupa w badaniu SEP przy stymulacji nerwu pośrodkowego odpowiada zanikaniu krążenia w obszarze kranio-kaudalnym i nie musi występować równocześnie ze zmianami w badaniach EEG i BAEP.

Jeżeli nie ma bezpośrednich dowodów na uszkodzenie odcinka szyjnego rdzenia kręgowego, opisane poniżej nieprawidłowości w badaniu SEP dowodzą nieodwracalności utraty funkcji mózgu w pierwotnie nadnamiotowych oraz wtórnych uszkodzeniach mózgu: brak komponentu N13 przy braku komponentów korowych odpowiedzi zarejestrowanej przy wykorzystaniu Fz jako elektrody odniesienia, brak odpowiedzi korowej (potencjałów dalekiego pola występujących po komponentach N11/P11) zarejestrowanej przy wykorzystaniu zewnątrzczaszkowej elektrody odniesienia i elektrody czynnej umieszczonej ponad korą czuciową (2). Bodziec prostokątny o czasie trwania 0,1–0,2 ms, częstość stymulacji 3–5 Hz, poziom stymulacji 2–3 mA powyżej progu ruchowego lub 20–30 mA przy braku ruchu, katoda proksymalnie. Ustawienia filtrów (6dB/oktawę): dolna granica dla korowych SEP: 5–10 Hz, dla rdzeniowych SEP 20–50 Hz; górna granica: 1000–2000 Hz. Elektrody czynne powinny być umieszczone w punkcie Erba, na poziomie C7 i C2, oraz w C3' i C4'; elektroda odniesienia – w punkcie Erba przeciwstronie do stymulacji. Wartość impedancji elektrod powinna wynosić poniżej 5 k Ω . Powinny być wykonane dwa powtarzalne zapisy pomimo braku odpowiedzi.

Badania krążenia mózgowego

Nieodwracalna utrata funkcji mózgu jest najczęściej następstwem braku krążenia mózgowego (14). Dane z literatury opisują jednakże przypadki śmierci mózgu z zachowaną perfuzją (15). Przechwytowa ultrasonografia Dopplera (TCD) ocenia przepływ w tętnicach na podstawie mózgu: w tętnicy środkowej mózgu obustronnie przez okno skroniowe oraz w tętnicy podstawnej i obu tętnicach kręgowych przez okno podpotyliczne. Badanie musi być wykonane dwukrotnie w odstępie przynajmniej 30 minut. Czułość badania TCD przekracza 90%, a jego swoistość wynosi 100% (2).

Scyntygrafia perfuzyjna

W badaniu muszą być użyte izotopy o uznanej pewności diagnostycznej, jak np. Tc-99m – HMPAO (2, 16). Scyntygraficzne kryteria śmierci mózgu obejmują brak uwidocznienia naczyń mózgowych, brak perfu-

zji mózgowej oraz brak wzmacniania się tkanki nerwowej. Po podaniu radioizotopu najpierw uwidaczniają się naczynia mózgowe, a następnie przepływ tkankowy.

Arteriografia mózgowa

W badaniu selektywnej arteriografii naczyń mózgowych muszą być ocenione obie tętnice szyjne oraz krążenie kręgowo-podstawne. Brak przepływu podanego środka kontrastowego w tętnicy podstawnej oraz w początkowych odcinkach dużych tętnic zaopatrujących mózgowie, dowodzi braku krążenia mózgowego (17).

Stwierdzenie śmierci szczególnie u dzieci, jak i dorosłych oprócz badania klinicznego wymaga wykonania specjalistycznych badań neurofizjologicznych lub radiologicznych potwierdzających nieuniknione i nieodwracalne uszkodzenie mózgu.

Piśmiennictwo

1. Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu. Dz. Urz. MZOS, z 26 czerwca 1984 r., nr 6, poz. 38.
2. Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), Dz. Urz. MZOS z 30 listopada 1996 r. nr 13, poz. 36.
3. A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *J Am Med. Assoc* 1968; 205: 85–88.
4. Majkowski J. Atlas Elektroencefalografii. PZWL. Warszawa 1975, II wydanie 1991.
5. Koślacz-Folga A. Elektroencefalografia wieku rozwojowego. PZWL. Warszawa 1980.
6. Alvarez LA, Moshe SL, Belman AL. EEG and brain death determination in children. *Neurology* 1988; 38: 227–230.
7. Fackler JC, Troncoso JC, Gioia FR. Age-specific characteristics of brain death in children. *Am J Dis Child* 1988; 142: 999–1003.
8. Kohrman MH, Spivack BS. Brain death in infants: sensitivity and specificity of current criteria. *Pediatr Neurol* 1990; 6: 47–50.

9. Chiappa KH. Short-latency somatosensory evoked potentials: Methodology and Interpretation. W: Evoked potentials in clinical medicine. Wyd. 3. Lippincott-Raven, New York 1997, 283–400.
10. Cichy SW, Wochnik-Dyjas D. Rutynowe badanie somatosensorycznych potencjałów wywołanych u osobników zdrowych. Część I. Nerw pośrodkowy. *Neurol Neurochir Pol* 1991; 25: 163–171.
11. Cichy SW, Wochnik-Dyjas D. Rutynowe badanie somatosensorycznych potencjałów wywołanych u osobników zdrowych. Część II. Nerw piszczelowy. *Neurol Neurochir Pol* 1991; 25: 172–180.
12. Boćkowski L, Sobaniec W, Śmigielska-Kuzia J, Kułak W, Sołowiej E. The pattern-reversal visual evoked potentials in children with migraine with aura and without aura. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku*, 2003; 48: 154–157.
13. Kułak W, Sobaniec W, Sołowiej E, Boćkowski L. Somatosensory and MRI findings in children with cerebral palsy: correlations and discrepancies with clinical picture. *Journal of Pediatric Neurology* 2005; 3: 77–82.
14. Izac SM. Quality assurance in determinations of brain death. *Am J Electroneurodiagnostic Technol* 2004; 44: 159.
15. Flowers WM Jr, Patel BR. Radionuclide angiography as a confirmatory test for brain death: a review of 229 studies in 219 patients. *South Med J* 1997; 90: 1091–1096.
16. Shah R, Miron S, Sodee B. Visualization of cerebral aneurysm on Tc-99m HMPAO brain perfusion scintigram for brain death. *Clin Nucl Med* 1994; 19: 457–458.
17. Rosenklint A, Jorgensen PB. Evaluation of angiographic methods in the diagnosis of brain death. correlation with local and systemic arterial pressure and intracranial pressure. *Neuroradiology* 1974; 7: 215–219.

Beata Ogórek-Tęcza, M. Lipińska, M. Kołpa, M. Lisowska

Znaczenie komunikowania się pielęgniarki z pacjentem umierającym

Wstęp

Towarzyszenie człowiekowi śmiertelnie choremu w ostatnich dniach, czy miesiącach jego życia jest z pewnością doświadczeniem trudnym, a zarazem niepowtarzalnym. Obecność przy umierającym może wzbudzać lęk, pragnienie ucieczki z tej obciążającej psychicznie sytuacji, jak również może prowadzić do przeżycia niezwyklej duchowej bliskości w kontakcie z drugim człowiekiem. By móc efektywnie pomóc umierającemu niezbędna jest zdolność do współodczuwania, wspierania oraz cierpliwość, delikatność. Towarzyszenie człowiekowi śmiertelnie choremu w prawdzie, bez uciekania się do niedomówień i kłamstwa wymaga od członków zespołu opiekującego się nim, w tym pielęgniarki, osobistej odwagi i wzięcia odpowiedzialności za spotkanie z człowiekiem, dla którego najważniejsze dotychczas wartości: zdrowie i życie zostały całkowicie zagrożone. Podstawą przygotowania pielęgniarki i pozostałych członków zespołu w opiece paliatywnej są nie tylko ich osobiste predyspozycje i cechy osobowościowe, ale także poszerzona wiedza teoretyczna i umiejętności praktyczne. Rozumienie cierpienia, jego dynamiki i głębokości u chorego jest niezbędne pielęgniarsce, by móc dostosować umiejętności w zakresie porozumiewania się do potrzeb chorego w komunikowaniu się w terminalnym okresie choroby. Komunikowanie się z pacjentem jest złożonym procesem, na który składa się wiele czynników, takich jak osobowość pacjenta, jego zdolność rozumienia swojej sytuacji i jej akceptacji, a także wiedza pielęgniarki z zakresu psychologii, etyki, zdolności do otwartych kontaktów interpersonalnych i określonych determinantów osobowości.

Rozwinięcie

W opiece nad pacjentem w terminalnym okresie choroby pielęgniarka jest przygotowana do porozumiewania się nie tylko przy pomocy słów, ale

także przekazów niewerbalnych. W komunikacji z pacjentem terminalnie chorym pielęgniarka wykorzystuje następujące umiejętności:

- umiejętność nawiązania i podtrzymania kontaktu terapeutycznego z pacjentem w celu zmniejszenia niepewności, lęku i poczucia beznadziejności
- rozpoznawania potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz stosownie do tych potrzeb realizowanie opieki pielęgniarskiej
- umacniania, podtrzymywania nadziei; innej niż nadzieja na całkowite wyzdrowienie
- zapewniania poczucia bezpieczeństwa
- okazywania empatii, która buduje pomosty wzajemnego zaufania i bezpieczeństwa, a także troski, życzliwości i cierpliwości
- dostarczania informacji na temat zabiegów pielęgnacyjnych, ich celowości i skuteczności wszelkich działań zmierzających do poprawy jakości życia i zapewnienia poczucia komfortu na możliwie najwyższym poziomie.
- wspierania chorego i jego bliskich w sytuacji szczególnie przykrych przeżyć emocjonalnych, takich jak: rozpacz, lęk, niepokój, poczucie beznadziejności, pustki, złości,
- wspierania umierającego w przygotowaniu się do akceptacji własnej śmiertelności
- pomocy w nakreśleniu i ustaleniu celów działań możliwych do zrealizowania przez pacjenta i jego rodzinę
- udzielanie wsparcia osieroconym, stwarza szansę pozyskiwania bardziej ścisłych więzi międzyludzkich oraz lepszego zrozumienia sensu życia przez chorego i umożliwia właściwą ocenę istotnych wartości. Ułatwia wypowiedzenie i powierzenie tajemnic, które mogą stać się pierwszą spowiedzią od cierpiącego i pomóc mu w spotkaniu z kapłanem.

W opiece nad terminalnie chorymi umiejętność komunikowania się jest niezmiernie istotna i zależy w znacznym stopniu od tego, w jaki sposób pielęgniarka pojmuje zagadnienie śmierci, jako nieodłącznego elementu życia, dotyczącego zarówno jej osoby, jak również bliskich, podopiecznych. Jeśli pielęgniarka zupełnie odsuwa od siebie problem śmierci, w praktyce trudno będzie mówić o porozumieniu się między nią a śmiertelnie chorym pacjentem. Komunikowanie się w takim przypadku będzie powierzchowne, rzadkie, a podejmowane tematy obojętne i mało istotne. Oczywiście jest to, że osoby, które żegnają się z tym światem oczekują

zaufania i aktywnego słuchania, a także przyjaznego odnoszenia się do chorego i rodziny.

Większość pacjentów ma potrzebę rozmawiania o śmierci i umieraniu. W praktyce jednak fakt ten jest czasem ignorowany, gdyż dla ludzi otaczających chorego i opiekujących się nim jest trudne do przezwyciężenia. Niekiedy pomiędzy opiekunami, a umierającym tworzy się tak zwana „barierę szklanej ściany”. Mimo tego, że wszyscy się interesują pacjentem umierającym to odbiera się mu szansę podzielenia się swoimi autentycznymi myślami i uczuciami. Nie wynika to z braku czasu na wysłuchanie pacjenta, ale najczęściej przyczyną takiego stanu jest lęk pielęgniarek przed kontaktem z umierającym. Zasadą komunikowania z człowiekiem umierającym jest „być pół kroku za nim, a nie wyprzedzać go” z uwagi na świadomość tego, że to pacjent, a nie my kierujemy rozmową.

W komunikowaniu się z pacjentem umierającym ważne jest, by pielęgniarka miała zawsze czas wysłuchać chorego i porozmawiać pozostawiając pacjentowi wybór, co do treści rozmowy. Zwykle bywa tak, że to chory mówi, a sam fakt obecności drugiej osoby sprzyja uśmierzeniu i złagodzeniu cierpienia. Siadanie przy łóżku chorego, dzięki czemu rozmówcy czują się partnerami dialogu sprzyja właściwemu nawiązaniu kontaktu. Komunikowanie powinno być oparte na prawdzie i zrozumieniu cierpiącego. Kontakt z pacjentem nie odbywa się w próżni, lecz ma na niego wpływ miejsce, czas, stosunek emocjonalny obu stron do choroby i cierpienia, do osoby oraz sposób komunikowania. Pielęgniarka powinna wejść w relacje z pacjentem świadomie i planowo pamiętając, że niezmiernie ważne jest pierwsze wrażenie, jakie wywrze na chorym. Wygląd pielęgniarki, jej osobowość, profesjonalizm w znacznej mierze decydują o tym, jak rozwiną się obustronne kontakty. Pierwsze wrażenie może stworzyć atmosferę zaufania lub dystansu, sprzyjać nawiązaniu głębokiego porozumienia się lub spowodować szereg nieporozumień wykluczających współpracę. Często umierający traktuje pielęgniarkę, jak i pozostałych członków zespołu opiekującego się nim jako osoby najważniejsze. Dlatego nie należy zapominać, że każda reakcja, wypowiedź jest bacznie obserwowana, zapamiętana i analizowana przez chorego, który potrafi wyczuć fałszywą postawę wobec siebie i wobec choroby.

Postawa terapeutyczna w kontakcie i w komunikowaniu się z człowiekiem chorym, a tym bardziej z umierającym powinna zmierzać do uzyskania następujących celów:

- łagodzenia napięć i negatywnych emocji wywołanych chorobą i cierpieniem (redukcja lęku, gniewu, poczucia krzywdy, depresji, poczucia bezradności, bezsilności)
- mobilizowania sił obronnych i możliwości tkwiących w człowieku (budzenie wiary i nadziei, poczucia własnej wartości, poczucia kontroli i panowania nad sytuacją, poczucia rozumienia swej sytuacji, poczucia sensu życia)
- zapobiegania jatrogenni, czyli takim zachowaniom które wpływają negatywnie na samopoczucie psychiczne i fizyczne pacjenta.

Do podstawowych zasad terapeutycznego kontaktu, na których powinno być oparte komunikowanie się z pacjentem zaliczamy:

- zasadę autentyczności, która wyklucza zakładanie „maski profesjonalizmu”.
- otwartości, która stworzy możliwość szczerego wyrażania uczuć, obaw i potrzeb
- akceptacji chorego bez względu na to kim jest i w jakiej sytuacji się znajduje
- samoakceptacji, która pomaga pielęgniarce w postawie otwartości na innych
- empatii, dzięki której pielęgniarka dostrzega i wydobywa z treści przekazu pozawerbalne, jak i werbalne komunikaty emocjonalne oraz potrafi je zinterpretować z punktu widzenia pacjenta
- podtrzymywanie wiary i nadziei
- umiejętność adekwatnego postrzegania siebie i pacjenta, która charakteryzuje się świadomym procesem kontroli własnych emocji i zachowań

Akceptacja, która wyraża się poprzez ciepło emocjonalne, serdeczność i życzliwość, empatię, czyli zdolność wczuwania się w emocjonalną sytuację chorego, jak również autentyczność to znaczy „bycie sobą” są to podstawowymi cechami postawy decydującymi o terapeutycznej atmosferze, kontakcie oczekiwany przez chorych terminalnie [1].

Na zwiększenie efektywności komunikowania się i uniknięcia błędów wpływają również:

- stała obserwacja i analiza zachowania rozmówcy
- okazywanie szacunku dla autonomii chorego, umiejętność podtrzymywania kontaktu poprzez zadawanie pytań, potwierdzanie rozumienia przekazywanych treści oraz stawianie wniosków
- zgodność między wypowiedzianymi słowami a „mową ciała”
- aktywne słuchanie

- ukazywanie własnej osobowości
- adekwatność zachowania do przekazywanych treści i elastyczność w reagowaniu na otrzymane komunikaty

Rozmowy o śmierci należy prowadzić w sposób łagodny, przyjazny, stopniowo podając prawdę. Ważne jest, by ciągle dostarczać wsparcia i otuchy oraz podtrzymywać nadzieję. Nie należy używać określenia „terminalnie chory”, gdyż pacjenci łączą to określenie z kimś, kto spostrzegany jest jako prawie zmarły. Pielęgniarka natomiast powinna w rozmowie z umierającym ukazywać, że jako człowiek istnieje nadal w pełnym wymiarze, że liczy się nie jego choroba, ale on jako człowiek. Wówczas, gdy pojawiają się pytania: „czemu mnie to spotkało?”, „czym jest śmierć?”, „jak długo jeszcze będę żył?” pielęgniarka powinna mieć świadomość, że nie ma odpowiedzi na te pytania, o czym wie dobrze pacjent. Obietnica typu „co Pan mówi, wszystko będzie dobrze” powoduje, że chory czuje się bardziej zagubiony, niezrozumiany i samotny, a jego cierpienie nasila się. Podjęcie rozmowy z pacjentem umierającym wymaga od pielęgniarki wielkiej cierpliwości, zrozumienia i opanowania własnego stresu. Wówczas, gdy pacjent dzieli się swym bólem duchowym z drugą osobą, odkrywa swoje wnętrze nie należy mu przerywać, a jedynie potakiwaniem wyrażać swoją akceptację dla jego zwierzeń.

Gdy podczas rozmowy z pacjentem nie rozumiemy czegoś, przyznajmy się. Aby chorego zachęcać do rozmowy należy pamiętać o tym, by zadawać otwarte pytania, na przykład „jak minęła noc?”, „proszę mi powiedzieć, o czym Pan teraz myśli” [5].

Nie należy zapominać, pielęgniarka w kontakcie z pacjentem powinna zwracać uwagę na jego nietypowe zachowania, które mogą wskazywać na zbliżający się moment śmierci. Może to być: zwiększony lęk, niepokój, roztargnienie, pobudzenie, wskazywanie kogoś, kogo nikt nie widzi, powtarzanie słów o szczególnym znaczeniu. Faktem oczywistym jest to, że o wiele łatwiej jest komunikować z pacjentem życzliwym, akceptującym i otwartym na nasze działania. Często jednak spotykamy się z trudnymi do opanowania reakcjami chorego i jego rodziny, czyli: krzykiem, płaczem, rozpaczą, złością, agresją. Należy wówczas uświadomić sobie przyczynę tych reakcji, która ma swoje uzasadnienie w cierpieniu, przeżywaniu żalu i bezradności. Ważne, by w takiej sytuacji pozwolić pacjentowi i rodzinie na mówienie, na „wyrzucenie” wszystkiego, co boli, na krzyk.

Jednym z podstawowych warunków osiągnięcia porozumiewania pomiędzy pielęgniarką a pacjentem jest aktywne słuchanie, które polega na

zdolności wsłuchania się i rozumienia tego, co pacjent chce nam powiedzieć. Należy wziąć pod uwagę komunikację werbalną, jak i niewerbalną. By móc ten cel osiągnąć należy przestrzegać następujących zasad:

- utrzymywać kontakt wzrokowy z pacjentem przez 1/3–2/3 czasu rozmowy, by wzbudzić zaufanie i dobre samopoczucie,
- pochylać się lekko w stronę chorego, co oznacza gotowość i zainteresowanie pacjentem pamiętając przy tym, by nie przekroczyć prywatnego terytorium psychologicznego,
- akceptować pacjenta bez względu na to, jaką jest osobą, gdyż trudno skupić się na rozmowie, gdy kogoś nie akceptujemy,
- szanować emocje pacjenta, uznając jego cierpienie i uzewnętrznianie go za zrozumiałe i uzasadnione,
- skoncentrować się na tym, co mówi pacjent, a nie na własnych przemyśleniach, uważając nie tylko na słowa, ale i na brzmienie głosu oraz mimikę,
- zachęcać do rozmowy poprzez stosowne gesty, potakiwanie, uśmiech oraz posługiwanie się zwrotami: „tak, i co dalej”, „tak, tak”, „słucham Pana”,
- dopytywać się o szczegóły poprzez delikatne wydobywanie dalszych informacji,
- nie przerywać wypowiedzi chorego,
- nie reagować impulsywnie na usłyszane słowa,
- nie oceniać chorego,
- stosować klasyfikację, by treść rozmowy była jasna dla obydwu stron
- nie zmieniać tematu, nawet gdy jest on trudny dla chorego, czy dla pielęgniarki

Należy podkreślić, że w komunikowaniu się z pacjentem umierającym niezwykle znaczenie odgrywa milczenie, które stanowi niezbędne tło dla dialogu i jest konieczne do zaistnienia faktycznej bliskości. *Milczenie transcendentne jako cisza* jest szczególną formą komunikacji. Im większe ograniczenie oraz wyczerpanie języka uwidacznia się właśnie rola ciszy, jej wyjątkowość oraz niepowtarzalność. Sprawne operowanie przez pielęgniarkę takim milczeniem dobitnie podkreśla wagę swojej obecności przy chorym, dialogu i otwartości. Często pacjentowi umierającemu potrzeba ciszy, ale połączonej z poczuciem bliskości drugiej osoby.

Oczekuje się od pielęgniarki umiejętności cierpliwego słuchania zarówno podopiecznego, jak i jego rodziny. Słuchając uważnie chorych, można dowiedzieć się, jaki jest ich stosunek do własnych dolegliwości, do śmierci, do cierpienia. Można odczytać co ich dręczy, niepokoi, napawa

lękiem, a przez to skutecznie złagodzić cierpienie duchowe i emocjonalne czyli wszechogarniający ból [4].

Nie możemy dokładnie pojąć, co czuje osoba umierająca, której droga zmierzająca do śmierci jest bardzo bolesna, dlatego większość osób towarzyszących nie chce o niej mówić. Skryte niepokoje umierających są nam w pełni nieznane i niedostępne, a dopiero ich poznanie pozwoliłoby nawiązać z chorym prawdziwy dialog. Gdy w życiu codziennym rozmawiamy o umieraniu i śmierci, najczęściej używamy czasu przyszłego. Natomiast podczas rozmowy z pacjentem umierającym on sam oraz zespół opiekujący się nim i bliscy mówią o śmierci w czasie teraźniejszym, czyli o okresie który pozostał ciężko choremu człowiekowi do dyspozycji i jaki należy nadać mu sens i przebieg, by pomóc uczynić jego istnienie najpełniejszym. Gdy nadchodzi godzina śmierci najważniejszą sprawą jest obecność przy chorym, nawet w symbolicznym milczeniu. Ważne jest, by umierający nie czuł się osamotniony i porzucony, w tym najtrudniejszym chyba momencie jego życia. Wtedy najbardziej potrzebuje on zrozumienia, troskliwości, czułości, miłości. By móc mu to dać należy ciągle pracować nad sobą, rozwijając empatię. Zdaniem Kubler-Ross [2], prawie wszyscy chorzy mówią o swojej śmierci, kiedy uświadamiali sobie, że zbliża się kres ich życia i chętnie mówią o swoich problemach wówczas, gdy mają przed sobą człowieka, który jest gotów ich wysłuchać. Osobom odchodzącym brakuje najbardziej kogoś w pełni zaangażowanego, kto ułatwiłby im wydostanie się z duchowego osamotnienia. Często osoby zdrowe, a nie chore boją się mówić o śmierci sprawiając tym samym to, że pacjenci dostrzegają próżnię, jaka wytwarza się wokół nich w miarę postępu choroby i zamykają się w sobie. Nie mogąc wyrażać swoich myśli i uczuć werbalnie, jasno i świadomie, chorzy posługują się często werbalnym językiem symbolicznym, na przykład opowiadają o snach lub o innych ludziach, których spotkało coś złego. Często posługują się również symbolami niewerbalnymi. Pragną, by ktoś zrozumiał, że chcą podzielić się z innymi swoimi niepokojami, myślami. Jako pielęgniarki powinniśmy umieć te symbole odszyfrować. Przez wnikliwe zrozumienie wypowiedzi pacjentów wyrażanych zarówno językiem werbalnym, jak i niewerbalnym można się zorientować, jaki jest ich stosunek do własnego cierpienia i życia, czego się obawiają, za czym tęsknią, a wreszcie ile prawdy są w stanie przyjąć na swój temat. Dla efektywnego porozumienia z osobą umierającą bardzo cenne jest zrozumienie symboliki śmierci, która uwidacznia się nie tylko w słowach, gestach osoby umierającej, ale także w jej zachowaniu i obawach, na przykład w lęku przed

ciemnością, przed zamkniętymi pomieszczeniami. Symbole te są często jedynym, nieuświadomionym sposobem wyrażania przez pacjenta swych doznań i emocji [3]. Każdy umierający ma swój własny symboliczny język właściwy tylko jemu, dlatego nawiązanie „symboliczne” rozmowy z odchodzącym, cierpiącym, człowiekiem winno być rozpatrywane indywidualnie [3].

W komunikowaniu się z pacjentem umierającym można wyróżnić cztery modele komunikacji [4]. Zaliczamy do nich:

- model otwartej świadomości, którą cechuje to, że pacjent staje się świadomie umierającym, a opieka nad nim zmierza do osiągnięcia psychologicznego, duchowego pogodzenia się z przeznaczeniem oraz redukowaniu jego cierpienia fizycznych. W tym modelu o śmierci mówi się wprost. Wówczas, gdy taka postawa umierającego nie jest poparta odpowiednią opieką psychologiczną, może to doprowadzić do zwiększenia cierpienia chorego objawiającego się depresją, apatią i silnym lękiem.
- model zamkniętej świadomości cechuje pacjenta, który nie wie lub nie domyśla się, że jego życie dobiega końca, natomiast wie o tym otoczenie. Większość rozmów skupia się w tym modelu na tym, by choremu nie powiedzieć prawdy. Często również rodzina umierającego absolutnie zabrania mówić choremu o niepomyślnym rokowaniu.
- model podejrzenia cechuje pacjenta, który podejrzewa, przeczuwa nieuleczalną chorobę starając się dociec prawdy, natomiast zespół opiekujący się nim i rodzina dążą do tego, by nie ujawnić diagnozy.
- model wzajemnego udawania. Występuje najczęściej i cechuje się tym, że zarówno umierający, jak i otoczenie wiedzą o nadchodzącej śmierci, ale udają, że nic się nie dzieje. W rozmowach poruszają tematy związane z codziennością starannie omijając temat śmierci.

Problem mówienia prawdy o niepomyślnym rokowaniu jest jednym z dylematów etycznych współczesnej medycyny. Jest to niewątpliwie temat bardzo kontrowersyjny. Trudno jest dać jednoznaczną odpowiedź, ponieważ ujawnienie prawdy może być szansą na pełniejsze i bardziej świadome przeżycie tego ostatniego okresu, dać możliwość rozwiązania swoich doczesnych problemów, zadbać o najbliższych, ale jednocześnie pogłębić rozpacz i odebrać nadzieję, bez której niemożliwe jest funkcjonowanie. Z kolei „oszukiwanie chorego” nie zabiera mu złudzenia, nadziei, ale odbiera szansę na nawiązanie z nim opartego na szczerości kontaktu, akceptacji swojej sytuacji oraz świadomego przeżycia tego ostat-

niego okresu życia. Okłamywanie chorego nie jest najlepszym rozwiązaniem, a mówienie prawdy, jeśli ma mieć miejsce, powinno być przeprowadzone przez psychologa lub osobę duchowną i pielęgniarkę stopniowo. Niewątpliwie, komunikowanie się z chorym zależy przede wszystkim od indywidualnej sytuacji chorego i jego rodziny.

Często ludzie wobec śmierci czują się całkiem bezradni i jakby przegrani, co zmusza ich do wyparcia i uznania jej za nieistniejącą, wbrew rzeczywistości. Wówczas zaprzeczamy tradycji, w której kult śmierci równy był kultowi życia. Rodzi to przerażający lęk, który pojawia się w chwili pośredniego lub bezpośredniego zetknięcia się ze śmiercią. Zaczynają uciekać, popadają w panikę wytwarzając w świadomości obraz śmierci jako największego zła. W pracy pielęgniarskiej kwestia poglądów na temat śmierci własnej i cudzej ma szczególnie istotne znaczenie. Brak takiej refleksji może być przyczyną wielu negatywnych przeżyć, znajdujących się pod opieką pielęgniarską pacjentów, a w szczególności nieuleczalnie chorych. Świadomość własnej śmiertelności wpływa na charakter egzystencji człowieka, określając jej sens i stosunek do życia.

Zjawisko wyparcia śmierci ze świadomości człowieka określa się mianem śmierci zdziczałej. Widoczne jest to w medycynie, której przedstawiciele zapominając, że śmierć jest integralną częścią egzystencji ludzkiej, nie dostrzegają jak wiele jest jeszcze do zrobienia, gdy nadchodzi jej moment. Chodzi tu głównie o proces komunikowania się z umierającym i informowania go o zbliżającej się śmierci oraz towarzyszenie mu w czasie umierania.

Świadomość własnej śmiertelności jest warunkiem do tego, by móc opiekować się ludźmi umierającymi. Szczera i otwarta rozmowa z pacjentem umierającym jest podstawą do nawiązania z nim kontaktu ułatwiającego współpracę. Należy dążyć do kształtowania postawy, która pozwoli dzielić z pacjentem umierającym jego samotność, lęk i zwątpienie. Zależne to jest w dużym stopniu od tego, co czuje pielęgniarka myśląc o własnej śmierci. Wówczas, gdy całkowicie oddala ten problem trudno przyjąć, że będzie w stanie porozumieć się z pacjentem umierającym. Z pewnością rozmowa o śmierci i umieraniu, z pacjentem zbliżającym się do kresu życia wymaga od osób opiekujących się nim dużej odwagi, u podstawy której leży umiejętność spojrzenia na śmierć jako zjawisko, które dotyczy nas wszystkich, co nie oznacza likwidacji lęku przed nią [6].

Przeciwnościem zjawiska „śmierci zdziczałej” jest zjawisko „śmierci oswojonej”, które podkreśla majestat śmierci jako wydarzenie niepowtarzalne i odmienne dla każdego człowieka.

Dobry kontakt jest szczególnego rodzaju otwarciem się „Ty” umierającego na „Ja” towarzyszącego mu i odwrotnie [6]. Umiejętne stworzenie tego rodzaju kontaktu pomiędzy pielęgniarką a umierającym ma niezwykle charakter i wymiar, porównywalny do transcendentnego jak zresztą sama śmierć, która przekracza nasze możliwości poznawcze. By osiągnąć taki poziom opieki nad chorym umierającym konieczna jest świadomość własnej postawy wobec śmierci, umiejętność wczucia się w przeżycia chorego zmierzającego do kresu życia, doświadczenie w pracy z umierającymi oraz refleksja nad przeżyтыми doświadczeniami zawodowymi, jak i osobistymi.

Podsumowanie

Każdy umierający ma prawo do tego, by nie umierać samotnie. Bez względu na to powinien odczuć zrozumienie, życzliwość i chęć pomocy. Pielęgniarka posiadająca świadomość własnej śmierci z akceptującym do niej stosunkiem może stworzyć między nią a umierającym pacjentem tak zwaną wspólnotę tanatologiczną. Dąży ona wówczas do tego, by uczynić śmierć pacjenta śmiercią dobrą, poprzez uaktywnienie chorego i jego pełne uczestnictwo w tym, co dzieje się wokół niego do momentu śmierci przez umiejętne komunikowanie się z chorym w terminalnym okresie choroby.

Piśmiennictwo

1. Rogers C.: Terapia nastawiona na klienta; Grupy spotkaniowe, Thesaurus – Press: Juniorzy Gospodarki, Wrocław 1991.
2. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 1998.
3. Dolińska-Zygmunt G.: Podstawy psychologii zdrowia, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
4. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułał E., Panka W.: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
5. De Walden Gałuszko K., Majkowicz M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1996.
6. Koper A., Wrońska I.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.

Alicja Wasiluk

Współczesne poglądy na eutanazję dzieci przebywających w oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej i pediatricznej w krajach Europy zachodniej

Eutanazja według definicji podanej przez W. Kopalińskiego [1] jest to skrócenie przez lekarza w szpitalu cierpień pacjenta w przedłużającej się agonii za pomocą śmiertelnej dawki środka uśmierzającego ból; słowo to pochodzi z języka greckiego „euthanasia” i oznacza „dobrą” (bezbolesną) śmierć. Czy śmierć może być dobra? Czy lekarz może podjąć decyzję o przerwaniu życia? Lekarz, jako człowiek, z racji wykonywanego zawodu musi podejmować decyzje dotyczące wyboru metod leczenia pacjenta, ale podjęcie decyzji o o zakończeniu czyjegoś życia wydaje się obowiązkiem nadludzkim.

Problemy te dotyczą szczególnie płodów i noworodków. W Polsce w świetle obowiązującego prawa istnieją określone wskazania medyczne do terminacji ciąży z powodu wad i chorób płodu. Wiąże się to z rozwojem badań prenatalnych i postępem w diagnostyce wad letalnych płodu. Lekarz neonatolog niejednokrotnie musi podejmować decyzje, jak postąpić po porodzie z noworodkiem skrajnie niedojrzałym czy z dziećmi nie podejmującymi podstawowych funkcji życiowych, przebywającymi na oddziałach intensywnej opieki. Badania ankietowe przeprowadzone w różnych ośrodkach neonatologicznych w Polsce [2] wykazały, że wśród pielęgniarek jest więcej niż wśród lekarzy osób przekonanych o zasadności ratowania każdego noworodka, niezależnie od jego dojrzałości. Więcej pielęgniarek niż lekarzy było nastawionych sceptycznie do ratowania skrajnie niedojrzałego wcześniaka urodzonego w zamartwicy, a wśród lekarzy było więcej osób gotowych ograniczyć leczenie po stwierdzeniu u noworodka ciężkiego krwotoku wewnątrzczaszkowego. Najwięcej wątpliwości budziły kwestie związane z uwzględnianiem woli rodziców w podejmowaniu decyzji o resuscytacji bądź jej zaniechaniu, przy czym lekarze byli bardziej skłonni tę wolę uwzględniać. Badania te [2] wyka-

zały ponadto potrzebę poszerzenia wśród personelu medycznego wiedzy na temat aktualnych wskaźników umieralności najmniej dojrzałych noworodków i dalszego rozwoju tych, które przeżywają.

Ostatnio w Belgii i Holandii [3] przeprowadzono badania ankietowe wśród lekarzy w celu poznania decyzji dotyczących eutanazji dzieci będących w stanie krytycznym, przebywających w oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej i pediatrycznej. Przeanalizowano przypadki zgonów 292 dzieci w Belgii i 249 w Holandii. W obu krajach w ok. 25% przypadków zgonów odstawiono leki podtrzymujące życie. W 7% w Belgii, a w 9% w Holandii podano środki farmakologiczne w celu spowodowania śmierci. Decyzje te były podjęte wspólnie z rodzicami (w Holandii w 96% przypadków, w Belgii – w 81%) i konsultującymi lekarzami (w Holandii w 94% przypadków, w Belgii – w 80%). W Belgii decyzje były dyskutowane z pielęgniarkami w 32%, w Holandii w 27%. Przykładem dziecka poddanego eutanazji w Belgii było niemowlę, które urodziło się w 28 tygodniu ciąży i w wieku 3 miesięcy życia nadal nie mogło samodzielnie oddychać, było wentylowane za pomocą respiratora, otrzymywało 60% tlen [3].

W Europie istnieją różne opinie wśród lekarzy zajmujących się intensywną terapią dzieci dotyczące problemu kiedy zacząć i kiedy zatrzymać lub kontynuować leczenie ratujące życie. Lekarze są przekonani o konieczności dyskusji tych problemów z rodzicami. W niektórych krajach są brane pod uwagę aspekty jakości przyszłego życia (Francja, Belgia, Holandia), a w innych to nie może być argumentem w podjęciu decyzji. Wielu lekarzy jest przekonanych, że wszyscy cierpiący powinni być jak najbardziej efektywnie leczeni, w Holandii akceptuje się pogląd, że jeżeli niemożliwe jest uwolnienie pacjentów od cierpień to w ekstremalnych sytuacjach dopuszczalne jest przerwanie życia [4]. Wszędzie zagadnienia te budzą wiele kontrowersji i dylematów etyczno-moralnych. Lekarze są pod wpływem różnych uwarunkowań kulturowych i religijnych, a także muszą działać zgodnie z obowiązującym systemem prawnym. Na wielu konferencjach naukowych krajowych i międzynarodowych sesje dotyczące zagadnień z zakresu etyki budzą olbrzymie zainteresowanie.

W dniach 7–10 października 2006 odbył się w Barcelonie kongres European Academy of Paediatrics zorganizowany przez trzy towarzystwa naukowe: European Society of Paediatrics and Neonatal Intensive Care, Confederation of European Specialists in Paediatrics/European Academy of Paediatrics i European Society of Paediatrics Research/European Society of Neonatology. Stwierdzono jednoznacznie, że decyzje dotyczące

aktywnego przerwania życia lub zaprzestania leczenia u dzieci z ekstremalnie złą prognozą co do dalszego życia lub brakiem możliwości dalszego życia powinny być podjęte z najwyższą rozwagą, przez zespół specjalistów, wspólnie z rodzicami dziecka, po uzyskaniu zgody Komisji Etycznej i po konsultacji z prawnikami, według określonego protokołu. Rodzina dziecka powinna być przekonana o słuszności tej decyzji. Dr C. Williams z Kanady [5] przeprowadzał wywiady z rodzicami dzieci przebywających w Oddziale Intensywnej Opieki Neonatologicznej w ciągu ostatnich trzech lat, rodzice byli proszeni o opisanie zdarzeń, które doprowadziły do podjęcia ekstremalnych decyzji dotyczących życia ich dzieci. Rodzice poruszyli ponad 130 zagadnień, które pozwoliły na sformułowanie kilku głównych wniosków dotyczących ich oczekiwań. W większości przypadków nie chcieli, żeby dawać im fałszywą nadzieję, przed podjęciem decyzji chcieli poznać opinię prawnika, uważali że decyzja powinna zostać podjęta po wielokrotnych dyskusjach z lekarzami i że muszą być o niej oboje bezwzględnie przekonani, chcieli też wiedzieć jak odbędzie się wycofanie się z leczenia podtrzymującego życie ich dziecka w oddziale reanimacyjnym. Wielu rodziców tolerowało cierpienie dziecka tylko do pewnego czasu, a dalej już nie mogli go znieść i potrzebowali pomocy psychologa, pracowników socjalnych szpitala. Często podkreślali, że jeżeli chociaż jedno z nich ma wątpliwości to ostatecznej decyzji nie mogą jeszcze podjąć.

Wspólne rozwiązania zagadnień etyczno-moralnych dotyczących śmierci są przedmiotem rozważań Europejskiego Komitetu Etyki, jednak wydaje się, że każdy kraj powinien wypracować swoje własne rozwiązania wynikające z obyczajowości, religii, uwarunkowań historycznych.

Bibliografia

1. Kopaliniński W.: *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1994.
2. Walas W., Chełchowski J., Helwich E., Kucharska Z., Korbal P., Kornacka M. K., Kortecka M., Sadowska-Krawczenko I., Sowa A., Szczepański M., Szczapa J., Witalis J.: *Wybrane problemy etyczne w neonatologii – poglądy lekarzy i pielęgniarek na podstawie badań ankietowych*. *Med. Wieku Rozw.*, 2005, IX, 3, 417–427.
3. Deliens L., Vrakking A. M.: *End-of-life decisions in neonates and infants in Belgium and The Netherlands*. European Academy of Paediatrics, Barcelona, Spain, October 7–10, 2006, 36.

4. Sauer P. J.: *End of life decisions in critically ill infants, diversity within Europe*. European Academy of Paediatrics, Barcelona, Spain, October 7–10, 2006, 36.
5. Williams C., Cairnie J., Lohfeld L., Patey C., Fines V., Schwarzer K., Kirpalani H.: *With care: teaching compassionate withdrawal of life support in the NICU, what do parents want?* European Academy of Paediatrics, Barcelona, Spain, October 7–10, 2006, 37.

Jerzy T. Marcinkowski, Tadeusz Kaczmarek

Śmierć na „Czarnej liście lekarzy”

*Medici, si omnibus morbis mederi possiut,
felicissimi essent hominum.*

Gdyby lekarze mogli wyleczyć z każdej choroby,
byliby najszcześniejszymi ludźmi.

(–) Pliniusz Młodszy (ok. 61–113)

Wstęp i cel pracy

Zapoczątkowana w Polsce w 1989 r. transformacja ustrojowa przyczyniła się m.in. do wzrostu świadomości prawnej pacjentów, powstania stowarzyszeń obrony praw pacjenta oraz wzrostu liczby doniesień prasowych na temat błędów medycznych [1, 2]. Ponadto ujawnianiu własnych opinii sprzyja rozwój Internetu [3]. Niezadowoleni pacjenci zamieszczają w Internecie swoje opinie w różnych forach dyskusyjnych, blogach i w innych miejscach. Jednym z takich miejsc jest „Czarna lista lekarzy”, w której jednym z najczęstszych zarzutów stawianych lekarzom jest spowodowanie śmierci swych pacjentów. Skoro taka lista już istnieje, a zarzuty stawiane w niej lekarzom są bardzo poważne, to środowisko lekarskie nie można udawać, iż jej nie dostrzega. Stąd w niniejszej pracy podejmujemy próbę oceny tego zjawiska.

Materiał

Materiał badawczy stanowiła zamieszczona w Internecie „Czarna Lista Lekarzy”, założona – jak podaje autor tej strony internetowej opatrzonej adresem: <http://Kitle.prv.pl> – podobnie jak Stowarzyszenie Pacjentów *Primum Non Nocere*¹, przez Pana Adama Sandauera. Wpisy na „Czarnej

¹ „Stowarzyszenie powstało by doprowadzić do zmian prawa tak, by dawało ono pomoc poszkodowanym...” (<http://www.sppnn.org.pl>).

Liście Lekarzy” dokonywane są w Internecie od 2001 roku wg następującego schematu: data wpisu, e-mail skarżącego, miasto, oskarżany lekarz (szpital), krótki opis zarzucanego czynu.

Wyniki i ich omówienie

Po wprowadzeniu do wyszukiwarki internetowej hasła „Czarna lista lekarzy”, bądź po dotarciu do niej w Internecie w inny sposób, np. poprzez któryś z licznych linków, ukazuje się strona główna zachęcająca do wpisywania skarg na lekarzy, niestety zredagowana językiem bardzo agresywnym: *Jak jakiś morderca w kitlu coś Wam zrobi, to możecie wytoczyć mu dwa procesy: cywilny i karny. Nawet jeśli przegracie w RP, to możecie odwołać się do [Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu] Francji.* Taka zachęta powoduje, że treść większości skarg jest pisana językiem bardzo dosadnym, wręcz wulgarnym. Podawane są nazwiska i imiona lekarzy oraz miejsca ich pracy. Hasło: *Dodaj swój wpis do Czarnej Listy Lekarzy* opatrzone jest uwagą: *Nie musisz podawać swoich danych*, co zapewnia pełną anonimowość i w konsekwencji bezkarność autorom tych wpisów.

Strona – o zawartości 707 KB tekstu – zawiera wpisy z Czarnej Listy Lekarzy z lat 2001–2006. Wprawdzie autor strony zapewnia o istnieniu takich zabezpieczeń, aby z jednego komputera można było wprowadzić tylko jedną skargę, ale nie można wykluczyć, że ktoś może wpisywać skargi z różnych komputerów.

W Czarnej Liście Lekarzy zdecydowanie najczęstsze są przypadki z dziedziny położnictwa: poronienia, śmierć płodu, mózgowo porażenia dziecięce. Ale spektrum opisywanych przypadków jest bardzo szerokie, aż do śmierci osób w wieku podeszłym. Z większości skarg zdaje się wyzierać nieprawidłowy stosunek lekarz–pacjent bądź lekarz–rodzina pacjenta, w tym zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów, którzy zmarli, co znajduje potwierdzenie i w innych badaniach [np. 1]. Kolejne opisywane problemy, to złe warunki hospitalizacji, często z niezachowaniem higieny szpitalnej.

A oto kilka przykładowych fragmentów wpisów z tej Listy, zamieszczonych na wspomnianej stronie internetowej:

Wpis, opatrzony inicjałami B.K., zawiera nazwę miasta i szpitala. Oto jego treść:

„Po przybyciu do szpitala pani doktor zrobiła mi USG, powiedziała że z ciążą jest OK, wypisała leki podtrzymujące ciążę i z bólami i krwawieniem wysłała mnie do domu, zamiast położyć mnie na oddział. Doszłam na

przystanek i poroniłam, wróciłam do szpitala, pani dr wzięła moje dziecko (zarodek) i kazała przyjść następnego dnia, a ja krwawiłam tak strasznie, że jak dojechałam do szpitala na Z. byli w szoku, że nie przyjęto mnie, bo bym wykrwawiła się na śmierć. Nie polecam dr, najgorsza ginekolog”.

Inny przykład:

„...lekarz wabi się NN laryngolog??? chirurg plastik NIELEGALNY GABINET w N na ul. X (bez zezwolenia i bez odbioru SANEPIDU) Polecam Panią? dr? dla SADOMASOCHISTÓW, którzy chcą stracić życie, zdrowie lub zostać oszpeconym. Pani? dr? zrobiła sobie wieceelką reklamę w wielu instytucjach, czasopismach, nawet w telewizji..., jest koleżanką przedstawicieli Izby Lekarskich, zwłaszcza w N. Więc kryją jej rażące błędy lekarskie. Najpierw spowodowała śmierć pacjentki w 2001 r. wykonując zabieg pomimo chorego serca, aby tylko wziąć pieniądze, reszta ją nie interesowała. Inny pacjent wylądował z jej NIELEGALNEGO GABINETU (NA UL. X) na pogotowiu na intensywną terapię. Mi miała wykonać przegrodę nosa z wyrównaniem niewielkiego garbu i przerośniętej chrząstki. Żadnego z tych elementów nie zrobiła, a to co zrobiła, zrobiła wadliwie (orzeczenie biegłych AM w X). Zamiast jednego garba mam teraz 2 garby i jeszcze bardziej krzywy nos. Na kolejną operację mnie nie stać. Wniosłam POZEW do SĄDU, jednak dowiedziałam się, że Pani X podstępnie zareklamowała swoje »usługi« Paniom sędzinom po super promocyjnych cenach, aby tylko moje postępowanie zamataczyły uniemożliwiając mi drogę sądową. Mam świadków, dowody (opinia biegłych), dowody (stanowczo żądane dowody wpłaty przed zabiegiem). Jednak w tym kraju przy takich układach niemożliwe jest wyegzekwowanie zwrotu moich pieniędzy za wadliwie wykonaną usługę. Jeżeli ktoś może mi jakoś pomóc proszę o listy: *[tutaj podano adres]*. Czy KODEKS CYWILNY stanowiący o odpowiedzialności kontraktowej (cywilnej) ma zastosowanie w tym kraju – pozostawiam ocenie Państwa. OMIJAJ S.C. – z daaaaaaleeeeka!!!!!!!”

Kolejny przykład, podany przez osobę podpisaną nazwiskiem i imieniem, z podaniem adresu e-mailowego. Treść wpisu zawiera nazwę miejscowości i nazwiska 2 lekarzy.

„Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego w N. Obie Panie są od dawna na emeryturze, lecz z tzw. »układów« nadal są zatrudniane. Wykorzystują Przychodnię jak swój prywatny folwark. Przychodzą do pracy kiedy chcą, traktują pacjentów jak najgorsze zło, przepisywanie leków pod dyktando koncernów farmaceutycznych (zamiast pacjentów w godzinach pracy w przychodni przyjmują przedstawicieli firm farmaceutycznych) lub chodzą na rehabilitację, fizykoterapię (czyli dbają tylko o siebie a nie o pacjenta). Emeryturka + pensyjka i tak leci na ich konto. Często wychodzą na tzw. wizytę domową czyli idą do domku lub na chałturę. Pani N prowadzi w kilku miejscach prywatne przyjęcia pacjentów. Skierowania na bezpłatne badania, zabiegi daje tylko tym pacjentom, którzy chodzą do niej prywatnie. Ponadto wielu pacjentów, po zaaplikowaniu nieodpowiednich leków

zrobiła kalekami m.in. uszkadzając w ten sposób centralny układ nerwowy, doprowadziła również do śmierci kilku osób. Niestety jej mąż bardzo dobry radca prawny (już nie żyje – leczony przez swoją żonę z depresji (popełnił samobójstwo), syn, córka – to radcy prawni, sędziowie. Sprawy zostały zatuszowane. Jej syn wraz z kolegami zabił człowieka bezdomnego – oczyszczali miasto z tzw. Śmieci, jak się wyrażali w swoich zeznaniach. Koledzy poszli siedzieć a synek p. doktor został uniewinniony. Nie zna się w ogóle na wynikach badań. Jeżeli pacjent na RTG i MRI widzi wielopoziomową dyskopatię (przepukliny jąder miażdżystych z przerwaniem otoczki) a Pani doktor uważa że jest wszystko dobrze. W karty nie wpisuje wizyt, rozpoznania choroby, nawet leków na które wystawiła recepty. Kiepscy lekarze, którzy okaleczają pacjentów i powinni odejść z zawodu, nadal robią kariery. Jeśli czasem dochodzi do jakiejś sprawy sądowej i wyroku, to zawsze oskarżany jest młody lekarz. Nie zdarzyło się by w Polsce za popełnienie błędu ukarany został ordynator, docent czy profesor medycyny. Pozycja w środowisku medycznym daje immunitet. Panowie życia i śmierci są ponad prawem. Kwitnie korupcja. Za leczenie szpitalne, które jest finansowane z pieniędzy publicznych, pacjent lub jego rodzina często płacą dodatkowo »pod stołem«. Nawet w sytuacji zagrożenia życia... Mimo iż jest to powszechnie znane, władze nie podjęły żadnych działań. Po nieszczęściach związanych z wprowadzaniem nieudanej reformy ochrony zdrowia, rząd unika wszelkich konfliktów z lobby lekarskim. Sytuacja jest groźna dla całego społeczeństwa. Na prośbę Stowarzyszenia Pacjentów *Primum Non Nocere*, uruchomiliśmy tę stronę informacyjną na serwerze poza Polską”.

Ostatni przykład, w którym podano dokładne dane autora wpisu oraz pełne dane dotyczące lekarza i placówki, w której pracuje:

„Za nie udzielenie pierwszej pomocy synowi Mirosławowi oraz odwołanie karetki Pogotowia, co przyspieszyło śmierć syna. Składane skargi do Rzecznika Odpowiedzialności w Olsztynie i Naczelnego Rzecznika w Warszawie zostały załatwione pobłażliwie z korzyścią dla lekarza – brak etyki lekarskiej”.

Wydaje się, że „Czarna Lista Lekarzy” funkcjonuje poza wszelką kontrolą – poza osobami nadzorującymi tę listę, posiadającymi hasło dostępu do niej. Stwarza to bardzo niebezpieczną sytuację – lekarz, który znajdzie się na tej liście niesłusznie, o ile się o tym fakcie w ogóle dowie, może zostać ewidentnie skrzywdzony pomówieniami, bez możliwości jakiegokolwiek obrony, czy choćby napisania wyjaśnień.

Jest też sprawą oczywistą, że wielu pacjentów nie wie dotychczas o istnieniu tej „Listy”, co może tłumaczyć niezbyt wielką liczbę zamieszonych tam wpisów.

Wprawdzie nie można wykluczyć, że część opisanych tam przypadków została przedstawiona w miarę obiektywnie, z wielkim poczuciem

doznanej krzywdy, to jednak treść zamieszczanych tam oskarżeń – nie popartych żadnymi obiektywnymi dowodami – budzi poważny niepokój. Lekarze stanowią grupę szczególnego społecznego zaufania, stąd powinni znajdować się pod szczególną ochroną prawną, nie tylko z uwagi na ich osobistą reputację, ale przede wszystkim z uwagi na zachowanie koniecznego dla właściwego wykonywania tego zawodu, autorytetu tej grupy zawodowej. Anonimowość oskarżeń nie popartych obiektywnymi dowodami stwarza pokusę dokonania „rewanżu” na lekarzu, który nie spełnił oczekiwań pacjenta, choćby nawet oczekiwania te nie wynikały z żadnych racjonalnych przesłanek i wykraczały poza możliwości współczesnej medycyny. Nie może oczywiście wykluczyć – w niektórych opisywanych przypadkach – faktycznego zaistnienia błędu zaniechania lub też popełnienia ewidentnego błędu przez lekarzy, jednak przypadki takie winny rozstrzygać w merytoryczny sposób sądy lekarskie lub też sądy powszechne.

Subiektywne oceny i sądy dokonywane przez „pokrzywdzonych” przez lekarzy pacjentów lub ich najbliższych, choć zrozumiałe z emocjonalnego punktu widzenia, nie mogą przybierać formy „sądu kapturowego”, a opieranie oskarżeń wobec lekarza jedynie na indywidualnym przeświadczeniu danej osoby o winie lekarza – łamie podstawową zasadę prawną, że to wnoszący oskarżenie zobowiązany jest dostarczyć potwierdzające je dowody (rzymska zasada prawna: *actori incumbit probatio*). Złamanie tej zasady powoduje, że oskarżający stawia siebie równocześnie w roli sędziego, ferującego wyrok – w opisywanych przypadkach jest to wyrok skazujący lekarza na utratę reputacji zawodowej, zwykle bez jego wiedzy i bez możliwości jakiegokolwiek obrony, niezależnie od zupełnie szczególnego charakteru takiej „kary” wskutek wpisania na „Czarną Listę Lekarzy” – w postaci podania opisywanego zdarzenia z udziałem danego lekarza do publicznej wiadomości w Internecie.

Wprawdzie masmedia wielokrotnie wskazywały na spadek zaufania społeczeństwa do sądów w ogóle, a do sądów korporacyjnych w szczególności, spowodowany wielorakimi przyczynami [1] – ale to nie znaczy, że formalne procedury sądowe mogą być zastępowane przez „samosądy” nad lekarzami, dokonywanymi przez pacjentów lub ich rodziny.

Pozostaje jeszcze ocena prawna funkcjonowania takiej „Czarnej Listy Lekarzy” – jest to sprawa niewątpliwie dla prawników, ale to środowisko lekarskie, poprzez odpowiednie działania izby lekarskiej, winno być przede wszystkim zainteresowane uporządkowaniem tego problemu.

Podsumowanie i wnioski

Skoro „Czarna Lista Lekarzy” istnieje już w Internecie pozostaje pytanie, czy środowisko lekarskie jest w stanie zabronić jej istnienia, przynajmniej w takiej jak to zaprezentowano formie.

Jeśli jednak przyjąć, że choć niewielka część z przedstawionych tam przypadków została opisana w miarę obiektywnie, to należy się zastanowić nad rozwiązaniami opisywanych nieprawidłowości z korzyścią dla obu stron, tj. zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Skoro problematyka śmierci pojawia się tak często w tych skargach, to – poza rozpatrzeniem obiektywnych przyczyn śmierci – należałoby zastanowić się nad okolicznościami, w jakich do śmierci doszło, czy nie dotyczy to sytuacji określanych jako „zdehumanizowane umieranie”.

Wynikałaby stąd oczywista konieczność dalszego rozwijania humanistycznego nurtu w tanatologii i zwiększenia wrażliwości personelu medycznego na te problematykę.

Jeśli opisywane przypadki dotyczą faktycznych zdarzeń, w których istnieje uzasadnione podejrzenie co do błędu w sztuce lekarskiej i obiektywnej winy lekarza – odpowiednie działania winna podjąć izba lekarska, wykorzystując – mimo wszystkich przedstawionych tutaj zastrzeżeń – informacje zawarte na wskazanej internetowej stronie zawierającej „Czarną Listę Lekarzy”.

Jeśli jednak okazałoby się, że podane w Internecie informacje są nieprawdziwe, to także izba lekarska winna wszcząć odpowiednie postępowanie i stanowcze kroki prawne wobec autorów tej witryny internetowej. Nie można bowiem dopuścić do bezkarnego szkalowania dobrego imienia niewinnych lekarzy przez anonimowych „donosicieli”, bo – jak mówi stara rzymska maksyma – *Władca, który nie karci donosicieli, podżega* (Swe-toniusz – *Domicjan*, 9).

Piśmiennictwo

1. Maciejewski S, Marcinkowski JT: Geneza i losy skarg przeciwko lekarzom w świetle materiałów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. *Archeus – Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej*, 2002, 3, 1–49.
2. Marcinkowski JT (red.): *Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.].

-
3. Właśniak K.: Internet jako źródło informacji o zdrowiu dla młodzieży. Rozprawa doktorska. Promotor: Jerzy T. Marcinkowski. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2006.

Jerzy T. Marcinkowski, Tadeusz Kaczmarek, Aneta Klimberg

Śmierć w opiniowaniu sądowo-lekarskim w pozwach przeciwko towarzystwom ubezpieczeniowym

„Hic mors gaudet succurrere vitae et iustitiae”
(„Tu śmierć cieszy się, że pomaga życiu i sprawiedliwości”)¹

Wstęp i cel pracy

W orzecznictwie sądowo-lekarskim oraz opiniowaniu lekarskim dla potrzeb towarzystw ubezpieczeniowych orzeka się najczęściej o uszczerbku na zdrowiu – zarówno fizycznym, jak i psychicznym – w odniesieniu do osób będących bezpośrednimi ofiarami wypadków. Coraz częściej jednak wydziały cywilne sądów powołują biegłych w sprawach przeciwko towarzystwom ubezpieczeniowym, w których należy orzekać o uszczerbku na zdrowiu w związku z wypadkiem lecz nie u ofiar tych wypadków, ale u najbliższych członków ich rodzin.

Inną istotną kwestią w sprawach dotyczących wypadków komunikacyjnych, w których kierowca zmarł na miejscu wypadku, jest odpowiedź na pytanie: czy zmarły ponosi winę za wypadek samochodowy?

Przedstawienie tej problematyki z zakresu orzecznictwa lekarskiego obrano za cel pracy.

Materiał

Materiał badawczy stanowiły akta sądowe przesłane z obszaru całego kraju do: 1) Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycz-

¹ Bardzo wymowny i refleksyjny napis łaciński nad wejściem do prosektorium Zakładu Medycyny Sądowej AM w Poznaniu umieszczony przez prof. Sergiusza Schilling-Siengalewicza (1887–1951).

nej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz 2) pierwszego autora pracy² – w latach 1983–2006 celem sporządzenia opinii sądowo-lekarskich, spośród których wybrano przypadki ilustrujące tematykę poruszoną w pracy.

Omówienie przypadków

Omówienia przypadków dokonano dzieląc je na dwie grupy: 1) stres psychiczny spowodowany nagłą śmiercią bliskiej osoby w wypadku i 2) odpowiedzialności zmarłego za wypadek samochodowy.

Stres psychiczny spowodowany nagłą śmiercią bliskiej osoby w wypadku

Następstwa wypadków komunikacyjnych dotyczą także członków rodzin, którzy nie uczestniczyli w tych wypadkach, ale w związku ze śmiercią ich najbliższych wystąpiły u nich zaburzenia adaptacyjne (reaktywne), będące przyczyną roszczeń o uznanie uszczerbku na zdrowiu, będącego skutkiem tego wypadku. Przed takimi problemami orzecznicy stają coraz częściej firmy ubezpieczeniowe, gdy rodziny ofiary wypadków komunikacyjnych, w których giną ich najbliżsi, wnoszą o odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu, powstałego wskutek tego rodzaju traumatyzujących przeżyć.

Przykład:

Roszczenie zostało wniesione przez dwie powódki: 1) żonę (36 lat) oraz 2) małąletnią (7 lat) córkę mężczyzny XY, który zginął w wypadku samochodowym. Powódki w tym czasie przebywały w domu. Z postanowienia Sądu wynikało, że należy sporządzić opinię na okoliczność: „...ustalenia czy w związku ze śmiercią ojca małąletniej powódki ... oraz męża ... nastąpił uszczerbek w stanie zdrowia i psychice powódek związany ze śmiercią XY”. U córki rozpoznawano reakcję lękową i zaburzenia adaptacyjne (reaktywne) powodujące 3% uszczerbek na zdrowiu, natomiast u żony reakcję depresyjną (reaktywną) z objawowymi bólami oraz zawrotami głowy i orzeciono 5% uszczerbek na zdrowiu.

² Autor pracy jest stałym biegłym sądowym Sądu Okręgowego w Poznaniu w dziedzinie neurologii od 1983 r. współpracującym z Zakładem Medycyny Sądowej AM w Poznaniu.

Przykład 1:

Roszczenie wniosła 33-letnia matka, której 15-letni syn zmarł wskutek następstw wypadku komunikacyjnego.

U matki rozpoznawano: „Zaburzenia adaptacyjne... Wystąpienie zaburzeń było bezpośrednio związane z okolicznościami śmierci syna... wymaga dalszego leczenia psychiatrycznego i wsparcia psychologicznego”.

Od 5 lat przed wypadkiem syna matka leczyła się z powodu niepłodności. W zaświadczeniu lekarskim z Kliniki Leczenia Niepłodności stwierdzono, że „...może zajść w ciążę tylko i wyłącznie po zabiegu... zapłodnienia pozaustrojowego...”. Należy podkreślić fakt, że pozwany ubezpieczyciel pokrył koszty zapłodnienia pozaustrojowego i powódka urodziła zdrowego syna.

Przykład 2:

Powód, rencista lat 42, z orzeczoną od roku niezdolnością do samodzielnej egzystencji, a przedtem przez 7 lat całkowitą niezdolnością do pracy podawał, że od wypadku samochodowego, w którym zginęła jego 21-letnia córka, „nasiliły się ataki”, „mam bezsenność”, „braknie mi córki w domu, źle się bez niej czuję, wspomagała mnie finansowo”. Ustalono następujące rozpoznania: padaczka z napadami uogólnionymi u osoby po przebytych zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i urazie czaszkowo-mózgowym z następowym krwotokiem podpajęczynówkowym, zespół bólowy kręgosłupa szyjnego u osoby po złamaniu kręgu C₆. pourazowym, zespół bólowy dolnego odcinka kręgosłupa, nadciśnienie tętnicze, znaczna otyłość, zaburzenia adaptacyjne (reaktywne) w związku ze śmiercią córki.

Przykład:

Powódka, rencistka lat 43, podająca, iż od śmierci córki w wypadku samochodowym istotnie pogorszył się jej stan zdrowia. Rozpoznano: stwardnienie rozsiane, nadciśnienie tętnicze i zaburzenia adaptacyjne (reaktywne) w związku ze śmiercią córki. W opinii leczącego powódkę specjalisty neurologa: „...Została przyjęta do szpitala w trybie pilnym z objawami świeżego rzutu stwardnienia rozsianego. Nie można wykluczyć, że ostry stres, jakim niewątpliwie była nagła śmierć jej córki, mógł spowodować wystąpienie takich objawów i zmodyfikować przebieg tej choroby, pomimo stałego jej leczenia...” Można zgodzić się z tą opinią, ale tylko w tym sensie, że nie można wykluczyć wpływu stresu psychicznego, jako jednego z wielu czynników na wystąpienie kolejnego rzutu choroby stwardnienia rozsianego.

Przykład 3:

Powód, emeryt lat 77, którego żona zginęła 6 lat wcześniej potrącona przez samochód. Podawał: „Mieszkaliśmy przed śmiercią żony w domku jednorodzinny, mieliśmy ogródek przydomowy, po śmierci żony musiałem sprzedać dom, bo nie byłem w stanie zajmować się domem i ogrodem, obecnie mieszkam w bloku. Śmierć żony załamała mnie. My byliśmy małżeństwem przez 44 lata. Było to dobre małżeństwo. Przed śmiercią żony na nic nie chorowałem. Po śmierci żony kompletnie się załamałem, zacząłem chorować na wątrobę, serce, nerki, coś stało mi się w kręgosłup i nie mogłem chodzić. Ja śmierć żony bardzo ciężko przeżyłem”. Rozpoznano zaburzenia adaptacyjne (reaktywne) po nagłej śmierci żony oraz zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego z ustępującą rwą kulszową lewostronną. W opinii podkreślono, że wieloletnie, udane pożycie małżeńskie powoda zostało gwałtownie zerwane nagłą śmiercią żony. Według szeroko znanych w piśmiennictwie tzw. skal stresu, śmierć współmałżonka jest okolicznością najbardziej stresującą.

Czy nagła utrata najbliższych osób, zmarłych wskutek nagłych wypadków czy innych zdarzeń losowych, nie jest wystarczająco traumatyzującym przeżyciem dla ich rodzin, by rozpoznawać w tych przypadkach wystąpienie zaburzeń adaptacyjnych związanych z tymi okolicznościami? Każdy z nas uczestniczy w śmierci najbliższych osób. Sposób przeżywania utraty najbliższych osób jest zależny od struktury naszej osobowości i jest uzależniony od sposobu spostrzegania świata i umiejętności dystansowania się do przeżyć własnych. Niezależnie od nasilenia tego przeżywania nie jest to zjawisko patologiczne. Nie budzi zazwyczaj wątpliwości fakt rozpoznawania zaburzeń adaptacyjnych jako reakcji na ciężką sytuację stresową w przypadku osób, które znalazły się w sytuacji wymagającej od nich konieczności adaptacji do znaczących zmian w ich życiu – a za takie uważa się m.in. nawet konieczność zmiany szkoły, czy też pracy, nie mówiąc już o utracie pracy. W takim kontekście, dysproporcje potencjalnych przeżyć między stratą najbliższych a utratą pracy, są aż nadto widoczne.

A jednak można spotkać opinie biegłych, że utrata najbliższych, nawet w obecności własnej osoby, nie prowadzi do rozstroju zdrowia psychicznego, który skutkowałby orzecznictwo. Wyraża się pogląd, że Ustawodawca nie przewiduje sytuacji, w której z roszczeniem mógłby się zwrócić do sądu ktoś (członek rodziny), kto tylko uczestniczył w wypadku jako świadek. Zwolennicy takiego poglądu podkreślają, że warunkiem nie-

odzwonnym dochodzenia roszczeń jest doznanie bezpośredniego, znacznego urazu. Samo subiektywne przekonanie o doznanym uszczerbku na zdrowiu na skutek uczestniczenia w wypadku jako świadek, bądź bycie tylko członkiem rodziny bez jakiegokolwiek uczestniczenia w wypadku – nie stanowi klinicznego uzasadnienia do ubiegania się o jakiegokolwiek odszkodowanie z tego tytułu. Uważa się, że taka niekorzystna sytuacja jest niejako wpisana – jako swoiste ryzyko – w życie każdego człowieka. To, że ktoś widział lub w inny sposób przeżył coś tragicznego (w opisywanych przypadkach nagłą stratę syna, ojca, męża – jako ofiar wypadków komunikacyjnych), wcale nie musi oznaczać poniesionego uszczerbku na zdrowiu. Niekiedy reprezentanci takiego poglądu dodają jeszcze, że z faktu, iż tego rodzaju sprawy są w ogóle rozpatrywane przez sąd można wysnuć wniosek, że można z pomocą sądu „wyłudzać” dodatkowe pieniądze za wypadek od firm ubezpieczeniowych.

Czy zatem ten rodzaj spraw sądowych jest tylko wynikiem pazerności rodzin ofiar wypadków oraz sprytniej działalności niektórych adwokatów? Takie rozumowanie wydaje się jednak bardzo schematyczne i uproszczone. Jako standard orzeczniczy przyjęto możliwość wystąpienia trwałych zmian osobowości po ciężkich, ekstremalnych przeżyciach i katastrofach. *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) – jako zaburzenia będące skutkiem takich przeżyć – odnoszone są nie tylko do bezpośrednich ofiar, ale i do świadków takich zdarzeń. Zespół ten rozpoznawany był nie tylko wśród amerykańskich żołnierzy, weteranów wojny w Wietnamie, ale także i tych, którzy uczestniczyli w stosunkowo krótkiej operacji „Pustynna burza” w Kuwejcie i Iraku [1]. Opieką psychologiczną z powodu PTSD obejmuje się coraz większą liczbę polskich żołnierzy, wracających z misji w Iraku. Po niedawnej katastrofie w hali wystawowej w Katowicach (styczeń 2006 r.) opieką psychologiczną objęto zarówno uczestniczących w akcji ratowników, jak i osoby bezpośrednio poszkodowane w tej katastrofie. Ale – co warto w tej dyskusji szczególnie podkreślić – opieką psychologiczną objęto także członków rodzin osób, które w tej katastrofie zginęły. A przecież problem chyba nie w skali katastrofy – nie ma znaczenia dla najbliższych, ile osób w takiej katastrofie zginęło. Dla nich najważniejsze jest to, że to oni bezpowrotnie utracili swoich bliskich i żadnego znaczenia nie ma to, czy było to skutkiem katastrofy lotniczej, budowlanej czy wypadku komunikacyjnego. Skala, rozmiar katastrofy może potęgować dramatyzm sytuacji, ale jest bez znaczenia dla indywidualnego dramatu osób, które straciły w niej swoich najbliższych.

A więc może jednak uzasadnione jest rozumowanie, że członkowie rodziny osób tragicznie zmarłych wskutek wypadków komunikacyjnych, mają prawo ubiegać się z tego tytułu o roszczenia odszkodowawcze za doznany ciężki uraz psychiczny i będące jego skutkiem określone zaburzenia w ich aktualnym stanie psychicznym, obejmujące m.in. reakcje depresyjne i zaburzenia adaptacyjne związane z tragiczną śmiercią ojca, męża, syna...? I rozumowanie takie wydaje się być w pełni uzasadnione prawnie, w świetle następujących zapisów Kodeksu cywilnego:

Art. 415 k.c.: Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

Art.446 § 1 k.c.: Jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł.

Art.446 § 2 k.c.: Osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego.

Art.446 § 3 k.c.: Sąd może ponadto przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej [2].

Przykład z orzecznictwa sądowego, cytowany przez prasę

„Rzeczpospolita” w artykule z dnia 22.04.2006 r. pt. „Odszkodowanie za pogorszenie sytuacji po śmierci żony” podała za PAP informację – powołując się na wyrok sądu – że wdowcowi należy się od sprawcy wypadku odszkodowanie za pogorszenie sytuacji życiowej po śmierci żony. A ile mu się należy? To może zależeć także od dochodów kolejnej żony. „Wojciech W., przedsiębiorca z branży tekstylnej, po śmierci żony w wypadku samochodowym musiał ograniczyć działalność. Stracił bowiem sprawnego współnika w interesach. Chociaż ułożył sobie życie na nowo, to kolejna żona nie pomaga mu tak jak poprzednia. Nie jest tak wykształcona, nie zna języków obcych, prowadzi tylko dom. Okoliczności te Wojciech W. wskazywał w procesie o odszkodowanie, jaki wytoczył towarzystwu, w którym był ubezpieczony sprawca śmiertelnego wypadku.

Domagał się 150 tys. zł i odsetek. Sąd Okręgowy zasądził 50 tys. zł, zaś Sąd Apelacyjny dorzucił jeszcze 30 tys. zł odsetek za zwłokę od czasu wniesienia pozwu.”

Czy zmarły ponosi winę za wypadek samochodowy?

Opiniowanie w kwestii: czy zmarły był sprawcą czynu zabronionego? – ma zasadnicze znaczenie w sprawach odmowy przez towarzystwa ubezpieczeniowe wypłaty odszkodowania z tytułu śmierci współmałżonka w wypadku samochodowym. Jeśliby zmarły był sprawcą czynu zabronionego, to ubezpieczyciel ma prawo do odmowy wypłaty odszkodowania.

Przykład 1:

Towarzystwo ubezpieczeniowe odmówiło wypłaty odszkodowania wdowie powołując się na postanowienie Prokuratora, który postawił zarzut przestępstwa mężowi – kierowcy (art. 177 § 2 k.k.), jednak śledztwo zostało umorzone z powodu jego śmierci (art. 17 § 1 pkt 5 k.p.k.). Ponadto z protokołu sekcji zwłok nie wynikało, by kierowca ten w momencie wypadku doznał zawału serca. Zmarły kierował samochodem osobowym wioząc siostrę, jej córkę i syna. Nagle zjechał na przeciwny pas ruchu i uderzył w jadący prawidłowo z naprzeciwka samochód ciężarowy. W wyniku przedmiotowego zdarzenia kierowca samochodu osobowego poniósł śmierć na miejscu. Z powodu licznych obrażeń nie można było jednoznacznie stwierdzić ani wykluczyć, iż przyczyną wypadku było zaślabnięcie ww. podczas prowadzenia pojazdu. Z zeznań pasażerów samochodu, którym kierował zmarły wynika, iż taka sytuacja miała miejsce i jest ona bardzo prawdopodobna, ponieważ tuż przed zdarzeniem poczuł się słabo i odpiął on pasy bezpieczeństwa. W chwili zdarzenia nie był pod wpływem alkoholu. W przedmiotowym zdarzeniu obrażeń ciała doznali również pasażerowie samochodu, ale ich obrażenia nie skutkowały rozstrojem zdrowia i prawidłowych funkcji organizmu na okres trwający powyżej 7 dni. Dokonując analizy prawno-karnej poczynionej w toku śledztwa stwierdzono, że czyn będący przedmiotem postępowania nie może być oceniony jako relewantny z punktu widzenia art. 177 § 1 i 2 k.k. typującego występki wypadku komunikacyjnego. Wskazać bowiem należy, że do realizacji znamion tego występku konieczne naruszenie zasad bezpieczeństwa w ruchu pozostawało w związku przyczynowo-skutkowym ze spowodowaniem obrażeń skutkujących naruszeniem czynności narządu ciała lub rozstrojem zdrowia. Niezbędne przy tym jest, by obrażeń tych doznała osoba inna niż sprawca oraz by obrażenia te skutkowały narusze-

niem czynności narządu ciała lub rozstrojem zdrowia trwającym dłużej niż 7 dni albo śmiercią. Ponieważ obrażenia, których doznali pasażerowie nie spowodowały u tych osób naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia trwających dłużej niż 7 dni, stąd przedmiotowy czyn nie wypełniał znamion czynu zabronionego. Dlatego stosownie do art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. postanowiono umorzyć śledztwo. Reasumując, kierowca był niewinny a wdowa miała prawo ubiegać się o odszkodowanie.

Przykład 2:

Kierowca samochodu osobowego, lat 77, w odległości około 200 m przed znakiem drogowym „stop” stracił panowanie nad pojazdem: jego pojazd wyraźnie zwalniając i zjeżdżając na przeciwny pas ruchu nie zatrzymał się przed znakiem „stop”, po przejechaniu którego doszło do kolizji z innym samochodem osobowym kierowanym przez 57-letnią kobietę, która doznała urazu głowy z następowym wstrząśnieniem mózgu. W opinii biegłego rozstrój zdrowia u tej kobiety trwał dłużej niż 7 dni. Towarzystwo ubezpieczeniowe początkowo odmówiło wypłaty odszkodowania wdowie po 77-letnim kierowcy, powołując się na postanowienie Prokuratora, który postawił zarzut przestępstwa mężowi (art. 177 § 2 k.k.). Zarzut ten został jednak cofnięty po kilku miesiącach – po drobiazgowym badaniu histopatologicznym mięśnia sercowego. Ostatecznie stwierdzono bowiem rozległy, świeży zawał mięśnia sercowego. Kierowca ten z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością stracił przytomność dojeżdżając do znaku „stop”.

Piśmiennictwo

1. Unites States Department of Veterans Affairs – National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), <http://www.ncptsd.va.gov/>.
2. Kodeks Cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r. Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 – stan prawny na dzień 7 kwietnia 2006 r.

Sylwia Miętkiewicz, Anna Marczyńska

Aspekt prawny, etyczny i moralny w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem zakwalifikowanym do pobrania narządów w oddziale intensywnej opieki medycznej i sali operacyjnej

Marzenia zastąpienia chorego narządu zdrowym sięgają czasów Azteków i Majów [1]. Przez kolejne stulecia podejmowano próby przeszczepiania różnych narządów, między innymi: skóry, kości. Jednak ze względu na brak znajomości procesów rządzących funkcjonowaniem ludzkiego organizmu próby te okazywały się nieudane. Dopiero XX wiek dokonał znaczącego postępu w rozwoju nauk biomedycznych, co pociągnęło za sobą rozwój transplantologii. Na szczególną uwagę zasługują pierwsze eksperymenty:

- z przeszczepianiem narządów u psów w latach 1902–1920 przeprowadzane przez Alexisa Carrel’a;
- w 1942 roku naukowcy brytyjscy odkryli, iż przyczyną odrzucania przeszczepionych narządów jest reakcja immunosupresyjna organizmu;
- w 1954 roku trzech naukowców z Bostonu dokonało pierwszego przeszczepienia nerki (dawca i biorca byli bliźniakami jednojajowymi);
- w 1984 dokonano pierwszego przeszczepu dwóch narządów jednocześnie – płuca i serca [2].

Pierwszych przeszczepów narządów w Polsce podjął się Jan Nielubowicz w 1965 roku. Był to przeszczep nerki [3].

Transplantacja oznacza z łacińskiego: *transplantare*, czyli szczepić i plantare – sadzić) – przeszczepianie narządów lub tkanek. Przeszczepianiem narządów zajmuje się medyczna dziedzina naukowa nazywana transplantologią.

Możemy rozróżnić następujące typy przeszczepów:

- allogeniczne – polegają na przeniesieniu tkanki lub narządu między osobnikami różnych genetycznie, ale w obrębie tego samego gatunku (np. człowiek – człowiek);

- ksenogeniczne – przeszczepy międzygatunkowe (np. świnia – człowiek);
 - autogeniczne – polegają na przeniesieniu własnej tkanki lub narządu biorcy z jednego miejsca na drugie np. przeszczep skóry;
 - izogeniczne – polegają na przeniesieniu tkanki między osobnikami identycznymi genetycznie (np. pomiędzy bliźniętami jednojajowymi).
- Gdy mowa jest o przeszczepie alogenicznym nie wolno pominąć dwóch ważnych pojęć. To znaczą:
- przeszczep od osobnika żywego dla osobnika żywego nazywany transplantacją *ex vivo*;
 - zaś przeszczep od osobnika zmarłego dla żywego nazywany jest transplantacją *ex mortuo*.

Definicja transplantologii nierozzerwalnie związana jest z definicją śmierci. W klasycznym ujęciu śmierć człowieka stwierdzano na podstawie ustania oddychania i zatrzymania akcji serca. Definicja ta przeszła swą ewolucję, która nierozzerwalnie związana jest z postępem medycyny. Kolejnym etapem było ujęcie śmierci człowieka jako rozpoznania śmierci całego mózgu. W 1959 roku francuscy naukowcy jako pierwsi opisali śmierć mózgu określając mianem „coma depasse” [4]. Obecnie w piśmiennictwie ma zastosowanie tak zwana nowa zmodyfikowana definicja śmierci jako nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu [5].

Aby pobieranie tkanek i narządów stało się łatwiejsze stworzono kryteria rozpoznawanie śmierci pnia mózgu. Podobnie jak definicja śmierci pnia mózgu, tak i one przeszły swoją ewolucję wraz z rozwojem nauk medycznych.

Pierwsze takie kryteria stworzono w Harvardzie w 1968 roku, w 1971 roku kolejne powstały w Minnesocie.

W Polsce obowiązują kryteria zawarte w Załączniku do komunikatu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 roku [Załącznik 1].

Stosując obowiązującą definicję śmierci mózgu i obowiązujące kryteria stwierdzania tejże śmierci w odniesieniu do pacjenta, u którego postawiono taką diagnozę dalsze kontynuowanie terapii staje się niezasadne. W tym momencie lekarz prowadzący może przystąpić do wszczęcia procedury pobrania narządów, jeżeli jest to możliwe lub odłączenia od respiratora. Podjęcie właściwej decyzji w odpowiednim momencie niesie za sobą możliwość ratowania innego żyjących.

W polskiej transplantologii podstawę prawną stanowi Ustawa z dnia 26 października 1995 roku o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, na-

rządów i tkanek (Dz. U. Nr 138, poz. 682). Do tej ustawy powstało również Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1996 roku w sprawie sposobu i trybu uzyskania informacji od prokuratora lub stanowiska sądu rodzinnego o nie wyrażeniu sprzeciwu na pobranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 1997 r. Nr 6, poz. 37). Nie miały by one jednak zastosowania bez wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, ustalonych przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej, a zawartych w Załączniku do komunikatu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 roku.

Ze względu na ograniczoną ilość dawców możemy mówić o wzmożonym „popycie” na narządy. Pomimo szeroko zakrojonych akcji w mediach w społeczeństwie naszym pokutuje jeszcze przeświadczenie o handlu narządami i duża niechęć do oddawania narządów ex mortuo. Z problemem tym stykamy się również w środowisku medycznym.

Pomimo ściśle określonych kryteriów orzekania śmierci pnia mózgu i oświadczenia niezależnego konsylium trzech lekarzy różnych specjalizacji często pozostaje w nas wątpliwość co do ostatecznego stanu pacjenta. Problem ten dotyczy zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, które są bezpośrednio zaangażowane w opiekę nad tą że osobą.

Istnieje również druga strona medalu w tym problemie, a mianowicie może powstać pewien dyskomfort etyczno-moralny, kiedy nie zostanie rozpoznany potencjalny dawca. Mamy świadomość, że pozbawiamy szansy na dalsze życie pacjenta oczekującego na przeszczep.

Nasze społeczeństwo, które jest w 90% społeczeństwem katolickim jest w pełni za tym, by ratować życie ludzkie wszelkimi dostępnymi środkami i metodami, w tym również poprzez transplantacje.

Jan Paweł II powiedział: „Kościół akceptuje medyczne kryteria śmierci i uznaje koncepcję śmierci mózgowej przyjmując, że człowiek umiera, kiedy umiera jego mózg jako całość”, mówi również: „Należy zaszczerpieć w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczerze i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów” [6, 7].

Słowa te nie zmieniają jednak poglądów i postaw części naszego katolickiego społeczeństwa, które nie jest chętne do oddania własnych narządów czy swoich bliskich po stwierdzeniu śmierci. W Piśmie Świętym czytamy również: „Wszystko więc, co byście chcieli, żeby wam ludzie czynili, i wy im czyńcie!” [8].

Taka postawa ulega często zmianie w sytuacji, gdy sami stają w obliczu choroby, gdzie jedynym ratunkiem jest przeszczep narządu.

Pomimo tych dylematów pielęgniarka/pielęgniarz musi wypełnić swoje zawodowe i etyczne obowiązki wobec potencjalnego dawcy.

Specyficznym miejscem, w którym mamy najczęściej do czynienia z tym problemem jest oddział intensywnej opieki medycznej. Wprawdzie, w momencie stwierdzenia śmierci pacjenta w oddziale kończy się praca pielęgniarki, to w przypadku pacjenta, który może zostać potencjalnym dawcą, pełnienie obowiązków nie kończy się w chwili podpisania protokołu stwierdzenia śmierci pnia mózgu. Pielęgniarka ma przed sobą jeszcze wiele pracy, by przygotować dawcę do transportu na salę operacyjną i pobrania narządów.

Pielęgniarka oddziału intensywnej terapii bierze czynny udział w pracach zespołu orzekającego. Pomimo budzących się wątpliwości musi wykazać wysoki profesjonalizm. Po stwierdzeniu śmierci pnia mózgu i zakwalifikowaniu pacjenta jako dawcy, następuje seria badań laboratoryjnych, które określają, jakie narządy nadają się do pobrania.

Najważniejszą zasadą w opiece nad dawcą narządów jest prawidłowe monitorowanie i podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych. Musimy pamiętać, że od naszego postępowania zależy jakość narządów i ich dalsze funkcjonowanie po przeszczepieniu. Opieka ta zasadniczo nie różni się od opieki nad chorymi wentylowanymi mechanicznie przebywającymi w oddziale intensywnej terapii. W zakres opieki wchodzi:

- monitorowanie:
 - EKG
 - ciśnienia tętniczego – metodą krwawą
 - ośrodkowego ciśnienia żylnego;
 - temperatury ciała
 - diurezy godzinowej.
- utrzymanie prawidłowego ciśnienia tętniczego przez podawanie leków według wskazań lekarza;
- utrzymanie prawidłowych parametrów wentylacji mechanicznej;
- monitorowanie gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej.

Pomimo, iż nie jest wymagana prawnie zgoda rodziny na pobranie narządów od osoby bliskiej, zwyczajowo pyta się o nią rodzinę. Musimy zapewnić rodzinie warunki do pożegnania z bliskim, w ciszy i spokoju. Dla rodziny jest to bardzo bolesne przeżycie. Powinniśmy dać możliwość

kontakt z osobą duchowną, a w szczególnych przypadkach z psychologiem.

Po przygotowaniu sali operacyjnej i zespołu transplantacyjnego przewożymy dawcę na salę, z zachowaniem standardu transportu chorego na blok operacyjny.

Przy standardowym przyjęciu pacjenta w blok operacyjny obowiązuje pewna procedura. W przypadku przyjęcia pacjenta – dawcy narządów przygotowanego do pobrania narządów, procedura ta ulega zmianie. Inaczej również będzie wyglądała opieka w trakcie samego zabiegu, a także tuż po. Chociaż w tym przypadku nie mówimy o opiece pooperacyjnej, a o toalecie pośmiertnej.

Przyjęcie pacjenta w blok operacyjny:

DO TRADYCYJNEGO ZABIEGU	DAWCA NARZĄDÓW
<ol style="list-style-type: none"> 1. przyjmujemy osobiście; 2. przedstawiamy się z imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji; 3. sprawdzamy: <ul style="list-style-type: none"> – tożsamość pacjenta, – rodzaj zabiegu, – nr sali na której odbędzie się zabieg. 4. tożsamość pacjenta sprawdzamy również u pielęgniarek, które przywiozły go na salę; 5. mówimy pacjentowi, jakie czynności właśnie wykonujemy przy pacjencie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. przyjmujemy osobiście; 2. sprawdzamy tożsamość pacjenta u pielęgniarek odpowiedzialnych za transport; 3. znamy rodzaj zabiegu i salę, na której się odbędzie.

Dawca narządów jest szczególnym podopiecznym na sali operacyjnej. Wszakże wiemy, iż została stwierdzona śmierć pnia mózgu a na salę przyjmujemy zwłoki, sztucznie podtrzymywane przy życiu, to musimy zachować pełen profesjonalizm.

Ułożenie zwłok wentylowanych mechanicznie na stole operacyjnym jest takie samo, jak do rozległego zabiegu chirurgicznego. Nie wolno dopuścić do zaniedbań. Ciało przekładamy i układamy z należytą dbałością i starannością z użyciem udogodnień, by nie doszło do uszkodzeń.

Postępowanie anestezjologiczne podczas pobrania wielonarządowego w istocie jest bardzo podobne, jak do rozległego zabiegu chirurgicznego i polega na przestrzeganiu następujących zasad:

1. monitorowanie, wentylacja, regulacja temperatury i przetaczanie płynów;

2. dostępy żyłne – należy założyć kilka cewników o dużym przekroju, ze względu na możliwość szybkiej utraty krwi;
3. leki zwiotczające i przeciwbólowe jak podczas normalnego zabiegu operacyjnego;
4. heparyna – przed rozpoczęciem płukania narządów;
5. inne leki – w uzgodnieniu z zespołami pobierającymi.

Wymagane jest zastosowanie pełnego monitorowania. To znaczy:

- pomiar ciśnienia tętniczego, zawsze metodą krwawą;
- pomiar tętna;
- wysycenia krwi tlenem (SpO₂);
- kapnografia.

Po zaopatrzeniu ciała, przekazujemy pole działania operatorom. Najtrudniejszy moment następuje, gdy chirurdzy każą odłączyć aparat do znieczulenia. Jest to bardzo trudny moment dla lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej. To chwila w naszej pracy, budząca jeszcze wątpliwości.

Pozostaje jeszcze jedna czynność do wykonania – toaleta pośmiertna. Nietypowość tej czynności polega na tym, że wykonywana jest w warunkach sali operacyjnej. Musimy usunąć wszystkie wkłucia i zaopatrzyć miejsca po nich, rurkę intubacyjną, sondę żołądkową, cewnik Foley'a. Przed przekazaniem zwłok czy to do oddziału macierzystego, czy też już do kostnicy musimy zapatrzyć też miejsce szycia.

Obecność pielęgniarki anestezjologicznej przy zabiegu operacyjnym wprawdzie jest wymagana tylko do momentu wyłączenia aparatu do znieczuleń, ale moralnie i etycznie nie wolno pozostawić zwłok ze wszystkimi wkłuciami i innym sprzętem. Jesteśmy współodpowiedzialne za godne zaopatrzenie zwłok.

Transplantologia, jak żadna inna specjalność medycyny, jest związana z szeregiem niezwykle trudnych problemów:

- etycznych,
- technicznych;
- społecznych.

Nadal przeszczepiający narządy napotykać na bariery obyczajowe, które zdają się dość mocno zaznaczać w środowisku medycznym. Świadomość pielęgniarek i lekarzy co do pobierania i przeszczepiania narządów pozostawia wiele do życzenia.

Transplantacja tkanek i narządów daleka jest jeszcze od doskonałości, choćby z uwagi na brak dawców. Jednak niezaprzeczalnie stała się szansą nowego życia dla tych, którzy dotąd skazani byli na nieuchronną

śmierć, dlatego bardzo ważna jest edukacja w tym zakresie społeczeństwa i środowisk medycznych.

Literatura

1. Nowacka M., *Etyka a transplantacje*, PWN, Warszawa 2003, za Dzierżanowski R., *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*, PZWL, Warszawa 1993, Wstęp, s. 7–14.
2. Nowacka M., *Etyka a transplantacje*, PWN, Warszawa 2003, Wstęp, s. 7–14.
3. Bohatyrewicz R.: *Zagadnienia towarzyszące przeszczepianiu narządów. Anestezjologia*, s. 1–63.
4. A definition of irreversible coma. Reprt of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School. *Jurnal of the American Medical Association* 1968, 205, 337–340.
5. Pallis C.: ABC of brain stem death. From brain death to brain stem death. *British medical Journal* 1982, 285, 1487–1490.
6. Międzynarodowy Kongres Transplantologów Rzym 1997. *W drodze*, 1997, 1, s. 66.
7. Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium Vitae*, 25.03.1995, 86, www.opoka.org.pl/biblioteka.
8. *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*. W przekładzie z języków oryginalnych. Opracował zespół biblistów polskich z inicjatywy Benedyktynów tyńskich. Wydanie trzecie poprawione. Wydawnictwo Pallottinum Poznań – Warszawa 1990. *Mateusz* 7, 12.
9. Zasady opieki nad potencjalnym dawcą narządów podczas pobrania wielonarządowego, *Anestezjologia Intensywna Terapia XXXI*, 1999, 1, Suplement 1, s. 61.

Ewelina Jaksz-Recmanik, Celina Pająk

Program „Woda, Światło, Ruch” jako nowoczesny model opieki nad pacjentem umierającym w starszym wieku

Wstęp

Definicja śmierci zawarta w Encyklopedii Zdrowia jest prosta i jednoznaczna: „śmierć biologiczna, to nieodwracalne ustanie czynności wszystkich komórek, w tym również ośrodkowego układu nerwowego”¹. Jednakże śmierć w znaczeniu humanistycznym nie jest już zjawiskiem tak prostym, jak w rozumieniu medycznym. Ponieważ dla przeciętnego człowieka śmierć jest czymś nieodgadnionym, wielką niewiadomą, budzi strach i obawę przed tym co potem...? Jest to trudniejsze dla osób nie wierzących, którzy pod koniec życia dokonują bilansu sukcesów i porażek i nie zawsze mogą ten bilans podsumować dodatnio. W takim miejscu, jak Dom Opieki Społecznej spotykamy się często z tym problemem. Pielęgniarka opiekując się pacjentami w starszym wieku dąży do tego, aby utrzymać jak najdłużej ich sprawność funkcjonalną, poprawić ich samopoczucie, a także sprawić, aby ich końcowe dni były spokojne i bez cierpienia, co przyczynia się do poprawy jakości życia osób starszych.

Opieka nad osobą umierającą w starszym wieku, program „Woda, Światło, Ruch”

W Domu Opieki „Samarytanin” w Bielsku-Białej przebywają mieszkańcy w różnych stanach zdrowia. Większość z nich wymaga całodobowej opieki. Są to najczęściej osoby przewlekle chore, leżące. W myśl dzieła życia Cicely Saunders „zrobimy wszystko, żebyś nie tylko mógł umrzeć

¹ Red. Gumułka W., Rewerski W.: Encyklopedia zdrowia, PWN, tom 1, 1995, s. 289.

w spokoju, ale żebyś żył aż do śmierci”² – w Domu Opieki „Samarytanin” opracowano program „Woda, Światło, Ruch”. Program ten ma na celu usprawnianie oraz utrzymanie jak najdłużej w możliwie najlepszym stanie fizycznym i psychicznym podopiecznych. W Domu Opieki „Samarytanin” przebywają osoby w różnym stanie fizycznym i psychicznym.

Osoby chodzące samodzielnie	46 osób (51%)
Osoby leżące	28 osób (31%)
Osoby chodzące przy pomocy np. laski	15 osób (16,8%)
Osoby po wylewach i udarach	18 osób (20%)
Osoby z demencją	44 osoby (49%)
Osoby z chorobami układu krwionośnego	70 osób (78,6%)
Osoby z chorobami zwyrodnieniowymi narządu ruchu	47 osób (52,8%)
Osoby z chorobą Parkinsona	4 osoby (4,4%)
Osoby z chorobą Aizhaimera	10 osób (11,2%)

Wdrażając program w życie, dom przystosowano zmieniając infrastrukturę budynku. Wybudowano w palcówce tzw. „ogród zimowy”. Jest to jednoprzestrzenne pomieszczenie sięgające swą wysokością do drugiego piętra pawilonu mieszkalnego (z dwoma antresolami, w poziomie pierwszego i drugiego piętra, przeszklone od strony południowej i zachodniej). W środku wyposażone jest w kanapy i fotele oraz dużą ilość roślin. Antresola w poziomie pierwszego piętra połączona jest z zewnętrznym tarasem widokowym w kierunku góry Szyndzielni. Pomieszczenie to spełnia rolę sali dziennego pobytu, ale jego zasadniczym zadaniem jest stworzenie możliwie najdogodniejszych warunków we wszystkich porach roku do korzystania z promieni słonecznych.

Dom Opieki „Samarytanin” składa się z trzech pawilonów mieszkalnych. W pawilonie „A” znajdują się biura administracji, kaplica, pokoje gościnne, mieszkania pracowników, pokoje podopiecznych oraz łazienki wyposażone w wanny, prysznice i toalety. Budynek „A” jest połączony z budynkiem „B” przewiązką, w której znajduje się portiernia z radiowęzłem, biuro pracownika socjalnego oraz gabinet fryzjera. W pawilonie „B” mieści się kuchnia z jadalnią, rehabilitacja wyposażona w laser, magnetoterapia, lampy solux, stół do masażu oraz sala gimnastyczna w pełni wyposażona do potrzeb placówki. W dalszej części budynku znajduje

² Bartusek M.: ...żebyś żył aż do śmierci. M.P.iP, 2001, 11, s. 21.

się dyżurka pielęgniarek, pokoje podopiecznych, „ogród zimowy” oraz specjalistyczna winda i dwa duże akwaria z rybkami. Budynek „B” ma dwa piętra. Na drugim piętrze mieszczą się jednoosobowe pokoje (z balkonem, wyposażone w łazienkę z prysznicem i toaletą oraz przedpokój z dużą szafą). Na pierwszym piętrze znajduje się pracownia terapii zajęciowej oraz świetlica. Na tym piętrze pokoje są dwuosobowe (z balkonem oraz przedpokojem, w którym mieści się umywalka oraz szafa na ubrania). Na tym piętrze znajdują się dwie ogólnodostępne łazienki wyposażone w specjalistyczne wanny oraz cztery prysznice przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Wanny znajdujące się w łazienkach również są przystosowane dla osób niepełnosprawnych, są wyposażone w dźwиг hydrauliczny. Dzięki temu można je obniżyć do tego stopnia, aby umożliwić bezpieczne wejście do niej. Również pielęgniarki kąpiąc podopiecznego mogą podnieść wannę na tyle wysoko, aby nie schylać się i nie obciążać kręgosłupa. Bezpieczeństwo zapewnia również dojście do nich z trzech stron.

Na końcach korytarza znajdują się toalety, które są rozmieszczone tak, aby każdy z podopiecznych miał do nich możliwie blisko. Pokoje, które znajdują się na parterze są tak samo wyposażone, jak pokoje znajdujące się na pierwszym piętrze. Łazienki są również wyposażone w taki sam specjalistyczny sprzęt. W budynku „B” znajduje się wspomniany już „ogród zimowy”.

W pawilonie „C” znajdują się mieszkania podopiecznych (wyposażone w łazienkę, jeden pokój i kuchnię). Mieszkają w nich osoby, które nie wymagają stałej opieki, chodzące oraz potrafiące samodzielnie się ubrać i umyć. Najczęściej kwatrowane są tu małżeństwa lub rodzice z dziećmi, np. matki w podeszłym wieku z niepełnosprawnymi dziećmi.

Nasi podopieczni są kwatrowani w pokojach z osobą mającą podobną osobowość i o podobnych zainteresowaniach tak, aby uniknąć konfliktów. Mogą oni również wybrać sobie współlokatora. W każdym pokoju znajduje się łóżko, szafka przyłóżkowa, stolik i krzesła. Niemniej jednak każdy podopieczny może przywieźć z domu swoje ulubione meble, np. krzesło, stolik, szafkę lub dywan. To podopieczni decydują, jak wygląda ich pokój. Mogą mieć w pokojach własne telewizory i radia. Na ścianach mogą powiesić zdjęcia swojej rodziny, ulubiony obraz, kwiatka, a także pamiątki rodzinne. Mieszkańcy otoczeni są bliskimi i ważnymi dla nich przedmiotami. Każdy z podopiecznych ma własny koszyczek ze środkami higienicznymi, takimi jak: mydło, szampon, dezodorant, balsam. Przy każdej kąpieli mieszkanki mają układane włosy, np. nakrę-

cane na wałki, co znacznie poprawia ich samopoczucie. Co 1,5 miesiąca przychodzi do ośrodka fryzjer, który dba o fryzury wszystkich podopiecznych.

Cały ośrodek jest dobrze oświetlony, a ściany są pomalowane w ciepłe pastelowe kolory, dzięki czemu atmosfera pomieszczeń jest przyjazna człowiekowi. Na korytarzach wiszą obrazy, gabloty ze zdjęciami podopiecznych z wycieczek i pracami z terapii zajęciowej oraz kwiaty. Podłogi są wyłożone antypoślizgowymi kafelkami, również w jasnych kolorach.

Kuchnia oferuje cztery diety: ogólną, wątrobową, cukrzycową oraz jarską. Ośrodek propaguje dietę jarską, niemniej jednak jest to wolny wybór każdego podopiecznego – jakie posiłki woli spożywać. Dieta jarska obfituje w dużą ilość warzyw i nie jest tak bogata w tłuszcz. Dania te są w większości gotowane, a nie smażone, jak jest to w przypadku dań mięsnych. Dlatego też dieta jest bogatsza w błonnik, witaminy i nie jest tak ciężko strawna jak dieta mięsna. Dzięki temu rzadziej występują zaparcia i nasi podopieczni czują się lepiej. Kucharki są osobami przeszkolonymi z zakresu przygotowywania potraw jarskich, a więc dania są smaczne.

Woda – dla prawidłowego funkcjonowania organizmu niezbędna jest woda. Z naszych obserwacji wynika, iż starsi ludzie nie lubią przyjmować płynów. Związane jest to z tym, iż nie są oni w stanie sami korzystać z toalety, natomiast oddawanie moczu do pampersa stwarza poczucie zawstydzenia. W związku z tym spożywają mniej płynów. W celu uniknięcia powikłań związanych z małą ilością spożywanych płynów opracowano harmonogram podawania napojów mieszkańcom domu. Zgodnie z nim mieszkańcy otrzymują, w zależności od upodobania, takie napoje, jak: herbatę, soki czy wodę. Według harmonogramu oprócz napojów podawanych przy posiłkach otrzymują oni dodatkowo o godz. 11.00 oraz około godziny 15.00 płyny w takich ilościach, aby bilans przyjmowanych płynów wynosił 2 litry dziennie. W okresie letnim dbamy o to, aby ilość płynów przyjmowanych przez podopiecznych była większa nawet do 2,5–3 litrów. Efektem tego są mniejsze powikłania związane z układem krążenia czy moczowym. Zauważono również zmniejszenie się ilości problemów związanych z zaparciami. Oprócz codziennej toalety wykonywanej dwa razy dziennie – program opieki nad mieszkańcami zakłada potrzebę kąpieli, dlatego też ośrodek jest wyposażony w 4 specjalistyczne wanny i prysznice oraz dźwigi umożliwiające transport osób nawet o dużej masie ciała. W miarę możliwości pacjenci są kąpani tak często, jak to jest możliwe, co zapewnia utrzymanie prawidłowej higieny skóry.

Światło – nasz organizm, podobnie jak wody, potrzebuje światła, szczególnie słonecznego. Brak światła słonecznego powoduje, że nie są produkowane przez organizm endorfiny – odpowiadające między innymi za dobre samopoczucie i prawidłowy stan skóry.

W związku z tym program opieki zakłada zapewnienie podopiecznym światła słonecznego – poprzez werandowanie w „ogrodzie zimowym” każdego dnia. Tam również mieszkańcy przebywając spożywają posiłki, mają zajęcia z terapii zajęciowej, spędzają razem czas. Latem gdy jest ładna pogoda, pacjenci wraz z personelem wychodzą lub są przewożeni do parku na spacer. Dział rehabilitacji posiada lampy do światłolecznictwa, które są szczególnie używane w okresie jesienno-zimowym. Światłoterapia cieszy się dużym zainteresowaniem mieszkańców i przynosi ewidentne korzyści w postaci poprawy samopoczucia, szybszego gojenia się ran i działa przeciwdepresyjnie, co u osób starszych jest szczególnie pożądane.

Ruch – aby zapobiec różnego rodzaju powikłaniom wynikającym z przebywania pacjenta w łóżku, każdy z podopiecznych każdego dnia jest ubierany w odzież dzienną oraz sadzany na wózku inwalidzkim lub przeprowadzany do „ogrodu zimowego”. Jest to forma mobilizacji ruchowej, mająca na celu dostarczenie możliwie największej ilości ruchu, co jednocześnie jest działaniem rehabilitacyjnym. Jeśli pacjent nie jest w stanie sam wykonywać ruchów czynnych, wówczas opiekun podczas pielęgnacji pacjenta oraz ubierania go, wykonuje za niego ruchy. Zadaniem personelu jest mobilizacja podopiecznych do samodzielnego poruszania się. Jeśli pacjent jest w stanie wykonać pewne czynności pielęgnacyjne wokół siebie sam, wówczas zachęca się go, aby samodzielnie próbował je wykonać. Personel, w celu zmobilizowania podopiecznego do wykonania ruchu – zwraca jego uwagę na cele, które zostaną osiągnięte, jeśli ten ruch wykona. W ten sposób opiekun czy pielęgniarz odwraca uwagę podopiecznego od jego dolegliwości, co również ułatwia wykonanie danej czynności przez pacjenta samodzielnie. Jednocześnie pielęgniarz nawiązuje kontakt emocjonalny z podopiecznym stwarzając przyjazną atmosferę do dalszej współpracy. Celem tych działań jest utrzymanie sprawności funkcjonalnej na jak najwyższym poziomie i zapobieganie występowaniu powikłań i pogłębianiu się niesprawności wynikającej z ograniczenia aktywności ruchowej.

Program „Woda, Światło, Ruch” jest prowadzony w Domu Opieki „Samarytanin” od 8 lat i efektem stosowania tego programu, jak wynika z prowadzonych obserwacji przez zespół terapeutyczno-opiekuńczy,

jest wydłużenie życia oraz poprawa samopoczucia i komfortu życia podopiecznych. Lekarze opiekujący się mieszkańcami Domu zauważają znaczący wpływ realizowanego programu na poprawę stanu zdrowia ich pacjentów. Dzięki stosowaniu tego programu obejmującego osoby w starszym wieku, obniżyła się również częstotliwość występowania odleżyn, zapalenia płuc, a także depresji. Efektem prowadzenia tego programu jest również wzrost aktywności podopiecznych, są oni chętni do współpracy, chętniej opuszczają swoje pokoje. Osoby te nie czują się odizolowane od społeczeństwa, gdyż cały czas przebywają wśród znajomych sobie osób.

Wychodząc z założenia, iż „Przede wszystkim placówka powinna być podobna do domu”³ osoby, które są w stanie, a także jeśli wyrażają chęć, angażowane są do pomocy, np. przy pielęgnacji kwiatów, zbieraniu owoców w sadzie, gotowaniu lub też zajmują się zwierzętami znajdującymi się na terenie placówki: kotami, psami czy papugami. Jest to forma terapii zajęciowej mającej na celu uaktywnienie, zapewnienie podopiecznym poczucia, iż są potrzebni i mają swoje obowiązki. W ten sposób, poprzez terapię zajęciową możemy zapewnić pacjentom utrzymanie stałej aktywności i sprawności psycho-ruchowej. W myśl tego założenia placówka jest trójpokoleniową społecznością. Oznacza to, iż na terenie placówki oprócz podopiecznych, mieszkają również pracownicy z rodzinami. Mieszkańcy widzą, jak w rodzinach rodzą się dzieci, jak one rosną. Niejednokrotnie pomagają oni również w opiece nad maluchami, gdy ich matki muszą chwilowo odejść lub zająć się czymś innym. Często można zauważyć spacerujące matki z dziećmi, a wraz z nimi podopiecznych. Społeczność ośrodka tworzy swego rodzaju rodzinę, w której przeważają osoby starsze, ale są też osoby młode i dzieci. Model taki uczy również dzieci poszanowania osób starszych, opieki na nimi. Dzieci jeżdżąc na rowerkach po ośrodku wiedzą, gdzie można jeździć tak, aby nie zagrażać mieszkańcom. Przebywając na terenie ośrodka mieszkańcy często pełnią rolę osób pilnujących dzieci swoich opiekunów, ale bywa również i tak, że dzieci stają się opiekunami mieszkańców, którzy nieświadomie oddalają się od ośrodka. Jeśli mieszkaniec potrzebuje pomocy, np. przewróci się albo zasłabnie, dzieci mieszkające na terenie Domu wiedzą w jaki sposób reagować i powiadamiać opiekunów. Obecność dzieci na terenie takiego ośrodka powoduje ożywienie panującej atmosfery i wnosi ducha radości i rodzinnych relacji. Taki stan rzeczy łagodzi cierpienie, smutek czy przygnębienie. Nadawanie aktywnego charakteru życia w społeczności tego

³ Cichosz K.: Brytyjski model opieki hospicyjnej. M.P.iP., 1998, 6, s. 17–18.

Domu przynosi korzyści wszystkim jego uczestnikom. Na boisku często grają dzieci, które schodzą się z całej okolicy, a mieszkańcy im kibicują. Na najróżniejsze okazje, np. Dzień Babci, Dzień Dziadka do podopiecznych przyjeżdżają dzieci z bielskich przedszkoli, świetlic środowiskowych czy szkół z programami artystycznymi. W ośrodku są również przedstawiane programy o charakterze duchowo-religijnym przez różne zespoły. W ramach terapii zajęciowej organizowane są wycieczki do różnych interesujących miejscowości, w których uczestniczą wszystkie trzy pokolenia. Integrowaniu się żyjącej na terenie domu opieki społeczności służą również wyjścia na różne imprezy kulturalne, np. do kina czy do teatru. Dzięki bogatemu repertuarowi zajęć mieszkańcy są osobami aktywnie spędzającymi jesień swojego życia. Zauważono, iż dzięki realizowanemu programowi opieki są oni osobami bardziej pogodnymi, częściej się śmiejącymi i łatwiej znoszącymi przeciwności wieku starczego. Nie odczuwają oni tak bardzo rozłąki z rodziną, gdyż tu znajdują „nowe wnuki”, nowych przyjaciół, a niejednokrotnie i miłość życia. W placówce odbyło się kilka ślubów pensjonariuszy, którzy właśnie tu się poznali. Atmosferę rodzinną tworzy również sposób zwracania się do podopiecznych „per ciociu, wujku”. Do każdego z podopiecznych pracownicy zwracają się w ten sposób co sprawia, że podopieczni nie czują się w placówce obco, a używany zwrot przybliża im wspomnienie domu rodzinnego.

Podsumowanie

Prowadzony w Domu Opieki „Samarytanin” program „Woda, Światło, Ruch” ma na celu przede wszystkim utrzymać jak najdłużej sprawność funkcjonalną pacjentów, poprawić ich stan zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Realizowane założenia tego programu przynoszą efekty, takie jak: wydłużenie czasu życia, poprawa samopoczucia. W wyniku stosowania tego programu obniża się również częstość występowania powikłań, takich jak: odleżyny, przykurcze, depresja, co zauważane jest w codziennej praktyce zespołu terapeutyczno-opiekuńczego.

Część V
Zagadnienie śmierci w badaniach naukowych

Halina Bogacz-Wardzińska

Postawy wobec śmierci i umierania

We współczesnej rzeczywistości człowiek nie chce myśleć o śmierci, bo zbyt pochłonięty jest pogonią za pieniędzmi. Żyjąc w świecie materialnym zapomina o wartościach duchowych i nie dostrzega przemijania czasu. Dopiero choroba o niepomyślnym rokowaniu uruchamia w nim przemiany duchowe oraz zmienia jego postawy wobec śmierci i umierania. W tych przemianach człowiek potrafi sam odnaleźć najważniejsze dla siebie wartości, a w momencie gdy zagrożone jest jego życie, przyspieszony rozwój duchowy może stać się faktem.

E. Kübler-Ross w swojej pracy napisanej w 1969 roku opisała na podstawie przeprowadzonych wywiadów z ponad dwustu pacjentami nieuleczalnie chorymi teorię pięciu etapów umierania. Zdaniem autorki proces umierania obejmuje etapy, które różnią się treścią i intensywnością umierania. Etapy te, których początkiem jest diagnoza terminalna, określają przewidywalne zachowania i postawy radzenia sobie z perspektywą śmierci. Reakcją początkową jest zaprzeczenie, kolejna zmienia się w gniew, który przeradza się w negację, przechodzi w depresję i kończy się akceptacją nieuchronności śmierci.

D. Kessler wskazuje na możliwość przebudowania swego wnętrza. Teorię swoją opiera na pięciofazowym procesie, gdzie kryterium stanowi rozpoznanie choroby terminalnej. Wyróżnia on pięć etapów duchowego uzdrowienia: wyrażenie siebie, odpowiedzialność, przebaczenie, akceptacja i wdzięczność. Człowiek cierpiący wraz z chorobą otrzymał dar duchowości. Duchowość na nowo otwiera serce człowieka, by w momencie śmierci i umierania zrobić miejsce na miłość, pokój, przebaczenie i wdzięczność. Dar duchowości to dar wyjątkowy, który umierającemu ułatwia drogę do śmierci, choćby ta droga była trudna. To dzięki niej potrafi stawić czoło wszelkim lękom i uchylić furtkę do wieczności. Każdy swą duchowość odnajduje we własnym tempie i wybór jej jest prywatną sprawą każdego człowieka. Rozwój duchowości przekracza zdro-

wie i przerasta chorobę i nie można wyznaczyć granic ludzkiej duchowości, gdyż każdy z nas chce pozostawić jak najczystsza kartę swego życia duchowego.

W duchowej przebudowie ważną rolę odgrywa sumienie. Człowiek musi dokonać wewnętrznej weryfikacji, jakie dobro będzie dla niego najlepsze i najważniejsze, materialne czy duchowe. Decyzja będzie zależeć od wewnętrznej hierarchii wartości, którą posiada i z którą żyje w zgodzie. Człowiek zadaje sobie pytanie, czy zawsze postępował słusznie i dokonywał właściwych wyborów dobra – celu; jeśli nie, to co może zrobić, aby to naprawić. I o to pyta swoje sumienie.

Dynamikę postaw wobec śmierci i umierania rozpatruję w oparciu o rozwój duchowy zaproponowany przez D. Kesslera, sumienie oraz teorie pięciu etapów umierania opisanych przez E. Kübler-Ross.

Postawa zaprzeczenia – wyrażenie siebie. Występuje zawsze na początku, gdy chory dowiaduje się o swoim rozpoznaniu. Przyjęcie tej postawy trwa krótko. Jej konsekwencją jest odizolowanie się od środowiska i rodziny. Pacjent nie chce przyjmować słów pociechy, zaniedbuje zalecenia lekarza i osób opiekujących się nim. Nie chce rozmawiać i sprawia wrażenie jakby przestał myśleć. Egzystuje jakby w stanie półświadomości i trwania w półśnie. Zaprzeczenie jest więc formą obrony pozwalającą na przeżycie wstrząsu i ochłonięcie.

Człowiek odczuwa żal do Boga za zesłaną chorobę, co wyzwała wewnętrzny niepokój i wątpliwości w jego istnienie, „przecież nie jestem taki zły” – odzywa się sumienie. Gniew blokuje w nim wszystkie uczucia, nie pozwala zaakceptować rzeczywistości. Dopiero wyzbycie się pretensji do Boga może spowodować otwarcie duchowe człowieka. Choroba i związane z nią cierpienie są dla człowieka niewyobrażalnym faktem, faktem nie do przyjęcia. Trzeba umiejętnie wskazać możliwość duchowego wsparcia poprzez wiarę i modlitwę do Boga. Zaistnienie choroby człowiek postrzega jako zło, dlatego też jego sumienie pozostaje na rozdrożach.

Postawa gniewu – odpowiedzialność. Ta postawa charakteryzuje się wzmożoną drażliwością i zniecierpliwieniem, skłonnością do niekontrolowanych wybuchów gniewu i agresji. Bardzo trudno jest pomóc choremu, który przyjął taką postawę. Jego zachowanie wymaga od nas całkowitego zrozumienia. Nasze postępowanie musi być nacechowane wykształconą postawą altruistyczną, która nie będzie tworzyć się z obowiązku, ale w oparciu o bezinteresownie poświęcany czas, uwagę, cierpliwość i poszanowanie godności drugiego człowieka.

Sumienie wskazuje człowiekowi na poczucie odpowiedzialności za własne życie, dokonuje jakby wstępnej oceny własnych działań. Stara się widzieć lepsze strony swego życia i chorobę nie postrzega już jako karę. Spoglądanie wstecz wyzwala w nim spór o życie. Powoli zaczyna zwracać się do Boga i zabiegać o jego pomoc, chociaż nieraz zaprzestaje chodzić do kościoła. Jednak częściej zaczyna się modlić. Jego duchowość zaczyna się rozrastać i stopniowo obejmować perspektywę własnej śmierci. Zaczyna też dostrzegać potrzebę obecności i wsparcia drugiego człowieka.

Postawa negocjacji – przebaczenie. W tej fazie człowiek przyjmuje postawę kompromisu i targowania się o własne życie. Trzeba zaznaczyć, że faza targowania się jest: walką o biologiczne przetrwanie, najbardziej owocnym okresem choroby nowotworowej, szansą na przezwycięzenie choroby i przedłużenie życia, możliwością pełnego wykorzystania życia (twórczość literacka, nauka, praca zawodowa, itd.), skupieniem uwagi na życiu, a nie na śmierci, czasem najlepszego zdrowia jaki jest dany od momentu rozpoznania choroby nowotworowej.

Jest to postawa twórcza, bardzo ważna dla człowieka u progu życia. Cechą charakterystyczną tej postawy jest walka o życie, które jest najwyższym dobrem.

Przyjmując taką postawę człowiek chory chce wybronić się od śmierci. Odrzuca takie uczucia, jak: brak nadziei, czy nikt nie może mi pomóc. Targuje się nie tylko z Bogiem, ale z rodziną i samym sobą. Zaczyna dostrzegać obecność drugiego człowieka i usiłuje pozbyć się egocentrycznej postawy. Sumienie popycha go do przewartościowania wnętrza i coraz częściej zastanawia się nad oceną własnych czynów. Chce stać się lepszym człowiekiem i naprawić wyrządzone zło, jednocześnie sam potrzebuje przebaczenia.

W uzyskaniu tych zmian trzeba człowiekowi pomóc, udzielając wszechstronnego i profesjonalnego wsparcia. Przyjęcie postawy targowania się może być i jest najdłuższym i najszcześniejszym okresem życia człowieka z chorobą nowotworową. Taką postawę zapewne przyjmuje większość chorych, u których śmierć została przesunięta w czasie wskutek skutecznego leczenia i dzięki osiągnięciom medycyny. „Ta faza jest bardzo ważna. Może stać się najdłuższą i najszcześniejszą. Ale może też być »przeskoczona« przez chorego, gdy stwierdzi on, że na pewno nie ma o co prosić życia. Tak jednak zazwyczaj nie jest, więc czeka na osobę uczuciowo mu najbliższą, aby mu pomogła odzyskać jakieś zainteresowanie, uprzywilejować je, wynieść nad wszystkie inne, uczynić celem ostatecznym, najważniejszym właśnie dlatego, że ostatecznym. W życiu każdego

człowieka jest zawsze jakieś nieziszczone marzenie, jakiś niezrealizowany plan. Wystarczy je odkryć i zaproponować, ofiarowując wszelką możliwą pomoc, aby stały się rzeczywistością. Istnieje ryzyko, że po prostu zabraknie czasu na osiągnięcie tego celu, ale same już przygotowania utrzymują chorego przy życiu i nadają temu życiu cel”¹.

Depresja – akceptacja. Jeśli chory ma za sobą postawę zaprzeczenia, gniewu i kompromisu przychodzi kolej na depresję. Jest to związane z pojawiającym się osłabieniem i pogorszeniem zdrowia. Chory spostrzega zmiany we własnym wyglądzie. Zauważa spadek wagi ciała czy wypadanie włosów lub nasilenie się objawów dodatkowych, których wcześniej nie było. To wszystko sprawia, iż trudniej mu zachować uśmiech. Coraz częściej zagląda w jego oczy smutek, a to z powodu zaprzestania pracy, poniesionych wydatków na leczenie i pobytu w szpitalu. Największy żal odczuwa z przekonania, że umrze i zostawi rodzinę, bo tyle problemów nie zdążył rozwiązać, a śmierć jawi się jako nieuchronne zjawisko. E. Kübler-Ross w tej fazie wyróżniła dwa rodzaje depresji – reaktywną i przygotowawczą. Wobec powyższego możemy brać tu pod uwagę dwie postawy. W pierwszej postawie przeważa smutek z powodu tego, co utracone, a w drugiej postawie są rozważane straty jakie mogą nastąpić. Są one związane z utratą ukochanych osób czy rzeczy. Nie dotyczą przywiązania do własnego życia. Swoją postawą chory chce wyrazić ból, ponieważ jest bliski utraty wszystkiego i wszystkich, których kocha. To cierpienie egzystencjalne jest bardzo trudno wyciszyć. Ból ogarnia nie tylko człowieka chorego, ale i osoby z rodziny czy opiekujące się nim. Ta postawa nie ma w sobie pierwiastka wewnętrznie budującego. Jest to postawa cierpienia poprzedzająca śmierć, w której chory korzysta z przemyśleń nad własnym życiem, gdy negocjował warunki swojego przeżycia i przyszłości.

Duchowe przygotowanie odgrywa w tej postawie zasadniczą rolę. Chory prosi o modlitwę, ponieważ odczuwa potrzebę większego zbliżenia się do Boga. Dotychczasowy wewnętrzny optymizm zaczyna nie wystarczać i potrzeba zaakceptowania śmierci jawi się przed człowiekiem jako fakt dopełnienia życia ziemskiego i możliwość przetrwania w wieczności.

Nawet najwięksi i najbardziej zatwardziali grzesznicy przyjmują postawę pojednania z Bogiem, upatrując w tym szansę zatrzymania pro-

¹ Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (1999). *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesne wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński, s. 135.

cesu umierania oraz potrzebę uwolnienia się od egzystencjalnego strachu. Sam fakt – „nie wszystek umrę, a jakaś część mnie przeżyje i pozostanie” uwalnia w człowieku dwa podstawowe elementy duchowości: miłość i pokój. Sumienie już wcześniej poddało życie weryfikacji, a obecnie sięga poza doczesność i ułatwia poznanie dobroci Boga.

Postawa pogodzenia się – wdzięczność. Jest postawą pogodzenia się, całkowitej akceptacji, poprzez którą człowiek wyraża gotowość przyjęcia własnego losu. Zawdzięcza to autorefleksji tanatologicznej. Ta postawa jest charakterystyczna dla pacjentów w trzecim etapie rozwoju choroby nowotworowej. Charakteryzuje ją brak gniewu, depresji i walki. Dominującym uczuciem jest pogoda ducha i potrzeba spokoju. Pacjent odczuwa pragnienie oderwania się od świata materialnego. Czuje, że jest przygotowany na spotkanie ze śmiercią. Śmierć go nie przeraża i nie odczuwa już przed nią lęku. Pacjent jest w zgodzie z własnym sumieniem, odczuwa wdzięczność za darowane życie, choćby było nie najlepsze. Przemiana duchowa dokonała się. Jest naprawdę wolny, gdyż zwyciężył ból i cierpienie. Dostrzega piękno przyrody i otaczającego świata. Chce być kochany i stara się otoczyć miłością bliskich. Sam też potrafi dawać miłość. Staje się zdolnym do wielkich i pełnych poświęcenia uczuć. Intuicyjnie odczuwa własną czasowość i skończoność bytu. Wie, że może odejść w każdej chwili. Fakt ten skłania go do wyzbycia się nienawiści i budowania uczucia pojednania. Zawdzięcza to duchowości, która rozrasta się w nim czyniąc go wewnątrz bogatym człowiekiem. Dotychczas preferowane wartości materialne tracą na walorach. Swoje wnętrze człowiek otwiera na miłość Boga, dzięki której spełnia się nadzieja na życie wieczne. Poprzez Bożą miłość człowiek odkrywa sens cierpienia i jego doskonalącą wartość. Zachodzące zmiany wewnętrzne i spokój ducha pozwalają skupić się na życiu, odnaleźć szczęście i cel istnienia tu i teraz.

U niewierzących rosną zainteresowania wiarą i taką potrzebę odczuwają coraz mocniej, a wierzący dążą do zgłębienia jej tajemnic. Stawiane przed sobą zadania i cele pośrednie człowiek chory podporządkowuje celowi ostatecznemu, który upatruje w Bogu. Budowanie postawy mobilizacji, wiary i nadziei uruchamia mechanizmy obronne i wzmacnia siły witalne oraz ogólną kondycję fizyczną człowieka. Taka postawa utwierdza w przekonaniu o możliwości choćby częściowego wygrania z chorobą. Daje ogromną szansę na wytrwałe radzenie sobie z jej skutkami i wpływa znacząco na jakość życia. W głębi duszy człowiek odczuwa wyjątkowość własnej osobowości, którą wypełnia wewnętrzna harmonia i pogoda ducha oparta o wartości najwyższe – Prawdę, Dobro i Piękno. Dzięki temu

wzrost moralny staje się niezaprzeczalnym faktem. Nad wszystkim króluje wewnętrzna harmonia i spokój. Duchowość odpędza wszelkie negatywne myśli płynące z podsumowania życia i jest balsamem dla duszy. Świat materialny przestaje powoli istnieć. Pozostaje tylko duchowe wnętrze, w które człowiek umierający jest zwrócony po kres swego istnienia.

Człowiek chory sam zauważa zachodzące w nim przemiany duchowe. Są one ukierunkowane na obronę życia przed całkowitym unicestwieniem i wymuszone chorobą, cierpieniem i lękiem. Wiodą do samodzielnego myślenia, zmiany hierarchii wartości i do wypracowania takich cnót, jak cierpliwość, wytrwałość i odwaga. Uruchamiają mechanizm poznania bezinteresownej miłości Boga i przebudowy własnej postawy egoistycznej w altruistyczną. Do głosu dochodzi ostateczna prawda o człowieku tkwiąca korzeniami w Bogu.

Człowiek umierający chce zobaczyć światło życia wiecznego. Poszukuje przede wszystkim racji swego przemijania i nie oczekuje medycznego cudu. Chce godnie wyjść na spotkanie śmierci. W tym pomaga mu dojrzewanie osobowe i jego twórcza postawa uczestnika, orędownika i istoty w pełnym wymiarze człowieczeństwa.

Te wewnętrzne zmiany duchowe oparte o głęboką wiarę i ufność w Bogu, dają umierającemu (również człowiekowi w perspektywie śmierci) wewnętrzny spokój i pogodę ducha, gdyż mieszczą w sobie ewangeliczne cnoty: wiarę, nadzieję i miłość, które zawsze przyczyniają się do pełnego uzdrowienia jednostki i odbudowania źródła życia w Bogu.

Literatura

1. Antonelli F. (1985). *Oblicza śmierci*. Sandomierz: Wydawnictwo Diecezjalne Sandomierz.
2. de Walden-Gałużsko K., Majkovicz M. (1996). *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAK-med.
3. Kessler D. (1999). *Śmierć jest częścią życia. O prawo do godnego umierania*. (tłum. z angielskiego E. Czerwińska). Warszawa: Świat Książki.
4. Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (1999). *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesne wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.

5. Kubler-Ross E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. (Przeł. I. Doleżał-Nowicka). Warszawa: PAX.
6. Kubler-Ross E. (1996). *Życiodajna śmierć*. Poznań: Księgarnia św. Wojciecha.
7. Łuczak J. (1996). *Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna etyki kresu życia*. Symposium Ogólnopolskie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego 22–23 marzec 1996. *Etyka w opiece paliatywnej*. Lublin: Wydział Nauk Społecznych KUL.
8. Ostrowska A. (1991). *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa: Polska Akademia Nauk Instytut Filozofii Socjologii.
9. Woroniecki J. (1986). *Katolicka etyka wychowawcza. Etyka ogólna*. (T. 1). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Irena Fiedorczuk, Anna Owłasiuk

Współczesne postrzeganie śmierci i umierania

Wstęp

Autorzy wielu publikacji na temat śmierci i umierania uważają, że współcześnie upowszechnia się zjawisko – śmierć odwrócona lub śmierć na opak [1, 2]. Zjawisko to polega na tym, że śmierć zostaje wyparta ze świadomości i jest nieobecna w życiu. Mówienie o niej stanowi obecnie społeczne tabu. Podkreślają, że jest to silnie zaznaczająca się postawa wysoko rozwiniętego społeczeństwa, czyli współczesne wzory zachowań w sytuacji śmierci. Wobec tego ludzie są nieprzygotowani na śmierć, a jeśli nawet (poprzez działania duszpasterskie) są przygotowani na własną śmierć, to nie wiedzą jak pomagać umierającym lub przeżywającym żałobę. Dzieje się tak nie ze złej woli, ale z bezradności [3, 4].

Stosunek do śmierci uwarunkowany jest kulturowo i społecznie, tak więc nasze postawy najsilniej kształtuje tradycyjna obyczajowość podyktowana miejscem urodzenia i rodziną pochodzenia, a także nasza religijność ukazująca religijne wyobrażenie o śmierci oraz wiek [5].

Problem śmierci powinien być istotny dla każdego człowieka, z uwagi choćby na to, że nie ma takiej religii – od najbardziej prymitywnej do chrześcijańskiej – która nie uznawałaby wagi i znaczenia śmierci [6].

Cel pracy

Celem pracy było ukazanie postaw wobec problematyki śmierci i umierania – jakie postawy są dominujące: postawa akceptacji czy odrzucenia. Badania dotyczyły wiedzy o śmierci i umieraniu – potwierdzającej lub nie – zainteresowanie ostatnim etapem życia, podejmowanie najczęstszych działań (zachowań) wobec osoby umierającej i bezpośrednio w sytuacji śmierci oraz ukazanie najczęściej pojawiających się emocji.

Material i metody

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów Akademickiej Praktyki Medycyny Rodzinnej w Białymstoku. Grupa badawcza liczyła 100 osób wybranych w sposób przypadkowy.

Jako metodę badawczą zastosowano kwestionariusz ankiety, sporządzony dla potrzeb badań. Ankieta składała się z 14 pytań dotyczących:

- religijnego wyobrażenia o śmierci;
- zainteresowania ostatnim etapem życia;
- współczesnego postrzegania śmierci;
- wizji dobrej śmierci;
- najczęstszych emocji pojawiających się w stosunku do ludzi umierających;

Wiek badanych osób (kobiet i mężczyzn) wahał się w granicach od 20 do powyżej 60. Największą grupę stanowili kobiety i mężczyźni w wieku 31–40 lat. Wykształcenie średnie i wyższe posiadało 76% kobiet i 64% mężczyzn. Duże miasto, jako miejsce urodzenia i wczesnego dzieciństwa, zaznaczyło 44% kobiet i 43% mężczyzn, wieś natomiast stanowiła znaczną mniejszość – 24% kobiet, 18% mężczyzn (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Wiek w latach	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
20–30	14	23,0	10	25,6
31–40	15	24,5	11	28,2
41–50	13	21,3	7	18,0
51–60	12	19,7	7	18,0
Powyżej 60	7	11,5	4	10,2
Wykształcenie	liczba	%	liczba	%
Podstawowe	4	6,5	4	10,2
Zawodowe	10	16,4	10	25,6
Średnie	20	32,8	9	23,1
Wyższe	27	44,3	16	41,1
Miejsce urodzenia (wczesne dzieciństwo)	liczba	%	liczba	%
Wieś	15	24,5	7	18,0
Małe miasteczko	19	31,2	15	38,5
Duże miasto	27	44,3	17	43,5
Razem	61	100,0	39	100,0

Tabela 2. Religijne wyobrażenie o śmierci

Religijne wyobrażenie o śmierci	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
Wierzę w życie pozagrobowe	31	50,8	10	25,6
Wierzę w istnienie czyśćca	3	5,0	13	33,3
Wierzę w reinkarnację	3	5,0	–	–
Wierzę w sąd ostateczny	22	36,0	18	46,1
Inne:				
Zmartwychwstanie	1	1,6	–	–
Nie wierzę w życie pozagrobowe	1	1,6	–	–

Wiarę w życie pozagrobowe zadeklarowało 50% kobiet i 25% mężczyzn. Znaczna ilość mężczyzn, bo 46% podkreśliła wiarę w sąd ostateczny oraz 33% mężczyzn zaznaczyło wiarę w istnienie czyśćca. Tylko 1% kobiet twierdzi, że nie wierzy w życie pozagrobowe (tabela 2).

Wyniki

Aby dokonać oceny zainteresowania ostatnim etapem życia przeanalizowano występowanie rozmów o śmierci i umieraniu oraz potrzebę informowania o nieuleczalności chorego. Zdecydowana większość zarówno kobiet, jak i mężczyzn stara się nie prowadzić rozmów na ten temat, dla 13% kobiet stanowi to dodatkowe obciążenie psychiczne, natomiast 18% mężczyzn używa terminów zastępczych. Rozmowy na temat przygotowania do śmierci w sensie duchowym prowadzi 34% kobiet i 33% mężczyzn. Z badań wynika, że zaledwie 5% kobiet prowadzi rozmowy – jak śmierć opóźnić i oddalić w czasie. Wyraźna większość badanych wskazuje na potrzebę pełnej informacji człowieka nieuleczalnie chorego, zaznaczając jednocześnie konieczność indywidualnego i elastycznego podejścia (tabela 3).

Badania dotyczyły również zagadnień związanych ze współczesnym postrzeganiem śmierci. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni jako najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce wskazali choroby układu krążenia. Dla 64% mężczyzn najczęściej spotykanym obrazem śmierci jest śmierć nagła i gwałtowna, 39% kobiet wskazuje długotrwały proces wyzwalania się z cierpienia. Większość badanych podkreśla, że śmierć jest traktowana dzisiaj jako coś nieuchronnego, ale jednocześnie 30% mężczyzn twierdzi, że jest to błąd w sztuce lekarskiej. Natomiast najbardziej wartości-

Tabela 3. Zainteresowanie ostatnim etapem życia

	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
Rozmowy o śmierci i umieraniu				
Staram się nie prowadzić rozmów na ten temat	24	39,3	20	51,2
Stanowi to dal mnie dodatkowe obciążenie psychiczne	8	13,0	–	–
Używam terminów zastępczych	5	8,3	7	18,0
Rozmowy na temat: przygotowanie na śmierć w sensie duchowym	21	34,4	13	33,3
Rozmowy na temat: rozpoznawanie zbliżającej się śmierci	–	–	–	–
Rozmowy na temat: jak śmierć opóźnić i oddalić w czasie	3	5,0	–	–
Informowanie o nieuleczalności chorego				
Człowiek ma prawo do pełnej informacji	26	42,6	19	48,7
Robić wszystko, aby utrzymać chorego w nieświadomości	–	–	–	–
O śmierci mówić wprost, nie może być to temat tabu	8	13,0	2	5,1
Człowiek wymaga indywidualnego i elastycznego podejścia	21	34,4	16	41,1
Wysłuchiwać się w potrzeby człowieka i odpowiednio na nie	6	10,0	2	5,1

wym wzorem zachowań dotyczącym sytuacji śmierci, według badanych, jest odmawianie modlitwy, a tylko 9% kobiet twierdzi, że śmierć jest zbyt okropna by ją oglądać. Na izolowanie dzieci od osób umierających i pogrzebów nie wyrażają zgody zarówno kobiety, jak i mężczyźni (tabela 4).

Podjęto próbę oceny wizji dobrej śmierci. 64% mężczyzn i 44% kobiet podkreśla, że jest to umieranie w spokoju, wśród najbliższych. Na maksymalne wyeliminowanie bólu wskazuje 24% kobiet, tyle samo na śmierć w specjalnych instytucjach odznaczających się dobrą opieką i niezbędnymi zabiegami. Za główną potrzebę człowieka umierającego, którego nie można wyleczyć – 42% kobiet i 48% mężczyzn uważa doznanie troski i opieki (tabela 5).

Analiza emocji pojawiających się w stosunku do ludzi umierających wskazuje na konieczność wyeliminowania wszelkiego cierpienia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego – za czym opowiada się 24% kobiet i 30% mężczyzn. Zdecydowana większość kobiet – 42% podkreśla, że ludzie umierający uczą nas innego niż dotychczas postrzegania rzeczywistości i wartościowania jej (tabela 6).

Tabela 4. Współczesne postrzeganie śmierci

	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
Najczęstsza przyczyna zgonów w Polsce				
Choroby nowotworowe	17	27,8	10	25,6
Choroby układu krążenia	28	46,0	20	51,2
Nieprzewidziane wypadki, tragiczne zdarzenia	16	26,2	10	25,6
Najczęściej spotykamy obraz śmierci	liczba	%	liczba	%
Nagła, gwałtowna	16	26,2	25	64,0
Bez bólu i wyniszczenia	11	18,1	6	15,4
Długotrwały proces wyzwalania się z cierpienia	24	39,3	4	10,2
Samotna droga ku śmierci i przez śmierć	10	16,4	4	10,2
Śmierć jest dzisiaj traktowana jako:	liczba	%	liczba	%
Coś nieuchronnego	41	67,3	27	69,2
Błąd w sztuce lekarskiej	–	–	12	30,8
Sprawa intymna, ograniczona do kręgu najbliższych osób	4	6,5	–	–
Tajemnica intrygująca ludzkość	9	14,7	–	–
Wyzwolenie od cierpienia	7	11,5	–	–
Najbardziej wartościowe wzory zachowań dotyczące sytuacji śmierci	liczba	%	liczba	%
Składanie kondolencji	13	21,3	12	30,8
Noszenie żałoby	13	21,3	3	7,7
Odmawianie modlitwy	20	32,8	19	48,7
Uczestnictwo w modlitwie całej zbiorowości	9	14,7	10	25,6
Izolowanie dzieci od osób umierających i pogrzebów	–	–	–	–
Śmierć jest zbyt okropna, by ją oglądać i o niej mówić	6	9,9	–	–

Tabela 5. Wizja dobrej śmierci

	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
Wizja dobrej śmierci				
Umieranie w spokoju, wśród najbliższych	27	44,0	25	64,0
Maksymalne wyeliminowanie bólu	14	23,0	5	12,9
W specjalnych instytucjach (dobra opieka i niezbędne zabiegi)	13	21,3	4	10,2
Mieć czas zadbać o różne sprawy	7	11,5	5	12,9
Główna potrzeba człowieka umierającego, którego nie można wyleczyć				
Doznanie troski i opieki	26	42,6	19	48,7
Obecność przy umierającym (bierne uczestnictwo)	18	29,5	6	15,4
Okazywanie współczucia, wsparcie i rozmowa	9	14,7	4	10,2
Aktywne działanie zmierzające do uratowania za wszelką cenę (intensywne leczenie)	8	13,0	13	33,3

Tabela 6. Najczęstsze emocje pojawiające się w stosunku do ludzi umierających

	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
Najczęstsze emocje				
Należy wyeliminować wszelkie cierpienie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne	15	25,4	12	30,8
Muszą się nimi zająć hospicja i oddziały opieki paliatywnej	4	6,5	3	7,7
Człowiek umierający jest ogromnym obciążeniem dla rodziny	4	6,5	–	–
Budzi lęk, przerażenie, a nawet rozpacz	6	9,95	2	5,1
Powoduje tłumienie prawdziwych uczuć (niechęci, odrazy)	–	–	16	41,0
Uczą nas innego niż dotychczas postrzegania rzeczywistości i wartościowania jej	26	42,6	–	–
Unikam myśli o umieraniu i śmierci	6	9,9	6	15,4

Wnioski

1. Badania potwierdziły, że zdecydowana większość zarówno kobiet, jak i mężczyzn, stara się nie prowadzić rozmów na temat śmierci i umierania, chociaż tematy odnośnie przygotowania do śmierci w sensie duchowego

wym pojawiają się u 1/3 badanych osób. Można wnioskować, iż wynika to z deklarowanej wiary w życie pozagrobowe.

2. Bardzo trafnie została ukazana najczęstsza przyczyna zgonów w Polsce. Możemy więc mówić o zainteresowaniu problemami zdrowotnymi społeczeństwa i posiadaniu przez badanych pewnej wiedzy na ten temat.

3. Wyraźne różnice w najczęściej spotykanym obrazie śmierci występują w postrzeganiu mężczyzn i kobiet. Dla mężczyzn jest to śmierć gwałtowna, nagła, dla kobiet – długotrwały proces uwalniania się z cierpienia. Taki stan rzeczy jest odzwierciedleniem wielu czynników, między innymi odmiennego wychowania i innych oczekiwań społecznych w stosunku do mężczyzn i kobiet.

4. Bez względu na płeć i wiek śmierć postrzegana jest jako coś nieuchronnego, jednak wśród odpowiedzi mężczyzn pojawia się element dwoistości w ich sposobie pojmowania, gdyż 1/3 badanych mężczyzn wskazuje na śmierć jako błąd w sztuce lekarskiej. Możemy przypuszczać, iż jest to podyktowane współczesną tendencją do racjonalnego postrzegania wszystkich sfer życia człowieka.

5. Wśród badanych osób zauważa się potrzebę głębszego przeżywania i uczestniczenia w tym wydarzeniu poprzez odmawianie modlitwy. Daje to wyciszenie lęku i przerażenia oraz pobudza do refleksji nad życiem i innego postrzegania rzeczywistości. Tak więc śmierć dla współczesnego człowieka staje się lekcją życia.

6. Niezwykle cennym wnioskiem wynikającym z badań jest fakt, iż badane osoby nie wyrażają przyzwolenia na izolowanie dzieci od osób umierających i pogrzebów. Jest to w sposób racjonalny ujęta społeczna postawa akceptacji – śmierć staje się etapem życia, do którego należy przygotować najmłodsze pokolenie. Tylko w ten sposób będzie można zaspokoić największą potrzebę ludzi umierających – doznanie troski i opieki ze strony najbliższych, na co wskazuje zdecydowana większość badanych.

Piśmiennictwo

1. Brański J., Piątkowski W. (red.): Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002.
2. Taranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.

3. Braun-Gałkowska M. : W tę samą stronę. Wydawnictwo Krupski i S-ka, Warszawa 1994.
4. Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.): Psychologia rozwoju człowieka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
5. Chapman N. E.: Postawa życiowa. Wydawnictwo Studio Emka, Warszawa 1995.
6. Vasiliadis N.: Misterium śmierci. Wydawnictwo Orthdruk, Białystok 2005.
7. Albom M.: Niezapomniana lekcja życia. Grupa Wydawnicza Bertelsmann, Warszawa 2000.
8. Bortnowska H.(red.): Sens choroby, sens życia, sens śmierci, Kraków 1980.
9. Person L. (red.): Śmierć i umieranie. Warszawa 1973.

Jolanta Kolonko, Agata Gałuszka,
Joanna Zalewska-Puchała, Bogusława Ryś

Śmierć pacjenta widziana z perspektywy personelu medycznego

Wstęp

Najczęściej ludzie kończą swą ziemską wędrówkę w zamkniętych placówkach służby zdrowia [1]. To tam dokonują się ludzkie dramaty zmagania się ze śmiercią. Tej tragicznej walce o życie towarzyszą głównie pielęgniarki, gdyż to one spędzają przy chorym najwięcej czasu. Słusznie więc przyznano im kluczowe miejsce wśród członków zespołu realizującego opiekę paliatywną [2]. Stawia to przed pielęgniarką ważne i trudne zadania wymagające gruntownego przygotowania merytorycznego, umiejętności właściwego nawiązania i podtrzymywania relacji z chorym, radzenia sobie ze stresem w sytuacji umierania i śmierci podopiecznego [1, 2, 3, 4, 5].

W opiece nad nieuleczalnie chorym istotne jest indywidualne podejście do przeżyć pacjenta pamiętając, że każdy człowiek inaczej umiera, w różny sposób przejawia swoje cierpienie, ból, chorobę i świadomość przemijania. We właściwej opiece nie może zabraknąć troskliwego kontaktu z chorym, opartego na głębokim szacunku dla niego jako osoby ludzkiej, przejawiania dużego taktu, wrażliwości oraz pokory także wobec rodziny umierającego [1, 2, 5]. Słowem – chodzi o zachowanie adekwatnej do zaistniałych okoliczności postawy.

Termin „postawa” wprowadzony został przez W. J. Thomasa i F. Znanieckiego dla oznaczenia procesów indywidualnej świadomości, determinujących zarówno aktualne, jak i potencjalne reakcje każdej osoby wobec społecznego świata. W ich ujęciu, postawa jest zawsze postawą wobec jakiejś wartości, przy czym za wartość uznają „jakikolwiek fakt mający empiryczną treść, dostępną dla członków określonej grupy społecznej i znaczenie, zgodnie z którym jest lub może być obiektem działania” [6].

W niniejszej pracy podjęto próbę przedstawienia atmosfery, w jakiej umiera pacjent, widzianej z perspektywy personelu medycznego oraz pośrednio jego postawy towarzyszącej śmierci.

Materiał i metoda

Celem niniejszej pracy było poznanie reakcji personelu i trudności, na jakie napotyka w trakcie sprawowania opieki nad chorym umierającym.

Do badania użyto kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, zawierającego pytania zamknięte i otwarte dotyczące częstości występowania zgonów, opieki nad chorym w stanie agonalnym, emocji jakie u personelu wywołuje śmierć pacjenta.

Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek zatrudnionych na Oddziale Anestezji i Intensywnej Terapii, Oddziale Chirurgii Naczyniowej Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej, Domu Opieki Samarytanin w Bielsku-Białej, Oddziale Chirurgii i Oddziale Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Szpitala Ogólnego w Bielsku-Białej, Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym i Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu. Badania prowadzono od maja do sierpnia 2006 na grupie 108 pielęgniarek.

Badane osoby były w wieku od 24 do 50 lat (średnia wieku 35,5 roku), a średni staż pracy zawodowej wynosił 13,8 lat. Respondenci w 82% legitymowali się średnim wykształceniem, wyższe wykształcenie posiadało 18% badanych. Respondenci to w zdecydowanej większości osoby wierzące, bo aż 98%, jako niewierzący zadeklarowało się 2% badanych.

Wyniki badań

Analiza uzyskanych danych pokazała, że opieka nad chorym umierającym i śmierć jest nieodłączną częścią pracy w placówkach służby zdrowia. Dla 69,5% pielęgniarek śmierć pacjenta jest zjawiskiem częstym w pracy, a dla 30,5% nie. Średnia liczba zgonów w czasie miesiąca wahała się w granicach od 1 do 20, przy czym należy zwrócić uwagę na fakt, że odpowiedź często w pytaniu o ilość zgonów w ciągu miesiąca podawana była przez pielęgniarki od 1 do 11. Czyli dla jednych badanych 2 zgony w miesiącu to często, a dla innych często to 11 zgonów. Różnice te, jak zaobserwowano, wynikają z tego, na jakim oddziale pracują pytane. Dla pielęgniarek OIOM 11 zgonów to często, a dla zatrudnionych na oddziałach zachowawczych często to 2 zgony w miesiącu.

Badaliśmy warunki, w jakich umierają pacjenci, a konkretnie to czy mają oni zapewnioną opiekę duchową, oddzielne spokojne pomieszcze-

nie, kontakt z rodziną, stałą opiekę i uwagę personelu Wyniki prezentują się następująco; Na pytanie czy umierający ma zapewnioną opiekę duchową, zawsze – odpowiedziało 75% ankietowanych, sporadycznie 24%, a nigdy 1%. Oddzielne spokojne pomieszczenie dla odchodzącego pacjenta zawsze jest zapewnione tylko 25% badanych, sporadycznie u 60% i nigdy u 15%.

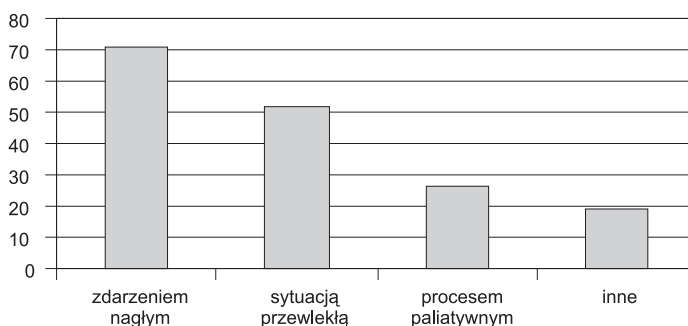
Nikt nie powinien umierać samotnie, ale czy jest to możliwe w naszych szpitalach, gdzie praktyka wskazuje na stałe braki lokalowe?

A co z obecnością rodziny przy odchodzącym pacjencie? Czy jej członkowie nie są traktowani jak niewygodni świadkowie naszych medycznych procedur? Najczęściej wypraszani z sali chorych, oczekujący na korytarzu na tę najgorszą wiadomość.

Czy rodzinie umożliwia się czuwanie przy umierającym? Jak wynika z badań stwarzanie takich warunków jest możliwe zawsze w 56%, sporadycznie 33% i nigdy nie jest możliwe w 11%. Pytaliśmy również o obecność przy chorym. Pacjent ma zapewnioną stałą obecność personelu zawsze – odpowiedziało 89%, sporadycznie 8%, nigdy 3%.

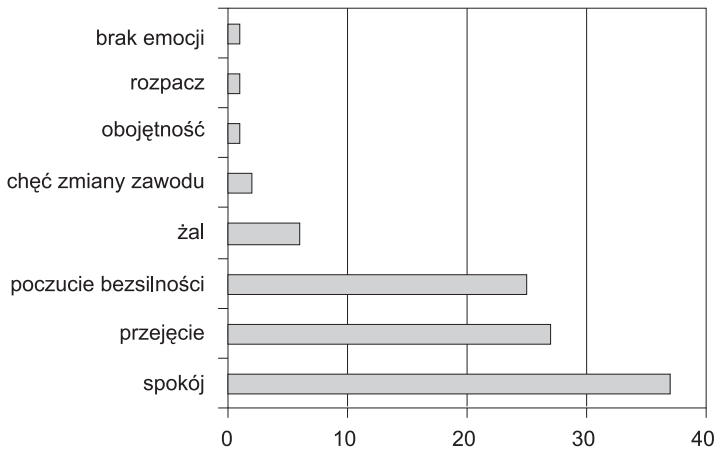
Jakie uczucia i emocje budzi w personelu śmierć podopiecznego? Aby odpowiedzieć na to pytanie, musimy również wiedzieć czy śmierć pacjenta była zdarzeniem nagłym, zejściem procesu paliatywnego, sytuacją przewlekłą lub innym. Odpowiedzi respondentów przedstawia ryc. 1.

Rycina 1. Najczęstsze przyczyny zgonów

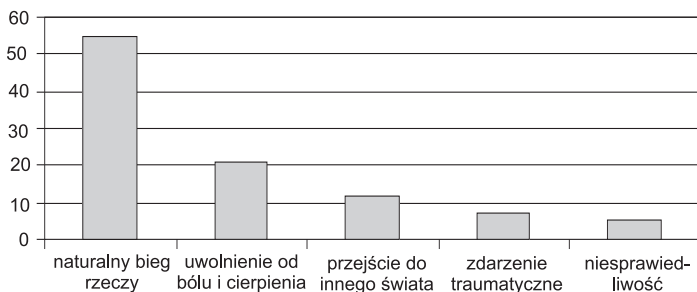


Czy jako personel medyczny obcujący ze śmiercią na co dzień jesteśmy w stanie traktować ją obojętnie „na zimno”, czy jednak nadal budzi ona w nas wiele silnych emocji? Reakcję personelu na śmierć pacjenta przedstawia ryc. 2.

Rycina 2. Reakcja personelu na śmierć pacjenta



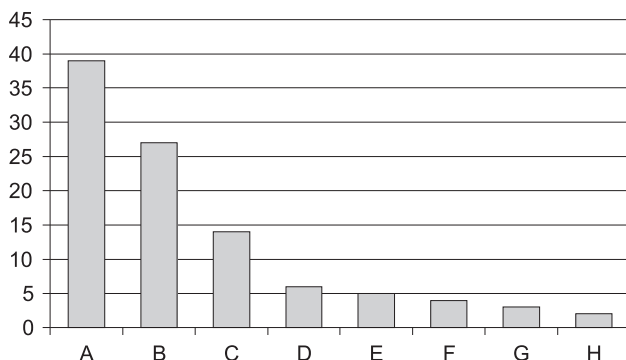
Rycina 3. Rozumienie śmierci przez pielęgniarki



W procesie medykalizacji choroba, która kończy się śmiercią jest traktowana przez personel medyczny jako „fiasko”. Nie dotyczy to wszystkich kategorii pacjentów i wszystkich chorób. Czasem śmierć jest wybawieniem. A czym jest śmierć dla badanych pielęgniarek? (ryc. 3). Dla 55% jest ona naturalnym biegiem rzeczy, dla 8% zdarzeniem traumatycznym, 4% badanych postrzega ją jako niesprawiedliwość, dla 21% respondentów jest uwolnieniem od bólu i cierpienia, a dla 12% jest przejściem do innego świata.

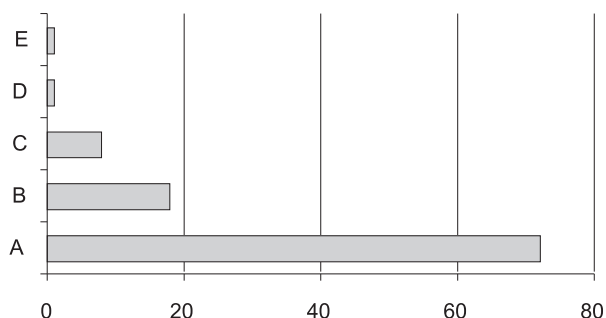
Kolejne pytanie dotyczyło trudności, z jakimi badani spotkali się podczas opieki nad chorym umierającym. Największym problemem w opinii 39% badanych był brak przygotowania psychicznego do kontaktu z podopiecznym w stanie terminalnym. Na drugim miejscu pojawił się brak stosownej atmosfery 27%, 14% uważało, że problem umierania jest marginalizowany w procesie kształcenia. Inne trudności to bezradność i strach 5%,

Rycina 4. Trudności w opiece nad umierającym



A – brak przygotowania psychicznego; **B** – brak odpowiedniej atmosfery; **C** – marginalizowanie tematu śmierci w procesie kształcenia zawodowego; **D** – bezradność i strach; **E** – niedostateczne wyposażenie; **F** – trudności w kontaktach z chorym; **G** – niezajomość sposobu postępowania; **H** – trudności w kontaktach.

Rycina 5. Wpływ kontaktu z umierającym na pielęgniarki

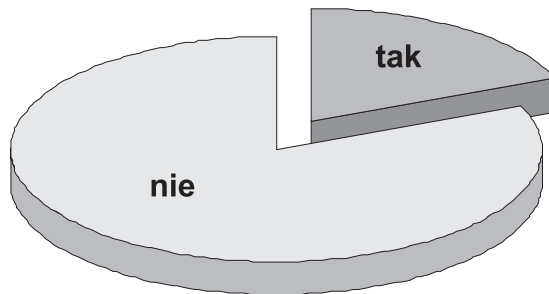


A – uzmysłowił mi kruchość ludzkiego życia; **B** – uzmysłowił mi nieszczęścia ludzkie; **C** – zdopingował do pogłębiania wiedzy; **D** – potwierdził trafność wyboru zawodu; **E** – zniechęcił do zawodu.

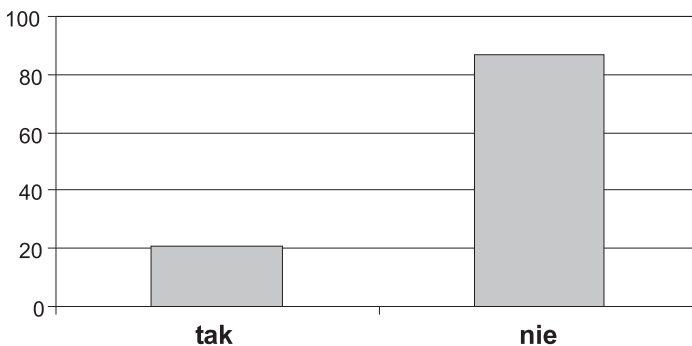
niedostateczne wyposażenie placówki 5%, niezajomość sposobów postępowania 4%, trudności w nawiązaniu kontaktu z chorym 4%, trudności w nawiązaniu kontaktu z rodziną 2% (ryc. 4).

Badanym zadaliśmy pytanie, jaki wpływ ma na nich kontakt z osobą umierającą? 72% pytanym uzmysłowił on kruchość ludzkiego życia, 19 % ukazał ludzkie nieszczęście, 7% osób zdopingował do pogłębiania wiedzy w zakresie opieki nad umierającym, 1% zniechęcił do zawodu, a 1% utwierdził w trafności wyboru profesji (ryc. 5).

Rycina 6. Pomoc psychologa dla pielęgniarek w sytuacjach trudnych



Rycina 7. Uczestnictwo w szkoleniu na temat opieki nad chorym umierającym



W obliczu tak wielu emocji, jakie niesie ze sobą śmierć pacjenta tylko 18% może liczyć na pomoc psychologa, pozostałe 82% nigdy takiej pomocy nie uzyskało (ryc. 6).

Podobnie wygląda sprawa edukacji związanej z opieką nad chorym umierającym. W szkoleniu takim uczestniczyło tylko 19% badanych, natomiast 81% respondentów nie miało takiej możliwości (ryc. 7).

Omówienie

Współczesna cywilizacja, jej ustawiczny rozwój i wiara w postęp propaguje kult zdrowia i wiecznej młodości. Nie ma tu miejsca na starość, chorobę i śmierć, która powoli staje się tematem tabu. Naszym problemem jest medyalizacja umierania. Większość zgonów dokonuje się w szpitalu, pośród licznej aparatury, obcych, zabieganych ludzi, na wieloosobowej sali za parawanem, w samotności.

Personel medyczny towarzyszący pacjentowi przy śmierci, nawet najbardziej oddany jest mu obcy, często mimo najlepszych chęci, nie potrafi w odpowiedni sposób sprawować holistycznej opieki nad umierającym.

Dla pielęgniarek jest to sytuacja stresowa, z którą często nie umieją sobie poradzić, a również nie mogą liczyć na specjalistyczną pomoc psychologiczną.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż w procesie kształcenia pielęgniarek, jak i doskonalenia zawodowego, zbyt mało czasu poświęca się zagadnieniom umierania i opieki nad chorym umierającym. Podobne problemy porusza niepublikowana praca magisterska Aleksandry Tomaszek pt. „Postawy pracowników służby zdrowia wobec edukacji umierania w opiece paliatywnej” Cieszyn 2005.

Wnioski

1. Umieranie jest częstym zjawiskiem w pracy pielęgniarek.
2. Większość pacjentów ma zapewnioną opiekę duchową.
3. Pacjenci umierający rzadko mogą przebywać w oddzielnej sali.
4. Rodzina nie zawsze może towarzyszyć umierającemu.
5. Opieka nad umierającym budzi w badanych wiele silnych emocji.
6. Pielęgniarki nie mogą liczyć na wykwalifikowaną pomoc psychologiczną.
7. Największą trudność w opiece nad umierającym sprawia badanym to, że nie są oni przygotowani psychicznie do kontaktu z umierającym.
8. Pielęgniarki często nie mogą lub nie potrafią nawiązać kontaktu z pacjentem i rodziną.
9. Badane boją się, są bezradne, nie wiedzą jak mają postępować.
10. Respondenci skarżą się na brak wiedzy dotyczącej opieki nad chorym umierającym.
11. Temat śmierci jest marginalizowany w procesie kształcenia, jak również doskonalenia zawodowego pielęgniarek.

Postulaty

1. Wyznaczenie na oddziałach szpitalnych pokoi ciszy, gdzie pacjent umierający będzie mógł przebywać z rodziną.
2. Ograniczenie procedur medycznych tylko do niezbędnego minimum.
3. Wprowadzenie i rozszerzenie treści programowych dotyczących umierania i opieki nad umierającym w procesie kształcenia pielęgniarek.

4. Organizowanie szkoleń i kursów na temat opieki nad umierającym.
5. Potrzebującym tego pielęgniarkom zapewnić pomoc psychologiczną.

Piśmiennictwo

1. Prof. dr hab. med. Łuczak J.: Zasady postępowania w ostatnich dniach życia. *Nowa Medycyna – miesięcznik*, 11/1999, str. 5, 7, 8, 13.
2. Prof. dr hab. med. de Walden-Gałuszko K., mgr Kartacz A.: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005, str. 5, 167–168.
3. Prof. dr hab. med. de Walden-Gałuszko K.: *Podstawy opieki paliatywnej*. Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2005, str. 5.
4. Prof. dr hab. med. Łuczak J.: *Opieka paliatywna*. *Nowa Medycyna – miesięcznik*, 10/99, str. 4, 5.
5. Liszewska M.: *Pielęgnacja człowieka umierającego*. *Wspólne tematy*, 4/2005, str. 23, 25.
6. Maiody M.: *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy*. PWN, 1976, str. 32.

Aleksandra Gaworska-Krzemińska, Regina Żuralska

Eutanazja w opinii pielęgniarek Pomorza

Wstęp

W ostatnich latach pielęgniarstwo polskie przeżywa wiele zmian na polu edukacyjnym, organizacyjnym, naukowym, a także moralnym. Jednym z najistotniejszych problemów etycznych jest postawa wobec eutanazji. Mimo, iż ustawodawstwo Polski jednoznacznie jej zabrania [1] we wszystkich formach, to jednak dość często dochodzi do debat społecznych w których niejednokrotnie podkreśla się prawo pacjenta do godnej śmierci, czy samostanowienia. W Prawach Człowieka Umierającego znajduje się zapis: prawo do prośby o nieprzedłużanie w nieskończoność umierania, czyli zaniechania terapii temu służącej [2].

Wprowadzenie eutanazji w takich krajach, jak Holandia [3], Belgia, Szwajcaria [4], Stan Oregon w USA [5] oraz ogromna akceptacja społeczeństwa tych krajów (powyżej 75%) budzi wiele wątpliwości, zastanawia, tworzy obszar dylematu etycznego w środowiskach medycznych, które z racji wykonywanego zawodu stają się uczestnikami tych działań [6]. Przeprowadzone badania opinii publicznej wykazały, iż 60% studentów medycyny w Polsce popiera prawo człowieka do eutanazji. W 1998 roku społeczeństwo polskie w 39% opowiedziało się za powinnością lekarza w przyspieszeniu śmierci, jeśli pacjent jest nieuleczalnie chory i prosi o to, 41% opowiada się za dopuszczalnością zapisywania środków przyspieszających śmierć, a 45% było za uznaniem bezbolesnego skrócenia życia na prośbę chorego [7, 8, 9].

Analiza postaw pielęgniarek wobec eutanazji wydaje się więc być konieczną, gdyż to ta grupa zawodowa ma największą możliwość oceny rzeczywistych potrzeb nieuleczalnie chorych ze względu na częstość i bliskość relacji z pacjentem i jego rodziną. Cofając się do korzeni zasad etycznych w zawodzie pielęgniarki i lekarza uzyskujemy jednoznaczne wskazówki.

W pierwszej przysiędze pielęgniarskiej z 1883 roku czytamy: „...nigdy sama nie zażyję, ani też nikomu nie podam nic takiego, co mogłoby mu zaszkodzić...”, Hipokrates (ok. 460–377 r. p.n.e.) wśród czterech najważniejszych zasad etycznych wymienił: zakaz eutanazji [10, 11]. Model holistycznej opieki, rozwój wyspecjalizowanych ośrodków opieki paliatywnej i profesjonalnie przygotowany personel stają się najistotniejszymi elementami w opozycji do eutanazji.

Cel pracy

Celem pracy było dokonanie analizy opinii pielęgniarek wobec dylematu etycznego jakim jest eutanazja, w aspekcie czynników mogących na nie wpływać, a także ocena poziomu wiedzy z zakresu praw pacjenta i różnicowania eutanazji.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone na grupie 156 pielęgniarek w 2005 roku na terenie województwa pomorskiego. Podstawowym kryterium doboru do badanej grupy była czynna praca zawodowa i co najmniej roczny staż pracy. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową, użyto autorski kwestionariusz ankiety. Do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA 6,0.

Wyniki

I. W ocenie opinii pielęgniarek wobec eutanazji wzięto pod uwagę piętnaście pytań szczegółowych, które analizowały opinie pielęgniarek w zależności od wieku, stażu pracy, wykształcenia, miejsca pracy.

Tabela 1. Opinie pielęgniarek a wiek badanych

Badanie	22–29 lat	30–39 lat	40 i więcej
Test t-studenta	0,037216	0,27687	0,018899

Wniosek: Im starsza osoba, tym stosunek do eutanazji jest bardziej negatywny.

Tabela 2. Opinie pielęgniarek a staż pracy

Badanie	1–9 lat	10–20 lat	21 lat i więcej
Test t-studenta	0,027575	0,038238	0,01795

Wniosek: Im dłuższy staż pracy, tym opinia wobec eutanazji jest bardziej negatywna.

Tabela 3. Opinie a wykształcenie badanych

Badanie	Średnia szkoła medyczna	Studia licencjackie	Studia magisterskie
Test t-studenta	0,126883	0,044878	0,024366

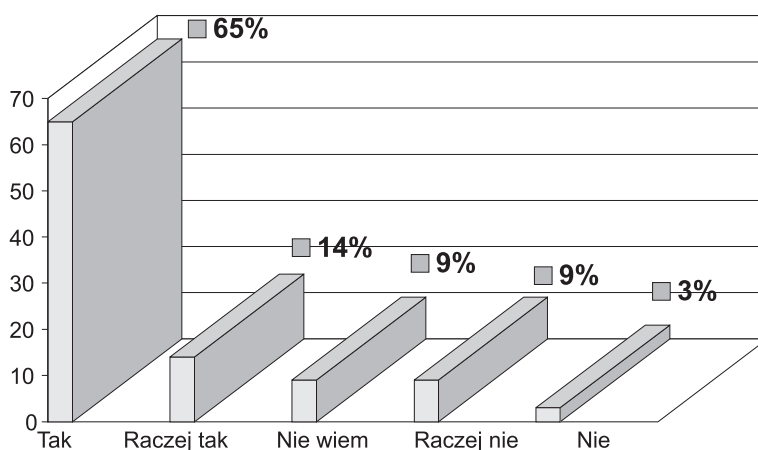
Wniosek: Im wyższe wykształcenie, tym opinia wobec eutanazji jest bardziej negatywna.

Tabela 4. Opinie pielęgniarek a miejsce pracy

Badanie	Oddziały szpitalne	Podstawowa Opieka Zdrowotna	Opieka hospicyjna (zamknięta/domowa)
Chi kwadrat Pearson	p = 0,10223	p = 0,18563	p = 0,00589

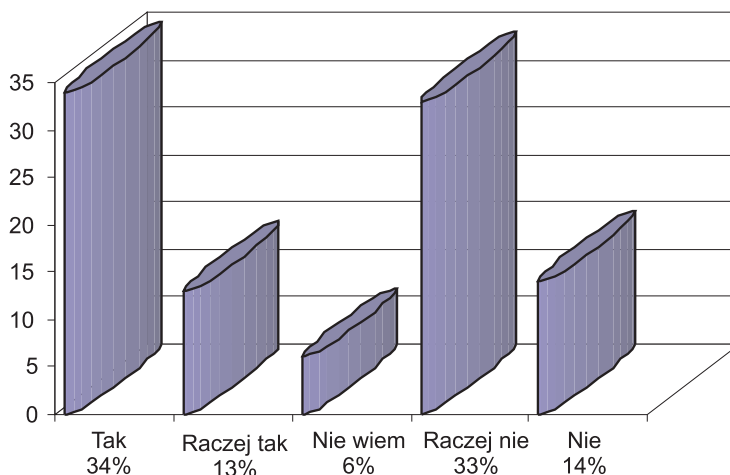
Wniosek: Pielęgniarki pracujące w opiece paliatywnej (p mniejsze od przyjętego poziomu istotności 0,05) wykazują najbardziej negatywny stosunek do eutanazji.

II. Wiedza pielęgniarek nt. praw pacjenta umierającego

Rycina 1. Prawo pacjenta do decyzji o własnym leczeniu

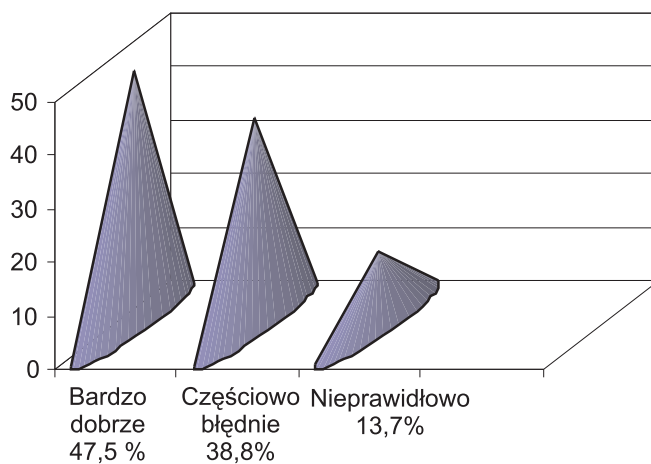
Wniosek: Prawie 80% respondentów uważa, iż pacjent ma prawo do samodzielnego decydowania o własnym procesie terapeutycznym.

Rycina 2. Obowiązek respektowania wszystkich decyzji pacjenta przez pielęgniarki

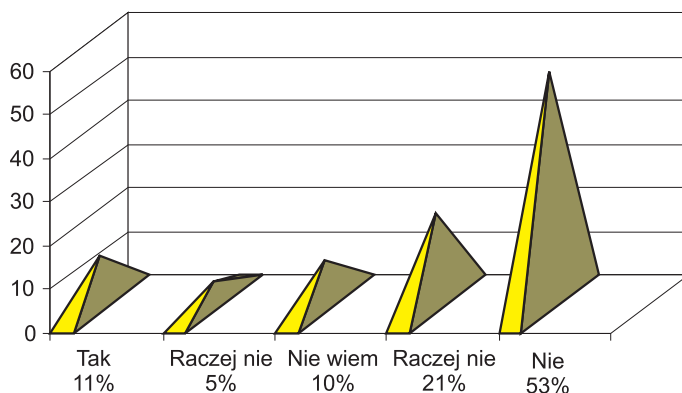


Wniosek: W opinii 47% pielęgniarek nie mają one obowiązku respektowania wszystkich decyzji pacjenta.

Rycina 3. Prawidłowe różnicowanie definiowania eutanazji



Wniosek: Ponad 50% pielęgniarek częściowo błędnie definiuje terminologię związaną z eutanazją.

Rycina 4. Opinie pielęgniarek na temat stosowania eutanazji w Polsce

Wniosek: Zdecydowana większość pielęgniarek 74% jest zdania, że w Polsce nie stosuje się eutanazji, natomiast 11% pielęgniarek uważa, iż w Polsce jest stosowana eutanazja wbrew obowiązującemu prawu.

Wnioski

Zgromadzony materiał badawczy pozwala na postawienie następujących wniosków:

1. Pielęgniarki z dłuższym stażem pracy oraz posiadające wyższe wykształcenie reprezentują bardziej negatywną postawę wobec eutanazji.
2. Pielęgniarki pracujące w jednostkach opieki paliatywnej wykazują bardziej negatywną postawę wobec eutanazji niż pielęgniarki zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej i oddziałach szpitalnych.
3. Mimo, iż prawie 80% pielęgniarek uważa, iż pacjent ma prawo do samodzielnej decyzji w zakresie własnego procesu terapeutycznego, to aż 47% nie ma poczucia obowiązku respektowania każdej decyzji chorego.
4. Obserwowany w społeczeństwie zamęt definicyjny w prawidłowym różnicowaniu eutanazji w dużym stopniu dotyczy także pielęgniarek.
5. Badana grupa respondentów w 11% uważa, że w Polsce stosuje się eutanazję. Nie podaje jednak własnych doświadczeń w tym zakresie.
6. Rozwój ośrodków opieki paliatywnej i profesjonalnie przygotowany personel są dla pielęgniarek najistotniejszymi elementami w opozycji do eutanazji.

Piśmiennictwo

1. Zielińska-Fazan M.: Dobra śmierć – miłosierdzie czy przestępstwo. *Prawo i życie* 2001, 28, 28–31.
2. Malinowska K., Urban K., Pluta K.: Eutanazja. *Służba Życiu* 2003, 1, 11.
3. Griffiths J., Bood A., Weyers H.: *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam University Press, Amsterdam 1996.
4. Szeroczyńska M.: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Universitas, Kraków 2004.
5. Moskwa M.: Morderstwo czy miłosierdzie? *Wiedza i życie* 2003 r., 11, 34–38.
6. Lucien I.: *Eutanazja. Czy życie aż do końca?*. Wyd. WAM, Kraków 2005.
7. *Za czy przeciw eutanazji?* Komunikat z badań BDF/323/25/88, Warszawa, 1988.
8. *Postawy wobec eutanazji*. Komunikat z badań, nr 134/99, CBOS, Warszawa 1999.
9. *Opinie o eutanazji*. Komunikat z badań, nr 48/2001, CBOS, Warszawa 2001.
10. Dunn H. P.: *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*. Wyd. Byblos, Tarnów 1997.
11. Cieślik M., Górny G.: *Eutanazizm: Wprost*. 2004, 13, 58–63.
12. Gałuszka M., Szewczyk K.: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznego życia ludzkiego*. PWN, Warszawa – Łódź 2002.

M. Lipińska, M. Łabuzek, K. Moździerz, U. Romanowska

Opieka pielęgniarska wobec pacjenta w terminalnym okresie choroby

„Czasem można wyleczyć, często – złagodzić ból.
Pielęgnować trzeba zawsze”

Edward L. Trudeau

W obecnej dobie niewiele mówi się o śmierci. Wartość ma dla nas zdrowie, młodość, sukces; choroba jest życiową porażką, a śmierć tabu. Zmienił się również społeczny kontekst śmierci. Umieranie należy do zjawisk, o których nie chcemy mówić, których się boimy.

Ludzie chorzy bezpieczniej czują się pod opieką fachowych pracowników służby zdrowia.

Relacje pielęgniarek z pacjentami są wyjątkowo bliskie. Ciągła obecność przy chorym, wykonywanie czynności i zabiegów pielęgnacyjnych sprzyja rozmowom i zwierzeniom. Pielęgniarka często tłumaczy choremu sens nie zawsze zrozumiałych słów lekarza. Opieka nad człowiekiem stojącym w obliczu śmierci jest niezwykle trudnym zadaniem. Skuteczna opieka nad umierającym wymaga dojrzałej osobowości, wrażliwości emocjonalnej i zdolności do empatii. Bycie z pacjentem nie oznacza jedynie fizycznej obecności, zaspokajania jego potrzeb, zmniejszania uciążliwych dolegliwości; to przede wszystkim bycie opiekunem, słuchaczem i obserwatorem.

Rozmowa z pacjentem ujawnia wiele spraw dla niego istotnych, pozwala wesprzeć go emocjonalnie. Pielęgniarka powinna być inicjatorem kontaktów z pacjentem. Niejednokrotnie jej milcząca obecność przeradza się w relację terapeutyczną.

Pielęgniarka powinna być profesjonalnie przygotowana do opieki nad chorym umierającym.

„Traktować śmierć jako naturalny koniec życia, a nie przypadek. Nie przyspieszać, ale też nie przedłużać umierania za wszelką cenę. Starać

się o możliwie najlepszą jakość schyłkowej fazy życia i wykorzystać całą wiedzę i dostępne środki do ograniczenia bólu. Okazać zrozumienie i akceptację, być towarzyszem..." (E. Szwajkiewicz)

Konieczne jest więc podejmowanie przez pielęgniarki działań opiekuńczych ukierunkowanych na: zmniejszenie odczuwania dolegliwości bólowych, zapewnienie podstawowych potrzeb, zniesienie lęku, bycie z chorym i rozmowa zapewniająca poczucie bezpieczeństwa i kontaktu, a także udzielanie wsparcia rodzinie.

Ważna również jest ocena aktualnych oczekiwań pacjenta i zaspokojenie potrzeb celem zapewnienia komfortu opieki.

Materiał i metody

Celem pracy było określenie roli pielęgniarki w zapewnieniu komfortu pacjentowi w terminalnym okresie choroby.

Dla tak przyjętego celu pracy sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Jeśli komunikowanie z chorym terminalnie jest ukierunkowane na zapewnienie komfortu, to pacjent czuje się lepiej.
2. Jeśli opieka pielęgniarska pełniona jest w sposób profesjonalny, to oczekiwania pacjenta są spełnione
3. Jeśli pacjent ma zniesiony ból i lęk, to proces chorobowy ma łagodniejszy przebieg.
4. Jeśli dostarczane informacje związane z przebiegiem choroby są wystarczające i wiarygodne, to odczuwanie niepokoju i dolegliwości bólowych jest mniejsze.

Badania zostały przeprowadzone w miesiącu maju 2006 roku w Hospicjum im. Brata Alberta w Dąbrowie Tarnowskiej i Mościckim Centrum Medycznym w Tarnowie w oddziale dla przewlekle chorych.

Zebrane informacje dotyczyły: stanu pacjentów, ich samopoczucia, stopnia odczuwania dolegliwości bólowych oraz stosunku pacjentów do innych osób. Bardzo ważnym elementem badań był wybór pacjentów, którzy udzielili odpowiedzi na pytania zamieszczone w kwestionariuszu ankiety. Byli to pacjenci, których stan zdrowia pozwolił odpowiedzieć na stawiane im pytania

Aby uzyskać niezbędne informacje potrzebne do rozwiązania problemów zawartych w pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Spośród technik zastosowanych w badaniu metodą sondażową zastoso-

wano ankietę i wywiad. Pacjenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi.

Wyniki badań

Najwięcej badanych 32 osoby tj. (80%) odpowiedziało, że w wolnym czasie rozmyślało, nieco mniej 24 osoby tj. (60%) badanych w wolnym czasie rozmawiało z personelem i współpacjentami. Mniej liczna grupa 16 osób tj. (40%) badanych w wolnym czasie oglądała telewizję oraz słuchała radia. Najmniejsza grupa 8 osób tj. (25%) badanych odpowiedziała, że w wolnym czasie czytała (tabela I).

Tabela I. Zestawienie wybranych czynników dotyczących spędzenia wolnego czasu przez chorych w stanie terminalnym

Jak spędza Pan/Pani wolny czas?	Ilość osób	Procent (%)
Oglądam telewizję	16	40
Słucham radia	16	40
Rozmawiam z personelem i współpacjentami	24	60
Czytam	8	20
Rozmyślam	32	80
Inne	0	0

Znacząca większość 30 osób, tj. 75% badanych odpowiedziało, że miała zapewnioną opiekę i nie odczuwała dolegliwości bólowych, nieco mniej liczna grupa 28 osób tj. 70% badanych podawała, że pielęgniarka pomagała im w trudnościach, a także mogli liczyć na uzyskanie odpowiedzi na postawione przez nich pytania, natomiast mniej liczna grupa 22 osoby tj. 55% badanych stwierdziła, że czuła się pewniej w otoczeniu osób profesjonalnie przygotowanych do opieki. Tylko 2 osoby tj. 5% badanych odpowiedziały, że nie wymagało pomocy pielęgniarki (tabela II).

Najwięcej osób badanych 34, tj. 85% odpowiedziało, że opieka pielęgniarska zaspokajała w pełni ich potrzeby. Zdecydowanie mniejszą grupę badanych 4 osoby, tj. 10% stanowili pacjenci, u których opieka pielęgniarska częściowo zaspokajała potrzeby. Natomiast 2 osoby, tj. 5% badanych odpowiedziało, że nie zawsze byli zadowoleni z opieki

Tabela II. Zestawienie wybranych czynników określających w jaki sposób pielęgniarka pomaga chorym terminalnie w trudnościach życia codziennego

Czy pielęgniarka pomaga Panu/Pani w trudnościach życia codziennego?	Ilość osób	Procent (%)
Mam zapewnioną stałą opiekę i nie odczuwam dolegliwości bólowych	30	75
Mogę zapytać, gdy mam z czymś trudność i wiem, że uzyskam pomoc	28	70
Czuję się pewniej w otoczeniu osób profesjonalnie przygotowanych do opieki	22	55
Nie	2	5

Tabela III. Zestawienie uzyskanych danych dotyczących opieki pielęgniarskiej

Czym jest opieka pielęgniarska?	Ilość osób	Procent (%)
Zaspokaja w pełni potrzeby	34	85
Dobra, częściowo zaspokaja potrzeby	4	10
Nie zawsze jestem zadowolona z opieki pielęgniarskiej	2	5
Nie jestem zadowolona z opieki pielęgniarskiej	0	0

pielęgniarskiej. Nikt z badanych nie udzielił odpowiedzi, że nie był zadowolony z opieki pielęgniarskiej (tabela III).

Najwięcej 24 osoby, tj. 70% badanych odpowiedziało, że ilość poświęconego czasu przez pielęgniarkę była wystarczająca. Natomiast 16 osób, tj. 40% badanych chciałoby, aby pielęgniarka była z nimi w chwili, gdy jej potrzebują. Nikt z osób badanych nie odpowiedział, że pielęgniarka spędzała z nim niewystarczającą ilość czasu (tabela IV).

Największa grupa 26 osób, tj. 65% badanych ceniła u pielęgniarki życzliwość. Mniejszą grupę 24 osoby, tj. 60% badanych stanowili pacjenci, którzy cenili u pielęgniarki możliwość rozmowy. Także liczna grupa badanych 22 osoby, tj. 55% to chorzy, którzy najbardziej cenili okazane im zainteresowanie przez pielęgniarkę. Najmniejszą grupę badanych 16 osób, tj. 40% stanowiły osoby, które u pielęgniarki ceniły sobie pogodę ducha (tabela V).

Tabela IV. Zestawienie uzyskanych danych dotyczących czasu poświęcanego osobie badanej przez pielęgniarkę

Czy ilość czasu poświęcana Panu/Pani przez pielęgniarkę jest:	Ilość osób	Procent (%)
Wystarczająca	28	70
Chciałabym, aby pielęgniarka była ze mną w chwili gdy jej potrzebuję	16	40
Niewystarczająca	0	0
Inne	0	0

Tabela V. Zestawienie wybranych czynników, które mówią, co osoba badana ceni u pielęgniarki

Co Panu/Pani najbardziej ceni u pielęgniarki?	Ilość osób	Procent (%)
Możliwość rozmowy	24	60
Życzliwość	26	65
Okazywane zainteresowanie	22	55
Pogodę ducha	16	40
Inne	0	0

Na pytanie „Czego Pan/Pani oczekuje od pielęgniarki?” najwięcej 26 osób tj. 65% badanych odpowiedziało, że oczekiwało od pielęgniarki pomocy w czynnościach, z którymi ma trudność na co dzień. Mniejszą grupę 22 osoby, tj. 55% badanych stanowili pacjenci, którzy oczekiwali od pielęgniarki fachowych umiejętności. Natomiast 14 osób, tj. 35% badanych oczekiwało rzeczowych wyjaśnień. Najmniejszą grupę osób 2, tj. 10% badanych stanowili pacjenci, którzy oczekiwali od pielęgniarki szerszej wiedzy.

Chorzy zapytani o opinię na temat oceny kontaktu z pielęgniarką odpowiedzieli, że pielęgniarka stwarzała przyjazną atmosferę 34 osoby, tj. 85%, nieco mniejsza grupa 14 osób, tj. 35% badanych odpowiedziała, że cechowała ją serdeczność, a 10 osób, tj. 25% badanych określiło kontakt z pielęgniarką jako życzliwy. Nikt z osób badanych nie określił kontaktu z pielęgniarką jako zimny, oraz nerwowy.

W badanej grupie pacjentów najwięcej 30 osób, tj. 75% badanych wskazało, że pielęgniarka udzieliła im wsparcia psychicznego. Nieco

Tabela VI. Zestawienie wybranych czynników ukazujących w czym pielęgniarka jest pomocna osobie badanej

W czym pielęgniarka jest najbardziej Panu/Pani pomocna?	Ilość osób	Procent (%)
W karmieniu	6	15
W codziennej toalecie	22	55
W wsparciu psychicznym	30	75
W wsparciu duchowym	10	25
Inne	0	0

Tabela VII. Zestawienie czynników dotyczących poinformowania pacjentów o aktualnym stanie zdrowia

Kto Pana/Panią poinformował o aktualnym stanie zdrowia?	Ilość osób	Procent (%)
Lekarz	14	35
Pielęgniarka	16	40
Rodzina	0	0
Inne (nie został poinformowany o stanie zdrowia)	2	5

mniejsza grupa 22 osób, tj. 55% badanych odpowiedziało, że pielęgniarka była im pomocna w codziennej toalecie. Natomiast 10 osób, tj. 25% uważało, że pielęgniarka wspierała ich duchowo. Najmniejsza grupa pacjentów 6 osób, tj. 15% badanych odpowiedziało, że pielęgniarka pomagała im w karmieniu (tabela VI).

Na pytanie „Czy dolegliwości bólowe ograniczają Panu/Pani sprawność w ciągu dnia?” największą grupę stanowiły osoby 16, tj. 40%, które odpowiedziały, że odczuwały ból, ale był on niewielki, nieco mniej osób 14, tj. 35% badanych odpowiedziało, że większość czynności nie mogli wykonywać z powodu bólu. Znacznie mniejszą grupę stanowiły osoby, które sporadycznie odczuwały dolegliwości bólowe i nie miały w związku z tym większych ograniczeń 8 osób, tj. 20% badanych. Tylko 2 osoby, tj. 5% badanych twierdziło, że nie odczuwało dolegliwości bólowych.

Największa grupa osób 16, tj. 40% twierdziła, że o aktualnym stanie swojego zdrowia została poinformowana przez pielęgniarkę, nieco mniejsza grupa osób 14, tj. 35% badanych podała, że o aktualnym sta-

Tabela VIII. Zestawienie uzyskanych danych dotyczących oczekiwań związanych z uzyskaną informacją na temat choroby od chorych terminalnie

Czy informacje, które Pan/Pani uzyskuje na temat choroby są:	Ilość osób	Procent (%)
Wystarczające	20	50
Mało wystarczające	18	45
Niewystarczające	2	5
Inne	0	0

nie swojego zdrowia została poinformowana przez lekarza. Tylko 2 osoby, tj. 5% badanych uważało, że nie zostali poinformowani o stanie swojego zdrowia (tabela VII).

Najwięcej osób 20, tj. 50% w terminalnym okresie choroby podało, że informacje na temat choroby były wystarczające, natomiast 18 osób, tj. 45% badanych twierdziło, że informacje o chorobie były mało wystarczające. Tylko 2 osoby, tj. 5% badanych odpowiedziało, że informacje, które uzyskały w związku z chorobą były niewystarczające (tabela VIII).

Omówienie

Badania potwierdziły hipotezę, która zakładała, że jeśli komunikowanie z chorym terminalnie ukierunkowane jest na zapewnienie komfortu to pacjent czuje się lepiej.

Pacjenci w zdecydowanej większości wolny czas najchętniej spędzali na rozmowach z pielęgniarką i współpacjentami co świadczyło o tym, że darzyli pielęgniarkę zaufaniem, niewielka grupa podawała, że oglądała telewizję, słuchała radia i czytała. Znacząca większość badanych podkreślała, że poprzez rozmowę z pielęgniarką uzyskiwali pomoc w trudnościach.

Można uważać, że rozmowy z pielęgniarką były dość częste ze względu na najwyższą ilość odpowiedzi.

Kolejna hipoteza, która zakładała, że „Jeśli opieka pielęgniarska pełniona jest w sposób profesjonalny to oczekiwania pacjenta są spełnione” potwierdziła się.

Zdecydowana większość chorych stwierdziła, że pielęgniarka zapewniała im stałą opiekę, pomagała w trudnościach wynikających z choroby.

Chorzy doceniali przygotowanie pielęgniarki teoretyczne i praktyczne, zdecydowana większość badanych odpowiedziała, że opieka pielęgniarska w pełni zaspokajała ich potrzeby.

Badani darzyli pielęgniarkę zaufaniem, znacząca większość odpowiedziała, że pielęgniarka pomagała im w trudnościach i zawsze mogli zwrócić się do niej o pomoc wiedząc, że ją otrzymają. Chorzy wymieniali, że pielęgniarki pomagały im w czynnościach pielęgnacyjnych, tj. karmienie i toaleta. Największa grupa badanych wskazała, że pielęgniarka udzieliła im wsparcia psychicznego i duchowego, co jest bardzo istotne w opiece nad chorym w terminalnym okresie choroby. Skuteczna opieka nad umierającym wymaga dojrzałej osobowości, wrażliwości emocjonalnej i zdolności do empatii. Bycie z pacjentem nie oznacza jedynie fizycznej obecności, ważne jest wsparcie emocjonalne i tworzenie odpowiedniej atmosfery.

Największa grupa badanych twierdziła, że pielęgniarka stwarzała przyjazną atmosferę, którą cechowała serdeczność i życzliwość.

Kolejna hipoteza, która zakładała, że jeżeli pacjent ma zniesiony ból i lęk to proces chorobowy ma łagodniejszy przebieg znalazła potwierdzenie w powyższych badaniach. Większość pielęgniarek ma świadomość, że zniesienie dolegliwości bólowych to jedna z podstawowych zasad opieki. Większość badanych pacjentów na pytanie dotyczące ograniczenia sprawności z powodu odczuwania bólu podawało, że było ono niewielkie, gdyż dolegliwości bólowe nie miały dużego natężenia, świadczyło to o profesjonalizmie w opiece pielęgniarskiej, Można wnioskować, że pielęgniarki opiekujące się badanymi chorymi potrafiły ocenić stopień i umiejscowienie bólu oraz podjąć odpowiednie działania modyfikujące próg odczuwania bólu celem jego eliminacji lub łagodzenia.

Ostatnia hipoteza, która zakładała, że jeśli dostarczane informacje związane z przebiegiem choroby są wystarczające i wiarygodne to odczuwanie niepokoju i dolegliwości bólowych jest mniejsze znalazła potwierdzenie w badaniu.

Dobre komunikowanie, dostarczanie informacji pacjentowi daje poczucie kontroli nad rzeczywistością, łagodzi niepokój i lęk, co wpływa na dobre samopoczucie pacjenta.

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że otrzymywane informacje dotyczące choroby i związanych z nią dolegliwości były dla nich wystarczające. Pielęgniarka udzielała koniecznych wyjaśnień dotyczących stanu zdrowia i zabezpieczenia potrzeb. Zdecydowana większość pacjen-

tów dowiedziała się o aktualnym stanie zdrowia od pielęgniarki. Ciągła obecność przy chorym wykonywanie czynności pielęgnacyjnych sprzyjała nawiązaniu pozytywnych relacji terapeutycznych oraz wzbudzała zaufanie. Stąd duża grupa badanych właśnie od pielęgniarki oczekiwała rzeczowych wyjaśnień, pomocy w rozwianiu wątpliwości.

Z badań wynika, że chorzy odczuwali satysfakcję, z zapewnionej opieki pielęgniarskiej.

Wnioski

- Dobre komunikowanie z terminalnie chorym miało znaczący wpływ na zapewnienie komfortu w ostatnim etapie życia pacjenta.
- Pielęgniarki zapewniają opiekę holistyczną w sposób profesjonalny.
- Chory terminalnie lepiej znosił ból i lęk, gdy miał zapewnione poczucie bezpieczeństwa i wsparcie psychiczne ze strony pielęgniarki.
- Niepokój i dolegliwości bólowe chorego w stanie terminalnym były mniejsze, gdy pielęgniarka przekazywała mu wiarygodne i wyczerpujące informacje.
- Lęk i niepokój były mniejsze, gdy pielęgniarka w kontakcie z pacjentem stwarzała przyjazną atmosferę.

Piśmiennictwo

1. Hebanowski M., de Walden-Gałaszko K., Żylicz Z.: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. PZWL, Warszawa, 1998
2. De Walden-Gałaszko K., A. Kaptacz: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa, 2005.
3. Praca zbiorowa: Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym i opiece paliatywnej. Wyd. AM, Lublin 2005.
4. Kujawska-Tenner J., Łuczak J., i in.: Zwalczanie bólów nowotworowych. MZiOS, Warszawa 1994.
5. Richardson E.: Opieka paliatywna dla pielęgniarek. Wyd. Fund. Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków 1997.
6. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Medycyna bólu. PZWL, Warszawa 2004.
7. Twycross R.: Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej. PZWL, Warszawa 1991.

8. De Walden-Gałaszko K.: U kresu. W. M. Makmed, Gdańsk 1996.
9. De Walden-Gałaszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Czelej, Lublin 2004.
10. Nikelski H.: Z pomocą umierającym. Instytut Wyd. PAX, 1989.
11. Praca zbiorowa: Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Wyd. Diecezji Tarnowskiej BIBLOS, Tarnów 2002

M. Łabuzek, M. Kołpa, K. Moździerz, M. Lipińska

Przygotowanie pielęgniarek do opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową w stanie terminalnym

Jedną z bardzo częstych przyczyn ludzkiego cierpienia jest choroba, a przede wszystkim choroba nieuleczalna, która staje się zagrożeniem życia człowieka. U pacjenta diagnoza choroby terminalnej oraz kolejne etapy terapii wywołują głęboki lęk przed zmianami fizycznymi, samotnością, śmiercią. Groza śmierci bierze się z tego, że jest ona ostateczna, nieodwracalna; nie można jej przeżyć, opisać, mimo postępów medycyny jest zagadką.

Umieranie, śmierć i cierpienie są wplecione w życie każdego człowieka. Jednak świadomość, że naszym bliskim, krewnym, przyjaciołom zagraża śmierć, wywołuje w nas niepokój, żal, smutek, a nawet depresję. W sytuacji bezpośredniego czy pośredniego zetknięcia się ze śmiercią człowiek instynktownie zaczyna się bać. Pielęgniarka towarzyszy każdemu człowiekowi podczas jego ostatnich dni życia, jej osobisty stosunek do śmierci odgrywa dużą rolę w podjęciu dialogu z pacjentem na temat śmierci i wyrażenie zrozumienia jego obaw, czasem walki i pogodzenia się. Pielęgniarka zabezpiecza pacjenta w dopełnieniu życia przez wykazanie szacunku dla godności człowieka. Postawa zrozumienia, troski i oddania oraz umiejętność słuchania chorego, ciągła obecność jest wyrazem szacunku dla osoby chorego oraz pokory wobec tajemnicy życia i śmierci.

S. Szuler (1994) podaje: „Jeśli my, pielęgniarki nie będziemy potrafiły w sposób profesjonalny zachować się w obliczu śmierci, to jak będziemy mogły pomóc naszym pacjentom? Jeśli będzie to stanowiło problem w naszym życiu i jeśli śmierć będzie dla nas przerażającym tabu, nigdy nie będziemy w stanie zachować się spokojnie i z opanowaniem wobec pacjenta, który umiera” [1].

Towarzyszenie człowiekowi umierającemu, które jest oparte na prawdzie wymaga od pielęgniarki wielkiej siły i odwagi. Współuczestniczenie w umieraniu wymaga również od niej wiele cierpliwości, zrozumie-

nia, szczerości, serdeczności. Przeżywanie z pacjentem osamotnienia, lęku i zwątpienia jest bardzo trudne.

Lęki i obawy towarzyszące podczas opieki nad pacjentem umierającym mogą wynikać z nieumiejętności porozumiewania się z chorym. Nieumiejętność szczerzej i otwartej rozmowy z pacjentem powoduje lęk przed kontaktem z nim. Niewiedza jak rozpocząć rozmowę, o czym rozmawiać, co powiedzieć utrudnia w tej sytuacji stawienie czoła problemom pacjenta, który zadaje pytanie o czas, jaki mu pozostał. Źródłem obaw i lęków może też być poczucie bezradności i trudności w pomocy ulżenia w cierpieniu.

Jedynie pielęgniarka profesjonalnie przygotowana do opieki nad pacjentem w stanie terminalnym może kompetentnie pomóc pacjentowi w jego ostatnim okresie życia.

Materiał i metody

Celem badań była analiza opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą nowotworową w stanie terminalnym, z uwzględnieniem czynników wpływających na satysfakcjonujący poziom opieki.

W niniejszej pracy postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Pielęgniarka jest przygotowana do opieki nad chorym w stanie terminalnym, gdy posiada wiedzę i postawę zrozumienia dla lęku i cierpienia fizycznego i psychicznego.
2. Pielęgniarka jest przygotowana do opieki nad chorym w stanie terminalnym, gdy posiada umiejętności komunikowania się z chorym w chorobie terminalnej.
3. Pielęgniarka jest przygotowana do opieki nad chorym w stanie terminalnym, gdy posiada umiejętności rozwiązywania problemów pacjenta w stanie terminalnym.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano kwestionariusz ankiety opracowany w oparciu o wybraną literaturę tematu.

Badaniami objęto 100 pielęgniarek pracujących w Tarnowie w oddziałach: dla przewlekle chorych, chemioterapii, chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej i onkologii Szpitala im. Św. Łukasza, a także Hospicjum Św. Brata Alberta w Dąbrowie Tarnowskiej. Staż pracy pielęgniarek wahał się od 1 roku do 10 lat, najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy 10 lat i wykształceniem średnim. Badania przeprowadzono w maju 2006 roku.

Pielęgniarka jest tą osobą, która najczęściej towarzyszy śmiertelnie choremu pacjentowi w ostatnich miesiącach czy dniach życia. Towarzystwo takiemu pacjentowi, współuczestniczenie w jego cierpieniu uwzględnia jego sferę nie tylko cielesną, ale uczuciową, intelektualną i duchową. Całościowe spojrzenie na pacjenta obejmuje zaspokojenie nie tylko potrzeb biologicznych, ale także psychospołecznych i duchowych. Zrozumienie cierpienia dotyczącego wszystkich obszarów egzystencji ludzkiej: myśli, uczuć, emocji, duchowości, sytuacji materialno-socjalnej, a także niepokoju, lęku i smutku jest niezbędne w opiece nad pacjentem w terminalnym okresie choroby.

Dlatego też starano się zbadać, co w opinii pielęgniarek wpływa na poziom świadczonej przez nie opieki.

Wyniki badań

Wyniki badań zostały pogrupowane, zgodnie z kolejnymi hipotezami badawczymi.

1. Pielęgniarka jest przygotowana do opieki nad chorym w stanie terminalnym, gdy posiada wiedzę i postawę zrozumienia dla lęku i cierpienia fizycznego i psychicznego.

W zdecydowanej większości pielęgniarki zdobyły wiedzę z zakresu opieki paliatywnej w wyniku samokształcenia 68%. Głównymi źródłami wiedzy z tego zakresu były: literatura fachowa 50%, programy telewizyjne 18%. Znacznie mniejszą grupę 24% stanowiły pielęgniarki, które ukończyły kursy z tego zakresu, żadna z badanych nie posiadała specjalizacji z tej dziedziny (tabela I).

Tabela I. Zestawienie źródeł wiedzy pielęgniarek na temat opieki paliatywnej

Wiedzę z zakresu opieki terminalnej nabyłam w:	Ilość osób	%
Szkole pielęgniarskiej	8	8
Specjalizacji	0	0
Kursach	24	24
Samokształceniu (literatura fachowa)	50	50
Programach telewizyjnych	18	18
Razem	100	100

Zdecydowana większość pielęgniarek 90% stwierdziła, że najistotniejsze w zapewnieniu wysokiego poziomu opieki pielęgniarskiej było utrzymanie dobrego kontaktu z chorym i rodziną; znacznie mniejsza grupa 6% uważała, że zapewnienie spokoju duchowego; dla 4% pielęgniarek istotne jest dbanie o jakość życia (tabela II).

Znacząca większość 70% pielęgniarek twierdziła, że poprzez całościową opiekę obejmującą: zapewnienie wygody, walkę z bólem oraz zaspokajanie potrzeb psychicznych i duchowych są w stanie zapewnić komfort pacjentowi; znacznie mniejsza grupa 16% pielęgniarek uważała, że pielęgniarka wraz z rodziną poprzez wnikliwą obserwację oraz pielęgnację chorego jest w stanie zapewnić mu komfort; nieco mniej 14% pielęgniarek twierdziło, że komfort pacjentowi zapewni wnikliwa obserwacja i walka z bólem (tabela III).

Tabela II. Zestawienie odpowiedzi pielęgniarek na temat zapewnienia wysokiego poziomu opieki pielęgniarskiej

Co według Ciebie jest najistotniejsze w zapewnieniu wysokiego poziomu opieki pielęgniarskiej?	Ilość osób	%
Utrzymanie dobrego kontaktu z chorym i rodziną	90	90
Dbanie o jakość życia	4	4
Zapewnienie spokoju duchowego	6	6
Inne	0	0
Razem	100	100

Tabela III. Opinie pielęgniarek na temat zapewnienia komfortu choremu w opiece paliatywnej

Co według Ciebie jest najważniejsze w zapewnieniu komfortu pacjentowi?	Ilość osób	%
Wnikliwa obserwacja i pielęgnacja chorego przy współudziale rodziny	16	16
Zapewnienie wygody, walka z bólem	50	50
Zapewnienie potrzeb psychicznych	20	20
Minimalizowanie bólu, zaspokojenie potrzeb duchowych	14	14
Razem	100	100

2. Pielęgniarka jest przygotowana do opieki nad chorym w stanie terminalnym, gdy posiada umiejętności komunikowania się z chorym w chorobie terminalnej.

Większość 70% pielęgniarek słusznie twierdziło, że stała obecność przy chorym była najlepszym sposobem zniesienia lęku. Mniejsza grupa pielęgniarek 20% uważała, że należy zapytać, jakie aktualne życzenie ma chory 20%, a znacznie mniejsza grupa 10% twierdziła, że należy zapytać czego chorzy się obawiają (tabela IV).

Zdecydowana większość pielęgniarek 70% uważała, że pacjent miał prawo znać niepomyślne rokowanie, ponieważ to on ma prawo do podejmowania decyzji dotyczących swojego życia (tabela V).

Tabela IV. Zestawienie odpowiedzi pielęgniarek na temat sposobów zniesienia lęku u chorego

Sposoby zniesienia lęku u chorego	Ilość osób	%
Obecność przy chorym	70	70
Zapytanie czego się chorzy obawiają	10	10
Jakie ma życzenie w obecnej chwili	20	20
Razem	100	100

Tabela V. Zestawienie odpowiedzi pielęgniarek na temat przekazywania niepomyślnej wiadomości

Przekazywanie niepomyślnej wiadomości	Ilość osób	%
Powiedzenie wprost	70	70
Nie mówić w ogóle	10	10
Unikać rozmowy	20	20
Razem	100	100

Analiza badań wykazała, że większość 78% pielęgniarek znało postawy, jakie może przybierać chory wobec śmierci według Kübler-Ross, pozostała część pielęgniarek nie kompletnie udzieliła odpowiedzi.

3. Pielęgniarka jest przygotowana do opieki nad chorym w stanie terminalnym, gdy posiada umiejętności rozwiązywania problemów pacjenta w opiece paliatywnej.

Na pytanie dotyczące rozmowy z chorym na temat aktualnego stanu zdrowia, 50% badanych pielęgniarek odpowiedziało, że należy udzielać sensownych odpowiedzi dotyczących aktualnego stanu, 46% twierdziło, że zawsze należy pocieszać chorego, tylko 4% pielęgniarek podawało, że czasami należy pocieszać chorego.

Gotowość do rozmowy o sensie życia i cierpienia z wszystkimi pacjentami deklarowała większość 64% pielęgniarek, nie z każdym pacjentem 30% pielęgniarek; a 6% nie potrafiło podejmować tego tematu z chorym.

Na pytanie „Czy należy mówić choremu, że będzie się z nim do końca” znacząca większość badanych pielęgniarek 80% odpowiedziała, że pacjent powinien mieć świadomość, że pielęgniarka nie opuści go aż do końca, 14% badanych uważało, że nie z każdym pacjentem można na ten temat rozmawiać, 6% wolało unikać rozmów na temat.

Na pytanie „Jakie odczucia pojawiają się u ciebie w obliczu śmierci pacjenta, większość badanych pielęgniarek 70% wyraziło chęć niesienia ulgi; 20% stwierdziło, że odczuwało współczucie; 10% pielęgniarek przyznało, że odczuwało bezsilność.

Omówienie

Pielęgniarki swoją wiedzę z zakresu opieki terminalnej w większości zdobyły w ramach samokształcenia, a także przez uczestniczenie w kursach dokształcających. Należy zaznaczyć, że żadna pielęgniarka nie podała, że uczestniczyła w doskonaleniu podyplomowym. Dotąd nie było odpowiednich programów kształcenia, dopiero ostatnie lata wniosły zmiany do systemu doskonalenia podyplomowego, jest specjalizacja w opiece paliatywnej oraz kursy dokształcające.

Pielęgniarki wykazały się szeroką znajomością objawów chorobowych w zakresie wyniszczenia nowotworowego i leczenia bólu zgodnie z drabiną analgetyczną według WHO. Szeroka wiedza i umiejętności pozwalają na zapewnienie profesjonalnej opieki pacjentom w terminalnym okresie choroby.

Pielęgniarki podkreślały znaczenie dobrego kontaktu z chorymi, jako czynnika warunkującego wysoki poziom opieki.

Pielęgniarki oceniły, że są przygotowane do pomocy choremu w uporaniu się z problemem wynikającym z niepomysłnej informacji o stanie zdrowia i udzielenia mu emocjonalnego wsparcia.

Były przekonane, że nie należy pocieszać chorego przez niemówienie prawdy, ale informować go o złożonym procesie terapeutycznych działań, podejmować rozmowę, stopniowo przekazywać pacjentowi wiedzę i obserwować jego reakcję, planować dalsze etapy pomocy.

Pielęgniarki doceniały znaczenie ciągłej obecności przy chorym, co świadczyło o empatycznym podejściu do chorego i zrozumieniu jego potrzeb.

Znaczna większość pielęgniarek potrafiła otwarcie rozmawiać o sensie życia i śmierci, co znacznie ułatwiało pracę z terminalnie chorymi.

Pielęgniarki w większości uważały, że duże znaczenie dla umierającego miało przekonanie, że bliscy i zespół terapeutyczny będą z nim do końca, co świadczy o zrozumieniu odczuć chorego i jego lękach, a także chęci wsparcia i przygotowaniu ich do opieki nad chorym w terminalnym okresie choroby.

Podsumowując należy podkreślić, że pielęgniarki nie tylko posiadały wiedzę z zakresu opieki paliatywnej i prawidłowego komunikowania się, ale także były przygotowane do wykorzystania jej, aby zapewnić komfort pacjentowi w ostatnim okresie jego życia.

Wnioski

1. Badania wnoszą, że znacząca większość pielęgniarek była dobrze przygotowanych do opieki nad terminalnie chorymi, a wiedzę z tego zakresu zdobyły w przeważającej większości przez samokształcenie.

2. Pielęgniarki w dominującej większości prezentowały postawę zrozumienia dla chorego terminalnie, jego lęku, cierpienia fizycznego i psychicznego a także odpowiedzialności za znoszenie poczucia samotności, za niestwarzanie nierealnych nadziei i nie pogłębianie w smutku i niepokoju.

3. Pielęgniarki w znacznej większości wykazywały się wiedzą z zakresu komunikowania, a utrzymanie terapeutycznego kontaktu uznały jako naczelną zasadę w opiece nad chorym w stanie terminalnym.

4. Pielęgniarki w znacznej większości uważały, że rozmowę o sensie życia i śmierci należy podjąć z pacjentem zgodnie z jego oczekiwaniami, ponieważ pacjent ma prawo znać prawdę i najczęściej chce ją znać.

Piśmiennictwo

1. Szulc W.: Wykorzystanie konsolacyjnych możliwości sztuki w opiece paliatywnej, w: *Wsparcie społeczne w zdrowi i chorobie*, Kawczyńska-Butrym Z. (red.), CMDNŚSzM, Warszawa 1994, 201.
2. de Walden-Gałaszko K.: *U kresu – opieka psychopaliatywna, czyli pomoc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk, 1996.
3. de Walden-Gałaszko K., *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk, 1996.
4. de Walden-Gałaszko K.: *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1992.
5. Gałaszka M., Szewczyk K. (red.): *Umierać bez lęku*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Łódź, 1996.
6. Górecki M.: *Hospicjum w służbie umierających*, Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”, Warszawa, 2002.
7. Grajcarek A. (red.): *Sztuka rozmowy z chorym*, Wydawnictwo ad vocem, Kraków, 2001.
8. Jarosz J.: *Wyniszczenie nowotworowe*, Medycyna Paliatywna, Medipress, 2002; 1: 3–8.
9. Kübler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, wyd. Media Rodzina of Poznań, Poznań, 1997.
10. Ostrowska A., *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, 1997.
11. Ostrowska A.: *Śmierć i umieranie*, Almapress, Warszawa, 1991.
12. Sporken P.; *Postępowanie z umierającymi*, w: *Z pomocą umierającym*, zebrał Nakielski H., IW PAX, Warszawa, 1989; s: 58–62.
13. Wirsching M.: *Wokół raka. Pacjent – rodzina – opieka medyczna* GWD, Gdańsk, 1994.
14. Twycross R. G.: *Lack.*, *Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej*, PZWL, Warszawa, 1991.

J. Janiszewska, K. de Walden-Gałuszko,
M. Lichodziejewska-Niemierko

Lęk u pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego w terminalnej fazie choroby

Wstęp

Okres terminalny to faza choroby, w której obserwuje się wyraźne nieodwracalne pogorszenie ogólnego stanu chorego, nasilenie dolegliwości fizycznych, połączone zwykle ze znacznym ograniczeniem sprawności ruchowej. Trwa przeważnie od 4–6 tygodni [1]. Na tym etapie choroby na pierwszy plan wysuwa się leczenie objawowe. Należy podkreślić, że w terminalnej fazie choroby nowotworowej, oprócz bólu fizycznego, istnieje szereg innych czynników, które powodują występowanie bólu totalnego (wszechogarniającego), do których zaliczyć można lęk, depresję, problemy socjalne i duchowe [2].

Lęk stanowi odpowiedź na zagrożenie, na możliwość utraty jakiejś ważnej wartości lub na brak stabilności – perspektywę znalezienia się w nieznannej sytuacji [3, 4]. W przypadku chorych terminalnie tym zagrożeniem jest niewątpliwie perspektywa bliskiej śmierci. Pojawia się lęk egzystencjalny przed umieraniem, przed utratą życia, przed byciem zmarłym, przed unicestwieniem. Z lękiem przed nieznaną własną przyszłością związany jest szczególnie intensywny niepokój o przyszłość osób bliskich, które się pozostawia [5]. Lęk w końcowej fazie życia związany jest również z relacjami z otoczeniem. Często rodzi się lęk przed samotnością, niezrozumieniem i odrzuceniem przez innych. W obliczu śmierci pojawia się także lęk przed fizycznymi objawami procesu umierania, takimi jak ból, duszność, przed utratą kontroli nad sobą, przed zeszcpeceniem ciała. Na tym etapie choroby szczególnie często lęk może być spowodowany czynnikami pozapsychologicznymi. Może wiązać się z przyjmowaniem niektórych leków lub nagłym ich odstawieniem, bądź z konkretnymi stanami fizycznymi, np. z bólem, dusznością [5].

Cel pracy

Celem pracy było określenie poziomu lęku – stanu pacjentek z nowotworem piersi w terminalnej fazie tej choroby oraz ustalenie ewentualnych związków pomiędzy poziomem lęku a stanem somatycznym, aktywnością społeczną i ruchową, a także postawą religijną osób badanych.

Materiał i metody

Grupę osób badanych stanowiły pacjentki Hospicjum Gdańskiego im. Matki Teresy z Kalkuty w Gdańsku. Badaniami objęto 25 kobiet w wieku 42 do 77 lat, średnia wieku w tej grupie wynosiła 62 lata.

W badaniach posłużono się następującymi metodami:

1. *Inwentarz do Pomiaru Stanu i Cechy Lęku* (ISCL). Autorami wersji polskiej Inwentarza są Spielberger, Strelau, Tysarczyk, Wrześniewski i Sosnowski. Stanowi on adaptację amerykańskiego testu State-Trait Anxiety Inventory (STAI), opracowanego przez Spielbergera, Gorsucha oraz Lushene'a. Skala ta pozwala na rozróżnienie i niezależny pomiar dwóch różnych odmian lęku: lęku, rozumianego jako aktualny stan jednostki oraz lęku, rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. ISCL składa się z dwóch odrębnych podskal, z których jedna mierzy lęk – stan, druga zaś lęk – cechę. Każda podskala zawiera 20 krótkich twierdzeń odnoszących się do subiektywnych odczuć jednostki [6]. Otrzymane wyniki surowe dla danej skali ocenia się poprzez odniesienie ich do odpowiednich norm centylowych. Wyniki poniżej 30 centyla świadczą o niskim poziomie lęku, pomiędzy 30 i 60 centylem wskazują na przeciętny poziom lęku, a powyżej 60 centyla na lęk wysoki.

2. *Rotterdamska Lista Objawów* (RSCL) – The Rotterdam Symptom Checklist. W oparciu o tę skalę możliwe jest oszacowanie jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową. Metoda oparta jest o samoopis dokonywany przez badanych chorych. RSCL obejmuje cztery obszary:

- skalę objawów fizycznych,
- skalę objawów psychicznych,
- skalę poziomu aktywności,
- ogólną ocenę jakości życia.

W prezentowanych badaniach wykorzystano następujące podskale testu: skalę objawów fizycznych, skalę poziomu aktywności oraz dokonywano ogólnej oceny jakości życia.

Większość pozycji testu jest wyrażona w postaci 4-punktowej skali typu Likerta (dla objawów i poziomu aktywności). Natomiast ogólną ocenę życia szacuje się na podstawie 7-punktowej skali Likerta [7].

3) *Skala Religijności Personalnej (SRP)*. Skala ta została skonstruowana przez R. Jaworskiego. Metoda ta służy do określenia postaw religijnych. Pozwala ona na odróżnienie religijności personalnej od apersonalnej. Pod pojęciem religijności personalnej rozumiemy wewnętrzną wiarę w Boga, która objawia się między innymi odbywaniem praktyk religijnych, rozwojem życia duchowego, przynależnością do Kościoła, kierowaniem się w swoim postępowaniu przekonaniami religijnymi. Przeciwnością takiej postawy jest religijność apersonalna, czyli zewnętrzna, sprowadzająca wiarę do tradycji, ceremoniałów i powierzchownych form pobożności [8]. W badaniu pacjentek z nowotworem piersi zastosowano skróconą wersję skali, zawierającą 30 twierdzeń, z których 20 świadczy o personalnym wymiarze w religijności, 10 zaś o jego braku. Badani udzielają odpowiedzi według określonego klucza na skali siedmiostopniowej określającej stopień zgodności osobistych przekonań i odczuć badanych z treścią wyrażoną w poszczególnych twierdzeniach. Miarę personalnego charakteru religijności stanowi suma wag liczbowych uzyskanych po dodaniu wszystkich wag związanych z kategoriami odpowiedzi, przy uwzględnieniu klucza biorącego pod uwagę kierunek poszczególnych twierdzeń. Wynik maksymalny – 210 punktów – wskazuje na w pełni personalny charakter religijności. Najniższy wskaźnik – 30 punktów jest znakiem religijności apersonalnej. Między tymi dwoma wynikami zawarte jest całe kontinuum religijności o zróżnicowanym stopniu nasilenia personalnego jej wymiaru [8].

4) Ankieta dotycząca podstawowych danych społeczno-demograficznych i klinicznych.

Wyniki

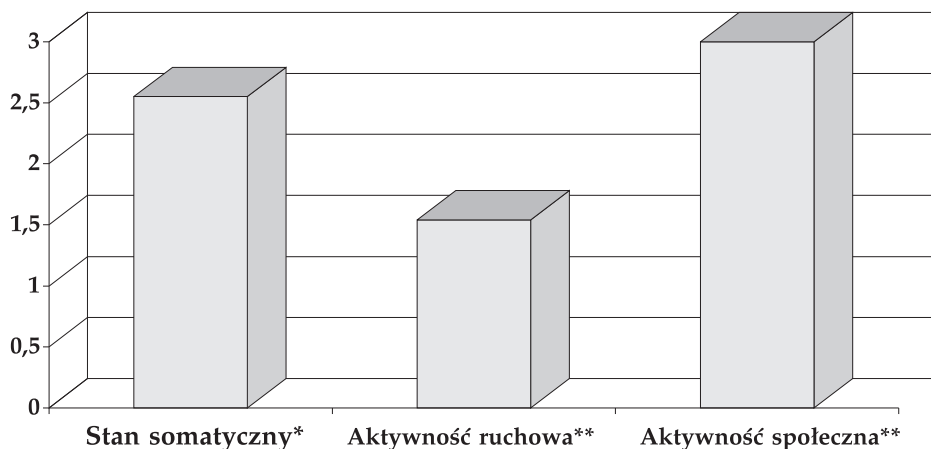
Wyniki uzyskane przez osoby badane na skali lęku – stanu i lęku – cechy wyrażone w centylach przedstawia tabela I.

Średni wynik poziomu lęku – stanu wśród osób badanych znajduje się w przedziale pomiędzy 30 a 60 centylem (58), co wskazuje na przeciętny poziom lęku – stanu kobiet z nowotworem piersi w terminalnej fazie choroby. Przeanalizowano wyniki uzyskane przez osoby badane na skali oceny stanu somatycznego, aktywności ruchowej i społecznej. Uzyskane wyniki prezentuje ryc. 1.

Tabela I. Wyniki poziomu lęku – cechy i lęku – stanu

	Lęk – stan	Lęk – cecha
X	58	50
±	13,26	9,35
Min	33	28
Max	89	83

Rycina 1. Rozkład średnich wartości wyników oceny stanu somatycznego, aktywności ruchowej i społecznej w terminalnej fazie choroby nowotworowej



* im wyższy wynik tym gorzej

** im niższy wynik tym gorzej

Wyniki uzyskane przez osoby badane wskazują na podwyższoną liczbę objawów somatycznych oraz znacznie ograniczoną aktywność ruchową. Najlepiej badane oceniły swoją aktywność społeczną. Poszukiwano odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób czynniki somatyczne, tj. ocena stanu podmiotowego chorego oraz aspekt duchowy – religijność personalna lub apersonalna oddziałują na zjawisko psychologiczne, jakim jest lęk – stan. Wyniki uzyskane przez osoby badane na skali religijności przedstawia rycina 2.

Współczynniki korelacji Pearsona dla zmiennych lęk stan, religijność oraz stan somatyczny przedstawia tabela II.

Analiza statystyczna wyników wskazuje na religijność, jako znaczący czynnik wpływający na poziom lęku – stanu pacjentek w terminalnym

Rycina 2. Wyniki „poziomu religijności” osób badanych

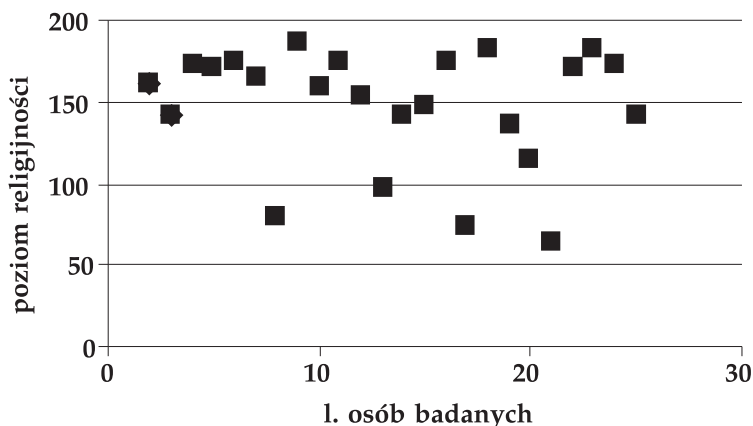


Tabela II. Współczynniki korelacji Pearsona dla zmiennych lęk – stan, religijność oraz stan somatyczny

Zm. niezal.	Zm. zależna		
	Lęk – stan		
	r	R ²	p
Religijność	-0,735*	0,541*	0,000
Stan somatyczny	0,436	-	0,015

* Zaznaczone wartości są istotne z $p < 0,01$

etapie choroby nowotworowej gruczołu piersiowego. Ujemna wartość współczynnika korelacji określa kierunek zależności. Niskie wartości na skali religijności personalnej korelują z wysokim poziomem lęku – stanu. Zmienna „religijność” w 54% wyjaśnia zmienność wyników na skali lęk – stan. Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności ($p < 0,01$) pomiędzy poziomem lęku sytuacyjnego a stanem fizycznym osób badanych.

Omówienie

W świetle przeprowadzonych badań, w terminalnym okresie choroby pacjentki ujawniają przeciętny poziom lęku – stanu. Jest to etap choroby cechujący się nasileniem dolegliwości lub pojawieniem się nowych. Wskazują na to wyniki badań, w świetle których pacjentki dokonywały

niskiej oceny swojego stanu fizycznego i aktywności ruchowej. Nasilające się objawy somatyczne stanowią źródło przykrych reakcji emocjonalnych. Stwierdzono, iż silny ból lub ustanie funkcji fizjologicznych wyzwała lęk, natomiast przewlekły ból lub pogorszenie stanu zdrowia powoduje przygnębienie, które jest reakcją na pewność utraty ważnych wartości [1]. To właśnie przygnębienie, a nie lęk wydaje się stanowić dominujące uczucie towarzyszące kresowi życia.

Wyniki badań pozwoliły na stwierdzenie, że w terminalnym okresie choroby nowotworowej, poziom lęku pozostawał przede wszystkim w związku z poziomem, a zwłaszcza z rodzajem religijności. Pacjentki posiadające wysoki poziom wewnętrznej religijności ujawniały znacznie niższy lęk niż pacjentki z zewnętrznym typem religijności.

Należy przypuszczać, że dla wielu osób religia, wiara w Boga odgrywają szczególną rolę w obliczu śmierci [9]. Niektórzy autorzy m.in. Kępiński [10], Makselon, Pawlak wskazują na wymiar transcendentny, jako jeden z mechanizmów zmagania się z lękiem przed śmiercią. Również z badań przeprowadzonych przez Alvorado i wsp. wynika, że osoby z niskim poziomem lęku przed śmiercią mają silnie sprecyzowane przekonania na temat wiary w życie pozagrobowe [11]. Poza tym osoby o silnej religijności wewnętrznej nie boją się spotkania ze Stwórcą, a śmierć nie kojarzy im się z końcem egzystencji. Z kolei niski poziom religijności prowadzi do pojawienia się wątpliwości odnośnie losów człowieka po śmierci. Jak się okazuje w słabej religijności zamazany jest sens celu życia i nie ma świadomości dynamicznej i miłującej obecności Boga, co nasila lęk przed nieznanym [9].

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Pacjentki z nowotworem piersi w terminalnej fazie tej choroby ujawniają przeciętny poziom lęku sytuacyjnego.
2. Chore nisko oceniły takie obszary jakości życia, jak aktywność ruchowa i stan somatyczny.
3. Stan fizyczny pacjentek nie miał istotnego znaczenia dla poziomu lęku – stanu.
4. W terminalnym okresie procesu nowotworowego religijność wewnętrzna stanowi skuteczny sposób redukcji poziomu lęku – stanu.

Piśmiennictwo

1. Walden-Gałużsko de K.: Problemy jakości życia u chorych w stanie terminalnym. *Medycyna Paliatywna*, 2003, 1 (3), 3–6.
2. Leppert W. Łuczak J.: Postępowanie paliatywne w nowotworach gruczołu piersiowego i narządu rodnego. *Ginekologia Praktyczna*, 1999, 7 (8), 30–40.
3. Walden-Gałużsko de K.: Filozofia postępowania z chorymi w stanie terminalnym. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed Gdańsk 2000, 20–28.
4. Kubacka-Jasiecka D.: Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej. Kubacka-Jasiecka D. Łosiak. W. (red.): Zmagając się z chorobą nowotworową. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 1999, 143–179.
5. Bartoszek A.: Istota opieki paliatywnej. Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia św. Jacka Katowice 2000, 63–102.
6. Wrześniewski K. Sosnowski T. Matusik D.: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI, Pracownia Testów Psychologicznych PTP Warszawa 2002.
7. Majkowicz M.: Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze. Walden-Gałużsko de K. Majkowicz M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna Gdańsk 2000, 21–42.
8. Jaworski R.: Psychologiczne korelaty religijności personalnej. KUL Lublin 1989.
9. Makselon J.: Lęk wobec śmierci. Polskie Towarzystwo Teologiczne Kraków 1988.
10. Kępiński A.: Lęk. Wydawnictwo Sagittarius Kraków 1992.
11. Alvarado K. A. Templer D. L. Bresler C. Thomas-Dobson S.: The relationship of religions variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 1995, 51 (2), 202–4.

Barbara Golonko

Zgony noworodków i niemowląt w Polsce i na świecie – najczęstsze przyczyny

Od 10 lat obserwujemy w Polsce systematyczny spadek zgonów, w tym także zgonów dzieci [1]. W 1990 r. umieralność niemowląt (dzieci do 1 roku życia) wynosiła ponad 19/1000 żywych urodzeń. W 1999 r. wskaźnik ten wynosił 8,9, w 2000 r. – 8,1, a w 2003 r. – 7,7. Dla porównania według danych Eurostatu, umieralność niemowląt w 2003 roku wynosiła w 25 krajach Unii Europejskiej średnio 4,6: od 2,8 w Szwecji do 9,4 na Łotwie [2]. Z ogólnej liczby zmarłych niemowląt ponad połowa dzieci (51%) umiera w okresie pierwszego tygodnia, a kolejne 20% – przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia. W dalszym ciągu najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt (51%) są stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka [1].

W 2003 rok współczynnik umieralności okołoporodowej wynosił 8,6 i podobnie jak ogólny współczynnik zgonów niemowląt, wykazuje tendencję spadkową (w latach 90-tych zmniejszył się dwukrotnie) [2]. Dla porównania w 2003 rok na świecie umieralność okołoporodowa wynosiła 56/na 1000 żywych urodzeń, w krajach rozwiniętych 8/1000 żywych urodzeń a w krajach rozwijających się 61/1000 żywych urodzeń [2]. Analiza zgonów pokazuje, iż najwięcej noworodków i niemowląt zmarło z powodu stanów chorobowych płodu rozpoczynających się w okresie okołoporodowym. Dominują wśród nich zaburzenia związane z czasem trwania ciąży (wczesniactwo) i wzrostem płodu (zespół, wewnątrzmacicznego zahamowania rozwoju płodu). Drugą najczęstszą przyczyną są wady rozwojowe, a w dalszej kolejności choroby zakaźne [3].

Wcześnieactwo

Poród przedwczesny, zgodnie z definicją WHO, to każde zakończenie ciąży w okresie od 23 do 37 tygodnia jej trwania bez względu na masę urodzeniową noworodka [4]. Częstość porodów przedwczesnych jest różna w różnych krajach w zależności od dochodu narodowego, dostępności i skuteczności opieki medycznej i świadomości zdrowotnej kobiet, a nawet rasy (jest np. większa w populacji Afroamerykanek). W Polsce współczynnik porodów przedwczesnych zmniejsza się z roku na rok, jednakże dystans, jaki dzieli nas od najwyżej rozwiniętych krajów Europy i świata nadal jest duży. W 2000 r. współczynnik urodzeń noworodków o małej masie ciała (tj. o masie poniżej 2500 g) wynosił 6,1% [5]. Wydaje się, że nie jest to wysoka liczba, pamiętać jednak należy, że wcześnieactwo jest najczęstszą przyczyną zgonów po urodzeniu. Blisko 80% umieralności okołoporodowej dotyczy noworodków urodzonych przedwcześnie [5]. Dzięki ogromnym postępom wiedzy i technologii medycznej ratuje się obecnie skrajnie niedojrzałe noworodki – te o masie ciała poniżej 1000 g, urodzone z ciąży o czasie trwania krócej niż 28 tygodni [5]. Częstość takich urodzeń w Polsce utrzymuje się w ostatnich latach na stałym poziomie 0,5–0,6%. Jest to więc niewielki odsetek urodzeń w Polsce, ale grupa ta jest najbardziej obciążona ryzykiem zgonu [5].

Zespoły wad wrodzonych

Zespoły MCA (Multiple Congenital Anomaly) – są obecnie istotną, drugą po wcześnieactwie przyczyną umieralności, chorobowości i niepełnosprawności noworodków, niemowląt oraz małych dzieci. Wraz ze znaczną eliminacją innych przyczyn, takich jak choroby zakaźne czy zagrożenia w okresie okołoporodowym, rośnie ich znaczenie jako problemu społecznego [3]. Tylko kilka zespołów MCA zagraża życiu w okresie noworodkowym, do nich należą:

1. *Zespoły chromosomalne*

Do najczęściej rozpoznawanych zespołów wad wrodzonych w okresie noworodkowym należą.

- **Trisomia 18 (zespół Edwardsa)** występowanie około 1:5000 żywych urodzeń. Zespół ten cechuje wysoka letalność w ciągu pierwszych 3 miesięcy [6].

- **Trisomia 13 (zespół Patau)** występowanie około 1:7000 żywych urodzeń. Wysoka śmiertelność w ciągu pierwszych 3 miesięcy.

2. Zespoły niechromosomalne

- **Następstwa małowodzia Pottera.** Jest to drugi pod względem występowania zespół MCA, 1:3000 żywych urodzeń. Prawie wszystkie noworodki umierają [6].
- **Letalne krótkie kończyny i krótkie karłowate żebra** (karłowatość letalna). Występowanie około 1:5000 żywych urodzeń [6].

Wady cewy nerwowej

Wady cewy nerwowej (WCN) stanowią grupę nieprawidłowości rozwojowych o zróżnicowanej postaci klinicznej i etiologii [7]. Ze względu na dużą śmiertelność WCN stanowią istotną przyczynę umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt.

WCN powstają w wyniku zaburzeń procesu tworzenia się ośrodkowego układu nerwowego w bardzo wczesnej ciąży, polegającego na zaburzeniu zamknięcia cewy nerwowej lub elementów ją pokrywających. Mogą występować jako tzw. wady izolowane oraz jako jedna z wad w zespołach mnogich wad rozwojowych. Powstają one w wyniku zaburzenia tworzenia się cewy nerwowej, czyli tzw. procesu neurulacji [8]. Wady cewy nerwowej można podzielić na wady czaszki i kręgosłupa. Do wad czaszkowych należą zaburzenia kształtowania się czaszki, owłosionej skóry głowy i tkanki mózgowej. Z wyjątkiem małych przepuklin mózgowych wymienione wady są letalne [9, 10, 11]. Wady ogonowej części cewy nerwowej określane są zwyczajowo mianem rozszczepu kręgosłupa, a do grupy tych wad należą: malformacje rdzenia kręgowego, opon rdzeniowych oraz kręgow. Większość tych wad nie zagraża życiu dziecka. Z wadami cewy nerwowej często współwystępuje poszerzenie komór mózgu lub wodogłowie wewnętrzne.

Epidemiologia

Przyczyny powstawania wad izolowanych nie są w pełni wyjaśnione. Zakłada się, że za wystąpienie wad odpowiedzialne jest współistnienie rodzinnych uwarunkowań genetycznych (predyspozycji genetycznej) i dodatkowych czynników środowiskowych [12]. Stwierdzono związek

między występowaniem wad cewy nerwowej a lokalizacją geograficzną, rasą, dietą, narażeniem na teratogeny, cukrzycą insulinozależną u matki oraz wysoką podstawową temperaturą jej ciała. WCN wykazują także zmienną częstość występowania w czasie, zmienność sezonową związaną z porami roku i związek ze stanem zamożności i sytuacją społeczną rodziny. Wśród czynników środowiskowych największy wpływ na powstawanie wad cewy nerwowej wywiera przypuszczalnie dieta, a ściślej podaż kwasu foliowego [13]. Częstość występowania WCN oblicza się na podstawie dostępnych statystyk państwowych i ukierunkowanych badań izolowanych wad układu nerwowego, które stanowią ponad 90% wszystkich wad cewy nerwowej [6].

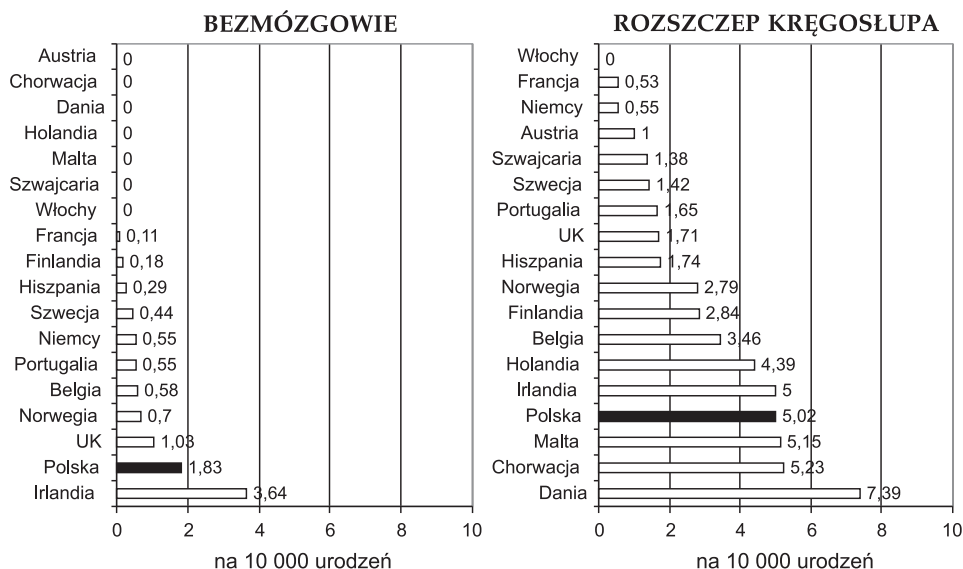
W Polsce prowadzone w różnych okresach od lat siedemdziesiątych rejestry wad o różnym zasięgu terytorialnym wskazują (dane z 2001 r.):

- częstość WCN w Polsce waha się od 2,05 do 2,68 na 1000 urodzeń ogółem;
- w Polsce rocznie rodzi się ponad 300 dzieci z tymi wadami;
- ponad 90% dzieci z WCN rodzi się zdrowym rodzicom, w rodzinach których nigdy wcześniej dziecko z taką wadą nie przyszło na świat;
- jedno dziecko na 1000 urodzeń ma wadę cewy nerwowej;
- wśród WCN najczęściej występują rozszczepy kręgosłupa (62%), bezmózgowie (23%) i przepukliny mózgowe (15%) [14].

Występowanie WCN na świecie wykazuje znaczne zróżnicowanie terytorialne zarówno między krajami, jak i regionalne wewnątrz krajów [15, 16]. Najwięcej wad odnotowuje się na Wyspach Brytyjskich, Chinach, Egipcie i Indiach. Jak się wydaje, pewne grupy etniczne obciążone są większym ryzykiem powstawania tych nieprawidłowości [15, 16]. Na przykład wyniki klinicznego badania przeprowadzonego w Kalifornii wykazały, że największe ryzyko dotyczy kobiet pochodzenia hiszpańskiego (1,12/1000) oraz rasy białej (0,96/1000), mniejsze ryzyko występuje natomiast w populacjach Afroamerykanek (0,75/1000) [15, 16].

W ramach programu EUROCAT (European Concerted Action on Congenital Anomalies and Twins) – zorganizowano sieć lokalnych rejestrów wad wrodzonych w 10 krajach Europy. Dzięki posługiwaniu się podobnymi systemami rejestracji oraz możliwością zdefiniowania populacji, których one dotyczą, można uzyskiwać porównywalne informacje [15, 16]. **Poniższa tabela obrazuje częstość występowania WCN w Polsce i Europie opracowana przez EUROCAT w 2001 r. [3].**

Wady cewy nerwowej w urodzeniach żywych i martwych w Polsce i Europie (EUROCAT 2001)



Zamartwica okołoporodowa

Kolejną przyczyną stanowiącą zagrożenie dla życia płodu i noworodka jest zamartwica noworodka [6]. Definiujemy ją jako zmniejszony dopływ tlenu do płodu w okresie okołoporodowym, który powoduje zwolnienie czynności serca płodu lub noworodka. Termin „niedotlenienie okołoporodowe” wskazuje, iż zjawisko to może mieć miejsce w czasie ciąży, podczas porodu lub po porodzie [6]. Zamartwica występuje z częstotnością od 0,5–2,0% wszystkich porodów. Stopień nasilenia neurologicznych następstw niedotlenienia okołoporodowego zależy jest m.in. od: wieku ciążowego, w którym doszło do zaburzeń utlenowania mózgu, czasu utrzymywania się tych zaburzeń i stopnia ich nasilenia [20]. Konsekwencjami zamartwicy mogą być: mózgowo-porażenie dziecięce, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, rozwoju umysłowego i zaburzenia zachowania. Śmiertelność noworodków po przebytej zamartwicy waha się w granicach 11–22%. Poważne następstwa neurologiczne (leukomalacja, wodogłowie, porażenia, niedowłady, napady padaczkowe) obserwuje się u 20–30% dzieci, które przeżyły [17]. Okołoporodowe uszkodzenie mózgu odpowiada za około 57,5% zgonów wszystkich noworodków, u 30%

powoduje konieczność specyficznej opieki, a u 12,5% wywołuje opóźnienie w rozwoju, epilepsję i porażenie mózgowe do 14 roku życia [6]. Noworodek, który przeżył niedotlenienie wewnątrzmaciczne lub związane z samym porodem, zwykle:

- uzyskuje niską ocenę w skali Apgar;
- wymaga postępowania resuscytacyjnego;
- ma kwasicę metaboliczną, którą stwierdza się w ciągu pierwszej godziny po porodzie.

Choroby zakaźne

Zainteresowanie położników i neonatologów zakażeniami wynika ze stwierdzenia związku między TORCH (Toxoplasma gondii, others, Rubella virus, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus) a zakażeniem i obumarciem wewnątrzmacicznym płodu, porodem przedwczesnym, małą masą urodzeniową noworodków oraz nawracającymi poronieniami [18]. Wśród zakażeń TORCH na uwagę zasługują: cytomegalia, różyczka, toksoplazmoza.

Cytomegalia

Szacuje się, że u około 20–50% ciężarnych z objawami ostrego zakażenia cytomegalią wirus przekracza barierę łożyskową [2]. U około 2–5% zakażonych płodów stwierdza się obrzęk uogólniony, z płynem w jamie otrzewnej i opłucnej. Ryzyko ciężkich wad rozwojowych w wyniku pierwotnej infekcji cytomegalii u kobiety ciężarnej jest znacznie większe (40–50%) w porównaniu z reinfekcją (1%). Wskaźnik śmiertelności wynosi 10% [18].

Różyczka

W przypadku zakażenia seroujemnej kobiety ciężarnej do 12 tygodnia ciąży, ryzyko zakażenia płodu wynosi 57%, między 13 a 28 tygodniem – 45%, natomiast w trzecim trymestrze ciąży blisko – 100%. W około 50% przypadkach następstwem embriopatii, do której dochodzi między 15. dniem a 12. tygodniem ciąży jest poronienie [2]. U żywo urodzonych noworodków dochodzi do uszkodzeń narządu wzroku, słuchu i serca tzw. triada Gregga. Wśród innych nieprawidłowości wymienia się małopłowie, opóźnienie rozwoju psychomotorycznego. Po 18 tygodniu trwania ciąży zakażenie płodu nie stwarza ryzyka wad wrodzonych.

Toksoplazmoza

Odsetek zarażonych kobiet ciężarnych zawarty w przedziale 0–90% różni się znacznie w zależności od regionu świata. Analiza prewencji *Toxoplasma gondii* w poszczególnych krajach pozwala na stwierdzenie, że w Polsce odsetek zakażeń należy do jednych z najwyższych na świecie [18]. Udowodniono, że zarażenie kobiety w okresie prekoncepcyjnym nie stanowi zagrożenia dla płodu. Ryzyko transmisji dopłodowej wzrasta w zależności od czasu trwania ciąży, w którym doszło do serokonwersji. Wynosi ono w pierwszym trymestrze 25%, w drugim 50%, a w trzecim wzrasta do 65%. Odsetek płodów ze stwierdzonymi objawami toksoplazmozy wrodzonej maleje natomiast wraz z wiekiem ciążowym, w którym doszło do inwazji *T. gondii*. Szacuje się, że w pierwszym trymestrze osiąga 75%, w drugim 55%, w trzecim zaś spada poniżej 5% [18]. Całkowite ryzyko dla płodu wynosi około 40–50%. U 10% zarażonych prenatalnie płodów rozwijają się typowe objawy kliniczne. Obraz kliniczny wrodzonej toksoplazmozy jest bardzo zróżnicowany, od często występujących inwazji bezobjawowych, do rzadszych przypadków triady Sabina-Pinkertona (wodogłowie lub małogłowie, zapalenie siatkówki-naczyniówki, zwapnienia śródmózgowe), której towarzyszy znaczne opóźnienie rozwoju umysłowego i fizycznego dziecka [18]. Wśród innych objawów należy wymienić: hipotrofię, małogłowie, małopłytkowość, powiększenie wątroby i śledziona. Poronienie spontaniczne i obumarcia wewnątrzmaciczne występują w przypadkach zarażenia wewnątrzmacicznego w pierwszym trymestrze ciąży. U płodu opisano również zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrzmacicznego. Ze względu na możliwość straty ciąży oraz trwałe lub postępujący charakter wielonarządowych uszkodzeń, a także śmierci dziecka, toksoplazmoza wrodzona stanowi poważny problem kliniczny [18]. Objawowa toksoplazmoza wrodzona występuje średnio u 30% zarażonych noworodków, w tym u około 10% ma ciężki przebieg [18]. Śmiertelność okołoporodowa z powodu toksoplazmozy wrodzonej dzieci wynosi 8%; rocznie w Polsce wykrywa się około 300 przypadków toksoplazmozy wrodzonej.

Wnioski

Wczesne wykrycie wszelkich nieprawidłowości towarzyszących ciąży, a w szczególności zaburzeń rozwoju płodu i prognozowanie niekorzystnych okoliczności porodu, które mogą stać się przyczyną zagrożenia życia

dziecka, stają się podstawą do skierowania ciężarnej do ośrodka referencyjnego. Pozwala to na wdrożenie odpowiedniego postępowania wobec noworodka po porodzie, szczególnie w przypadku stwierdzenia występowania wad rozwojowych płodu, zakażenia wewnątrzmacicznego czy objawów zamartwicy [18].

Piśmiennictwo

1. Opieka okołoporodowa w Polsce i przestrzeganie praw pacjenta w świetle opinii konsumenta. Grabarczyk M., Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., Teleżyńska A. (red.) Wyd. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2000.
2. Rocznik Demograficzny 2004, GUS.
3. Brzeziński Z., Mierzejewska E.: Profilaktyka wad cewy nerwowej: Konferencja Zdrowie kobiety w XXI wieku, Białystok 2005.
4. Szczepański M.: Problemy kliniczne uwarunkowane wcześniactwem: Konferencja Zdrowie kobiety w XXI wieku, Białystok 2005.
5. Helwich E.: Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa: Jo. Aleksander, Valerie Levy, Sarah Roh: Nowoczesne położnictwo. Opieka okołoporodowa. Wyd. PZWL, Warszawa 1995.
6. Zespoły wad wrodzonych: T. L. Gomell MD, M. D. Cunningham MD (red). Neonatologia. Wyd. ŚAM, Katowice 1993.
7. Lenkiewicz T.: Obraz kliniczny dzieci z wadami cewy nerwowej. W: Profilaktyka pierwotna wad cewy nerwowej. IMiD, Warszawa 1996.
8. Mikiel-Kostyra K.: Poradnictwo genetyczne i diagnostyka prenatalna w rodzinach obciążonych wadą cewy nerwowej. *Prob. Med. Wieku Rozwoj.*, 1983, 12, 242–262.
9. Bowman R. M., MacLone D. G., Grant J. A., Tomita T., Ito J. A.: Spina bifida outcome: a 25-year prospective. *Pediatr. Neurosurg.*, 2001; 34: 114–120.
10. Steinbok P., Irvine B., Cochrane D.D., Irwin B. J.: Long-term outcome and complications of children born with meningocele. *Childs Nerv. Syst.*, 1992; 8: 92–96.
11. Hunt G. M.: The Casey Holter lecture. Non-selective intervention in newborn babies with open spina bifida: the outcome 30 years on for the complete cohort. *Eur. J. Pediatr. Surg.*, 1999; 9 (suppl. 1): 5–8.

12. Hall J. G., Friedman J. M., Kenna B. A., Popkin J., Jawanda M., Arnold W.: Clinical, genetic, and epidemiological factors in neural tube defects. *Am. J. Hum. Genet.*, 1988; 43: 827–837.
13. Lindhout D., Omtzigt J. G., Cornel M. C.: Spectrum of neural-tube defects in 43 infants prenatally exposed to antiepileptic drugs. *Neurology*, 1992; 42 (4 suppl. 5): 111–118.
14. Hibbard E. D., Smithells R. W.: Folic acid metabolism and human embryopathy. *Lancet*, 1995; 1: 1254 (Level III).
15. Wolańska W., Mikiel-Kostyra K., Mazur J.: Cele i zasady prowadzenia rejestru wad wrodzonych w Polsce w świetle niektórych danych epiych. *Ped. Pol.*, 1986, 61, 4, 232–238.
16. EUROCAT Working Group. Prevalence of neural tube defects in 20 regions of Europe and the impact of prenatal diagnosis, 1980–1986. *J. Epidemiol. Community Health*, 1991, 45, 52–58.
17. Szczepański M.: Zamartwica noworodka: III Podlaska Konferencja Neonatologiczna dla Pielęgniarek i Położnych, Białystok 2005.
18. Brębowicz G. H.: Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek: Nowakowska D., Wilczyński J. (red): Zakażenia i zarażenia u kobiet w ciąży. Wyd. PZWL, Warszawa, 2002 r.

Dorota Dobrzyń, Czesław Marcisz

Depresja u starszych rezydentów Domów Pomocy Społecznej na Śląsku

Wstęp

Starzenie się jest naturalnym procesem życia człowieka, które w konsekwencji kończy się śmiercią. Śmierć to powszechne i nieuniknione, a równocześnie najbardziej niezwykle doświadczenie, które wciąż napawa zdumieniem i lękiem. Wiele osób starszych nie jest jednak przygotowanych na znoszenia ograniczeń i dolegliwości swojego wieku. U osób w podeszłym wieku stwierdza się występowanie lęków niemal przed wszystkim, mianowicie: przed chorobą, przeżyciami, nędzą, starością, utratą partnera, smutkiem, umieraniem, śmiercią [1].

Niektórzy autorzy przedstawiają starość w wymiarze biologicznym i psychicznym. Starość z biologicznego punktu widzenia to najogólniej mówiąc zahamowanie wielu procesów biologicznych, zmęczenie, wyczerpanie organizmu zmierzające do śmierci fizycznej. Starość w sensie psychicznym, psychologicznym to zmęczenie życiem. Objawia się brakiem uśmiechu, smutkiem, zamykaniem się w sobie, unikaniem kontaktów towarzyskich [2].

Najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym u osób starszych jest depresja. Według różnych autorów jej objawy rozpoznawane za pomocą różnych skal wykazano u 8–15% osób w podeszłym wieku, a u chorych seniorów leczonych w szpitalu nawet u ponad 30%, a w obliczu nieuleczalnej choroby jeszcze częściej [3]. Wśród osób, którzy pozostają samotni problem ten będzie narastał jeszcze bardziej. Biorąc pod uwagę takie aspekty życia osób starszych, jak: pogłębiające się stany chorobowe, które niejednokrotnie prowadzą do niepełnosprawności i przyczyniają się do ograniczenia czynności dnia codziennego [4], sytuację ekonomiczną, samotność spowodowaną śmiercią współmałżonka, narastającym z wiekiem otępieniem zauważamy, jak często występuje w tej gru-

pie wiekowej poczucie braku motywacji do życia i depresja. Stan depresji występuje szczególnie w sytuacji, kiedy osoba starsza do elementarnego funkcjonowania potrzebuje opieki i wsparcia ze strony innych osób lub Domów Pomocy Społecznych.

Celem pracy były badania porównawcze stanu depresji, ocenianej z użyciem Geriatrycznej Skali Depresji, u osób w podeszłym wieku, będących pod opieką Domów Pomocy Społecznej, Dziennych Domów Pomocy Społecznej i opieki ambulatoryjnej (domowej).

Materiały i metoda

Badane osoby

Badania przeprowadzono u osób w podeszłym wieku po 65 roku życia, mieszkańców województwa śląskiego, których podzielono na 3 grupy:

Grupa I: obejmuje 100 osób przebywających pod stacjonarną długoterminową opieką w trzech ośrodkach:

1. Dom Pomocy Społecznej „Przystań” w Katowicach – 47 osób,
2. Dom Pomocy Społecznej „Zacisze” w Katowicach – 28 osób,
3. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Zgromadzenia sióstr Św. Jadwigi w Katowicach Załężu – 25 osób.

Średnia wieku badanych osób tej grupy wynosiła 76,8 lat. Mężczyzn było 45 (45%) i kobiet – 55 (55%). Były to osoby głównie z wykształceniem zawodowym (41%), podstawowym (25%) i średnim (29%), wykształceniem wyższym legitymowało się jedynie 5% badanych osób. Źródło utrzymania badanych osób pochodziło głównie z emerytury 63% i renty 37%.

Grupa II: obejmuje 100 osób będących pod opieką Dziennych Domów Pomocy Społecznej (DDPS):

1. DDPS nr 6 w Katowicach – 24 osoby,
2. DDPS w Tychach – 31 osób,
3. DDPS nr 5 w Katowicach-Ligocie – 17 osób,
4. DDPS nr 1 w Katowicach – 28 osób.

Średnia wieku osób tej grupy wynosiła 71,7 lat. W grupie tej było 40 mężczyzn (40%) i 60 kobiet (60%), z wykształceniem podstawowym – 46%, średnim – 37%, zawodowym – 16% i wyższym – 1% badanych osób. Utrzymywali się głównie z emerytury – 52% i renty – 48% osób. 82% badanych osób mieszkało samotnie, 8% – z współmałżonkiem lub najbliższą rodziną (córka, syn z rodzinami), natomiast jedna osoba z konkubinem. Ich miejscem zamieszkania są duże miasta Śląska (Kato-

wice, Tychy), zajmują mieszkania lokatorskie – 62%, własnościowe – 29%, wynajmowane – 6%, zakładowe – 2% i socjalne – 1% badanych osób.

Grupa III: obejmowała 100 osób, będących pod opieką ambulatoryjną (domową). Byli to mieszkańcy Mysłowic (95%) i okolic (5%) będący pod opieką opiekunek zatrudnionych przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SilesiaMed w Mysłowicach, gdzie zostały zakontraktowane usługi opiekuńcze, pielęgniarские i rehabilitacyjne z Pomocą Społeczną w Mysłowicach.

Średnia wieku tej grupy wynosiła 76,9 lat. W grupie tej było 37 mężczyzn (37%) i 63 kobiety (63%). Były to osoby z wykształceniem podstawowym (40% badanych osób), zawodowym (32%), średnim (23%) i wyższym (5%). Utrzymywali się głównie z emerytury (66%) i renty (34% osób). W 81% były to osoby mieszkające samotnie, 15% – z najbliższą rodziną (syn, córka z rodzinami, wnuczki, brat), 3% – ze współmałżonkiem i jedna osoba z opiekunką. Osoby te najczęściej mieszkaly w mieszkaniach lokatorskich (67%), własnościowych (25%), 6% z nich wynajmowało mieszkanie, natomiast 2 osoby miały swój własny dom.

Charakterystyka badanych osób grupy I, II i III została przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych osób

	Średnia wieku (w latach)	Płeć (%)		Wykształcenie (%)				Źródło dochodów (%)	
		M	K	P	Z	Ś	W	E	R
GRUPA I DPS	76,80	45	55	25	41	29	5	63	37
GRUPA II DDPS	71,76	40	60	46	16	37	1	52	48
GRUPA III Opieka domowa	76,97	37	63	40	32	23	5	66	34

DPS – Dom Opieki Społecznej, DDPS – Dzienny Dom Opieki Społecznej, M – mężczyźni, K – kobiety, P – podstawowe, Z – zawodowe, Ś – średnie, W – wyższe, E – emerytura, R – renta

Występowanie i stopień nasilenia depresji oceniano za pomocą Geriatrycznej Skali Depresji (GSD) w pełnej wersji opracowanej w 1983 roku przez Jerome'a Yesavage'a i wsp. Jest to skala oceny samopoczucia.

W skali tej dopuszczalna jest pomoc w czytaniu i wypełnieniu w przypadku osłabienia funkcji intelektualnych. Pytania z odpowiedziami „tak” lub „nie” były odpowiednio punktowane według klucza i interpretowane następująco: liczba punktów 0–10 – bez depresji, 11–20 – lekka depresja, >20 – głęboka depresja. Udzielenie odpowiedzi na zadane pytania zawarte w tej skali zajmowało choremu ok. 5–10 minut. Skalę cechowała wysoka spójność i rzetelność. Jest to najczęściej stosowana skala w ocenie depresji wieku podeszłego [5].

Wyniki badań

Wykazano, że średnia wartość GSD u osób będących pod opieką Domów Pomocy Społecznej (Grupa I) wynosiła 10,89, w grupie osób korzystających z opieki DDPS (Grupa II) – 11,72, natomiast u osób będących pod opieką opieki domowej (Grupa III) – 17,4.

Najwięcej osób w stanie ciężkiej depresji było wśród badanych korzystających z opieki ambulatoryjnej. W grupie tej co drugi podopieczny wykazywał ciężką depresję, co trzeci miał depresję w stopniu lekkim, natomiast bez depresji okazał się jedynie co piąty podopieczny. Analizując poszczególne elementy zawarte w GSD najwięcej osób w tej grupie udzieliło odpowiedzi przemawiających za depresją na pytania dotyczące zmniejszenia zainteresowań – 77%, realizowania nowych pomysłów – 83%, braku zainteresowania żeby wieczorem wyjść z domu – 87%, poczucia bezradności – 74%, strachu, że może się stać coś złego – 73%, zdolności myślenia takiego jak dawniej – 71% osób.

Tabela 2. Stopień depresji ocenianej z użyciem GSD u badanych osób w poszczególnych grupach

Stopień depresji	Grupa I DPS (%)	Grupa II DDPS (%)	Grupa III Opieka domowa (%)
0–10 Bez depresji	53	53	21
11–20 Lekka depresja	40	39	30
Powyżej 21 Ciężka depresja	7	8	49

Źródło: obliczenia własne

W grupie I i II bez depresji było 53% badanych, z lekką depresją w grupie II było 39%, w grupie I – 40% osób, natomiast w ciężkiej depresji w obu grupach było poniżej 8% badanych osób.

Omówienie

Porównując badane grupy pod względem występowania depresji i jej nasilenia wykazano, że największy odsetek osób z ciężką depresją obserwowano u podopiecznych będących pod opieką domową. Można podejrzewać, że nasilenie depresji w tej grupie osób było spowodowane faktem, że zdecydowana większość tych osób żyła samotnie (82%) oraz tym, że stan somatyczny tych osób był bardzo upośledzony i uniemożliwiał wykonywanie nawet elementarnych czynności dnia codziennego. Depresja u osób będących pod opieką Domów Pomocy Społecznej i Dziennych Domów Pomocy Społecznej ujawniała się na podobnym poziomie. W ośrodkach tych podopieczni mieli zabezpieczone wszystkie potrzeby, łącznie z opieką pielęgniarско-lekarską oraz kontaktami społecznymi, co prawdopodobnie miało bardzo duże znaczenie w utrzymywaniu prawidłowego stanu psychicznego osób w podeszłym wieku.

We wszystkich badanych grupach stopień nasilenia depresji wg GSD był wyższy niż obserwowany przez innych badaczy w populacji ogólnej osób starszych. Z piśmiennictwa wynika, że stany depresyjne występowały u 8–15% do 30% osób w podeszłym wieku [3]. Wypada zauważyć, że rezydenci domów opieki społecznej i zwłaszcza osoby zdane na opiekę ambulatoryjną są dotknięte zniedołężnieniem fizycznym, co może dodatkowo przyczyniać się do występowania stanów depresyjnych o znacznym nasileniu. Okazało się, że u osób samodzielnie wykonujących czynności dnia codziennego depresja występuje istotnie rzadziej [6]. Wśród badanych bez objawów depresji, odsetek osób w pełni sprawnych sięgał 90% podczas gdy w grupie z depresją samodzielnością cechowało się jedynie 58% osób. Biencewicz i wsp. [7] stwierdzili, że w grupie chorych bez depresji pełną samodzielność w zakresie życia codziennego wykazało 93,2% osób, zaś w grupie chorych z depresją pełną samodzielność obserwowano u 54,1% osób. Bidzam i wsp. [8] opisali, że osoby wykazujące upośledzenie czynności dnia codziennego znacząco częściej skarżyły się na poczucie depresji.

Wnioski

1. Osoby w podeszłym wieku, rezydenci domów opieki społecznej cechują się niższym stopniem nasilenia depresji niż osoby będące pod opieką opiekunek we własnym domu.
2. U osób w podeszłym wieku występuje współbieżność nasilenia depresji z ograniczeniem wykonywania czynności dnia codziennego.
3. Do zasadniczych przyczyn występowania depresji u osób w podeszłym wieku należy samotność.

Literatura

1. Halicka M.: Człowiek stary wobec śmierci – badania środowiskowe. *Gerontologia Polska* 8 (2) 2000; 27–31.
2. Borzyszkowska R.: Potoczne obrazy starości; *Gerontologia Polska* 9 (2) 2001; 28–31.
3. Abrams W.: *MSG Podręcznik Geriatrii Urban & Partner Wrocław 1999; 1317–1325.*
4. Wojszel B., Bień B.: Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości. *Gerontologia Polska* 9 (2) 2001; 32–38.
5. Grabiec U., Skalska A.: Depresja w starszym wieku – podstawy rozpoznania. *Gerontologia Polska* 1999/01; 14–16.
6. Gruszeczka G., Gryglewski G., Grodziski T.: Socjometryczne uwarunkowania stanu emocjonalnego pacjenta geriatrycznego podczas hospitalizacji. *Gerontologia Polska* 1998, 2, 46–49.
7. Biencewicz M. i wsp.: Czynności życia codziennego a występowanie depresji i upadków u osób w podeszłym wieku. *Nowiny Lekarskie* 2005, 74, 2, 272–276.
8. Bidzan L., Łapin J., Sołtys K., Tuczyński J.: Wpływ poziomu funkcji poznawczych i depresji na aktywność złożoną u osób w wieku podeszłym *Gerontologia Polska* 2000, 4, 9–14.

Wykaz autorów

- 1. Banaszak-Żak Bogusława**
Mgr pielęgniarstwa
Śląska Akademia Medyczna w Katowicach
- 2. Baranowska Anna**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
- 3. Baum Ewa**
filologii polskiej i klasycznej
Katedra Nauk Społecznych, Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki,
Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Akademia Medyczna w Poznaniu
- 4. Bogacz-Wardzińska Halina**
Mgr pielęgniarstwa
Szpital Powiatowy w Mielcu
- 5. Chadzopulu Antygona**
Dr n. med.
Szpital Kawala, Grecja
- 6. Dobrzyń Dorota**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Śląska Akademia Medyczna
w Katowicach
- 7. Dolata Emilia**
Dr
Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Pedagogiki i Psychologii
- 8. Dolata Marek**
Dr
Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Białymstoku
- 9. Eszyk Jolanta**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Śląska Akademia Medyczna
w Katowicach

10. **Fiedorczuk Irena**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii Medycznej w Białymstoku
11. **Gałużka Agata**
Mgr
Akademia Techniczno-Humanistyczna Wydział Nauk o Zdrowiu
w Bielsku-Białej
12. **Gaworska-Krzemińska Aleksandra**
Dr n. med.
Akademia Medyczna w Gdańsku
13. **Golonko Barbara**
Mgr pielęgniarstwa
Podlaskie Centrum Zdrowia Publicznego w Białymstoku
14. **Grabowska Aleksandra**
Mgr psychologii
Klinika Onkologii Dziecięcej SPDSK Białystok
15. **Jaksz-Recmanik Ewelina**
Mgr pielęgniarstwa
Akademia Techniczno-Humanistyczna Wydział Nauk o Zdrowiu
w Bielsku Białej
16. **Janiszewska Justyna**
Dr n. med.
Zakład Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej w Gdańsku
17. **Jankowiak Barbara**
Dr n. med.
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
18. **Kaczmarek Tadeusz**
Dr n. med.
Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Oddział w Pile
19. **Klimaszewska Krystyna**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
20. **Klimberg Aneta**
Dr n. biol.
Katedra Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu
21. **Klimczak Dariusz Piotr**
Dr n. hum.
Instytut Pedagogiki, UJ Kraków

22. **Kolonko Jolanta**
Mgr
Akademia Techniczno-Humanistyczna Wydział Nauk o Zdrowiu
w Bielsku-Białej
23. **Kołpa Małgorzata**
Mgr pielęgniarstwa
PWSZ Instytut Ochrony Zdrowia Zakład Pielęgniarstwa, Tarnów
24. **Kondzior Dorota**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
25. **Korbiel-Pawlas Monika**
Mgr pielęgniarstwa
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
26. **Kowalczyk Krystyna**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
27. **Koziatek Ewa**
Mgr, doktorant KUL
Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie
28. **Krajewska Katarzyna**
Mgr położnictwa
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
29. **Krajewska-Kułak Elżbieta**
Prof. dr hab. med.
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
30. **Kułak Wojciech**
Dr hab. med.
Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej
w Białymstoku
31. **Lewko Jolanta**
Dr n. med.
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
32. **Lichodziejewska-Niemierko Monika**
Dr hab. med.
Zakład Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej w Gdańsku
33. **Lipińska Maria**
Dr n. hum.
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa,
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medium UJ Kraków
PWSZ Instytut Ochrony Zdrowia Zakład Pielęgniarstwa, Tarnów

34. **Lisowska Marta**
Pielęgniarka
PWSZ Instytut Ochrony Zdrowia Zakład Pielęgniarstwa, Tarnów
35. **Łabuzek Monika**
Mgr pielęgniarstwa
PWSZ Instytut Ochrony Zdrowia Zakład Pielęgniarstwa, Tarnów
36. **Łuczak Jacek**
Prof. dr hab. med.
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej AM im K. Marcinkowskiego
w Poznaniu, Hospicjum Palium
37. **Łukaszuk Cecylia**
Dr n. med.
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
38. **Łyżnicka Maria**
Mgr pielęgniarstwa
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
39. **Marcinkowski Jerzy Tadeusz**
Prof. dr hab.
Katedra Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu
40. **Marcisz Czesław**
Dr n. med.
Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Śląska Akademia
Medyczna, Wydział Opieki Zdrowotnej
41. **Marczyńska Anna**
Mgr pielęgniarstwa
Klinika Anestezjologii Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu Samodzielnego
Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 w Poznaniu
42. **Miętkiewicz Sylwia**
Pielęgniarka anestezjologiczna
Klinika Anestezjologii Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu Samodzielnego
Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 w Poznaniu
43. **Moździerz Kazimiera**
Mgr pielęgniarstwa
PWSZ Instytut Ochrony Zdrowia Zakład Pielęgniarstwa, Tarnów
44. **Musielak Michał**
Prof. dr hab.
Katedra Nauk Społecznych, Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki,
Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Akademia Medyczna w Poznaniu

45. **Nyklewicz Wojciech**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
46. **Ogórek-Tęcza Beata**
Dr n. med.
Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa,
Collegium Medium, UJ Kraków
47. **Ordys Dorota**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Śląska Akademia Medyczna
w Katowicach
48. **Owłasiuk Anna**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Akademii
Medycznej w Białymstoku
49. **Pająk Celina**
Mgr pielęgniarstwa
Akademia Techniczno-Humanistyczna Wydział Nauk o Zdrowiu
w Bielsku Białej
50. **Proniewski A.**
Ks. dr
Katedra Teologii Katolickiej Uniwersytet w Białymstoku
Studium Teologii w Białymstoku PWT w Warszawie
51. **Pucko Zygmunt**
Dr filozofii
Zakład Filozofii i Bioetyki Collegium Medicum UJ w Krakowie
52. **Rolka Hanna**
Dr n. med.
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
53. **Romanowska Urszula**
Mgr pielęgniarstwa
PWSZ Instytut Ochrony Zdrowia Zakład Pielęgniarstwa, Tarnów
54. **Ryś Bogusława**
Mgr
Akademia Techniczno-Humanistyczna Wydział Nauk o Zdrowiu
w Bielsku-Białej
55. **Sierakowska Matylda**
Dr n. med.
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku

56. **Sobaniec Wojciech**
Prof. dr hab. med.
Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej
w Białymstoku
57. **Sulek Jolanta**
Mgr pielęgniarstwa
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
58. **Świdarska Renata**
59. **Szyszko-Perłowska Agnieszka**
Mgr położnictwa
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
60. **Theodosopoulou Eleni**
Prof. dr hab.
Wydział Pielęgniarstwa, Uniwersytet w Atenach, Grecja
61. **Tolarczyk Agnieszka**
Asystent dydaktyczny
Śląska Akademia Medyczna w Katowicach
62. **Walden-Gałuszko de Krystyna**
Prof. dr hab. med.
Zakład Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej w Gdańsku
63. **Wasiluk Alicja**
Dr hab. n. med.
Klinika Neonatologii Akademii Medycznej w Białymstoku
64. **Wrońska Irena**
Prof. dr hab. med.
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie
65. **Van Damme-Ostapowicz Katarzyna**
Mgr pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku
66. **Zabielski Jozef**
Ks. prof. dr hab.
Katedra Teologii Katolickiej Uniwersytet w Białymstoku
Uniwersytet Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie
67. **Zalewska-Puchała Joanna**
Dr
Akademia Techniczno-Humanistyczna Wydział Nauk o Zdrowiu
w Bielsku-Białej

Spis treści

Część I Promyczek

Renata Świdorska – <i>Promyczek</i>	13
---	----

Część II Humanistyczny wymiar śmierci

E. Krajewska-Kułał, A. Baranowska, B. Jankowiak, K. Krajewska, J. Lewko, C. Łukaszuk, W. Nyklewicz, H. Rolka, K. Klimaszewska, K. Kowalczuk, D. Kondzior, M. Sierakowska, A. Szyszko-Perłowska, K. van Damme-Ostapowicz – <i>Wizerunek anioła w malarstwie</i>	49
Ks. Józef Zabielski – <i>Wyzwalający charakter cierpienia i śmierci</i>	61
Ks. Andrzej Proniewski – <i>Teodramat w ludzkim cierpieniu</i>	77
Jacek Łuczak – <i>Cierpienia umierających i ich bliskich – rola opieki paliatywnej-hospicyjnej</i>	87
Ewa Koziątek – <i>Choroba i śmierć niejedną ma twarz. Reakcje na sytuacje przewlekłej, prowadzącej do śmierci choroby</i>	101
Zygmunt Pucko – <i>Najnowsze dzieje „magna quaestio” w obliczu śmierci dzieci</i>	113
Ewa Baum, Michał Musielak – <i>Poza śmiercią – dylematy etyczne współczesnej transplantologii</i>	121
Bogusława Banaszak-Żak, Agnieszka Tolarczyk – <i>Opieka pracowników służby zdrowia nad pacjentem umierającym w aspekcie bioetyki chrześcijańskiej</i>	129
Dorota Ordys – <i>Stanisława Leszczyńska – Anioł z Auschwitz</i>	141

Część III

Wielokulturowe postrzeganie śmierci

Antyгона Chadzopulu, Eleni Theodosopoulou, Elżbieta Krajewska-Kułał, Irena Wrońska – <i>W cieniu hadesu</i>	149
H. Rolka, E. Krajewska-Kułał, K. Ostapowicz Van-Damme, K. Klimaszewska, K. Kowalczyk, K. Krajewska, A. Baranowska, B. Jankowiak, D. Kondzior, A. Szyszko-Perłowska, C. Łukaszuk – <i>Rytuał pogrzebowy w starożytnym Egipcie</i>	165
Dariusz Piotr Klimczak – „ <i>Niebieskie, niebieskie...</i> ”. <i>Obrazy śmierci i umierania w dramacie Eugenio Ionesco „Król umiera, czyli ceremonie”</i>	173
Monika Korbel-Pawlas, Jolanta Sułek, Maria Łyżnicka – <i>Rytuaty i obrzędy związane z pochówkiem na terenie Podhala</i>	197
Maria Łyżnicka, Jolanta Sułek, Monika Korbel-Pawlas – <i>Cygańskie zwyczaje związane ze śmiercią, pochówkiem i żałobą praktykowane wśród Cyganów wyżynnych, zamieszkujących tereny Polski południowej</i>	205
Dorota Ordys, Jolanta Eszyk – <i>Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentami umierającymi różnych wyznań</i>	211
Tadeusz Kaczmarek, Jerzy T. Marcinkowski – <i>Internet – a problematyka śmierci</i>	221
Grzegorz Kazberuk – „ <i>Ars bene moriendi</i> ” w społecznościach tradycyjnych	229

Część IV

Śmierć w naukach medycznych

Marek Dolata – <i>Rzeczywistość śmierci – analiza filozoficzna</i>	241
Emilia Dolata – <i>Reprezentacje umysłowe śmierci – analiza transgeneracyjna</i>	251
Wojciech Kułał, Wojciech Sobaniec – <i>Badania neurofizjologiczne w ocenie śmierci mózgu</i>	259
Beata Ogórek-Tęcza, M. Lipińska, M. Kołpa, M. Lisowska – <i>Znaczenie komunikowania się pielęgniarki z pacjentem umierającym</i>	265

Alicja Wasiluk – <i>Współczesne poglądy na eutanazję dzieci przebywających w oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej i pediatrycznej w krajach Europy zachodniej</i>	275
Jerzy T. Marcinkowski, Tadeusz Kaczmarek – <i>Śmierć na „Czarnej liście lekarzy”</i>	279
Jerzy T. Marcinkowski, Tadeusz Kaczmarek, Aneta Klimberg – <i>Śmierć w opiniowaniu sądowo-lekarskim w pozwach przeciwko towarzystwom ubezpieczeniowym</i>	287
Sylwia Miętkiewicz, Anna Marczyńska – <i>Aspekt prawny, etyczny i moralny w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem zakwalifikowanym do pobrania narządów w oddziale intensywnej opieki medycznej i sali operacyjnej</i>	295
Ewelina Jaksz-Recmanik, Celina Pająk – <i>Program „Woda, Światło, Ruch” jako nowoczesny model opieki nad pacjentem umierającym w starszym wieku</i>	303

Część V

Zagadnienie śmierci w badaniach naukowych

Halina Bogacz-Wardzińska – <i>Postawy wobec śmierci i umierania</i>	313
Irena Fiedorczyk, Anna Owłasiuk – <i>Współczesne postrzeganie śmierci i umierania</i>	321
Jolanta Kolonko, Agata Gałuszka, Joanna Zalewska-Puchała, Bogusława Ryś – <i>Śmierć pacjenta widziana z perspektywy personelu medycznego</i>	329
Aleksandra Gaworska-Krzemińska, Regina Żuralska – <i>Eutanazja w opinii pielęgniarek Pomorza</i>	337
M. Lipińska, M. Łabuzek, K. Moździerz, U. Romanowska – <i>Opieka pielęgniarska wobec pacjenta w terminalnym okresie choroby</i>	343
M. Łabuzek, M. Kołpa, K. Moździerz, M. Lipińska – <i>Przygotowanie pielęgniarek do opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową w stanie terminalnym</i>	353
J. Janiszewska, K. de Walden-Gałuszko, M. Lichodziejewska-Niemierko – <i>Lęk u pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego w terminalnej fazie choroby</i>	361

Barbara Golonko – <i>Zgony noworodków i niemowląt w Polsce i na świecie</i> – <i>najczęstsze przyczyny</i>	369
Dorota Dobrzyń, Czesław Marcisz – <i>Depresja u starszych rezydentów</i> <i>Domów Pomocy Społecznej na Śląsku</i>	379

Numer główny: ISBN 978-83-89934-14-7

Numer II tomu: ISBN 978-83-89934-16-1