

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

*Elżbiety Krajewskiej-Kułak,
Cecylii Łukaszuk i Barbary Jankowiak*

Tom IV

Białystok 2008

W drodze do brzegu życia

Tom IV

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom IV

Praca zbiorowa pod redakcją
prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak,
dr n. med. Cecylii Łukaszuk i dr n. med. Barbary Jankowiak

Białystok 2008

Recenzenci:

Dr hab. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska

Dr hab. med. Marek Szczepański

ISBN 978-83-89934-14-7

Tom IV: ISBN 978-83-89934-34-5

Wydanie I

Białystok 2008

Projekt okładki:

Agnieszka Kułak

W tworzeniu okładek do rozdziałów wykorzystano:

Humanistyczny wymiar śmierci: *Taniec ze śmiercią* – Max Magnum Morgan

Psychoonkologia: *Maska śmierci* – Maya Kulenovic

Skład i łamanie:

Stanisław Żukowski

Druk i oprawa:

MKDruk, Drukarnia S.C. ul. Marczukowska 6, 15-724 Białystok

*Można świadomie i przewidująco oczekiwać śmierci,
a jednak ona nas zawsze zaskoczy*

Stefan Kisielewski

Szanowni Państwo

Oddajemy do Państwa ręk IV tom monografii *W drodze do brzegu życia*, powstałe dzięki pracom nadesłanym przez uczestników IV Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej *Życiodajna śmierć pamięci Elizabeth Kübler-Ross*.

Już po raz kolejny pragniemy podążać jej śladem i wymienić poglądy na temat śmierci, bo przecież już św. Augustyn w swym dziele *De civitate Dei* życie określał mianem „biegu ku śmierci”.

Współcześnie bardzo często myśl o śmierci spychana jest na margines świadomości. Dawniej ludzie umierali w domu, w atmosferze ciepła i rodzinnej miłości, otoczeni bliskimi. Mogli czuć ich miłość i bliskość. Na łożu śmierci mieli okazję ostatni raz pożegnać się z całą rodziną, pobłogosławić wszystkich, zostawić swoją ostatnią wolę. Nie byli samotni i opuszczeni. Z biegiem czasu, wraz z rozwojem medycyny, miejscem śmierci stał się szpital, klinika i hospicjum. Śmierć zaczęła „przychodzić” do chorych w samotności lub ewentualnie w obecności personelu. Często najbliżsi nie towarzyszą chorym w tych ostatnich chwilach życia, rzadko niosą im ulgę w cierpieniach przez swoją obecność, troskliwość, dobre słowo, pociechę, czy wspólną modlitwę, a ograniczają swoje działania do załatwienia pogrzebu i formalności związanych ze zgonem. Zmiana ta doprowadziła do społecznego wypaczenia obrazu śmierci, czego efektem jest tanatofobia, czyli paniczny lęk przed śmiercią lub tanatofilia, czyli rozmiłowanie w śmierci.

Antoine De Saint-Exupéry pięknie napisał: „Byłe podmuch wiatru może zgasić lampę – trzeba dobrze uważać”. Tak samo jest z naszym życiem. Śmierć przychodzi bowiem nieoczekiwanie i zawsze za wcześnie, bez względu na to, czy dotyczy osoby dorosłej, czy dziecka. Jest dla każdego przeżyciem ogromnie traumatycznym. Jest jednak faktem, który trzeba wliczyć w życie, jak każdy inny element ludzkiego bytowania. Nie powinna wprowadzać w stan przygnębienia i depresji, ale być bodźcem do rozmyślań nad sensem istnienia.

Śmierć stanowi drażliwy i najbardziej delikatny temat w życiu. W związku z tym, w IV tomie monografii pragniemy kontynuować dialog o umieraniu, śmierci i cierpieniu, poświęcając dużo miejsca śmierci dziecka podobnie jak w poprzednich, pragnęliśmy stworzyć okazję przedstawicielom różnych dziedzin nauki i sztuki do dialogu o umieraniu i śmierci. Okazję do przeżywania szczególnych uczuć i refleksji nad życiem i przemijaniem. Do pokazania, iż śmierć dotyczy nie tylko tych, którzy są ciężko chorzy, ale także chorych psychicznie, niepełnosprawnych, z upośledzeniami genetycznymi i tych, którzy są po prostu bezdomni i za życia już traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli.

Seneka twierdził, iż „przez całe życie należy się uczyć żyć i co może jeszcze bardziej cię zdziwi przez całe życie należy się uczyć umierać”. Każdy człowiek przygotowuje się na śmierć, nawet zdrowy. Jest ona bowiem zjawiskiem naturalnym. Jest oczywistością, z którą powinniśmy się oswoić. Ilekroć jednak z nią stykamy się, staje się dla nas szokująca i paradoksalnie zupełnie nieprzewidywana. „Wiek nie gra roli, starcy, tak jak młodzieńcy są ponaglani przez pośpiech, zaskakiwani w chwilach roztargnienia, zmuszeni do umierania bez przygotowania, tak jakby nie mieli czasu, by dojrzeć zbliżanie się końca” – pisał Władimir Jankélévitch.

Mamy nadzieję, że treści zawarte w IV tomie monografii *W drodze do brzegu życia* wzbogacą nasze podejście do opieki nad osobami umierającymi.

*Prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kulak
Dr n. med. Cecylia Łukaszuk
Dr n. med. Barbara Jankowiak*

Recenzja dr hab. med. Kornelii Kędziora-Kornatowskiej, prof. UM

Przedłożona mi do recenzji monografia pt.: „W drodze do brzegu życia” pod redakcją (praca zbiorowa) Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, Cecylii Łukaszuk i Barbary Jankowiak w sposób interdyscyplinarny i kompleksowy porusza zagadnienia związane z procesem umierania oraz końcowym etapem życia, jakim jest śmierć.

W opracowaniu w kolejnych rozdziałach poruszane są takie istotne zagadnienia, jak: humanistyczny wymiar śmierci, problemy opieki paliatywnej i hospicyjnej dorosłych i dzieci, przygotowanie do śmierci, a także psychoonkologiczne i społeczne aspekty śmierci.

Autorzy w sposób całościowy przedstawiają złożone problemy związane z końcowym etapem życia, w którym przebieg choroby, na którą choruje pacjent wskazuje, że zakończy się ona zgonem. Dotyczy to pacjentów w każdym przedziale wiekowym, począwszy od okresu dzieciństwa, aż po starość.

Pogarszanie się stanu pacjenta nie jest równoznaczne z zaprzestaniem leczenia i opieki. Przeciwnie, chorych w takim stanie, należy objąć kompleksową opieką w celu poprawy jakości życia w tym ostatnim, trudnym etapie ich życia. Zapewnić to może jedynie zespół terapeutyczny, skład którego powinien stanowić: lekarz, pielęgniarka, psycholog, a także w zależności od indywidualnej potrzeby specjalista z innych dziedzin. Ważna jest dbałość o stan psychiczny chorego i jego opiekunów. Szczególnego znaczenia nabiera pomoc i opieka nad chorymi, którzy cierpią, a ich proces umierania trwa długo.

W monografii poruszane są także takie istotne aspekty, jak opieka duchowa nad umierającym, problem eutanazji, czy też etyczna ocena transplantologii.

Każdy człowiek umiera inaczej, dlatego bardzo istotne jest, aby zespół terapeutyczny dostrzegał konieczność indywidualizacji pomocy wobec

pacjentów terminalnych. Naprzeciw tym zagadnieniom wychodzi rozdział monografii poświęcony psychoonkologii. Bardzo istotne są także poruszane aspekty przygotowania do śmierci. Do tej pomocy coraz lepiej przygotowany jest personel lekarski i pielęgniarski. Przełamywana jest zmowa milczenia wokół tematu umierania i śmierci, powstają profesjonalnie funkcjonujące hospicja i oddziały opieki paliatywnej. Bardzo ważnym zagadnieniem jest poznanie potrzeb i spełnianie prośb osób umierających, do potrzeb tych niewątpliwie należą potrzeby duchowe związane z praktyką religijną. Sprawą niezmiernie ważną jest przygotowanie rodziny do straty najbliższych oraz włączanie się jej do opieki.

Czytelnik po zapoznaniu się z przedłożoną mi do recenzji pozycją może wzbogacić wiedzę na temat zjawiska śmierci, które niestety ciągle nie jest powszechnie akceptowane społecznie. Opracowanie skłania do szeregu przemyśleń i refleksji, wychodzi naprzeciw wielu problemom pojawiającym się w opiece paliatywnej i hospicyjnej, stanowi także cenne uzupełnienie dotychczasowej literatury w tym zakresie. Jestem przekonana, że pozycja ta będzie stanowiła nie tylko cenne źródło fachowej wiedzy dla zespołu terapeutycznego, ale będzie też cenną pomocą dla rodzin osób umierających.

Recenzja dr hab. med. Marka Szczepańskiego

Śmierć jest nierozzerwalnie wpisana w istnienie człowieka. Jest jego jedynym pewnym elementem. Skoro jest pewna i nieunikniona, dlaczego nie jesteśmy w stanie nigdy do końca jej zaakceptować? Dlaczego życie jest wartością bezcenną, wartością nienaruszalną? O życie walczymy, życie chronimy, o życie dbamy. Można zapytać „po co?” skoro i tak kończy się tak samo, z chwilą ostatniego skurczu mięśnia sercowego.

Monografia *W drodze do brzegu życia*, pod redakcją E. Krajewskiej-Kułał, C. Łukaszuk i B. Jankowiak, stanowi zbiór prac nadesłanych przez uczestników kolejnej IV Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Życiodajna śmierć” pamięci Elizabeth Kübler-Ross.

Dlaczego temat śmierci po raz kolejny sprowadza do Białegostoku liczne grono osób, które chcą dyskutować o śmierci i umieraniu? Może dlatego, że fenomen śmierci i umierania znajduje się w kręgu zainteresowań zarówno teologii i etyki, psychologii i socjologii, jak i medycyny oraz prawa. Może chęć rozmów i dyskusji wynika z potrzeby głębszego poznania tego, czego do końca zgłębić się nie da? Może dla niektórych osób spotkania te mają być drogowskazem ukazującym drogi pozwalające na pokonanie onieśmielenia, bezradności i strachu w obliczu nieuchronnej śmierci?

Rozważania na temat humanistycznego wymiaru śmierci pozwalają na zdobycie wiedzy, zapoznanie się z poglądami, genezą postaw i zachowań wobec śmierci. Przecież brak takiej wiedzy budzi niepewność, niepokój, rodzi pytania. Osoby, które z racji wykonywanego zawodu, mają częsty kontakt z ludźmi cierpiącymi, przewlekle chorymi, umierającymi, obdarzone empatią i akceptujące pacjenta z całym bagażem jego ułomności i lęków, stanowią ogromne wsparcie w najtrudniejszych, ostatnich chwilach życia. Wiąże się z tym w sposób nierozzerwalny opieka hospicyjna nad pacjentem w terminalnym okresie choroby. Przygotowanie do

śmierci w opiece hospicyjnej oparte jest na poszanowaniu życia i akceptacji śmierci.

Śmierć osoby dorosłej, zniedołężniałego, schorowanego starca jest w sposób naturalny wpisana w przemijanie życia. Jest łatwiej akceptowana i łatwiej się z nią godzimy. Śmierć dziecka jest zniweczeniem tego, co naturalne, zaburza oczywistą kolej rzeczy. Zostawia głębsze ślady w psychice tych, którzy je kochali, tych którzy sprawowali nad nim opiekę medyczną. Dramat rodziców umierającego dziecka jest dostrzegalny. Pograża w smutku, żalu i odrętwieniu na wiele miesięcy i lat. Ze swoim bólem i przeżyciami muszą przecież istnieć w otaczającym świecie. Nikt, kto nie przeżył śmierci własnego dziecka, nie jest w stanie zrozumieć tego, co czują rodzice. Jeszcze trudniej zrozumieć to, co przeżywają umierające dzieci. Dlatego dostrzeżenie tych problemów, dyskusja nad nimi, jest bardzo ważna. Osoby opiekujące się umierającym dzieckiem sprawują jednocześnie opiekę nad jego rodziną. Opieka ta powinna trwać nieprzerwanie, musi stanowić pewne oparcie w chwilach zwątpienia, w chwilach najtrudniejszych, w chwilach dramatycznych. Musi więc być mądra, mądrością wynikającą z miłości, wierności, poszanowania godności. Mądrość w obliczu nieuchronnej śmierci to przyzwolenie na jej nadejście.

Opieka nad pacjentem umierającym nie może bazować jedynie na obowiązujących procedurach postępowania ani też na zachowaniach intuicyjnych. Opieka taka wymaga głębokiej wiedzy, znajomości psychologii zachowań w sytuacjach szczególnie trudnych, znajomości zasad komunikowania się z osobami będącymi pod wpływem stresu. Wiedzę tę można i należy zdobywać. Zgłębienie jej pozwala na rozwój uczucia empatii zarówno w sferze emocjonalnej, jak i poznawczej. Posiadanie wiedzy pozwoli na wsparcie w pokonaniu dolegliwości somatycznych, emocjonalnych, duchowych, ale też często prozaicznych np. socjalnych.

Szczególnego znaczenia nabiera też dostrzeżenie zjawiska śmierci społecznej i poświęcenie temu problemowi należytej uwagi.

Lektura tej interesującej książki skłania nie tylko do refleksji nad umieraniem i śmiercią, ale także wzbogaci i będzie inspiracją dla wszystkich, którym śmierć i umieranie z racji wykonywanych obowiązków, są bliskie.



Humanistyczny wymiar śmierci

E. Krajewska-Kułak^{1,3}, W. Kułak^{2,3}, C. Łukaszuk^{1,3}, A. Chadzopulu⁴,
A. Baranowska¹, B. Jankowiak^{1,3}, K. Krajewska¹, J. Lewko^{1,3},
W. Nyklewicz¹, H. Rolka^{1,3}, K. Klimaszewska¹, D. J. Kondzior¹,
B. Kowalewska^{1,3}, K. Kowalczyk¹, M. Sierakowska¹,
A. Szyszko-Perłowska¹, K. Van Damme-Ostapowicz¹, J. Chilińska^{3,5},
A. Gołębiwska^{3,5}, K. Wróblewska^{3,5}

Po drugiej stronie tęczy

Tęcza jest mostem prowadzącym z ziemi do nieba...

Arturo Pérez-Reverte

Tym, co zapominają o tych, co jeszcze są...

Tęcza... Pięć liter: T Ę C Z A. To słowo o tak wielu znaczeniach. Zawsze jednak kojarzy się z czymś niezwykłym: magią, radością, nadzieją....

Młody poeta napisał:

*Tęcza mieszka miękkim woalem w Nas
Tam gdzie skały białą chmurą
Spadają do morza
Musimy tylko ujrzeć jego błękit
We własnych oczach.
Olśniewającym warkoczem
Srebrzysta chwila rozcina gwieździste niebo
Dla Ciebie
Jeśli patrzysz, jeśli wierzysz, jeśli chcesz
Trwaj...*

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

⁴ Szpital Kawala, Grecja

⁵ Szpital Wojewódzki w Łomży

*Jesteś piękna
Tyś światłem, tyś cieniem
Odwiecznym spełnieniem
Cudu narodzin i śmierci [Hagal]"*

Tęcza to jedno z najpiękniejszych zjawisk optycznych w przyrodzie. Tak piękne i jakże ulotne...

Od dawnych czasów przyciągała uwagę człowieka. Urzekła poetów, myślicieli, uczonych. Pojawiała się w mitologii, religii, literaturze i sztuce.

Była natchnieniem dla wielu wybitnych malarzy, jak m.in.: Peter Paul Rubens i Georg Inness. Pisali o niej Maria Konopnicka, Antoni Kucharczyk, Wirginia Woolf, William Wordsworth, John Keats, Richard Dawkins czy David Herbert Lawrence.

Początkowo traktowano ją jako znak *niebios*, przymierze Boga z Noem. To o niej czytamy na początku Biblii, zaraz po opisie potopu: *Potem Bóg tak rzekł do Noego i do jego synów: Ja zawieram przymierze z wami i z waszym potomstwem, które po was będzie; z wszelką istotą żywą, która jest z wami: z ptactwem, ze zwierzętami domowymi i polnymi, jakie są przy was, ze wszystkimi, które wyszły z arki, z wszelkim zwierzęciem na ziemi. Zawieram z wami przymierze, tak iż nigdy już nie zostanie zgładzona wodami potopu żadna istota żywa i już nigdy nie będzie potopu niszczącego ziemię. Po czym Bóg dodał: A to jest znak przymierza, które ja zawieram z wami i każdą istotą żywą, jaka jest z wami, na wieczne czasy: Łuk mój kładę na obłoki, aby był znakiem przymierza między Mną a ziemią. A gdy rozciągnę obłoki nad ziemią i gdy ukaże się ten łuk na obłokach, wtedy wspomnę na moje przymierze, które zawarłem z wami i z wszelką istotą żywą, z każdym człowiekiem; i nie będzie już nigdy wód potopu na zniszczenie żadnego jestestwa. Gdy zatem będzie ten łuk na obłokach, patrząc na niego, wspomnę na przymierze wieczne między mną a wszelką istotą żyjącą w każdym ciele, które jest na ziemi. Rzekł Bóg do Noego: To jest znak przymierza, które zawarłem między Mną a wszystkimi istotami, jakie są na ziemi [R.dz. 9,8–17].*

W mitologii greckiej tęcza była utożsamiana z drogą, jaką pokonywała posłanka Iris pomiędzy Ziemią i Niebem.

W mitologii chińskiej była traktowana, jako szczelina w niebie zamkniętą za pomocą kamieni i pięciu (lub siedmiu) kolorów przez boginię Nüwa.

W mitologii hinduskiej nosiła nazwę Indradhanush, co oznaczało łuk Indry, boga błyskawic i grzmotów.

W mitologii skandynawskiej określano ją Bifröst i symbolizowała most łączący światy Āsgard (bogów) i Midgard (ludzi).

W Irlandii uważa się, iż skrzat, leprechaun, przechowuje garnek złota na końcu tęczy, czyli w miejscu niedostępnym dla żadnego człowieka.

Indianie po dziś dzień wierzą, że jest ona mostem pomiędzy życiem i śmiercią.

Z naukowego punktu widzenia, tęcza to łuk świecący barwami widma o promieniu wynoszącym około 42 stopni, powstający, gdy stojące za obserwatorem. To zjawisko optyczne i meteorologiczne występujące w postaci charakterystycznego wielobarwnego łuku, widocznego, gdy Słońce oświetla krople wody w ziemskiej atmosferze, powstające w wyniku dyspersji (rozszczenia światła) oraz przez załamanie i odbicie światła przez niemal kuliste krople wody. Zjawisko wyjaśnione po raz pierwszy, w XVII wieku, przez znanego angielskiego naukowca Izaak Newtona, w czym pomogła mu praca Kartezjusza opisująca zagadnienia optyki (Kartezjusz żył w latach 1596–1650).

Tęcza to także pewien symbol. Tęczowa flaga np. masońskiego Zakonu *Order of the Rainbow Girls* (7 barw). To także element nazw towarzystw, stowarzyszeń – np. Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci Niewidomych i Słabowidzących, klubów sportowych, ośrodków wypoczynkowych, biur podróży. Ale również symbol szczęścia, o którym śpiewała Irena Jarocka:

*Błysk gromu zgasł, wiatr ucichł już
Minęła nas kolejna z burz
To dobry znak, że w migoczącą tęczę
Trzymające się za ręce, patrzymy ty i ja
To dobry znak łuk tęczy niknie w dali
Będziemy pamiętali te chwile wiele lat
Most tęczy, most iskrami łśni
Prowadzi wprost przez wspólne dni
To dobry znak, świetlistej tęczy pasmo
Łagodna słońca jasność w pamięci będzie trwać
To dobry znak, że w migoczącą tęczę
Trzymając się za ręce
Patrzymy ty i ja...*

W pamięci trwać... Niestety, bardzo często, nasze myśli zaczynają krążyć wokół tych, których nie ma, dopiero gdy zbliża się 1 listopada.

Bez względu jednak na przyczynę, z której powodu od nas odeszli nasi bliscy, nasi znajomi, o ich obecny brak, zawsze obwiniamy nieuchronną i nieubłaganą śmierć, która przychodzi do każdego z nas, stanowiąc naturalny kres życia.

Śmierć, mors, exitus letalis... koniec, nie ma ukochanej osoby... Każdy z nas ma jednak nadzieję, że może uda się nam z nimi spotkać po drugiej stronie tęczy, za *krainy łagodności bramą...*, tam, gdzie...

*...wiatr rozpędzi czarne myśli,
deszcz obmyje resztki trosk,
słońce rozpromieni twarz,
w oczach zrodzi nowy blask.
Pozbieram wszystkie dobre myśli,
kawałki marzeń i snów,
przegonię smutek, lęk i ból,
wiara doda mi sił,
z nadzieją pójdę,
bo po drugiej stronie tęczy też są drzwi [Iva]*

Czy są jednak te drzwi? Czy istnieje druga strona tęczy? Czy spotkamy tam tych, których chcemy? Czy zdążyliśmy przed ich odejściem powiedzieć im wszystko, co chcieliśmy? Czy zdążyliśmy?

Jan Paweł II w swoim Testamencie napisał piękne słowa: (...) z *możliwością śmierci każdy zawsze musi się liczyć. I zawsze musi być przygotowany do tego, że stanie przed Panem i Sędzią – a zarazem Odkupicielem i Ojcem.*

Czy my zawsze jesteśmy przygotowani na śmierć naszych najbliższych? Czy nie zapominamy jednak o tych, co jeszcze są z nami...?

Wszyscy jesteśmy tak bardzo zajęci sami sobą. Potrzebujemy całego świata wyłącznie dla siebie i całego czasu tylko na swoje sprawy. Tak bardzo, że często nie pozostaje już nic dla innych... rodziny, przyjaciół, znajomych...

Czy mamy więc czas dla tych, co potrzebują naszego słowa, uczucia, naszej obecności, wsparcia, pomocy? Czy potrafimy znaleźć w naszym życiu miejsce dla nich? Czy mamy w tym świecie tylko miejsce dla własnych myśli, działań, swoich celów?

Ksiądz Jan Twardowski pisał: *Śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą zostaną po nich buty i telefon głuchy... Śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą i ci co nie odchodzą nie zawsze powrócą i nigdy nie wiadomo mówiąc o miłości czy pierwsza jest ostatnią czy ostatnia pierwszą.*

Życie, zwykłe życie... Toczy się bezlitośnie, cały czas, bez przerwy...

*Życie nie stawia pytań,
życie po prostu jest...
Czasem zębami zgrzyta,
a czasem łasi się jak pies.
(...)*

*A Ty, który wszystko znasz,
terminy, święta i zagłady,
powiedz nam – jak jest tam,
po tamtej stronie lady?*

(...)

*Życia nie daje nagród,
życie nie daje wiz,
życie to trochę szabru
i bardzo rzadko – czysty zysk*

[Agnieszka Osiecka]

W tym naszym życiu, jedynym deficytowym dobrem jest czas... Czas, który trzeba właściwie wykorzystać... Czas, o którym nam się wydaje, że mamy go wiele... Ale nic bardziej mylącego. Nikt nie dostał i nie dostanie wystarczającej ilości czasu.

A czas goni, czas goni bezlitośnie, jak śpiewała Zdzisława Sośnicka:

(...) Czas nas goni, czas nas goni

Dopada z każdym dniem

Czas nas goni, więc nie spóźnijmy się

Czas nas goni, czas nas goni

Tak krótki, krótki jest rok

Czas nas goni, tylko błysk i mrok (...)

Dopada z każdym dniem

Czas nas goni, więc nie spóźnijmy się

Czas nas goni, czas nas goni (...)

A Czasami trzeba zwolnić tempo życia i usiąść obok, wziąć czyjąś dłoń i zamknąć w swojej dłoni.. wtedy nawet lzy smakują jak szczęście.

W życiu każdego przychodzi taka chwila, kiedy zaczynamy się z czasem liczyć, może nawet bać? Zaczynamy zadawać sobie rozliczne pytania: Czy zdążę wszystko zrobić? Czy uda mi się zrealizować marzenia? Czy los da nam jeszcze jakąś szansę na lepsze dni? Czy zawsze będziemy zdrowi? Czy kogoś nie uraziliśmy? Czy zdążymy przeprosić? Czy zdążymy się spotkać? Czy zdążymy się pożegnać?

Monika Krzemińska-Śluborska, artystka malarka, po śmierci męża napisała taki oto wiersz:

*nie zdążyłam cię przywitać
po za długiej ciszy
spotkanie odłożone na „za tydzień”
teraz muszę odłożyć
na półkę wspomnień*

*nie zdążyliśmy się przejrzeć
 w świeżo zaparzonej kawie
 by obejrzeć film z przeszłości
 i utrwalić kadry wyjątkowe i ważne
 twój czas skończył bez uprzedzenia
 zostawiając niewypowiedziane słowa i niedokończone zdania
 przeszedłeś do świata wypełnionego słońcem
 lecz tylko dla ciebie
 a bliscy zostali tu z mnóstwem uczuć
 w cierpiących sercach
 odszedłeś za szybko
 nikt nie zdążył ci powiedzieć
 jak bardzo jesteś tu potrzebny i ważny...*

Tempo życia, jakie ono jest? Czy dla każdego z nas czas biegnie tak samo? Czy rzeczywiście nasz byt to przelatujące przez palce minuty? Gdzie w tym zagonieniu jest czas na miłość? Gdzie tu jest czas na przyjaźń? Gdzie jest czas dla innych?

Czy należy zwolnić? Czy biec dalej?

Belgijski pisarz Phil Bosmans, tak napisał o tempie życia: *Nie ma zbyt wiele czasu, by być szczęśliwym. Dni przemijają szybko. Życie jest krótkie. W księdze naszej przyszłości wpisujemy marzenia, a jakaś niewidzialna ręka nam je przekreśla. Nie mamy wtedy żadnego wyboru. Jeżeli nie jesteśmy szczęśliwi dziś, jak potrafimy być nimi jutro? Wykorzystaj ten dzień dzisiejszy. Obiema rękoma obejmij go. Przyjmij ochoczo, co niesie ze sobą: światło, powietrze i życie, jego uśmiech, płacz, i cały cud tego dnia. Wyjdź mu naprzeciw.*

Czy my zdążymy wyjść wyzwaniom życia naprzeciw?

Agnieszka Osiecka, w 1996 roku stworzyła przepiękną piosenkę, a za rok zmarła:

*Jeszcze zdążę wam zaśpiewać, opowiedzieć,
 jeszcze zdążę posadzić drzewa cudowne, zielone.
 jeszcze zdążę zapomnieć i wspomnieć, znowu nie wiedzieć...
 I znajdę czas na śmiech, na rozpacz – słowo.
 We mnie tłucze się wiatr i śpiewa róg, posłuchajcie, posłuchajcie,
 litanię dla skowronka już pisze Bóg, posłuchajcie, posłuchajcie,
 już przystanął z ciekawością czas.
 Żegnam was, żegnam was.
 Jeszcze zdążę was przytulić i odtulić,
 jeszcze zdążę otworzyć ściany cudowne w purpurze.
 Jeszcze zdążę zakwitnąć, zaszumieć, znowu się zgubić,*

i znajdę czas na strach i na nadzieje płowe.

*We mnie tłucze się wiatr i śpiewa róg, posłuchajcie, posłuchajcie,
już przystanął z ciekawością czas.*

Żegnam was, żegnam was, żegnam was

To nie śmierć jednak rozdziela ludzi, to brak miłości i życzliwości...

Póki ktoś jest z nami na co dzień, na wyciągnięcie ręki – wydaje się nam taki zwyczajny. Kiedy go obok nie ma, kiedy odejdzie na zawsze, wtedy zastanawiamy się czemu tylu rzeczy nie zdążyliśmy mu powiedzieć...

Czasami nie zdążymy powiedzieć, jak kogoś kochamy, ile mu zawdzięczamy. Nieraz było zbyt mało czasu, by podziękować tej osobie za wsparcie, pomoc, za to że po prostu była obok nas...

To co myślimy, jest mniejsze niż to co wiemy.

To co wiemy, jest mniejsze niż to co kochamy.

To co kochamy, jest znacznie mniejsze niż to co jest.

I właśnie w takim sensie jesteśmy czymś

znacznie mniejszym niż to, czym w istocie jesteśmy

[Ronald Davis Laing]

Za późno dostrzegamy, doceniamy, że ktoś był dla nas naprawdę ważny, jak istotne miejsce zajmował w naszym życiu i sercu.

O tym pisała młoda dziewczyna w swoim liście na łamach Magazynu Akademickiego Politechniki Śląskiej: *Jedna chwila może zmienić... Wszystko. Ten list dedykuję ofiarom, których miłość do jednośladowców była większa niż strach i lęk przed śmiercią... Pisk, trzask, chrzęst gnieczonego metalu i nagła cisza... Jeszcze kręci się koło w pogniecionym sprzęcie... Łzy, smutek, pustka, wielki ból... już go nie ma, był... Kilka sekund i nic... tylko szczątki ścigacza i pełno krwi... W mojej głowie jeszcze nikt nie zdążył tego posprzątać... Straszny widok... Odwaga, a raczej może brawura... Wiedziałam, że to się może tak skończyć... Pamiętam jak dziś, wracałam autobusem do domu... Wyprzedził nas motor... usłyszałam tylko pisk, trzask, straszny huk i tę ciszę – grobową ciszę... Krzyknęłam do kierowcy: „niech się pan zatrzyma”... Wysiadłam... popatrzyłam... łzy napłynęły mi do oczu... Upadłam na kolana... Nie, to niemożliwe, nie, tylko nie Ty... Jak przez mgłę pamiętam to, co mówiłam, a właściwie krzyczałam... Krew, wszędzie krew... biały kask, to byłeś Ty... Pamiętam – podbiegłam do Ciebie, zdjęłam kask... Jeszcze żyłeś... Powiedziałeś trzy słowa: „Kocham Cię, przepraszam”... Wtuliliłam się w Ciebie... Ostatni, zimny pocałunek na Twoich ustach... Nie zdążyłam się pożegnać... „Walcz, żyj dla mnie, dla nas” – prosiłam Cię, szepcząc... Umierałeś, cierpiąc, w moich ramionach, a ja modliłam się przez łzy, żeby pogotowie zdążyło, by mogli Cię uratować...*

Przyjechało za późno... Stwierdzili zgon, napisali: „śmierć nastąpiła o 16:09”... Odszedłeś... Co było potem, nie pamiętam... Bezsilność... Przeźroczyście lzy spływają po twarzy... Bóg zadał cios zbyt dokładny – w samo serce... Pogrzeb... Jasna, brązowa trumna, kwiaty, pełno ludzi, wszyscy szepczą: „był taki młody, to nie powinno się było stać”... Wyrazy współczucia, kondolencje, słowa otuchy... „jesteśmy z Tobą”... Wy tak, ale on już nie... Przed kościołem stało pełno motorów, a ja patrzyłam na nie z nienawiścią, bo to przez nie właśnie już nie ma Cię przy mnie...

Czy spotkają się po drugiej stronie tęczy?

Jak tam jest?

Gdzieś po drugiej stronie tęczy jest kraina, o której słyszałam kiedyś w kołysance. Tam po drugiej stronie tęczy niebo jest błękitne, a marzenia zawsze się spełniają. Pewnego dnia wypowiem życzenie i obudzę się daleko nad chmurami, tam gdzie problemy topią się jak droszki cytrynowe, tam mnie znajdziesz... śpiewała Judy Garland.

Czy ich tam znajdziemy?

Zawsze, gdy odchodzą bliscy, bardzo cierpimy. Ich życie w pewnym momencie zamieniane jest w suche brzmienie nekrologów...

Kto przekazuje wiadomość o śmierci, wydaje się sobie bardzo ważny. Ma poczucie – wbrew wszelkiemu zgoła rozsądkowi – że jest wysłannikiem królestwa zmarłych. Wspólnota wszystkich zmarłych jest bowiem tak potężna, że nawet ten, kto tylko zawiadamia o śmierci, odczuwa to. Ad plures ire znaczyło u Rzymian „umierać” [Walter Benjamin].

Smutne jest, gdy odchodzą nieoczekiwanie i nie możemy się z nimi pożegnać. Gdy umierają długo i w męczarniach, a my musimy patrzeć i czekać na ich śmierć.

Śmierć dla każdego jest nieuchronna.

Śmierć bliskich wywołuje w nas jeden z najtrudniejszych do zniesienia stresów. Czujemy się tak, jak gdyby wraz ze zmarłym odeszła część nas samych. A przecież od dnia narodzin doświadczamy wielu strat: tracimy czas, przyjaciół, pracę, pieniądze. Śmierć, mimo że jest najdotkliwszą z nich wszystkich, pozostaje stratą i tym samym nieodłącznym komponentem życia.

Nieważne, czy śmierć nadeszła nagle, czy długotrwała choroba pozwoliła ją przewidzieć. Zawsze jej nadejściu towarzyszy zaskoczenie i niedowierzanie. Wiadomość o niej wywołuje wstrząs, przed którym człowiek podświadomie broni się, za wszelką cenę próbując oddalić jej realność.

Śmierć zwichnęła mi życie. Na długo. Tylko pozornie młody wiek pozwala o niej szybciej zapomnieć: młodość znieczula miejscowo, ale zadane zgo-

nami rany ropiej. Z wiekiem boli jeszcze bardziej. Przez wiele lat nie rozumiałem tej prawdy. Inaczej: rozumiałem, lecz nie potrafiłem jej wypowiedzieć. Słowa znalazły się same, napłynęły nieoczekiwanie w październiku 1997, gdy szedłem pod słońce. Po raz pierwszy (i jedyny) wyznałem wtedy, że zbyt wczesny atak śmierci przypuszczony na rodziców może zniszczyć życie równie skutecznie, jak matczyzna nadczułość rozciągnięta na wiek męski” [Krzysztof Rutkowski]

Ci, co odeszli żyją jednak w naszych sercach. Na zawsze. Nic i nikt tego nie zmieni.

Oni często wiedzą kiedy odejdą i odchodzą z godnością. Ilona Miler, jedna z pierwszych wolontariuszek gdańskiego Hospicjum Pallottinum, która towarzyszyła chorym, przyprowadzała do hospicjum nowych wolontariuszy, organizowała pierwsze w Gdańsku Pola Nadziei, w pewnym momencie swego życia sama wróciła do hospicjum jako pacjentka. Dziś jej uśmiechnięta twarz pozdrawia wszystkich z plakatów Fundacji Hospicyjnej i z pierwszej strony Gazety Wyborczej z dnia rozpoczęcia akcji „Umierać po ludzku”.

Ilona przed śmiercią przekazała jeszcze wszystkim ludziom najważniejszą rzecz: *radość płynącą z towarzyszenia chorym, radość ze świadomości, że Bóg wybiera nas na swoje narzędzia, by przekazać poprzez nas swoją miłość i że chociaż każdy z nas jest niepowtarzalny i inaczej żyje, to jesteśmy braćmi, bo od jednego Boga wyszliśmy i do Niego wracamy. „Nie bój się. Idź do Światła. Bóg Cię kocha i na Ciebie czeka. Tam jest już tylko szczęście”.*

Według Kriese, moment uświadomienia sobie faktu śmierci bliskiej osoby to początek okresu prawdziwej żałoby, czas ten przypomina pochód procesji z Echernachu – trzy kroki do przodu, dwa do tyłu. Ważna jest świadomość ciągłego poruszania się do przodu oraz świadomość, że mimo samotności można zwrócić się do innych o pomoc.

Każdy człowiek inaczej przeżywa żałobę. Jest to proces jedyny i niepowtarzalny. Zdaniem Ostrowskiej sposób przeżywania zależy od okoliczności związanych ze śmiercią, czynników psychicznych, osobowości pozostałego przy życiu, relacji ze zmarłym, przewidywania śmierci, radzenia sobie z trudnościami. Zależy też od czynników społecznych, takich jak normy, wzorce, system.

Utrata bliskiej, ukochanej osoby powoduje rewolucyjne zmiany w życiu żałobnika. Strata wiąże się nie tylko z odejściem bliskiej osoby, ale i koniecznością zmiany wyobrażeń o własnym życiu.

W XV w., kiedy w Europie wybuchały epidemie zarazy, John Gerson wydał małą ilustrowaną książeczkę *Ars moriendi* (Sztuka umierania).

Był to poradnik napisany z myślą o duchownych, którzy mieli towarzyszyć umierającemu w ostatniej godzinie. Wkrótce powstała również jej popularna wersja, przeznaczona dla szerokiego kręgu odbiorców. Umierający mógł w niej znaleźć pocieszenie, a przeżywający żałobę wsparcie w trudnym procesie powrotu do realiów życia.

„Sztuka umierania” nie propagowała biernej postawy wobec śmierci. Wręcz przeciwnie: przekonywała, że przyjęcie bolesnej prawdy o naszej śmiertelności, o bólu i cierpieniu, które są wpisane w umieranie – jakby paradoksalnie – pozwala zaakceptować życie.

Przed doświadczeniem śmierci nie można uciec, żałobę trzeba przeżyć. Sztuka umierania jest zarazem sztuką życia (*ars vivendi*). Życie trzeba przyjmować w całości; jest w nim miejsce nie tylko na radość i szczęście, ale na cierpienie i śmierć.

Zbigniew Radwański uważa, iż *doznając jakiegokolwiek cierpienia poznajemy samych siebie lepiej, jacy tak naprawdę jesteśmy. W jego opinii cierpienie można znosić różnie. Można się z nim pogodzić, można mieć pretensje do całego świata, można sytuację rozumieć. Można różnie cierpieć, ale najważniejsze jest to, aby cierpieć z godnością. Z głową uniesioną do góry, nawet wtedy kiedy opadła nam ona z braku sił. Bo przecież prawdziwa siła człowieka to nie mięśnie i kości, nie ciało ale duch.*

W cierpieniu nie tylko poznajemy siebie, ale także nasze otoczenie. To jakich mamy przyjaciół. Każdy potrzebuje wsparcia nie tylko ze strony najbliższych, ale także lekarza, psychologa, pielęgniarki, duchownego, znajomych.

Jeden z młodych poetów, o pseudonimie Henkraj, zadedykował swój wiersz, tym o których napisał *którym ufałem i bezinteresownie pomagałem:*

Znaleźć przyjaciela, trudne do spełnienia

Wiem to z autopsji

Mam ich... resztki cienia.

Miałem wielu takich, co sprzyjali w oczy

Byli pełni chęci, niesienia pomocy.

Gdy zaszła potrzeba, każdy się odwrócił

Żeby trud ominąć, w biedzie mnie porzucił.

Generalnie można by powiedzieć, że wszyscy ludzie są podobni do kwiatów, które pragną rozwinąć się z pąka, aby ukazać swoje wnętrze, swoje dobro, swoje piękno. To jednak możliwe jest tylko wtedy, jeżeli tak jak kwiaty zostaną otoczeni światłem i ciepłem.

Świadomość, że jest gdzieś ktoś, kto wyczuwa Twoją obecność mimo dzielącej odległości, lub nie wyrażonych myśli – zamienia tą Ziemię w Raj!

To przyjaciele sprawiają, że czujemy się otoczeni słońcem, którym jest ich ciepłe spojrzenie, życzliwe słowo, przyjazny gest, serdeczny dotyk, uśmiech. Uśmiech, który jest jak ...słońce, które spędza chłód z ludzkiej twarzy...

Prawdziwi przyjaciele są jak *ciche anioły, które podnoszą nas, kiedy nasze skrzydła zapominają jak latać.*

To człowiek człowiekowi jest najbardziej potrzeby do szczęścia [Holback]. Tak jak kwiaty nie zakwitną bez ciepła słońca. Ludzie nie mogą stać się ludźmi bez ciepła przyjaźni.

Szanujmy więc swoich bliskich, swoich przyjaciół, doceniajmy, że są z nami. Stanisław Jerzy Lec napisał: *Trzeba wielu lat by znaleźć przyjaciela, wystraczy chwila by go stracić.*

Nie czekajmy, aż poproszą o pomoc. Wyprzedźmy ich, bo może być za późno....

Trzeba cieszyć się każdą chwilą, jakby była ostatnią...

Dzień kładzie każdy poranek na naszym łożu niczym czystą koszulę; ta nieporównanie delikatna, nieporównanie gęsta tkanina czystej wieszczby leży na nas jak ułat. Szczęście najbliższych dwudziestu czterech godzin zależy od tego, abyśmy budząc się umieli po nią sięgnąć [Benjamin Walter].

Jakże cienka jest granica między życiem a śmiercią... Czym jest więc śmierć? Śmierć jest życiem – życiem po drugiej stronie tęczy:

*Dzielę się z lustrem na dwie połowy
Ja płaczę choć odbicie się śmieje
Za sobą goszczę swój cień nie nowy
A on mi na złość się starzeje
Przecież musi być coś po drugiej stronie tęczy
Cicha miłość mała dróżka z tysiącem poręczy
Przecież musi być gdzieś lustrzane odbicie
Prawdziwe słowa
Przecież musi być coś po drugiej stronie tęczy
Głośny krzyk i echo na tysiąc przełęczy
Przecież musi być cień który ze mną chce żyć
Musi być
Dzielę się z oknem na dwie granice
Barwny świat szarzeje przez szybę zbrudzoną
Próbuję domyć szklane różnice
Lecz one żyją za drugą okna stronę
Przecież musi być coś po drugiej stronie tęczy
Cicha miłość mała dróżka z tysiącem poręczy*

*Przecież musi być gdzieś lustrzane odbicie
Prawdziwe słowa
Przecież musi być coś po drugiej stronie tęczy
Głośny krzyk i echo na tysiąc przełęcz
Przecież musi być gdzieś ktoś kto na mnie czeka
Musi być*

[Witold Jędrzejczak]

A więc do zobaczenia po drugiej stronie tęczy...

Piśmiennictwo

1. Benjamin W.: Ulica jednokierunkowa, Wyd. Sic 1977.
2. Greenler R.: *Tęcze, glorie i halo*, Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 1998.
3. <http://gosfiz.w.interia.pl/tecza.html>
4. <http://hagal.pl/tworczosc/poezja/tomik-6/tecza-mieszka/>
5. <http://mateusz.pl/list/0411-dziedzic.htm>
6. <http://twojepiosenki.pl/lyric.php?id=173824>
7. http://www.atmosphere.mpg.de/enid/3_S_o_ce_i_chmury/-_T_cza_47j.html
8. <http://www.fenomen.gliwice.pl/art.php?nr=17&art=36>
9. <http://www.hospicja.pl/akcje/article/8214/8232.html>
10. <http://www.mojagaleria.com.pl/index.php>
11. <http://zbigniew.wordpress.com/2006/12/24/rozdzial-zamkniety/>
12. Keirse M. Piętno smutku. Polskie Wyd. Encyklopedyczne, Radom 2005.
13. Księga Rodzaju, rozdział 8, wersety od 9, tłumaczenie za Biblią Tysiąclecia.
14. Ostrowska A. Śmierć i umieranie. Almapress, Warszawa 1991.
15. Rosiewicz M., Buczkowski K.: Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby – rola lekarza rodzinnego, Pol. Med. Palt., 2006, 5, 21–29.
16. Rutkowski K.: Książę bezdomny, Wyd. UMCS 1999.

Renata Świdarska

Śmierć jako próba wielkiej miłości

...dziękuję mamo, że zaczekałaś...

W chwili śmierci osoby bliskiej przeplata się nam przed oczami film, klatka za klatką, dzień po dniu... chwila po chwili i bywa tak, że coś umknęło, że coś nie zostało powiedziane, czegoś nie zrobiliśmy... czegoś zabrakło i żal się budzi w nas, że zabrakło już czasu, zabrakło czasami tej sekundy. Tymczasem naprawdę wykorzystano wszelkie możliwości, wszelkie sposoby... każda chwila życia była bardzo owocna, wypełniona po same brzegi. W momencie śmierci trudno jest powiedzieć i nawet pomyśleć o tym, że jesteśmy dumni z tego, iż byliśmy córką, czy synem swej mamy, czy rodzicem naszego dziecka, bo jakże tu można mówić o dumie, jak łyż się cisną w oczy, jak serce pęka z żalu. A jednak... Stojąc nad trumną swej córeczki byłam szczęśliwa, choć trochę mogłam być jej mamą..., tyle piękna wniosła w me życie i obdarowywała każdego miłością. I to, co mogłam jej dać, to dałam. I ten sen... kiedy mi dziękuję, kiedy całuje mnie w policzek... choć to sen to jednak wiem, że byłam dobrą mamą.

Bez miłości nic nie jest możliwe, a z miłością wszystko...

Tracimy kogoś bliskiego. Odchodzi ktoś z kim byliśmy tyle lat, a może kilka chwil. Odchodzi nie tylko dorośli, odchodzą również dzieci. Odchodzi ktoś, kogo bardzo kochałeś. Zadajesz sobie pytanie „dlaczego?”. Ogarnia Cię rozpacz. Masz żal do Boga, że odebrał Ci ukochaną osobę. Ale czy masz mieć ten żal do Niego? Czy masz się od Niego odwrócić? – NIE. Zbudowałeś zamek. Ktoś chciał, żeby ten zamek stał, bo jest piękny. Ty go zburzyłeś. Zburzyłeś, bo był Twoją własnością. Bo Ty go zbudowałeś. I miałeś prawo go zburzyć. Tak samo i my. I nasze życie. Jest własnością Boga. My jesteśmy Jego własnością i może nas powo-

łać do siebie kiedy zechce... Tak jak Ty możesz zburzyć swój zamek. On wie najlepiej co robić – nie Ty. Owszem pozostaje w sercu smutek. Pozostaje żal i tęsknota. Ale niech ten żal będzie za tą osobą. Niech nie będzie żalem do Boga. A czy wiesz, że kiedyś znowu będziesz z tą osobą? Tak jak Pan Bóg daje nam życie i odbiera, tak daje nam życie wieczne w swoim domu. Ale czy trafimy do tego domu, czy spotkamy osoby, które kochaliśmy? Zależy tylko od nas samych. One odchodząc muszą pokonać pewną drogę do tego domu, do ogrodu, jaki Pan otwiera przed nami. Ale kiedy tam dotrą, jak długa będzie ta droga zależy od nas. Od tych, co pozostają. Popadając w rozpacz wydłużamy im tę drogę. Jedna łąza rozpaczy to jak setki kilometrów drogi. Jedna krótka modlitwa skraca im drogę o te setki kilometrów. To Ty musisz wybrać, czy chcesz wydłużyć im tę drogę, czy chcesz skrócić. Wybierz mądrze!

Marek... stracił kogoś bardzo bliskiego. Ukochaną osobę. Ukochaną córkę. Był w rozpacz, wszystko stało się obojętne nawet były momenty, że i własne życie. I w chwilach rozpacz w pierwsze Święta Bożego Narodzenia po wypadku i śmierci Lilii miał sen. Lila w pięknej sukience. W ogrodzie pełnym zieleni i kwiatów biegająca i radująca się. Podbiega do Marka i mówi: *Tatusiu czemu płaczesz? Ja żyję i jestem szczęśliwa.* I kiedy znów przyszedł kryzys i czarna rozpacz, znowu miał sen. Marek idzie po łące pełnej zielonej trawy i kwiatów. W oddali widzi ładny domek. Z tego domku wybiega Lila radośnie podskakując i nucąc wesołą piosenkę. Podbiega do Marka i mówi: *Tatusiu czemu znów rozpaczasz. Mówiłam Ci już, że ja żyję. Żyję i jestem tu szczęśliwa.* Marek przestał rozpaczać. Po pewnym czasie Lila przyśniła mu się znowu. Był to sen, ale bardziej przypominający jawę. Marek znajduje się w ogrodzie. Ogrodzie, jakiego nigdy nie widział. Staw, po którym pływają łabędzie, ptaki, zwierzęta, rośliny. Nad stawem ławeczka, jak hamak, dalej dom – pałac. A wszystko tak cudowne, tak kolorowe, że aż trudne do opisanie. I na ławeczce ukochana istota, jego Lila w precudownej białej sukni i cudownie wyglądająca, bawi się w ogrodzie z dziewczynką też cudnej urody. Nad nimi cudnie śpiewają ptaki, zwierzęta same podchodzą do rąk. Marek przebywa jakiś czas w tym ogrodzie, w końcu mówi do Lilii, że muszą wracać do domu. Opuszczają ogród. Wracają. Wchodzą na ulice miasta i wtedy Lila zaczyna zwalniać, zatrzymuje się i mówi, że nie może wrócić do domu i nie chce, bo jej nowym domem jest dom w ogrodzie. Zaczyna uciekać przed Markiem mimo, że ten próbuje ją dogonić i są momenty, że już dogania, coś zawsze staje na drodze. Po wielu trudach

dociera jednak do ogrodu i do domu. Drzwi otwiera mu Pani. Marek wyczuwa w Pani Matkę. Pyta się o Lillę. Pani mówi: *Lila pije w swoim pokoju herbatę*. Kiedy Marek chce wejść, Pani bardzo delikatnie zatrzymuje go i mówi: *Jeszcze nie. Jeszcze nie czas, bo pokoje nie wszystkie są gotowe*. Marek budzi się...

...Miłość mi wszystko wyjaśniła, Miłość wszystko rozwiązała...

Magda... Adoptowałam Maleńką. Zrobiłam to, gdy dowiedziałam się o jej istnieniu. Właściwie to powinnam napisać: gdy dotarło do mnie to, co opowiedział mi mój Ukochany. Ojciec dziecka, które zmarło kilka lat temu. Dziś miałyby niecałe 4 lata... Nie ma jej. Jej pojawienie się było równie nagłe jak jej odejście.

Ojciec... który tracił bliskie osoby, jedną po drugiej. SAM. Banalne słowo na trzy litery... Słowo zawierające kosmos przerażenia, smutku i brak poczucia bezpieczeństwa...

Ojciec... *Trzymałem ją na rękach przez pięć minut...* powiedział patrząc w kufel z piwem. Patrzyłam na bursztynowy kolor płynu, bąbelki gazu pływające beztrudnie i słuchałam... trzymałem ją na rękach pięć minut, a potem kazał mi wyjść... powtórzył... i próbowałam zrozumieć, co on u licha ma na myśli?

Nie patrzył mi w oczy. Bał się. *Dlaczego wcześniej mi tego nie powiedziałeś? ... Bałem się...*

Przytuliłam go mocno, bo tylko tyle mogłam zrobić. Chaos myśli pulsował gdzieś tam we mnie, ale jedna ostra strzała przebijała się przez tysiące zaskoczonych pytań: jedna pewność. To jego dziecko, więc je po prostu trzeba pokochać.

...przyszedł mi wtedy do głowy cytat z Karola Wojtyły, słowa, które bardzo często do mnie powracają...

...Miłość mi wszystko wyjaśniła, Miłość wszystko rozwiązała...

Gdy on poszedł do pracy, siedziałam przy komputerze i przeglądałam strony poświęcone dzieciom, które zmarły tuż po urodzeniu. Coś we mnie drgnęło... On nie ma nawet jednej fotografii tego dziecka. Nawet nie wie, gdzie jest jej grób. Może tak ma właśnie być... Czy mam jej szukać? Na własną rękę?

Ale czy mam do tego prawo? Czy mam moralne prawo wdzierać się w jego strefę intymności, wspomnień, bólu?

A więc mamy dramat. Dramat rozgrywa się na scenie, skąpanej

w półmroku. W mroku tonie Kobieta – Matka, jej twarz, widzę tylko zarys czarnych włosów i pleców. Pozuje na pewną siebie, emanuje tą pewnością siebie, dojrzałością. Gdzieś tam wyczuwam złość. Na Niego, na siebie samą. Na świat.

Ojciec Dziecka stoi pośrodku. Niepewnie, ręce trzyma w kieszeni. Szczupłe ramiona są lekko przygarbione... Pół jego twarzy jest przykryte cieniem. Wygląda młodo, jeszcze dziecinnie, bezbrinnie i krucho. Gdzieś tam w półcieniu kołyska...

I ja, stojąca z boku, z drugiej strony sceny. Oddalona od nich metrami parkietu patrzę, słucham, próbuję dostrzec jakiś sens tego, co widzę. Powiązać, odgadnąć zamiary, upewnić się...

Nie ma pewności. Nie ma nic....

Paranoja?

Moja niespokojna natura domaga się odpowiedzi na pytania, które są pozostawione bez odpowiedzi. I tak pewnie zostanie. Więc idziemy na cmentarz pod Krzyż, gdzie palą znicze tym, których nie mogą osobiście odwiedzić. Albo tym, którzy grobów nie mają... palą i myślą o nich, o sobie. Ciepłe płomyki świec rozgrzewają zmarznięte końcówki palców... Ten niepowtarzalny klimat tego dnia rozgrzewa serce, dodaje otuchy...

Maleńka, myślę, zapalając znicz, to dla Ciebie, Aniołku... Maleńka, mówię do niej spacerując powoli aleją cmentarną...

Ty mnie jeszcze słońce nie znasz... chcę pokochać i Ciebie, Maleńka...

To nie jest trudne, pokochać Dziecko, którego na co dzień nie ma. To jest trudne, pokochać Dziecko, którego matką jest inna kobieta.

...Dlatego uwielbiam tę Miłość, Gdziekolwiek by przebywała...

Żołnierz przybył z frontu do umierającego ojca. Zrobiono dla niego wyjątek, ponieważ był jedynym krewnym, jakiego ojciec posiadał.

Gdy wszedł na oddział intensywnej terapii, nagle zobaczył, że na wprost przytomny potężny człowiek podłączony do kroplówki, nie jest jego ojcem. Ktoś popełnił straszny błąd i wezwał nie tego człowieka, co potrzeba.

– „Ile ma przed sobą życia?” – spytał żołnierz lekarza – „Nie więcej niż kilka godzin. Zdążyłeś na czas”.

Żołnierz pomyślał o synu umierającego, walczącym Bóg wie gdzie, tysiące mil od tego szpitala. Pomyślał o starym człowieku, którego trzymała przy życiu, nadzieja ujrzenia syna po raz ostatni przed śmiercią... i zdecydował się... Pochylił się, wziął rękę starego w swoje dłonie i rzekł miękko:

– „Tato, jestem przy tobie. Wróciłem”.

Umierający złapał rękę żołnierza. Jego niewidzące oczy otworzyły się, aby

spojrzeć wokół, uśmiech zadowolenia pojawił mu się na twarzy i pozostał na niej, dopóki nie umarł godzinę później. (Autor nieznan)

Śmierć – ostatni element ziemskiego bytowania...

Dla wierzących początek pewnej drogi, dla innych definitywny koniec. Czymkolwiek jest dla człowieka, związana jest z ludzkością i zawsze będzie, aż do końca świata, który według wiary będzie początkiem... Początkiem czegoś, czego nie rozumiemy i nie jesteśmy w stanie teraz poznać.

W każdej chwili na świecie umiera istnienie ludzkie, umiera na tysiące sposobów. Odchodzi samotnie, w bólu w wojnach, wśród rodziny lub też w otoczeniu wrogów... Można by tak wymieniać w nieskończoność rodzaje śmierci, a i tak nie jesteśmy w stanie wykonać tego do końca.

Zatem śmierć jest, była i będzie... Inaczej mówiąc jest nierozzerwalna z człowiekiem, jest wszak wydarzeniem, które zawsze nastąpi. Kontynuując wątek – śmierć jest normalnym i powszechnym zjawiskiem naszej egzystencji. Jest powszechna... to dobre i proste określenie, bez zagłębiania się w jej filozofię, przyczyny, czy też skutki.

Powszechność – określenie wynikające ze zwykłej obserwacji życia, a raczej jego końca. Określenie dobre, ale zadać pytanie sobie należy, czy słuszne. Jeśli spojrzymy na to z punktu widzenia teoretycznego, czy medycznego, odpowiedź nasunie się niejako sama – będzie potwierdzeniem powszechności śmierci. Zatem pytanie drugie, czymże jest powszechność? Odpowiadając każdy powie, że to coś, co jest szeroko dostępne i codzienne, jak powiedzmy gazeta w kiosku ruchu. Tutaj dochodzimy do sedna całej sprawy – umieranie stało się powszechnym zjawiskiem, jak codzienna gazeta. Umieranie jest medyczną informacją, medialną wiadomością (aczkolwiek nie zawsze sensacją)... Jest wpisem na akcie zgonu. Wobec śmierci powoli stajemy się w pewien sposób nieczuli. Traktujemy ją jako normalne zjawisko-skutek choroby, zesterzenia, wypadku, ofiary morderstwa itd. Jakże często wręcz przechodzimy obok niej, wcale jej nie dostrzegając. Nie widzimy, że za nią kryje się czyjś ból, rozpacz, rodzinny dramat, ludzkie ły. Nie dostrzegamy matki, czy ojca tracącego dziecko, nie dostrzegamy syna, czy córki opłakującej rodzica. Śmierć po prostu jest i będzie, wszak każdy z nas musi umrzeć. To samo dotyczy mediów, czy szczegółowych informacji związanych właśnie ze śmiercią. Wszystko jest przekazane z detalami, jak doszło do odejścia człowieka, na skutek wojny, głodu, choroby czy katastrof. Wyłączamy potem, np. telewizor i na tym koniec. Śmierć stała się powszechna w całym rozumieniu tegoż słowa.

Jesteśmy ludźmi, homo sapiens, czyli istotą rozumną i uczuciową, najwyżej rozwiniętą i inteligentną jednostką na ziemi, lecz powoli dążymy do przededefiniowania tegoż pojęcia. Stajemy się bardziej inteligentni i rozwinięci, lecz niestety gubimy gdzieś po drodze uczucie – MIŁOŚĆ, czyli duchowy fundament naszego człowieczeństwa. By wytłumaczyć tę przemianę nazywamy ją fałszywie definicją postępu. Postęp to nowość, coraz bardziej wyrafinowana technika we wszystkich dziedzinach nauki i życia. O tyle, o ile postęp jest czymś wspaniałym i dobrym (w większości przypadków), to nie powinien on wkraczać w naszą sferę duchową, czyli uczucia, miłość, nasze człowieczeństwo. Powoli, zaślepieni fałszywym twierdzeniem tniemy gałąź, na której spoczywa cała ludzkość. Narzędziem tnącym jest między innymi postrzeganie śmierci, jako powszechnego zjawiska, które zawsze będzie istnieć, z tą tylko różnicą, że staje się ona tylko zjawiskiem i niczym bardziej głębszym... Stajemy się wręcz decydentami życia i śmierci, sami tworzymy sobie terminy, kiedy chcemy żyć, a kiedy odejść całkowicie, pomijając lub skracając do minimum chwile odejścia, nie angażując w to uczuć. Pomija się fakt, iż śmierć to próba naszej miłości, wielkiej miłości. Chwila odejścia człowieka dla niego samego jest końcem, walką z samym sobą, walką z pragnieniem życia lub odwrotnie pogodzeniem się z tym, iż nadszedł ten czas. Odejście to ból i rozpacz, to pustka wewnętrzna bliskich osób, niejednokrotnie to także pewien koniec tej drugiej osoby. Odejście, to krwawa rana w sercu matki, ojca, córki, czy syna. Śmierć kogoś bliskiego, to tak bardzo głębokie przeżycie, że pozostaje z nami już do końca tym razem naszego życia.

Obok śmierci kogokolwiek nie można przejść obojętnie, gdyż w pewnym momencie gdzieś stracimy część nas samych, stracimy część naszego człowieczeństwa.

Przykładów można by mnożyć, tak samo, jak i przyczyn śmierci, lecz warto coś w nas samych zmienić, by nie ulec owemu fałszywemu pojęciu postępu, by nie ulec pewnej obojętności, która stopniowo będzie nas zatracać. Każdy z nas jest człowiekiem i aby nim pozostać, lecz pozostać TAK NAPRAWDĘ, musimy zauważać drugiego człowieka. Musimy ukazywać sobie nawzajem ludzką twarz i serce.

Pojęcie godnej śmierci nie może być zakłamanie. Nie możemy pod przykryciem humanitaryzmu stawać się decydentami życia i śmierci. Nie możemy także przechodzić obok krwawiącego z bólu serca. Nie możemy ominąć łóżka samotnej osoby, która umiera. Nie możemy w końcu zasłaniać uszu, by nie słyszeć rozpacz.

Zachowajmy nasze człowieczeństwo przed marazmem i obojętnością. Spróbujmy zachować się jak ten żołnierz, który omyłkowo znalazł się w szpitalu. Okażmy wielką miłość wobec drugiej osoby, by potem samemu jej doświadczyć. Bądźmy jak Magda, zdolni do miłości tak trudnej, do duchowej adopcji dziecka. Umiejmy dobrze wybrać drogę, tak jak Marek. Stańmy na straży prawdziwie godnej śmierci. Wśród otoczenia kochających osób. Wśród ciszy i głębi tajemnicy odejścia. Sprawmy, aby śmierć stała się częścią miłości. Podajmy pomocną dłoń, ludzką dłoń potrzebującym. Znajdźmy czas na to, BY BYĆ – BYĆ CZŁOWIEKIEM. Bez względu na to, w co wierzymy, bez względu na to, kim jesteśmy. Okażmy się ludźmi, by w pełni zasłużyć na owe miano.

Nie bój się, gdy umrzesz w drzwiach do Krainy Życia – szeptał Anioł Śmierci – tak się urodzisz na zawsze...

...zabrakło słów, zabrakło kilku zdań, aby zakończyć to, co wcześniej zostało powiedziane... O śmierci, o Miłości można mówić wiele, mówić długo, mówić pięknie, ale można też i milczeć.

Śmierć zamyka w sobie piękno, jest jak pączek róży, co rozkwita swym blaskiem o świcie, kiedy budzi się dzień...

Kochani, zakończę to słowami pewnej piosenki...

Powiedz mi, że nie boisz się, musisz to powiedzieć, bym już nie martwiła się powiedz, że znalazłeś szczęście, którego brakło tu, że co noc kołyszysz mnie szepcząc mi bajki do snu choć tak bardzo brak mi Ciebie ja wierzę, że spotkamy w Niebie się...

Ewa Wiśniewska¹, Ewa Sendecka²
Małgorzata Marcysiak¹

Oblicza śmierci

Śmierć zmienia maski i szaty
częściej niż kapryśna aktorka

Theophile Gautier

Śmierć jest największym pewnikiem w życiu człowieka. To, że ona nastąpi. Natomiast moment śmierci, jej okoliczności są dla człowieka tajemnicą, zaskoczeniem, niewiadomą lub oczekiwaniem. „Większość ludzi umiera pięknie. Natura jest łaskawa dla uprzywilejowanych, którzy umierają we własnym łóżku ze starości” [1]. Rzeczywiście naturalna śmierć w okresie starości, po życiu spełnionym, jest najlepszym scenariuszem końca życia. Niestety, czasami śmierć przychodzi nagle, tragicznie, przypadkowo, za wcześnie...

Dlaczego tak? To są pytania, na które nie potrafimy z własnej perspektywy znaleźć odpowiedzi.

W momencie śmierci ludziom towarzyszą różne emocje. Są to nie tylko emocje negatywne – żalu, smutku, buntu czy rozgoryczenia. Czasami ludzie umierają pogodzeni z losem, z dumą, w poczuciu szczęścia lub dobrze spełnionego obowiązku, a nawet z poczuciem humoru. Jules Renard, filozoficznie stwierdził: „Sama śmierć to za mało. Trzeba umrzeć w dobrym momencie”.

Maria Antonina umierała „uprzejmie” przepraszając kata, który za chwilę ściął jej głowę za to, że przypadkiem trąciła jego nogę – „Proszę mi wybaczyć nie zrobiłam tego rozmyślnie”. Królowa Francji Maria Teresa, przed śmiercią, świadoma tego, co nastąpi powiedziała: „Oto jedyny szczęśliwy dzień w moim życiu”.

¹ Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

² mgr pielęgniarstwa, specjalizacja I^o z medycyny społecznej, specjalizacja II^o z organizacji ochrony zdrowia, nauczyciel akademicki WOZ PWSZ, zmarła dn. 21.10.2008 r. z powodu choroby nowotworowej

Cesarzowa Austrii Maria Teresa (zm. 1780 r.), na pytanie, czy źle się czuje odpowiedziała: „Dość dobrze by umrzeć”. Śmierci może towarzyszyć też poczucie spełnienia. Michaił Bacunin – rosyjski rewolucjonista (zm. 1876) w obliczu śmierci wypowiedział takie słowa: „Nic mi już nie potrzeba. Moja misja skończona” [2].

Niekiedy śmierć była związana z dziwnymi przypadkami. Wielokrotny zwycięzca olimpiad Milon z Krotonu (zm. około 512 r. p.n.e.) uważał się za niepokonanego w walce. Chcąc sprawdzić swoją siłę, postanowił rozerwać pień drzewa na pół, ale zabrakło mu sił i dwie części drzewa zamknęły mu się na rękach. Uwięziony w ten sposób, padł ofiarą dzikich zwierząt [2].

Isadora Duncan, amerykańska tancerka, twórczyni tańca nowoczesnego, zginęła w niecodzienny sposób we wrześniu 1927 r. Śmierć nastąpiła w czasie przejażdżki z pracownikiem salonu samochodowego odkrytym autem bugatti, który chciała kupić. Zmarła uduszona przez szal, który miała na ramionach i który dostał się w koła samochodu [2].

Poruszająca jest historia Rasputina, rosyjskiego mnicha i awanturnika, który został otruty, zastrzelony i na koniec utopiony. W wyniku intrygi politycznej przeciwko jego życiu na biesiadzie u księcia Feliksa Juspułowa, podano mu zatruty napój i ciasteczka przyprawione cyjankiem potasu. Zniecierpliwieni spiskowcy wobec doskonałego samopoczucia gościa, strzelili mu w plecy. To jednak było za mało. Pół godziny później mnich ożył. Otrzymał kolejną porcję strzałów i został brutalnie pobity. Na koniec spiskowcy zaszyli ciało w prześcieradło i utopili w Newie. Okazało się, że Rasputin przeżył cyjanek, rewolwerowe strzały i bicie, a do wody wrzucono go, gdy jeszcze żył. Udało mu się wyswobodzić jeszcze jedną z rąk [2].

Czasami pewne wydarzenia odległe w czasie miały wpływ na okoliczności śmierci. Przykładem może być postać **Juliana Ordona**, którego walka w obronie Warszawy w 1831 r. została uwieczniona w wierszu Adama Mickiewicza Reduta Ordona. Ordon nie zginął w walce, jak mówi o tym wiersz. Po upadku powstania wyjechał do Szkocji, później brał udział w walkach wyzwoleniczych Włoch. Legenda mickiewiczowska ciągle mu towarzyszyła i ciężar tego niespełnionego mitu był prawdopodobnie przyczyną samobójczej śmierci Ordona. Ciągłe pytania rodaków na obczyźnie, dlaczego żyje i jak to się stało, że nie zginął były dla niego trudne [2].

Czasami zdarzało się, że po śmierci ciała ludzi długo nie mogły znaleźć spokoju. Losy zwłok kontrowersyjnej, uwielbianej i znienawidzonej



Julian Ordon



Eva Pero'n

żony przywódcy Argentyny **Evy Pero'n** (zm. 1955 r.) przez wiele lat były nieznane.

Nawet po śmierci dla rządzących, wydawała się być niebezpieczną. Wywiad wojskowy chcąc zatrzeć ślady, polecił wykonanie 6 identycznych trumien i każdą z trumien powierzono 6-osobowej grupie. Nikt z nich nie wiedział, w której trumnie znajdują się zwłoki. Następnie trumny rozwieziono po całym świecie: jedna trafiła do Afryki, inna do Rio de la Plata, trzy zakopano w różnych częściach Argentyny. Szósta zawierająca zwłoki Ewity przewieziono do Europy, gdzie pochowano na mediolańskim cmentarzu Maggiore pod zmienionym nazwiskiem.

W 1971 r. tajemnica wyszła na jaw i zwłoki przewieziono do Madrytu, gdzie przebywał na wygnaniu Pero'n. Gdy Pero'n ponownie objął władzę, zwłoki wróciły do Argentyny w 1973 r. Pochowano ją obok męża, który wkrótce zmarł, w krypcie prezydenckiej rezydencji Olivos. Jednak kolejny rząd w 1976 r. wyrzucił Pero'no'w z krypty prezydenckiej. Szczątki Ewity oddano rodzinie, która złożyła je na cmentarzu Recoleta [2]. Pośmiertna wędrówka Ewity na miejsce wiecznego spoczynku trwała 21 lat.

Zatrzymajmy się dłużej przy okolicznościach śmierci kilku znanych osób, którzy stworzyli dzieła dające im „nieśmiertelność”, dzięki którym żyją w pamięci wielu pokoleń.



Molier

Jan Baptysta Poguelin pseudonim **Molier** (1622–1673) najwybitniejszy francuski komediopisarz, aktor, dyrektor teatru. W komediach odznaczających się różnorodnością i najwyższymi wartościami artystycznymi, przedstawiał satyryczny obraz francuskiej obyczajowości. W *Pociesznych wykwintnisiach* ośmieszał salonową przesadę, w *Szkole mężów*, *Szkole żon* niezrozumienie życia rodzinnego, w *Świętoszku* hipokryzję i zakłamanie, w *Mizantropie* pogardę ludzi bogatych wobec uczciwych i prostolinijnych, w *Skąpcu* manię gromadzenia bogactw. Za to był uwielbiany i znienawidzony [3]. Fascynacja teatrem rozpoczęła się od obserwacji teatrów ulicznych. Odmówił przejęcia po ojcu zawodu tapicera i stanowiska dostawcy królewskiego i w wieku 21 lat założył teatr objazdowy. Rodzina starała się odwieść go od pomysłu wykonywania zawodu, który w tamtych czasach uważany był nie tylko za niegodny, ale też objęty ekskomuniką. Jednak „jego miłość do teatru uniosła go ponad wszelkie inne racje”. Aktem notarialnym zrezygnował z prawa dziedziczenia godności tapicera królewskiego i poprosił, aby ojciec przelał je na dzieci. Po kilkunastu latach pracy w objazdowym teatrze osiadł w Paryżu. Po sukcesach komedii *Pocieszne wykwintnisie* uzyskał aprobatę króla Ludwika XIV, co pozwoliło mu prowadzić działalność na terenie Paryża. Odwaga i ostrość spojrzenia pióra Moliera często była przyczyną skandali, jednak pozy-

cja teatru królewskiego i sympatia króla pozwalała mu wychodzić cało z opresji. Molier „zmarł na scenie”, która była jego całym życiem 17 lutego 1673 r. Było to tuż po przedstawieniu sztuki *Chory z urojenia*. Będąc śmiertelnie chory, grał rolę chorego Argona. W dniu śmierci był bardzo osłabiony chorobą i przygnębiony z powodu rocznicy śmierci Magdaleny Bejart, wieloletniej przyjaciółki i towarzyszki wędrownego życia. Przyjaciele chcieli nakłonić go do odwołania spektaklu, ale nie pozwoliła mu na to odpowiedzialność za członków trupy: „Wyrzuciłbym sobie, gdyby choć jednego dnia nie dał im chleba, skoro mogę go im zapewnić”. Przed spektaklem powiedział do żony: „Jak długo w moim życiu przeplatały się radość i ból czułem się szczęśliwy; ale dziś, kiedy zewsząd opadły mnie troski, nie mogę już liczyć ani na odrobinę satysfakcji, ani na niczyją dobroć, widzę, że trzeba wycofać się z gry: nie podołam dłużej stać czoła bólowi i zgryzotom, nie dającym ani chwili wytchnienia. Ależ ile trzeba się wycierpieć, nim się umrze. Czuję wszakże, że zbliża się kres”. Powodem rozgoryczenia była niełaska króla w którą popadł oraz kłopoty małżeńskie wynikające z krążącej plotki o jego związku kazirodczym. Żoną Moliera była Armanda siostra lub jak niektórzy biografowie twierdzą córka Magdaleny Bejart. Na scenie grał z dużym wysiłkiem; w finałowej scenie poczuł się bardzo źle. Starł się zamaskować to śmiechem, lecz publiczność to jednak spostrzegła. Zmarł kilka minut później po zakończeniu spektaklu w obecności tylko sąsiada i dwóch zakonnic (Molier udzielił gościny siostrze klaryskom, które przybyły do Paryża kwestować w okresie Wielkiego Postu). Zmarł bez sakramentów świętych, ponieważ przepisy paryskie w tym czasie zakazywały udzielania komunii osobom, które prowadziły życie godne napiętnowania, m.in. aktorom, lichwiarzom i czarownicom. Żaden aktor nie mógł mieć ostatniego namaszczenia, jeśli wcześniej nie wyparł się swojego zawodu. Ekskomuniką objęte były także osoby, które pracowały dla teatru, np. bileterzy, osoby rozklejające afisze (ekskomunika nie obejmowała tylko śpiewaków operowych). Aktorzy, z uwagi na rozwiązłe życie i specyfikę pracy w teatrze, byli uważani przez niektórych za „publicznych trucicieli”, a sam Molier za „diabła wcielonego a przebranego za człowieka”. Brak sakramentów świętych oraz fakt, że był autorem *Świętoszka* i *Don Juana* – sztuk, które wywołały skandal w ówczesnym Paryżu, spowodowały brak zgody na pogrzeb w katolickim kościele. Jego żona Armanda szukała protekcji w tej sprawie u arcybiskupa Paryża i samego króla. W wyniku tego pozwolono na pochówek w poświęconej ziemi, ale w godzinach nocnych i bez nabożeństwa. Ciało Moliera nie było wystawione w kościele, a w ak-

cie zgonu nie figurują świadkowie, którzy podczas nabożeństwa składali podpisy. W akcie napisano, że Molier był tapicerem i pokojowcem króla. Trumna była przykryta kapą cechu tapicerskiego. Pomimo tego, że były to godziny wieczorne (21 lutego 1673 r. około godz. 21) w pogrzebie uczestniczyło wiele osób, przyjaciele, aktorzy, a także ciekawscy i wrogowie. Chcąc wyciszyć emocje tłumu, który zebrał się pod domem, żona Moliera przez okno wyrzuciła pieniądze. Moliera pochowano na cmentarzu przy parafii św. Eustachego. Jest wiele niejasności, jeśli chodzi o to, co się później działo ze szczątkami aktora. Jedną z teorii głosi, że niedługo po pogrzebie ciało jego przeniesiono pomiędzy noworodki urodzone martwo i dzieci zmarłe bez chrztu. Po latach Francuzi chcieli uhonorować wielkiego twórcę i przenieść jego szczątki do grobowca. Okazało się, że nie można odnaleźć grobu Moliera. Prawdopodobnie przypadkowe kości zebrano w 1782 r. Były one wielokrotnie transportowane i dopiero w 1817 r. odzyskały spokój. Złożono je na cmentarzu Pere-Lachaise w Paryżu [4].



Aleksander Puszkina

Do historii przeszły również okoliczności śmierci wielkiego rosyjskiego poety i dramaturga **Aleksandra Puszkina**. Zmarł 10 lutego 1837 r. w wieku 38 lat w wyniku śmiertelnej rany odniesionej w pojedynku, który odbył się 3 dni wcześniej. Przyczyną pojedynku była adoracja jego żony Natalii, przez francuskiego emigranta służącego w armii rosyjskiej

Georges'a d'Anthe'sa. Przypuszcza się jednak, że pojedynek był prowokacją polityczną skierowaną przeciwko Puszkiniowi. Obaj mężczyźni w wyniku pojedynku zostali ranni; dla Puszkina jednak rozległa rana jamy brzusznej była śmiertelna [5]. Agonia, w ogromnym cierpieniu trwała 2 dni. Świadkowie twierdzą, że Puszkina z powodu bólu chciał popełnić samobójstwo. Przed śmiercią wybaczył rywalowi, a żonę poprosił, aby zachowała żałobę po nim przez 2 lata. W ostatnich chwilach życia, leżąc w swoim gabinecie pośród książek, żegnał się ze swym księgozbiorem mówiąc: „Żegnajcie przyjaciele”.

Ostatnimi słowami, jakie wypowiedział było: „Życie się skończyło... życie się skończyło... Trudno mi oddychać... coś mnie przygniata”. Pogrzeb odbył się w sposób nietypowy, ponieważ władze bały się manifestacji podczas pogrzebu poety znanego z liberalnych poglądów. Trumnę przewieziono na cmentarz w saniach przykrytych słomą i złożono je bez żadnej ceremonii [2].

W tym samym roku inny rosyjski poeta i pisarz Michaił Lermontow napisał wiersz *Śmierć poety*, za co został skazany na zesłanie na Kaukaz. W wierszu tym oskarżał koła polityczne Rosji o śmierć Puszkina:

„Kaci! Pod stropy prawa kryjecie się w czas,
Przed wami sąd i prawa – niechaj milczą!
Lecz jest, jest boży sąd, gachy rozpusty! Jest
Sędzia straszliwy i on czeka,
niczym dlań złota brzęk i próżny gest,
Z góry zna każdą myśl i czyn człowieka,
I wtedy wy będziecie już za darmo
Złorzeczyć mu po wszystkie dni
I nie zmyjecie już krwią waszą wszystką czarną
Poety sprawiedliwej krwi!”

Podążając śladami wielkich ludzi zatrzymajmy się przy postaci **Jan Sebastiana Bacha** (1685–1750). Kompozytor ten pożegnał się z życiem utworem w treści nawiązującym do śmierci. Kilka dni przed śmiercią poddyktował swojemu zięciowi chorał na organy *Panie, oto stoję przed Twym tronem*. W agonii szeptał słowa: „Wreszcie usłyszę prawdziwą muzykę”. Zmarł w wyniku wylewu krwi do mózgu 28 lipca 1750 r. w otoczeniu rodziny. Został pochowany na cmentarzu kościoła pod wezwaniem świętego Jana w Lipsku. Sześćdziesiąt osiem lat po jego śmierci wielbiciele jego muzyki chcieli postawić mu grobowiec. Pieniądze na ten cel miały pochodzić z wpływów wydania mszy h-moll, ale nie znalazło się dość



Jan Sebastian Bach



Wolfgang Amadeusz Mozart

chętnych na to dzieło. W 1894 r. zwłoki ekshumowano w trakcie likwidacji cmentarza. Potwierdzenia autentyczności dokonano na podstawie pomiarów anatomicznych, odlewu twarzy z czaszki i znalezieniu deformacji kości miednicy i uda, świadczących o chorobie zawodowej organistów. Szczątki przeniesiono do kościoła św. Jana. Po bombardowaniu kościoła w czasie działań wojennych szczątki kompozytora przeniesiono do kościoła św. Tomasza w Lipsku [6].

Wolfgang Amadeusz Mozart (1756–1791) „cudowne dziecko” muzyki poważnej. Zmarł w wieku 35 lat w niewyjaśnionych okolicznościach. Śmierć określał jako przyjaciółkę i pocieszycielkę człowieka: „jest ona kluczem, który otwiera nam bramę do prawdziwego szczęścia”.

Ostatnim utworem, którym Mozart pożegnał się ze światem, była msza żałobna. Requiem było pisane na zamówienie dla hrabiego Franza Walsegga Stuppacka, który uchodzić chciał za kompozytora. Zamówioną mszę chciał podać jako własną i oddać w ten sposób hołd swojej zmarłej młodo żonie. Utwór nie został skończony przez mistrza. W ostatnich dniach życia leżąc już w łóżku dyktował nuty. Prace przerwała śmierć kompozytora. Utwór został później skończony na podstawie pozostawionych szkiców, na zlecenie żony Konstancji, przez jego uczniów [7, 8].

Mozart zmarł w nocy z 4 na 5 grudnia 1791 r. po krótkiej i gwałtownej chorobie. Przyczyna śmierci Mozarta przez wiele lat nurtowała ludzi i do tej pory jest zagadką. Istnieje wiele hipotez (120) na temat przyczyny śmierci – grypa, zapalenie opon mózgowych [7] a także infekcja

paciorkowcowa lub włośnica [8]. Dość popularna nie mająca potwierdzenia w faktach jest też hipoteza, że Mozart został otruty przez zazdrosnego kompozytora Antonio Salieriego. Niejasności dotyczą też okoliczności pogrzebu kompozytora. Ciało było wystawione w katedrze św. Szczepana. Później przeniesiono je na cmentarz oddalony ok. kilometra. Z uwagi na brzydką pogodę, padający śnieg z deszczem, kondukt żałobny stopniowo się zmniejszał. Do bram cmentarza doszło tylko dwóch ludzi z obsługi karawany i odstawili trumnę zarządowi cmentarza. Pochowano go następnego dnia bez świadków w grobie zbiorowym dla ubogich. W pogrzebie nie uczestniczyła również żona kompozytora, która przebywała w sanatorium wraz z czteromiesięcznym dzieckiem [7].

Zagadką również są powyższe fakty. Prawdopodobnie na cmentarzu towarzyszyli trumnie tylko grabarze nie z uwagi na złą pogodę, lecz z uwagi na obowiązujące zarządzenie, mające na celu niedopuszczenie do rozprzestrzeniania się zarazy. Wątpliwości dotyczą również pogody. Z dawnych zapisków meteorologicznych wynika, że 6 grudnia w dniu pogrzebu pogoda była ładna. Być może był pochowany dzień wcześniej, gdy pogoda była brzydka [9].

Z uwagi na brak świadków i pogrzebanie w zbiorowym grobie, nie można było odnaleźć szczątków Mozarta. W posiadaniu Międzynarodowej Fundacji Mozartowskiej w Salzburgu jest wprawdzie czaszka, jednak istnieją wątpliwości co do jej autentyczności. Naukowcy mieli nadzieję, że pewne światło na przyczynę zgonu rzucają badania czaszki Mozarta. Jednak wyniki badań DNA w Instytucie Medycyny Sądowej w Innsbrucku, nie potwierdziły hipotezy [10]. Oficjalny grób kompozytora w Wiedniu jest pusty.

Ludwig van Beethoven (1770–1827). Kompozytor niemiecki, uważany za jednego z największych kompozytorów wszechczasów. Talent połączony z tyrańskim zmuszaniem do wielogodzinnych ćwiczeń zaowocował ogromnym dorobkiem muzycznym. W ostatnich latach życia wybitny kompozytor był całkowicie głuchy i ze światem porozumiewał się za pomocą pisma [11]. Gdy stan zdrowia kompozytora pogorszył się Beethoven poprosił swojego przyjaciela o przysłanie butelki wina reńskiego z przeświadczenia, że tylko wino z rodzinnych stron może go uratować. Po przyjęciu sakramentów świętych do zgromadzonych przyjaciół powiedział: „Przyjaciele klaszczcie, komedia skończona”. Były to słowa, którymi na koniec sztuki zwracali się do publiczności aktorzy w teatrze rzymskim. Nie napił się wina przysłanego od przyjaciela, powiedział: „Szkoda, szkoda. Za późno...” [2]. Ostatnim utworem w życiu



Ludwig van Beethoven

kompozytora był kwartet F-dur. Jedną z teorii na temat przyczyn śmierci Beethovena jest zatrucie ołowiem. Z powodu marskości wątroby, na którą cierpiał miał stosowane punkcje, po których lekarz stosował maść zwierająca ołów. Amerykański naukowiec Bill Wash, który badał kości artysty potwierdza tę hipotezę, ale podkreśla, że był on już wcześniej zatruty ołowiem / ołów mógł być zawarty w naczyniach i w wodach leczniczych, które pił. Przyczyną mogło być również szkło ołowiane używane w jednym z ówczesnych instrumentów harmonijce szklanej [12]. Beethoven został pochowany we Wiedniu.

* * *

Po przeanalizowanie okoliczności śmierci tych osób nasuwa się refleksja, że ludzie, których życie i działalność pozostawiały trwałe ślady w kulturze często byli niedocenieni. Wielcy, tworzący swoją epokę, często umierali niezrozumieni, zapomnieni. Jednak gdy ludzie odchodzą nadal żyje to, co tworzyli: literatura, utwory muzyczne, obrazy. Jules Renard powiedział: „Nagrodą wielkich ludzi jest to, że jeszcze długo po ich śmierci nie jest się do końca pewnym, czy umarli”. Stwierdzenie to zawiera głęboką myśl, odnoszącą się nie tylko do artystów, osób znanych, ale również do „wielkich zwykłych” ludzi. Niekiedy niedocenieni przez nas umierają Ci, którzy nas otaczają, nasi najbliżsi. Gdy już ich nie ma „ożywa” ich dzieło; dobre czyny, czas który nam poświęcili, to, że nas wysłuchali,

wsparli w trudnej chwili. Wtedy budzimy się z refleksją, że za późno jest, aby powiedzieć jak bardzo byli potrzebni.

Jakże trafne w tym są słowa ks. Twardowskiego „Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą”.

Piśmiennictwo

1. Dannyl R.: Śmierć wieczności. Przyszłość ludzkiego umysłu. Życie i czas, Warszawa 1993.
2. Bricard I.: Leksykon śmierci wielkich ludzi. Książka i wiedza, 1995.
3. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Molier>.
4. Mangredien G.: Prywatne życie Moliera. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1977.
5. Łotman J.: Aleksander Puszkina. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1990.
6. Zavorsky E.: J. S. Bach. Polskie Wydawnictwo Muzyczne, Kraków 1979.
7. Jarociński S.: Mozart. Polskie Wydawnictwo Muzyczne, Kraków 1988.
8. Kolb A.: Mozart. Państwowy Instytut Wydawniczy, 1990.
9. <http://wiadomosci.polska.pl/kalendarium/article.htmid=82742>.
10. <http://www.eduskrypt.pl/art.-53-co-zabiło-mozarta.html>.
11. Łoboczewska S.: Beethoven. Polskie Wydawnictwo Muzyczne, Kraków 1983.
12. <http://wiadomości.wp.pl/kat,1356,title,smierc-Beethovena> 2008.08.05.

Grzegorz Kazberuk¹

Śmierć w filmie fabularnym

Wizualizacja obrazów przemocy i śmierci sięga czasów, gdy człowiek po raz pierwszy zaczął przekazywać swoje doświadczenia w formie obrazu. Makabra wojen, zabójstw i wszelkich okropności funkcjonowały w historii cywilizacji, jako fragment dziedzictwa kulturowego, przedstawienia skonwencjonalizowane, ilustracje mitów i faktów historycznych. Pokazanie się w historii sztuki filmowej scen niemoralnych związane jest ściśle z kulturą popularną. Nastawienie na jaskrawość efektu i realizm przedstawienia, sytuowały te media wśród najbardziej nośnych, jeśli chodzi o przenoszenie potocznego doświadczenia. Zasługą kina nie było jedynie odtwarzanie życia, ale przede wszystkim jego uwiecznianie. Najpierw fotografia, później kinematograf w rozumieniu Susan Sontag stanowi materialny i metafizyczny zapis ludzkiej śmiertelności. Wszystkie fotografie i ciągi zdjęć składające się na projekcyjny film są świadectwem prób zamrażania przemijania². W najbardziej ekstremalnym myśleniu o ontologii kina, biały ekran, na którym wyświetla się filmy postrzegany jest jako żałobna klepsydra. W teorii kina, właśnie to medium może zapewnić zmarłym pewną formę wieczności. Pierwsze obrazy filmowe, zawierające elementy fabuły w przeciwieństwie do dokumentalnych rejestracji braci Lumiere, nie były jednak wskrzeszaniem Wielkich Historycznych, dawaniem im celuloidowej nieśmiertelności. Śmierć w pierwszych filmach *d'art* początku wieku XX-tego nie jest jedynie elementem hagiograficznej historii życia bohatera, jest podstawowym 'tematem'. Fascynacją równie pożądaną jak erotyka³. Rozdźwięk pomiędzy możliwościami uwieczniania osób i zdarzeń a schlebianie najniższym instynktom pozo-

¹ TVP S.A. o/Białystok

² Sontag S., *O fotografii...*, op. cit., s. 19.

³ Milewska M., *Śmierć u narodzin kina*, Kwartalnik Filmowy Nr 45, s. 190-196.

staje aktualne do dziś. W 1908 roku cały Kraków podzieliła głośna sprawa rejestracji uroczystości pogrzebowych Stanisława Wyspiańskiego. Światła część społeczeństwa opowiadała się za upamiętnieniem dla potomnych tego ważnego faktu. Histeryczne głosy sprzeciwu niektórych obywateli były protestem przeciwko wyjątkowej niemoralności i brakiem szacunku dla majestatu śmierci. W tym samym czasie na łamach tygodnika wychodzącego w Warszawie „Świat”, pokazywano w kilku ilustracjach ostatnie chwile życia dostojnika kościelnego⁴. Śmierć inscenizowana wygrała wyścig o pojawienie się w mediach przed śmiercią zdokumentalizowaną.

W tym czasie na ekranach polskich i nie tylko polskich triumfy świętują takie obrazy, jak: *Zabójstwo księcia Gwizjusza* A. Calmettsa, *Egzekucja Marii, królowej Szkotów* W. Heise, *Zabójstwo Marata* G. Hatota. We wszystkich tych przykładach uzasadnieniem pojawienia się na ekranie tych obrazów jest kontekst historyczny⁵. Obyczajowo społeczne przemiany społeczeństw przełomu wieków, pochylenie się nad losem wielkomięskiego obywatela generuje w przekazie filmowym nową estetykę. Estetykę opartą na kompensacji. Film i przemoc w nim pokazywana rozładowuje frustracje nowej rzeczywistości, jest odpowiedzią na poszukiwanie nowego wzorca postaw społecznych. W tym czasie zaczyna w myśleniu o filmie dominować stawianie równości pomiędzy przemocą a atrakcyjnością. Na ekranach kin pojawiają się przygody Arsena Lupina, Kartusza-zabójcy, Sherlocka Holmesa i innych bohaterów, stanowiących obecnie kanon ikon pop kultury. Wzmaga się też krytyka prezentowanych obrazów. Ze stron najróżniejszych periodyków grzmą głosy oburzenia. „Szkoła znikczemnienia”, „Warsztaty demoralizacji”, to tylko niektóre z nagłówków popularnych tygodników. Kino określane jest jako „rozsadnik deprawacji ohydnej”, „błoto moralne”, „ściek znieprawienia”, „owoc zatrutego posiewu”, „narzędziem w ręku ciemnych mocy” i „szkoły pogłądowej zbrodni, grabieży i sposobów unikania ręki sprawiedliwości”⁶. Mimo tak restrykcyjnego traktowania konwencji filmowej przez moralizatorów społecznych, ta gałąź przemysłu kinematograficznego zyskała sobie wielką popularność i stanowi jeden z ważniejszych jej nurtów także i teraz.

⁴ Hendrykowska M., *Zbrodnia w kinematografie. O najstarszych filmowych obrazach przemocy*, [w:] *Przemoc na ekranie*, Poznań 2001, s. 23–25.

⁵ Ibidem, s. 26.

⁶ Ibidem, s. 30.

W kinie jest możliwe wszystko, może niemal wszystko⁷. Wydawałoby się, że istnieje tylko jedna bariera nie do pokonania: śmierć. Śmierć istnieje poza grą, poza jakimkolwiek przedstawieniem. Wiadomo wszak, że aktorzy nie umierają na ekranie naprawdę. Jakaś lekka i niewinna historyjka nabiera innej wartości, gdy wtargnie w nią śmierć. Śmierć dokonuje przewartościowania. Nie ma większego tabu od śmierci. Na poziomie społecznym państwo czy raczej artyści chętnie nią manipulują⁸. Znaczenia całego filmowego entourage'u, np. filmowy ekran, biały prostokąt w ramie przypominający klepsydrę, skierowują do odnajdywania tanatycznych znaczeń ukrytych w zjawisku kina⁹. Śmierć jest przede wszystkim kresem i granicą przemocy. Nieustannie komentowana przez prasę i inne media przemoc jest codziennie przeżywaną rzeczywistością. Bez wątplenia jawna przemoc, kulturowana przez popularne gatunki filmu, maskuje przemoc ukrytą i stłumioną w naszym społeczeństwie. Ideologia jest, zatem zainteresowana ukazywaniem śmierci jako fatum, nieszczęśliwego wypadku. Ukryciem jej fizjologicznej realności i zastąpienie metafizyką. Od Bergmana do Viscontiego – w obrazach filmowych skrapla się lęk przed codziennym niepokojem odczuwanym przez ciało¹⁰. System różnych tabu, odnoszących się do śmierci jest bardzo subtelny. Kodeks Haysa jest bardziej pobłażliwy wobec scen przemocy, niż w sprawach seksu. Już nie sam obraz, ale samo spojrzenie, proces widzenia jest pełne znaczeń. To, że niektóre sposoby spojrzenia są zakazane (z takich lub innych powodów) wiadomo od dnia 25 czerwca 1934 roku. Tego dnia w Chile ma miejsce próba zamachu stanu. Na uliczkach Santiago stacjonują zbuntowane oddziały wojskowe. Operator telewizji argentyńskiej filmuje jeden z takich oddziałów. Nagle jeden z żołnierzy podchodzi, wyciąga pistolet odbezpiecza, celuje i strzela operatorowi w głowę. Operator nadal filmuje, pada na ziemię, kamera kręci dalej. Tak kończy się film¹¹. To nie była wyłącznie kwestia odwagi, zginął, bo filmował. Żołnierz zabił, aby zabić jego spojrzenie, zabić film. Śmierć łowcy obrazów była zemstą osobnika zabitego przez kamerę.

⁷ Klejsa K., Kłys T., red. *Film: fabryka emocji*, Kraków 2003, s. 16–22.

⁸ Lenne G., *Śmierć w kinie*, [w:] *Wymiary śmierci*, Gdańsk 2002, s. 219–220.

⁹ Ibidem, s. 222.

¹⁰ Ibidem, s. 224–225.

¹¹ Scena pojawia się w filmie Patrizio Guzman *La Bataille du Chili*. Operatorem był Leonardo Heinrichsen.

Zło jest kategorią działania nie teorii. Jednak wymóg estetyki przekazu filmowego nakazuje obrazowanie przemocy nie jako relacje zaistnienia, lecz jako świat przedstawiony. Możliwie odrealniony. Teatralizacja gestów i narzędzi zadawania przemocy i śmierci, odwołanie skuteczności działań prowadzi do skonwencjonalizowania zachowań agresywnych. Hiperrealizm i symulakry to konwencje, których permanentna obecność w obrazach filmowych prowadzić może u niewyrobionego intelektualnie odbiorcy do zatracenia świadomości ich realnych konsekwencji¹². Ale nawet wyrobiony odbiorca, który w życiu codziennym rzadko styka się z przemocą, ulega namowom filmu przedstawiającego świat jako konglomerat zła i agresji. Modelowy obraz estetyzacji przemocy i śmierci, głos krytyczny wobec znaczenia i wpływu na jednostkę mediów, to film Olivera Stone'a *Urodzeni mordercy*. Bohaterowie kreowani przez gwiazdy, mistrzowski montaż, świetna oprawa muzyczna spowodowały, że obraz stał się inspiracją dla prawdziwych morderstw popełnionych pod wpływem filmu. Jest to chyba najtragiczniejszy paradoks w historii kina. Oto film-protest przeciwko brutalizacji mediów, stał się impulsem do czynów, których był krytyką¹³! Stopień estetyzacji przemocy osiągnięty przez Stone'a, jest najwyższym poziomem widowiskowości i atrakcyjności okrucieństwa w kinie¹⁴.

„*Fascynacja złem jest czymś odwiecznym. I od wieków sztuka starała się egzorcyzmować zło, które musiało zostać ukarane, pokonane przez dobro, bądź zniszczone i wyeliminowane*”¹⁵. Popularność kina w tym procesie nie może więc zaskakiwać. Kino, z racji swych mitotwórczych i technicznych dyspozycji, stworzyło cały wachlarz środków, konwencji i modeli prezentowania przemocy. Jakie sposoby w obrazowaniu aktów przemocy dominują we współczesnym kinie? Jakie dylematy i problemy poruszają twórcy w swoich pracach? Spróbujmy się temu przyjrzeć, analizując kilka najnowszych głośniejszych i mało znanych tytułów.

Na polskich ekranach pojawił się film francuskiej debiutującej reżyserki Virgine Despentes zatytułowany *Gwałt*. Jest to filmowa realizacja, niemal biograficznej książki tej artystki zatytułowanej *Baise-moi*¹⁶. Jest to

¹² Kareński-Tschurl M., *Estetyzacja przemocy we współczesnym kinie popularnym*, [w:] *Przemoc na ekranie*, Poznań 2001, s. 205–209.

¹³ Ibidem, s. 213.

¹⁴ Syska R., *Film i przemoc*, Kraków 2003, s. 172–177.

¹⁵ Helman A., *Przemoc jako tabu*, [w:] *Przemoc na ekranie*, Poznań 2001, s. 96.

¹⁶ Autorka w wieku lat 17-tu po ucieczce z domu została brutalnie zgwałcona, praco-

historia dwóch dziewczyn z marginesu. Bite i gwałcone, bez pracy, ciężko doświadczone przez los, postanawiają ruszyć w podróż i wziąć odwet za swoje doświadczenia. Podrywają mężczyzn, zaciągają ich do łóżka, a następnie brutalnie mordują. Wymyślność metod, jakimi unicestwiają swoje ofiary przekracza wszelkie wyobrażenie. Masakrowanie twarzy obcasami czy zabójstwo analne to tylko niektóre z przykładów ich orgiastycznego stosunku do mordowania i zemsty. Ofiary są wybierane na oślep, bez konkretnego powodu. Śmierć, w filmie wyreżyserowanym samodzielnie, pokazana jest jako element rozrywkowego rozliczania się z seksualną dominacją mężczyzn. Nienawiść do świata, w szczególności do mężczyzn, demokracji, która pozbawia szans najsłabszych, wyrażana przez bohaterki ma być współczesnym manifestem wojującego feminizmu. Podobnych manifestów w historii kina odnaleźć można wiele, choćby w twórczości filmowej Warhola, Morrissey'a czy Scorsese. Znalazły one naśladowców i przejęcia niektórych pomysłów przez poboczne nurty kina. Jak będzie w wypadku tego obrazu, przyszłość pokaże? Sama autorka uważa, że jej krwawy film drogi nie rości sobie praw inicjowania nowych postaw. Przeciwnie był tworzony jako artystyczna wizja konsekwencji postrzegania obecnego ładu świata. Twierdzeniem, że zło należy pokonać siłą¹⁷. Efekt osiągnięty przez reżyserkę daleki jest od zamierzonego. Zamiast oburzać raczej budzi śmiech i litość. Powodem nie jest li tylko złe aktorstwo, w rolach głównych obsadzono gwiazdy kina porno. Obie panie, poza sprawianiem wrażenia, że doskonale się bawią podczas polowania na bezbronnych mężczyzn, uprawiają seks na wszelkie możliwe sposoby. Wszędzie tam gdzie *Gwałt* był prezentowany, zamiast o prowokacji i szokowaniu pisano o grotesce i ocieraniu się o pornografię i zakazywano wyświetlania filmu. W dzisiejszych liberalnych czasach taka ocena jest raczej powodem do dumy niż klęską finansową przedsięwzięcia. Po miążdżącej krytyce w *Le Monde*, film zaliczono do pornografii i wyrzucono z kin. Podobnie potraktowano obraz w Anglii i dwudziestu innych krajach Europy (w Polsce był wyświetlany z ograniczeniem wiekowym od 21 lat). Sytuację poprawia dystrybucja filmu na nośnikach DVD. Jest to jedyny ratunek dla skazanego na kinową banicję filmu, który już staje się kultowy.

Inną sytuację i uzasadnienie śmierci i przemocy na ekranie prezentuje Gaspar Noe w filmie *Nieodwracalne*. Brak w nim jest obrazoburczych,

wała w peep showach, narkotyzowała się. Z dna udało się jej wyjść dzięki pisaniu, które potraktowała jako terapię. Tytuł brzmi dosłownie „pieprz mnie”.

¹⁷ Wróblewski J., *Gwałt na kinie*, *Polityka* Nr 11 z 23 marca 2003, s. 23–24.

szokujących, wywołujących zażenowanie i sprzeciw kadrów. Jego perfekcyjnie opowiedziana – banalna w gruncie rzeczy historia – również ukazuje okrucieństwo i seks w niebezpiecznej mieszance. Formalny zabieg odwrócenia chronologii przedstawiania zdarzeń pozwala manipulować widzami. I poza tym, z filmowej historii o zemście nic nie wynika. Chociaż puzzle, którymi obraca reżyser sugerują znacznie więcej. Gwałtowna i okrutna scena, którą autor rozpoczyna swój film powoduje, że odraza automatycznie deklasyfikuje sprawcę w naszych oczach. Specyficzna narracja stopniowo cofająca nas w głąb zdarzeń, które spowodowały taką postawę w rezultacie powoduje nasze współczucie i litość dla bohatera. Sposób opowiedzenia historii zaciemnia odbiór prowadząc do fałszywego poglądu, że oto jest przed nami wyrafinowane dzieło o istocie przemocy i okrucieństwa na świecie. Reżyser, w przeciwieństwie do Kieślowskiego¹⁸, nie szuka odpowiedzi na pytanie o względność pojęć winy i kary, nie stawia pytań ostatecznych. Gaspar Noe jest zainteresowany jedynie pustą zabawą emocjami, która służy oszołomieniu widza, a nie refleksji.

O tym, że żadna nawet najwymyślniejsza fabuła nie wygra w dzisiejszych czasach z dokumentem, udowadniają przekazy z etykietą „na żywo”, relacjonujące każde dramatyczne i budzące grozę zdarzenie. 20 kwietnia 1999 roku w szkole średniej w Littletown w stanie Kolorado dwóch nastolatków, Alex i Eric dokonało rzezi na kolegach i nauczycielach. Zdarzenia te, z charakterystyczną dla siebie swadą skomentował Michael Moore w filmie *Zabawy z bronią*. Rozpętał przy tym gorącą dyskusję o problemie amerykańskiego militarysty, powszechności dostępu do broni i wszechobecności przemocy i śmierci w mediach. Do tego przerażającego zdarzenia powrócił w filmie *Słoń* Gus van Sant. Jest ten obraz w swoim założeniu pozbawiony znamion manifestu i nie pretenduje do żadnego wpisywania się w ideologiczne konteksty. Zimna rekonstrukcja zbrodni, odtworzenie zdarzeń tak, aby odbijało się w nich banalne oblicze zła – to zamiar reżysera¹⁹. Akcja filmu została ograniczona jedynie do feralnego dnia i całkowicie zamknięta w murach szkoły. Szkoła ukazana jako edukacyjny kombinat, mimo całej swej represyjności nie daje poczucia bezpieczeństwa. Brak pośpiechu w doprowadzaniu do kulminacyjnego finału, powolne prezentowanie zalet i ułomności przyszłych

¹⁸ Podobny zabieg reżyserski zastosował Krzysztof Kieślowski w filmie *Krótki film o zabijaniu*.

¹⁹ Piotrowska A., *Zabawa w polowanie*. Tygodnik Powszechny Nr 20 z 16 maja 2004, s. 18.

ofiar, prowadzenie kamery powolne jakby śledził ich snajper, potęguje grozę napięcia. Postaci głównych sprawców zdarzenia nie są mitologizowane. Społeczne podłoże ich postaw nie interesują reżysera. Jawią nam się jako zwykli buszujący w sieci internetowej, lubiący gry komputerowe nastolatkwie. Interesują ich militaria i potrafią grać *Sonatę księżycową*. Nie znajdziemy jednak próby odpowiedzi, dlaczego z taką precyzją zaplanowali logistykę zbrodni. Dla nich najważniejsze to się dobrze bawić. W tym obrazie oni – autorzy bezinteresownego zła, pospolite wyrostki – nie pokazują nic fascynującego. Są ideałem medialnej antygwiazdy. Reżyser odmawia im nawet prawa bycia głównymi bohaterami, wmieszani w szkolny tłum, nie mają szans na swoje 15 minut sławy. Nie rozlicza zanim padną ostatnie samobójcze strzały. Nie daje żadnego racjonalnego wytłumaczenia faktów ani pocieszenia. Film się urywa zanim Alex i Eric zgładzą siebie. Zbrodnia jest w tym filmie czymś niepojętym, monstrualnym. Zimne, sprawozdawcze, pozbawione komentarza mówienie o absurdzie śmierci, jest tutaj odmienne od tego, co ośmieszyła i zbanalizowała kultura masowa. To dzięki takiej narracji jeszcze czasem w kinie możemy czuć konkretną, realną jej obecność.

Czy poważnym głosem w dyskursie o śmierci we współczesnym świecie może być film o nieudaczniku-samobójcy, który już wielokrotnie podejmował próbę opuszczenia tego padołu? O jego bracie starym kawalerze, który go często ratuje z ostatniej drogi. Lone Scherfig tworząc obraz *Wilbur chce się zabić* w brawurowy sposób podejmuje temat w niemal wszystkich kulturach traktowany jako *tabu*. Poddaje temat wielostronnemu oglądowi, stara się zniuansować przypisane mu w kulturze znaczenia wyreżyserowanego dramatu, dramatycznego listu wysłanego do najbliższych czy gestu odwrócenia się ofiary samobójstwa od wszystkich. Autorka zdaje się mówić, że samobójstwo to nie tylko głos rozpaczcy, to przede wszystkim przejaw absolutnego egoizmu²⁰. Według niej samobójca myśli w chwili ostatecznej tylko o sobie. Liczy się dla niego jedynie on i jego cierpienie. A ci, co zostaną niech męczą się dalej. Tytułowy Wilbur nieudacznik-samobójca oraz jego brat Harbour mieszkają na zapleczu odziedziczonego po rodzicach antykwariatu. Do tego przybytku regularnie zagląda Alice. Samotna matka sprzątająca sale operacyjne. Typowy trójkąt (on, ona, jego brat) jest przyczynkiem do nietypowej historii. Najtragiczniejszą postacią nie będzie w niej niespełniony samobójca. Harbour i Alice pobierają się. Jednak rodzinne szczęście się nie klei. Poryw

²⁰ Piotrowska A., *Kopczyk kreta*, Tygodnik Powszechny Nr 20 z 16 maja 2004, s. 18.

namiętności rzuca ją w objęcia Wilbura. Pojawiają się sekrety i kłamstwa. Wychodzi na jaw skrywana do tej pory śmiertelna choroba Harbour'a. Zaskakujące sytuacje odwracają przypisaną bohaterom schematyczność. Wilbur ratuje tonącą samobójczynię, zaś Harbour, orędownik życia, w obliczu śmierci i cierpienia sięga po zabójczą dawkę tabletek. Tę niewiarygodną historię możemy przyjąć jako prawdopodobną jedynie dzięki świeżemu spojrzeniu twórców na kwestię wyłączości w miłości i sztuki usuwania się w cień, gdy taka jest potrzeba. Nie heroiczny jest jednak śmiertelny aspekt tego filmu. Czy Harbour'a spotka za jego postawę życiową jakaś wyjątkowa nagroda? Jego brat doskonale obeznany z eschatologią ostateczności nie pozostawia żadnych wątpliwości. Śmierć to po prostu NIC. Żadnych tuneli, światła, zostaje po nas tylko marny kopczyk kreta.

Próby filmowego dyskursu wobec nieuchronności śmierci fizjologicznej i psychologicznej oraz jej banalizowania przez media masowe podejmowane w kinie współczesnym, nie stanowią niestety głównego nurtu kinematografii światowej. Podniesienie problemów eschatologicznych w przekazie filmowym do rangi najważniejszego problemu współczesnego człowieka, przegrywa regularnie ze śmiercią pokazywaną jako szczególnie atrakcyjnym elementem banalnej fabuły sensacyjnej lub przygodowej. Sprowadzenie śmierci lub aktu umierania do możliwie szerokiego katalogu wymyślnych metod uśmiercania przeciwników nie pozostaje oczywiście bez wpływu na preferencje estetyczne odbiorców produkcji kinowych. Szanse na powstanie zdobywającej szerokie rzesze widzów kinematograficznej etiudy o sprawach ostatecznych maleją z roku na rok. Refleksja potrzebna w dyskutowaniu nad takim tematem nie stanowi atrakcyjnego marketingowo produktu. Sensacja i walczący z wrogami super-bohaterowie relatywizujący zjawisko śmierci jednostkowej i sprowadzający ją, poprzez jej namnożenie, do nic nie znaczącej statystyki, są najbardziej przyciągającym dzisiaj do kin domowych lub instytucjonalnych, elementem filmu. Właściwie niemal każdy gatunek filmowy powinien zawierać scenę śmierci. Najlepiej, jeśli film niemal w całości składa się z okrucieństwa zadawania śmierci możliwie wyrafinowanej, jak w przypadku popularnego kina grozy, czyli horroru.

Horror jako gatunek filmowy, nie jest jak by się wydawało jednym z najpopularniejszych gatunków filmowych, charakterystycznych dla współczesnych czasów. Historia kina grozy jest równie stara jak historia kinematografii. Zauroczenie filmami pełnymi na początku wiedźm, diabłów, czarowników i szalonych naukowców rozpoczyna się od pokazy-

wanych w Ameryce filmów francuza Georgesa Meliesa. W salach kinowych w 1900 roku brakowało miejsc. Popularność tych obrazów spowodowała stworzenie takich prekursorskich tytułów, jak: wyprodukowany w 1908 roku przez Seling Polyscope Co. film na motywach powieści Roberta Louisa Stevensona *Dziwne przypadki Doktora Jekylla i Mr Hyde'a*; *Frankenstein* inspirowany prozą Mary Woolstonecraft Shelley reżyserowany przez Thomasa Edisona w 1910 czy *Avening Conscience* Davida Wark Griffith'a z 1914 roku powstałe na podstawie dzieł Edgara Alana Poe. Gatunek znajduje zainteresowane tego rodzaju wrażeniami audytorium, rozpoczyna się fala strachu w kinie.

Pierwsze trzydzieści lat XX wieku, są okresem najbardziej obfitującym w dzieła grozy. Ekranizacje klasyki literatury²¹; nowatorskie zamysły scenarzystów²²; śmiałe eksperymenty ze scenografią, prowadzeniem kamery i zdjęciami oraz dźwiękiem, gdy przeminęła era kina niemego²³; mistrzowskie kreacje aktorskie²⁴ i pierwsze Nagrody Akademii²⁵ są wyznacznikiem ogromnego wkładu w rozwój kinematografii światowej. W drugiej połowie lat trzydziestych zaczynają mimo ciągłego funkcjonowania klasyków gatunku, pojawiać się symptomy pogorszenia jakości tematów i samego artystycznego smaku realizatorów. To czas wyodrębniania się klasy B w filmach grozy. Śmierć i wymyślne okrucieństwo zaczyna dominować na ekranach. Popularność gatunku i całe tłumy nowych twórców 'kina straszącego' generują prawdziwy boom horrorów. Niskobudżetowe wytwórnie jak Monogram czy PRC produkują masowo, byle strasznie.

Stan ten utrzymuje się do drugiej połowy lat 50-tych. Niewiele produkcji zawierających groź przeszło do historii kina czy chociaż gatunku. Popularność kina samochodowego, w których zwykle gościł horror jako tradycyjny element oferty repertuarowej zaniża poziom gatunku do minimalnych granic. Jedynie powstałe na początku lat 50-tych trzy produk-

²¹ *Dziwne przypadki Doktora Jekylla i Mr. Hyde'a* Roberta Louisa Stevensona ekranizowano sześć razy, na ekran przeniesiono w tym czasie m.in. *Drakulę* Brama Strokera, *The Man who laughs* na podstawie noweli Wiktora Hugo czy legendę o Golemie.

²² Wymienić tu należy *Waxworks* Niemca Paula Leni, w którym ożywały woskowe figury zabójców i *Freaks* Toda Browninga – historię karłowatych cyrkowców mszczących się na wyrachowanej akrobatce żonie jednego z nich.

²³ W „białym kruku” horroru: *Gabinecie Doktora Caligari* Roberta Wiene z 1919 oraz *Dziwne przypadki...* w reżyserii Roubena Mamouliana z 1932.

²⁴ Bela Lugosi jako tytułowy *Dracula* w filmie Toda Browninga z 1931 czy Boris Karloff jako odtwórca *Frankensteina* w obrazie Jamesa Whale'a z 1931.

²⁵ W 1933 Oscara otrzymał Fredric March za rolę Dr. Jekylla w ekranizacji Mamouliana.

cje wytwórni 3D wybijają się ponad przeciętność²⁶. Kolejna dekada to dominacja horroru psychologicznego poczynając od *Peeping Tom* (1960) Michaela Powella – przerażającego studium seryjnego mordercy, poprzez *Psychozę* (1960) Alfreda Hitchcocka będącą ekranizacją prozy Roberta Blocha²⁷; *Seconds* Johna Frankenheimera z 1966 o człowieku obdarowanym nowym ciałem i osobowością od tajemniczej organizacji, aż do dzieł Romana Polańskiego: *Wstrętu* z 1965 i zrealizowanego na podstawie książki Iry Levine'a *Dziecka Rosemary* z 1968. Głębokie podłoże psychologiczne postaci w historiach opisywanych w tych filmach, obsesyjność otoczenia i nich samych, skomplikowane osobowości i co chyba najważniejsze dramatyczne i drastyczne zdarzenia opowiedziane skromnymi środkami²⁸ działały i wciąż oddziałują na widzów. Coraz trudniej jednak współczesnego widza czymś zaskoczyć. Prekursorom było łatwiej pracować nad emocjami i strachem swojej widowni, czegoś innego oczekuje widz dzisiejszego multikina. Trzeba mu dawać coś, czego zwyczajne życie nie da. Strach jest najsilniejszy i najbardziej adrelinogenny – może więc się dobrze sprzedawać²⁹. Nie dziwi, więc zalew kin filmami bazującymi na podobnych do powyższych, klasycznych wątkach, takich jak *Teksańska masakra piłą mechaniczną*, *Milczenie owiec* i pozostałe sequele tego tematu, *Piątek 13-tego* czy *Krzyk*.

Koniec dekady lat 60-tych to coraz częstsze pojawianie się na ekranach kin nowego bohatera horroru: zombie. *Noc żywych trupów* George'a Romero to pierwszy obraz, w którym umarli gremialnie opuszczają groby, aby żyć się żywymi. Ciągła popularność tego typu bohatera grozy, obecnego na ekranach kinowych aż do dziś, wyczerpała już jak się zdaje wszelkie możliwe konteksty, aby zostać ożywionym na celuloidowej taśmie. Zombie teraz nie tylko straszą i dostarczają rozrywki, ale we współczesnym kinie grozy są elementem krytyki społecznej i politycznej³⁰. Proces komentowania rzeczywistości społecznej pod płaszczykiem obfitujących w trupy i rzezie historii rozpoczyna się już w latach 70-tych. Po-

²⁶ *The Maze*, *Hose of Wax* oraz *Potwór z Czarnej Laguny* bijące rekordy oglądalności przy stosunkowo niezłym poziomie.

²⁷ Autora inspirowały głośne zbrodnie Eda Gein'a.

²⁸ W filmach *Psychoza* (1969) czy *Ptaki* (1963) Alfred Hitchcock więcej sugerował niż pokazywał. I chociaż właściwie nie są to horrory, pokazał w nich jednak na tyle dużo, by rozbudzić w widowni potrzebę na intensywnie filmowaną i eksponowaną przemoc.

²⁹ Kolasińska I., *Kobieta i demony. O widzu horroru filmowego*, Kraków 2003, s. 31–33.

³⁰ Chaciński M., *Człowiek człowiekowi zombim*, *Polityka* Nr 46 z 13 listopada 2004, s. 72–74.

wstałe w tym okresie filmy³¹ już zaczynają zawierać elementy naiwnych politycznych i moralizatorskich przesłań. Motyw zwyrodniałego szaleńca, obok upośledzenia i szpetoty charakterystyczny dla obrazów filmowych Davida Cronenberga debiutującego w tym czasie, stanowi nie tylko nawiązanie do znanego wizerunku naukowca eksperymentatora, ale zapowiada nową jakość: stechnicyzowanie człowieka i próbę konfrontacji nowych mediów i technologii z biologiczną nieuchronnością ludzkiego ciała. Wśród nazwisk reżyserów debiutujących w latach 70-tych znajdujemy między innymi takie znane później postaci, jak: Brian De Palma czy John Carpenter. W tym czasie w sferę tajemniczych obsesji i efemerycznych zachowań zwykłych na pozór ludzi wkracza w wizjonerskich filmach David Lynch. Pełnię obsesji i szalonych fetyszy ukazał w *Blue Velvet* z 1986 i *Twean Peaks: Ogniu kroczył za mną* z 1992.

Dziesięciolecia lat 80-tych i 90-tych przynoszą największą obfitość filmów grozy. Ten gatunek jest obecny wśród ofert gigantów kinowych producentów i małych firm wypuszczających na rynek niskobudżetowe filmy. Teoretycy kina rozpoczynają trwające do dziś dzielenie kinowych horrorów na podgatunki³². Z horrorem flirtują wtedy takie sławy kina, jak: Werner Herzog [remake filmu *Nosferatu Wampir*], Stanley Kubrick [w genialny sposób przenosząc na ekran za sprawą aktorskich zdolności Jacka Nichol-

³¹ Np. filmy Larry'ego Cohena: *It's Alive* (1974) czy *God Told Me To* (1976).

³² Obok podstawowego nurtu filmów grozy, w którym mieszczą się głównie remake'y znanych dzieł filmowych i literackich, kronikarze i teoretycy gatunku wyróżniają: 'monster movies', których główną atrakcją jest przedstawianie najwymyślniejszych potworów; 'troma' filmy powstające we włoskiej wytwórni Troma działającej w latach 70-tych skoncentrowane na krwawych horrorach z nutą erotycznej komedii; 'japan movies' filmy powstające w Japonii zawierające sceny realistycznie ukazywanej przemocy i śmierci; 'drive-in movies' specyficzny rodzaj filmów prezentowanych w kinach samochodowych w USA. Generalnie rodzaj publiczności wymuszał prezentację tematów w rodzaju: śmiesznie i kiczowato, niż brutalnie; 'camp' filmy szokujące i przełamujące bariery estetyczne i etyczne w kinie, np. filmy Davida Cronenberga czy Abila Ferrary. Zło ukazane w tych filmach powinno stwarzać wrażenie realności i niemal namacalnej bliskości; 'blaxploitation' filmy przeznaczone dla czarnoskórej publiczności, np. *Blacula* lub *Blackenstein*; 'italian movies' lub 'gialli' obrazy autorstwa przede wszystkim: Dario Argento, Lucio Fulci i Mario Bava. Zwykle są to dość umiejętne połączenia horroru z thrillerem; 'killer plants' dość sympatyczny i komiczny gatunek do, którego należy m.in. seria filmów o morderczych pomidorach; 'hammer films' klasyka gotyckich horrorów lat 60–70-tych wyprodukowanych w angielskiej wytwórni Hammer; 'snuff' filmy z pogranicza horroru i pornografii, w których akt seksualny jest elementem rytualnego morderstwa i śmierć ta służy w głównej mierze zaspokojeniu seksualnego zaspokojenia; 'gore' określane czasem jako 'splatter' lub 'slasher' wyjątkowo brutalne, pełne lejącej się krwi proste w swej fabule obrazy, do klasyki gatunku zalicza się wczesne filmy Petera Jacsona, późniejszego reżysera filmowej wersji trylogii Tolkiena.

sona *Lśnienie* Stephen Kinga], Steven Spielberg [scenarzysta i współproducent *Poltergeist*], Francis Ford Coppola [kolejna ekranowa wersja *Draculi*]. Wszystkie wymienione tytuły, za przyczyną różnych powodów, czy to wyjątkowej gry aktorskiej czy zaskakujących efektów specjalnych przyczyniły się do ogromnych dochodów autorów i firm kinematograficznych oraz weszły na stałe do kanonu kina grozy. Jeśli przyjmiemy za oczywiste stwierdzenie, że cechy przeżywanego czasu historycznego znajdują odbicie w m.in. tematyce fenomenu śmierci wyrażone w dokonaniach artystycznych, np. w filmie, postmodernistyczna atomizacja mód, trendów i kultów znajduje swój wyraz w mnogości gatunków i rodzajów kinematograficznych obrazów³³. Popularność niektórych podgatunków ma znamiona sezonowych mód i poza chwilowym błysnięciem szokującą formą nie zapisuje się na stałe w annałach kinematograficznych dziejów. Dominującą pozycję na rynku szczególnie obrzydliwych i okrutnych obrazów zdobywa w latach 90-tych kino grozy z Kraju Kwitnącej Wiśni. Powstające tam obrazy są dużo bardziej szokujące od najbardziej zwyrodniałych filmów kanibalistycznych rodem z Włoch. Wszelkie rekordy, nie tylko przekroczenia estetycznych norm, ale też bogactwa poza filmowej otoczki biją filmy zrealizowane przez Satoru Ogurę w ramach cyklu *Giunea Pig*³⁴. „Spektakl gore, realistyczny popis sadyzmu, arena terroru i gwałtu na człowieczeństwie...” to tylko niektóre, delikatniejsze określenia tej serii. Zamysłem autora i reżysera serii było stworzenie czegoś 'najgorszego z najgorszych'. Czegoś, czego nie wytrzymają najwięksi fani filmów rodzaju *gore*, czegoś, czego nikt inny nie ośmielił się ukazać. Filmy ukazywały losy trzech mężczyzn, którzy w szczególnie zwyrodniały sposób przy pomocy wymyślnych tortur znęcają się i okaleczają starszą kobietę. Całość dzięki specjalnej pracy kamer, ścieżce dźwiękowej oraz realizmowi sprawiała wrażenie zapisu dokumentalnego. Kampania reklamowa poprzedzająca i towarzysząca dystrybucji filmów nawiązująca do realnego życia, spowodowała szalone zainteresowanie filmem i wywindowała produkcję na hit japońskich wypożyczalni video. Społeczność japońska zasypana informacjami o tym, że obraz jest prawdziwym filmem gatunku *snuff*, tylko podsycala ciekawość i podwajała dochody producentów. Kolejne filmy cyklu były jedynie dopełnieniem oczekiwań odbiorców. Ukazywane w nich tony le-

³³ Zalewski A., *Opowieści z zaświatów. Sok z żuka i śmierć postmodernistyczna*, Kwartalnik Filmowy Nr 45, s. 237–245.

³⁴ W latach 1985–1991 powstała seria siedmiu filmów pełnometrażowych, dwie post-dokumentalne produkcje zatytułowane *Making of...* oraz jeden epizod mający charakter kompilacji najbardziej brutalnych obrazów.

jącej się krwi, obrazy gnijącego ciała i pełzającego robactwa przekraczały możliwości percepcyjne wielu odbiorców. Zaczynały się stawać inspiracją dla szczególnie perwersyjnych zwyrodnialców³⁵. Nacisk opinii publicznej oraz rozgłos nadany w mediach, spowodował ograniczenie tego rodzaju japońskiej kinematografii. Produkcje serii wstrzymano, reżyser Satoru Ogura wydał jedynie kompilację *Slaughter Special*, będącą zbiorem najlepszych scen i momentów całej serii³⁶. Zła sława, którą otoczył się ten cykl w różnych krajach świata spowodował wyjątkowe zainteresowanie tą produkcją. Całość stała się filmowym tematem tabu. A dostęp do filmów bardzo trudny i kosztowny.

Przełom lat 90-tych i początku XXI wieku to epoka całkowitego pluralizmu kinowego i filmowego. Ogromny sukces rynkowy i upowszechnienie magnetowidów oraz kaset w systemie Video Home System wprowadza film i kino do zacisza domowego. Właściwie każdy temat i gatunek filmowej grozy znajduje swoje miejsce w dystrybucji kinowej lub jest wydawany na kasetach VHS. Na ekranach kin i telewizorów są reprezentowane wszystkie typy i rodzaje grozy³⁷. Do klasyki kina gatunku wkraczają produkcje hiszpańskie³⁸. Rekordy popularności w dystrybucji kinowej i kasetowej oraz DVD zaczynają bić poszukujące nowej formy horrory, w których nie ma ani kropli krwi. Przykładem może być film *Ring* (część I i II), amerykański remake filmu Hideo Nakaty nakręconego w 1998 w Japonii. Historia stanowi para-dokumentalny zapis przypadków wyjątkowo tajemniczych śmierci osób oglądających pewną kasetę video³⁹. Nowe zabiegi formalne, realizowane na amatorskim, w zamie-

³⁵ Na bezpośredni wpływ na swoje działania filmów z serii *Guinea Pig* wskazywał Tsutomu Miyazaki, złapany w 1989 roku morderca czterech dziewczyn w wieku 4–7 lat.

³⁶ Kasetą, która trafiła do USA wywołała spory rozgłos za sprawą aktora Charlie'go Sheena, który gdy obejrzał zawarte na niej sceny, uznając je za prawdziwe, postanowił złożyć doniesienie do odpowiednich służb, a sam stanął na czele ruchu sprzeciwiającego się sprowadzaniu podobnych filmów z Japonii.

³⁷ Por. Brodala A., *Magia krwi i nieśmiertelności. Oblicze wampiryzmu w filmie lat dziewięćdziesiątych XX wieku*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*, T. V, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2001, s. 351–362.

³⁸ Filmy Alejandro Amenabara, Alexa de la Iglesia, Jaume Balaguera czy Guillermo del Toro.

³⁹ Ciekawą kontynuacją wątku niebezpieczeństwa drzemającego w nowych mediach, może być casus rozsyłanych siecią telefonii komórkowej SMS-ów następującej treści: „Uwaga! Umrzesz, jeśli odbierzesz rozmowę z któregoś z tych dwóch numerów... 08023111999 lub 0802225999”. Te informacje tekstowe wywołały panikę w Lagos stolicy Nigerii, państwa, w którym panuje wyjątkowo ostra konkurencja na rynku telefonii komórkowej. Zob. http://www.wirtualnemedi.pl/ask.php?id_artykułu=14245.

rzeniu twórców, poziomie swoją pełnię otrzymują w filmie *Blair Witch Project*. Zrealizowany za pożyczone pieniądze w 8 dni amatorską kamerą video film tylko w USA przyniósł dochód rzędu 140 mln dolarów⁴⁰. Zorganizowana wokół projektu otoczka marketingowa spowodowała takie zainteresowanie filmem, że niemal kultowe zainteresowanie tematem było przyczyną stworzenia trzech gier komputerowych obok nieprzeliczonej masy filmowych gadżetów. Najwierniejsi fani filmu urządzają również wycieczki do miasteczka Burkittesville, związanego z legendarną wiedźmą. Wiele filmów kultowych należy do gatunku kina grozy. Choć przez poważnych krytyków kina są traktowane z pogardą i według ich zdania, tylko zawartość nielicznych wyjątków z tego rodzaju produkcji filmowej wniosło jakiś wkład w dzieje kinematografii światowej, potrafią one funkcjonować w 'drugim obiegu' poprzez wiele miesięcy lub lat jako poszukiwane hity. Wielu z tych filmów nie ma nigdy na oficjalnych listach 'box-office'⁴¹ i raczej rzadko trafiają do kin. Dostępne głównie na kasetach video (teraz również na DVD), nierzadko w nielegalnym obiegu⁴², docierają jednak do zainteresowanych tym tematem odbiorców mimo wielu utrudnień. Dobrym przykładem może być film *Canibal Ferox*, którego dystrybucja została zakazana w 31 krajach, a mimo to jest doskonale znany fanom kina *gore*.

Do posiadających najgorszą sławę filmów należą obrazy, określane mianem *mondo movies*. Za początek filmowego życia tego gatunku przyjmuje się rok 1962. Wtedy powstaje produkcja duetu Paolo Cavara i Gualtiero Jacopetti zatytułowana *Mondo Cane*. Całość filmu składała się na naprzemiennie ułożony ciąg ujęć przedstawiających wstrząsające obrazy i szokujące sceny znęcania się nad zwierzętami. Właściwy kształt filmowy gatunek przyjął dopiero w latach 70-tych. Pod koniec dekady powstał film *Faces of Death* łamiący kolejne tabu – tabu śmierci. Filmy *mondo* właściwie są kompilacjami lub raczej zlepkami zarejestrowanych na różnych

⁴⁰ Głównie z powodu tego, że część widzów sądziła, że prezentowane obrazy to autentyczny dokument, a ludzie, których widać na ekranie już nie żyją.

⁴¹ Rankingi oglądalności tytułów filmowych będących obecnie w dystrybucji w kinach, uszeregowane w/g liczby oglądających i wysokość wpływów z biletów.

⁴² Szczegółowe kategorie przyznawane filmom grozy zawierającym szczególnie drastyczne obrazy śmierci i przemocy w Wielkiej Brytanii są określone od 1982 roku w ramach porozumienia BVA (Brytyjskiego Stowarzyszenia Video) i BBFC (Brytyjskiej Rady Cenzorów). Specjalny raport został rozesłany wszystkim dystrybutorom i pozostaje obowiązującym po dziś dzień. Od 1984 obowiązuje też lista kar i sankcji grożących za posiadanie i rozpowszechnianie zakazanych filmów, od kary grzywny 20 tys. funtów po karę pozbawienia wolności. Więcej na stronie <http://horror.com.pl/publicystyka/nasties.php>.

kontynentach filmów dokumentalnych, archiwów policyjnych, rejestracji kamer ulicznych lub przemysłowych, filmików *snuff*, ukazujących sceny śmierci, egzekucji, wypadków czy morderstw. Tematyka filmów z czasem nie tylko ograniczała się do scen śmierci. Do repertuaru *mondo* włączono rejestracje zamieszek, wojny domowe i kroniki wojenne, katastrofy lotnicze, autopsje, eksperymenty na zwierzętach, nieudane popisy kaskaderów i pościgi policyjne⁴³. Większość tego rodzaju materiału filmowego nie jest rozpowszechniana drogą oficjalną. Filmy powstają w drugim obiegu i są dystrybuowane w kręgu zainteresowanych tematem odbiorców⁴⁴. Anonse o nowych tytułach zwykle pojawiają się w 'specjalistycznej' prasie.

W USA od wielu lat ukazuje się wiele tytułów prasowych skierowanych do tego rodzaju odbiorców – fanów specyficznych gatunków kina okrucieństwa i grozy. Najbardziej znane, funkcjonujące najdłużej na rynku prasowym to *Fangoria* i *Cult Movies*. Wydawnictwa tego rodzaju pełne są ogłoszeń firm dystrybuujących pół lub nielegalne kopie filmów pełnych okrucieństwa. Czytelników nie dziwią nagłówki w rodzaju '*Tapes of Terror*' czy '*Video Screams*' lub '*Tropic Twilight Company*'. Dystrybutorzy oferują zainteresowanym kasety w cenie 10–15 \$ za tytuł. Twórcy są zainteresowani tym, że ich dzieło trafia do określonego widza, zaś prawdopodobna popularność jakiegoś tytułu wśród fanów, może zaowocować podjęciem próby dystrybucji tytułu legalnie. Obecnie bardzo popularna w Stanach jest specjalna limitowana edycja DVD filmów włoskiego mistrza gatunku Dario Argento, chociaż jeszcze przed kilkunastoma laty jego horrory były znane tylko nielicznym.

Współczesna popularność nowych mediów, szczególnie Internetu otwiera nowe drogi dystrybucji informacji o nowych i starych filmach grozy i celuloidowego okrucieństwa. Ogromnie rozbudowane portale Internetowe poświęcone wszelkim typom i rodzajom horroru⁴⁵ obok małych i nieskomplikowanych stron domowych, pojawiają się w listach wyników wyszukiwarek po wpisaniu słowa 'horror'⁴⁶. Również wśród

⁴³ Por. Krajewski M., *Kultury kultury...*, op. cit., s. 131–133; także: <http://horror.com.pl/publicystyka/mondo.movies.php>.

⁴⁴ Wyjątkiem mogą być para-dokumentalne cykle zwane *shockumentary* (z połączenia słów *shocking* i *documentary*) obecne na antenach państwowych stacji telewizyjnych, np.: serial *Najbardziej niebezpieczne pościgi policyjne* prezentowany w TVP 2.

⁴⁵ <http://www.bloody-disgusting.com/>.

⁴⁶ Wyszukiwarka AltaVista podaje 25 200 000 linków do stron zawierających słowo 'horror'; NetSprint proponuje 130 tysięcy linków do stron polskich. Dane z 18 listopada 2004.

polских fanów filmowych okropności, ten rodzaj wirtualnego przekazu jest coraz bardziej popularny. Do stron najbardziej profesjonalnie podchodzących do kategorii filmowej, jakim jest horror należy m.in. *Horror Online*⁴⁷ czy *Świat Prawdziwego Horroru*⁴⁸. W obu portalach internetowych znajdziemy bogatą listę uporządkowanych alfabetycznie opisów filmów, biogramy największych i najbardziej znanych twórców tego gatunku kinematografii. Serwis *Horror Online* oferuje również bogaty zbiór esejów poświęconych różnym tematom, modom i gatunkom w horrorze, pierwowzorom literackim oraz bibliografię grozy. Polacy chętnie tworzą strony poświęcone horrorom i filmom grozy, czy to jako elementy składowe innych stron, czy jako specjalizowane serwisy. Niestety, kino polskie nie oferuje swojemu odbiorcy tego rodzaju rodzimych produkcji.

Kinematografia polska nie szafowała szczególnie okrutnymi scenami śmierci, choć w kinematografiach innych państw dawnego bloku komunistycznego pluralizm filmowy wygenerował kierunki filmowe skłaniające się ku pornografii śmierci⁴⁹. Jeśli dla podniesienia dramaturgii opowiadanej historii lub zainicjowania fabuły potrzebna była śmierć, zwykle ukazywana była w estetycznym, stosownie podniosłym, niemal patetycznym wyobrażeniu. Dramaty i melodramaty polski międzywojennej kierowane do szczególnej grupy odbiorców wymuszały takie traktowanie umierania na ekranie. Fenomen historyczności funkcjonującej w polskim myśleniu o śmierci wymusza pewien określony stosunek do tego tematu w filmie. Powojenne filmy apoteozujące ofiarę wyzwolicieli Ojczyzny, a później obrońców nowego ładu dochodziły do śmieszającej dzisiaj nieszczerości i nieprawdziwości takich postaw. Obrazy próbujące relatywizować lub przedstawiać możliwe bliskie realności sytuacje tamtych czasów, wobec formalnego konfliktu z obowiązującą estetyką i linią poprawności politycznej lokowały się na marginesie artystycznego dyskursu śmierci⁵⁰. Eschatologia i sprawy ostateczne nie należały i nadal nie należą do modnego tematu w polskim kinie. Przykładem jedyne go twórcy w dziełach, którego uobecnienia się intelektualna i duchowa percepcja transcendencji śmierci jest Krzysztof Zanussi. Już temat dyplomowej etudy Zanussiego *Śmierć prowincjała* (1966) zdradza pierwszy etap fabularyzo-

⁴⁷ <http://horror.com.pl/>.

⁴⁸ <http://krypta-smierci.neostrada.pl/>.

⁴⁹ Zob. Miczka T., *Wylizanki śmierci, pornografia śmierci i nekrorealizm. Obrazy umierania w rozrachunkowym kinie postardzieckim... i w nowym kinie rosyjskim*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*, T. VIII, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2004, s. 505–514.

⁵⁰ Najdobitniejszym przykładem takiego obrazu może być *Kanał* (1956) Andrzeja Wajdy.

wanej drogi do zrozumienia własnego bytu poprzez analizę sytuacji ostatecznych. Prosta i klarowna opozycja dwóch światów: witalność przebywającego w klasztorze studenta historii sztuki i dramat zmagającego się z chorobą, a w konsekwencji tejże, ze śmiercią przeora; akceptacja starożytności wobec nieuchronności porządku ludzkiej egzystencji; spotkanie młodości z osiagającym swój kres człowiekiem; niezgoda wobec śmierci i wreszcie osiągnięcie charakterystycznego dla poszukującej postawy niepokoju, składają się na pozornie błahą narrację filmu. Temat, szczególnie zaś wyjątkowo ukazany proces powstawania świadomości egzystencjalnej bojaźni i drżenia, jest zjawiskiem wyjątkowym. Eksploracje Zanussiego tematów niechcianych, wymagających od widza odrobiny refleksji, w przeciwieństwie do łatwych w odbiorze filmów ukazujących pornografię śmierci, skazuje autora i jego dzieła na potencjalne odrzucenie i funkcjonowanie poza sferę popularności. Konsekwencja artystycznych poszukiwań odpowiedzi na fundamentalne pytanie o postawę wobec śmierci owocuje w wytworzeniu się specyficznego 'zanusoidalnego' bohatera. Jest nim człowiek postawiony wobec fenomenu śmierci naglej, jak w filmie *Iluminacja* (1973), poprzez człowieka samotnie w swej laickości zmagającego się ze swoją realną rozwijającą się śmiertelną chorobą, jak w filmie *Spirala* (1978), aż do kontestatora życia jako dramatycznie kończącej się choroby w obrazie *Życie, jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową* (2000)⁵¹. Filozoficzno-teologiczne zmaganie się z problematyką ostateczności, sytuuje dzieła Zanussiego jako wyjątkowe nie tylko w skali rodzimego kina swoistego moralnego niepokoju, lecz wydaje się być niepowtarzalne w skali świata. Śmierć bohaterów ostatnich dziesięcioleci naszej historii⁵², martyrologia nowych herosów⁵³, pornografia umierania obecna w młodym pokoleniu snobujących się na amerykańskie wzorce rodzimych gangsterów, jest marginesem twórczości filmowej, w której ważnym elementem jest śmierć⁵⁴. Szokująca dramatyczność sytuacji prowadzącej do zadawania śmierci ukazana w filmie Krzysztofa Krauze *Dług* (1999) jest tu potwierdzającym regułę wyjątkiem. Smaku historii filmu dodaje fakt oparcia się w scenariuszu na zaistniałych realnie wątkach oraz penitencjarno-społecznych konsekwencjach funkcyjowa-

⁵¹ Zob. Świętochowska G., *Śmiertelna choroba*, Kwartalnik Filmowy Nr 45. s. 217–235.

⁵² Np. Kazimierza Kutza *Śmierć jak kromka chleba* (1994).

⁵³ Np. Agnieszka Holland *Zabić księdza* (1988).

⁵⁴ Zob.: Janicka B., *Film polski w latach 1989–1999*. Tekst publikowany na stronie http://www.culture.pl/pl/artykuly/es_film_fabularny_8999.

nia obrazu⁵⁵. Przypadek dwóch początkujących, młodych biznesmenów, doprowadzonych przez mających przestępcze proweniencje pośredników w zdobywaniu kredytów na rozpoczęcie działalności do ostateczności i w konsekwencji popełniających zbrodnię był wyjątkowy. Jeszcze raz się okazało, że realność potrafi zdeklasować fikcję. Przez chwile nawet, widzowie i krytycy byli przekonani, że wyjątkowość filmu pomoże przebić się polskiemu produktowi na ekrany europejskich i światowych kin. I ze zdumieniem skonstatowano, że jest inaczej. Polska perspektywa widzenia okrucieństwa doprowadzonych do ostateczności zwykłych ludzi jest inna niż ta, która interesuje obeznanego z przemocą w kinie widza zachodniego.

Podobnie mieć się może sprawa z odbiorem naśmiewającego się z obrazów gangsterskich, filmu tandemu autorskiego Tomasza Konckiego i Andrzeja Saramonowicza powstały w 2002 zatytułowany *Ciało*. Mniej wyrobiony widz widzi w niej tylko sprawną komedię kryminalną z trupem w roli głównej, bardziej obcy w filmowej materii dostrzegą w niej sprawną kontynuację specyficznej polskiej 'czarnej komedii absurdu'. Sprawnie sfilmowane i opowiedziane perypetie zwłok podrzuconych z miejsca na miejsce, egzotyka świata, w którym nic nie jest zwyczajne i absolutna, pozbawiona szelmowskiego mrugania okiem w stronę widza gra aktorska, potęgują mimo swojej śmieszności tragizm postaci i całej historii. W tym właśnie kontekście ujawnia się największy atut filmu. Atut, który paradoksalnie, w konfrontacji ze sponiewieraną śmiercią w kinie zachodnim, atutem być przestaje.

Dominacja repertuaru pochodzącego z Ameryki i krajów zachodnich w ofercie kinowej oraz edycjach filmów na kasetach video i DVD ma znaczący wpływ na percepcję wizerunku śmierci na ekranie. Oferowany odbiorcy obraz śmierci i umierania obecny w najpopularniejszych produkcjach daleki jest od refleksyjnego podejścia do tego tematu.

Coraz częściej jest sfabularyzowanym dopełnieniem obrazów pokazywanych w programach informacyjnych lub sensacyjnych artykułach prasowych. Olbrzymim zainteresowaniem cieszą się filmy propagujące w swej wymowie akty agresji i przemoc jako jedyny sposób rozwiązywania problemów współczesnego człowieka. Przepęstwo lub przemoc, działanie poza prawem, pokonywanie przeciwnika po prostu zabijając

⁵⁵ Sfabularyzowane w filmie zdarzenia rzeczywiście miały miejsce w Polsce, natomiast po premierze filmu reżyser oraz środowiska społeczne i kulturalne aktywnie uczestniczyli w kontestacji wyroków skazujących dla bohaterów prawdziwych zdarzeń.

go, to wymownie wpływające na postawę odbiorcy wzorce zachowań. Obserwowalny wzrost dezintegracji społecznej sygnalizowany przez kryminologów jest wynikiem takiego właśnie relatywizowania w filmach rzeczywistej sytuacji, w jakiej w społeczeństwie funkcjonuje przestępca i ofiara⁵⁶. Istnieją, co prawda, rozbieżne poglądy na kwestię wpływu scen przemocy i śmierci na postawy odbiorców. Zwolennicy teorii powstrzymania, według, której percepcja scen okrucieństwa i cierpienia ofiary ma działać hamująco na działania widza w zachowaniach społecznych, sugerują redukcję popędów za pośrednictwem wyobraźni⁵⁷. Sytuacje, w których dochodzi do działań przestępczych w wyniku oglądania scen filmowych, implikują zaburzeniami osobowości i warunkami środowiskowymi. Duże, wyrażające społeczne zaniepokojenie odwrażliwieniem społeczeństwa, zainteresowanie wzbudzają badania wykazujące destruktywny wpływ na psychikę odbiorcy filmów ze scenami okrucieństwa. Teoria stymulacji odwołująca się do uczenia się przez obserwację, naśladowanie i przyswajanie modeli, wydaje się być szczególnie prawdziwa wobec postępującego braku zahamowań w stosowaniu przemocy⁵⁸. Badacze wpływu przekazów medialnych na osobowość odbiorcy wyodrębnili kolejne fazy oddziaływania filmów. Stan i wyniki badań prowadzonych przez ośrodki naukowe na zlecenie stacji nadawczych jednoznacznie wskazują, że treści propagowane w filmach mogą przyczyniać się do nasilania występowania zjawisk patologicznych⁵⁹.

Kino od zarania swojego istnienia jest sztuką komercyjną, w swojej jarmarcznej, perwersyjnej wersji szczególnie. Jeśli wytwarzano filmy ze śmiercią w roli głównej to znaczy, że ta bohaterka i gwiazda przyciągała i przyciąga rzesze widzów. Ciąga, obecna we wszystkich kulturach i narodach chęć podglądania śmierci, jest jednym z podstawowych powodów tworzenia filmów z gilotyną w tle. Voyeuryzm wynalazku Edisona i braci Lumiere w doskonałej formie realizują możliwość intymnego obcowania ze śmiercią obcego. To właśnie ta intymność podglądactwa wydaje się być kluczem do zrozumienia fenomenu fascynacji śmiercią w kinie. Nie ma nic bardziej intymnego poza seksem od śmierci. Śmierć przez dziurkę od klucza nie jest przeciwieństwem życia, jest jego elementarnym składnikiem. Zwielokrotniona śmierć w projektorze filmowym jawi się jako

⁵⁶ Tyburska A., *Film w odbiorze nieletnich...*, op. cit., s. 96–97.

⁵⁷ Aronson E., *Człowiek istota społeczna*, Warszawa 1995, s. 313–318.

⁵⁸ Ibidem, s. 332–333.

⁵⁹ Tyburska A., *Film w odbiorze nieletnich...*, op. cit., s. 99–103.

próba jej przewycięzania⁶⁰. Nawet, jeśli nie da się jej obłaskawić, podglądanie 'śmierci innego' na tyle ją od nas oddala, pozornie ją przybliżając, że jesteśmy bezpieczni w wygodnych fotelach sal kinowych lub sof przed telewizorem.

Każdy sympatyk kina w swoim wyborze filmu, w dużej mierze kieruje się sugestią zawartą w kilkudzaniowej charakterystyce reklamującej, w możliwie dosadny sposób zawartość treści, prezentowanej w spotach reklamowych lub opisie umieszczonym na okładce kasety lub płyty DVD. Im jest ona bardziej zorientowana na silne emocje, których można doznać podczas oglądania filmu, tym większa szansa na wybór. Nimb skandalu towarzyszący filmowi i rozbudowane działania marketingowe rozszerzające ideę i treść filmu na inne sfery rynku rozrywki zwykle podnoszą atrakcyjność oferty. Zwiększając tym samym wysokość potencjalnych wpływów z dystrybucji i sprzedaży filmowych gadżetów. Wiele filmów pełnych przemocy w cyklu marketingowych działań proponuje widzom wersje dokumentalne dystrybuowanych tytułów, ukazujące kulisy produkcji filmu. Czy jednak ten zabieg wystarczy do unaocznienia filmowych mistyfikacji? Chyba niewielu twórców szczególnie brutalnych, osadzonych w rzeczywistości filmów zadaje sobie pytanie: „czy aby na pewno poprzez oglądanie scen gwałtów i przemocy, oraz scen torturowania i ćwiartowania ludzi, nie wychowamy ich naśladowcy, który zapragnie przenieść filmową fikcję do realnego świata?”⁶¹.

⁶⁰ Milewska M., *Śmierć u narodzin...*, op. cit., s. 194–195.

⁶¹ Za: <http://horror.com.pl/publicystyka/guinea-pig.php>.

Zygmunt Pucko¹

Ludyczny sposób osvajania dzieci ze śmiercią w ujęciu Kornela Makuszyńskiego

Spoglądając na dzieje kultury zachodnioeuropejskiej pod kątem zaprzyjaźniania się człowieka ze śmiercią łatwo w nich dostrzec szeroki wachlarz rozmaitych sztuk umierania. Jednakże pomimo swego bogactwa naznaczony jest on piętnem istotnego braku, ponieważ wykreowane w poprzednich stuleciach różne modele *ars moriendi* oferowane były osobnikom wyłącznie dorosłym. Na próżno zatem szukać wśród nich jakiejś wersji dedykowanej tylko dzieciom. Słusznie więc można odnieść wrażenie, iż sprawą przysposobienia dzieci do spotkania z thanatosem raczej się nie interesowano.

Oczywiście teza ta nie upoważnia do wniosku, jakoby wobec śmierci dzieci panowała niegdyś w kulturze atmosfera zupełnej obojętności, jak sugerują zwolennicy determinizmu demograficznego². Wszak pochodzące z czasów antycznych nagrobne inskrypcje mogą świadczyć nie tylko o przejawach celebracji zakończonej nie w porę egzystencji dziecka, lecz także o głębokiej rodzicielskiej z nim więzi³. Podobne konotacje zdają się przywodzić na myśl wzniesione w różnych epokach mauzolea i styl ornamentyki ozdabiającej dziecięce grobowce. *In perpetuum rei memoriam* zostały założone parki. Szczere uczucia emanują też z szeregu utworów o charakterze elegijnym. Zwłaszcza autorstwa tych poetów, którzy sami kiedyś doznali faktu osierocenia, jak to miało miejsce choćby w przypadku J. Kochanowskiego.

¹ Zakład Pedagogiki Medycznej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

² I. Barton-Smoczyńska, *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Łomianki 2006, s. 11.

³ W. Suder, „Śmierć dziecka w starożytnym Rzymie”, (red.) B. Płonka-Syroka, *Studia z dziejów kultury medycznej. Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*, Wrocław 1999, s. 34.

Naturalnie kwestia psychicznego związku między rodzicami a ich bezpowrotnie utraconym potomstwem to jedno. Zaś zagadnienie oswojania dzieci z nieuchronnością losu to sprawa zupełnie inna. Jakie były przyczyny pominięcia w horyzoncie myślenia tej subtelnej kwestii, tego nie sposób dokładnie powiedzieć, ponieważ tocząca się od kilku dekad debata w tym przedmiocie daleka jest od jednoznacznej konkluzji. Nie wdając się przeto w jałową polemikę z uczonymi, ważniejsze dla niniejszych refleksji będzie raczej ukazanie kilku intuicji dających pewien wgląd w naturę egzystencjalnych reakcji dziecka wobec fenomenu śmierci.

Z pierwszych przeczuć klarownie zwerbalizowanych przez twórców literatury pięknej doby dziewiętnastego stulecia wynika, że główną dominantą przeżyć dziecka był paraliżujący strach. Jego źródło stanowiła najczęściej utrata bliskiej mu osoby, albo doświadczenie własnego umierania urzeczywistniającego możliwość całkowitego *nie bycia już-to-oto*. Złożony koloryt smutku dzieci świadomych ekspansywnego działania śmierci wydzierającej im resztki już i tak ledwo pulsującego w nich życia wyraziście nakreślił, między innymi, Ch. Dickens w powieści *Oliver Twist*⁴. Niekiedy w dziełach różnych pisarzy spotkać też można charakterystykę symptomów tanatycznej trwogi przypominającą objawy, nazywane w języku współczesnej psychiatrii, stuporem. Osobliwość owego odrętwienia adekwatnie oddał np. L. Tołstoj w XXVII rozdziale dzieła *Dzieciństwo – Lata chłopięce – Młodość*⁵, opisując reakcję kilkuletniego dziecka na widok złożonego w trumnie ciała jego zmarłej matki.

Nie trzeba specjalnie się tu rozwodzić aby stwierdzić, że spostrzeżenia licznych pisarzy znamionuje wręcz genialna trafność. Celności ich ujęcia jasno potwierdzają najnowsze publikacje z obszaru psychologii oraz bioetyki⁶. Istniała więc wystarczająca racja uzasadniająca przyjęcie w literaturze takiego sposobu eksplikacji za podstawowy kanon. Zgodnie z uznanym wzorcem sugerowano, aby z dziećmi raczej nie podejmować rozmów na temat śmierci i oszczędzać im przykrych doznań wizualnych.

Jednym z niewielu odstępstw od tego sztywnego prawidła jest podejście Kornela Makuszyńskiego, który w swoim utworze *O tym, jak Wicek Warszawski pokonał Śmierć* zerwał z obowiązującym schematem

⁴ Ch. Dickens, *Oliver Twist*, Kraków 2005, s. 54.

⁵ L. Tołstoj, *Dzieciństwo – Lata chłopięce – młodość*, Warszawa 1953, s. 114–115.

⁶ M. B. Mahowald, „On Caring for Children”, (ed.) D. C. Thomas, *Birth to Death. Science and Bioethics*, Cambridge 1996, s. 86–98.

proponując nowatorskie ujęcie. We wzmiankowanym dziele, *nota bene* o dużym filozoficznym przesłaniu, autor zachęca do rezygnacji ze stosowania pedagogiki nadmiernie opiekuńczej na rzecz budowania postawy uodpornienia podmiotu. Z tymże, w jej konstytuowaniu Makuszyński nie odwołuje się do stoickiego ideału męstwa, ani tym bardziej nie naśladuje adaptacyjnego poddaństwa względem nieuchronności jako formy ofiary. On podąża tropem logiki myślenia właściwej tradycji śmiejących się filozofów⁷ i postawę dziecka wobec śmierci osadza na regule ironii. Dlatego cały jego utwór utrzymany jest w konwencji serio-komediowej.

Niepodobna przedstawić tutaj wszystkich różnorodnych aspektów ironii w zajmującym nas dziele, choć byłoby to wskazane ze względu na właściwe zrozumienie jego ogólnej wymowy. Jednakże nie uchybi się prawdzie, jeśli poprzestanie się na wyeksponowaniu w nim tylko jej filozoficznego wymiaru. Tragikomiczny nastrój w zaproponowanym projekcie dziecięcej *ars moriendi* Makuszyński osiąga kilkoma strategiami. Najpierw przez wyartykułowanie specyfiki natury bytu głównego bohatera. Następnie przez spersonifikowanie śmierci w kategoriach estetycznych i naszkicowanie specyficznej postaci heroizmu.

Osobliwość bytu bohatera określa piętno deficytu. Przejawia się on w nietrwałości istnienia szybko znikającego w czasie oraz w przypadkowym rzuceniu w świat bez stałego oparcia w czymkolwiek. Jest to zatem istnienie wydane na totalną ontyczną samotność, które od momentu swojej ontogenezy pozostaje, jak literacko opisał ów stan S. Kierkegaard, *samotne w swym cierpieniu* i *samotne ze swą rozpaczą*⁸. Używając natomiast metafory Platona można rzec, że o charakterze kondycji bohatera przesądza jego pochodzenie. Wszak powiła go *Bieda*. Przeto bohater, podobnie jak Eros z mowy Sokratesa zamieszczonej w *Uczcie* Platona, jest nędzarzem. *Boso chodzi, bezdomny po ziemi się wala, własnego dachu nad głową nie ma, bez pościeli sypia, pod progiem albo gdzieś przy drodze*⁹. Ta analogia uzmysławia jak znamię niedostatku odziedziczonego po matce stygmatyzuje jestestwo bohatera, odciskając swe głębokie ślady we wszystkich jego komponentach¹⁰.

⁷ Pseudo-Hippokrates, *O śmiechu Demokryta*, Gdańsk 2007, s. 20–29.

⁸ S. Kierkegaard, *Albo, albo*, Warszawa 1982, t. II, s. 111.

⁹ Platon, *Uczta*, XXII D, Warszawa 1988.

¹⁰ K. Makuszyński, „O tym jak Wicek Warszawski pognąbił Śmierć, w: K. Makuszyński, *Bardzo dziwne bajki*, Warszawa 1919, s. 11.

Aliści wbrew doświadczeniu niedoskonałości swojej natury bohater nie popada w pesymizm i przygnębienie, lecz paradoksalnie jej ułomność traktuje z lekkim przymrużeniem oka oraz radosnym uśmiechem¹¹. *Bieda*, która wyszkoliła go w rozmaitych rzeczach nauczyła go również jak się jej nie dać¹² zachowując w życiu poczucie humoru. Jednym z symptomów tego zachowania jest zamiłowanie do pewnego typu mądrości, którego znak rozpoznawczy stanowi dyskretny uśmiech Mona Lizy. Stąd bohater w wydaniu Makuszyńskiego jest osobnikiem sprytnym, dowcipnym, skorym do żartów, kochającym dobre i piękne strony egzystencji oraz zabawę. Z tym, że zabawa dla niego nie oznacza wbrew wizji Arystotelesa jakiejś formy wypoczynku po mozolnym trudzie¹³. Jego bawienie się należy raczej postrzegać w kategoriach filozofii zabawy proveniencji F. Nietzschego.

W świetle wypowiedzi autora *Narodzin tragedii* trzeba uznać ją za pewną odmianę pracy, wpływającej z woli człowieka i chętnie przez niego wykonywanej¹⁴. Lecz w przeciwieństwie do nietzscheańskiej koncepcji zabawy, nie uwarunkowanej jakkolwiek potrzebą zdobycia konkretnego celu, bohater Makuszyńskiego jest całkowicie zorientowany na osiągnięcie wymiernego *telosu*. Dlatego nawet w największym upojeniu dionizyjskim żywiołem zabawy nigdy nie traci on kontroli nad sobą i nie rezygnuje z własnej suwerenności. Będąc wychowankiem *Biedy* daleki jest od zniewolenia typowego dla pospolitego umysłu zatracającego się w chwilowej lekkości bytu. Ta niezależność jest dla niego niezbywalna, ale nie dla niej samej, jako wartości autotelicznej. Ona jest mu potrzebna po to, aby w możliwie najwyższym stopniu być wolnym w doborze najskuteczniejszego gatunku ironii w walce z bezwzględnością śmierci.

Niewątpliwie uwypuklenie w naturze bohatera immanentnej inklinacji do zabawy skazuje go równocześnie na śmieszność. Może się wręcz wydawać, że to jest jej najsłabszy punkt. Tymczasem to, co jawi się w naturze komiczne stanowi *de facto* największą siłę głównej *dramatis personae*. Jako że połączenie predyspozycji do roześmianej zabawy ze śmiesznością tłumaczy właśnie urok sensu ironii. Otóż przez zabawę i śmiech przenika radość woli życia. Zaś w śmieszności odsłania się jedna z po-

¹¹ Tamże, s. 11.

¹² Tamże, s. 12.

¹³ Arystoteles, *Polityka*, VIII 2, 1337b, Warszawa 1964.

¹⁴ F. Nietzsche, *Tako rzecze Zaratustra*, Warszawa 1990, s. 27.

nadczasowych filozoficznych prawd odnośnie ludzkiego losu. Głosi ona, iż egzystencja człowieka jest komiczną i zarazem straszliwą farsą, która ostatecznie zawsze źle się kończy. Przeto bycie w świecie, zdaniem M. Geiera, sprowadza się do śmiesznej smutności i smutnej śmieszności¹⁵. Lecz wbrew tej gorzkiej prawdzie bohater uśmiecha się jej na przekór. Reaguje tak jak niegdyś czynił to podobno Demokryt z owym „a jednak”, które nie pozwala porzucić ludzkiej tęsknoty za życiem szczęśliwym¹⁶, zachowując wyglądem nieuchronności rys umiarkowanej wyższości.

Ten sam tryumfujący uśmiech bohatera wynurza się także z estetycznego *modus operandi*, w którym Makuszyński ukomicznia śmierć wedle konwencji przedstawienia plastycznego typowego dla renesansu oraz czasów późniejszych. Autor dzieła programowo odchodząc od średniowiecznej figury śmierci, przesiąkniętej melancholią oraz turpizmem, ogołaca ją z makabrycznych akcesoriów zmysłowości i zastępuje nową symboliką. Oryginalność konceptu polega na tym, że jego treścią jest absurd wyrażony w formie satyry. U podstaw nonsensu leży gra artystycznej wyobraźni, w której wątki i motywy tak dalece wzajemnie się przenikają, że w konsekwencji załamują jednolitość upostaciowania śmierci. Stąd też, jak unaocznia zamieszczony poniżej *passus*, śmierć *nie jest jedna na cały świat, boby sobie rady nie dała z tyloma ludźmi. Jest ich bardzo wiele, bo każdy naród ma swoją Śmierć i każda inaczej wygląda. Śmierć angielska jest bardzo dziwna, bo się nigdy nie śpieszy, tylko powoli sobie idzie, fajeczkę pali i czasem tylko splunie, a nic nie gada. Zetnie człowieka, to tylko mruknie sobie i zaraz kosę czyści, którą ma śliczną, z doskonałej stali. Francuska śmierć jest zawsze wesoła, gwizdże sobie, a jak człowiekowi głowę zetnie, to go zawsze potem przeprosi i mówi mu: musie! – ale to mu już nic nie pomoże. Amerykańska Śmierć zawsze chodzi w cylindrze, jest najchudsza ze wszystkich i nie ma zwyczajnej kosy, tylko jakąś dziwną maszynkę, którą od razu zabija stu trzydziestu siedmiu ludzi. Polska Śmierć jest teraz inna niż była dawniej, a tamta była bardzo odważna i kiedy szła ścinać komu głowę, to tańczyła zawsze mazura. (...) Teraźniejsza Śmierć jest taka sobie, co nie zna dobrze swojego rzemiosła*¹⁷.

O bylejakości polskiej śmierci przesądza jej błazeństwo, naszkicowane przez Makuszyńskiego z niezwykłą precyzją. Dzięki sporządzeniu szczegółowego malunku autor uczynił dostępną o śmierci prawdę, łatwo przy tym uchwytną dla percepcji wzrokowej. Ważną rolę w wyławianiu jej

¹⁵ St. Garczyński, *Anatomia komizmu*, Poznań 1989, s. 32.

¹⁶ M. Geier, *Z czego śmieją się mądrzy ludzie*, Kraków 2007, s. 52.

¹⁷ K. Makuszyński, op. cit., s. 32.

kwintesencji na powierzchnię odgrywa kolorystyka, emocjonalność, ruch, *locus standi* oraz akustyka. Makuszyński nasycając kolorytem bladozielonym fizjonomię spersonifikowanej śmierci podkreśla stopień jej martwoty. Zaś barwiąc odcieniem żółtym jej szkielet akcentuje stadium jego kruchości. Ikoniczny wizerunek śmierci dostarcza sporej wiedzy o typie jej emocji oraz kulturze ich ekspresji. Na tej podstawie wiadomo, iż śmierci raczej obce jest uczucie radości, a jeśli kiedykolwiek coś ją ucieszy, wówczas *ni stąd ni zowąd zaczyna tańczyć*¹⁸, wykrecać piruety i niezgrabnie *podrygiwać*¹⁹. Najczęściej jednak widać ją autystycznie zatopioną w uczuciowej próżni, ziewającą i pasywnie wyczekującą²⁰. Albo wprost przeciwnie, można ją zobaczyć w napadzie furii, w której ze złości *gryzie korę drzewa, tak gwałtownie, że sobie wyszczerbia zęby, tłucze o pień głowę, łamie ręce*²¹, i wyrывa resztki włosów²².

Plastyczność narracji ewokuje słabą witalność śmierci wyrażającą się w niezdarnym sposobie poruszania się typowym dla indywiduum pokonanego przez czas. Dlatego owo dziwo przechadzając się spowolniam krokiem ulicami miasta *człapie gnatami po bruku*²³. Zaś wędrując po bezdrożach *zębrem zahaczy o jakiś krzak albo sucha kość w niej zatrzeszczy*²⁴. Znając mizerną fizycznie kondycję śmierci nie zaskakuje wcale widok chwili, w której ona zamierza pozbawić kogoś życia. Wszak zamachuje się *kosą gorzej niż amator, więc chybia celu przecinając tylko powietrze*²⁵. W trakcie wykonywania tego niebezpiecznego procederu zatacza się *jak pijana*²⁶, traci równowagę i *fika kozła*²⁷. Wprawdzie po upadku zaraz się podnosi, ale jest nim tak oszołomiona, iż z szeroko otwartymi ustami niepewnie rozgląda się dookoła²⁸.

Kompozycja groteskowego przedstawienia ujawnia również niską jakość życia teźże kreatury, ponieważ daje wgląd nie tylko w rodzaj stosowanej diety, lecz także umożliwia poznanie metody regenerowania utra-

¹⁸ Tamże, s. 33.

¹⁹ Tamże, s. 33.

²⁰ Tamże, s. 39.

²¹ Tamże, s. 33.

²² Tamże, s. 86.

²³ Tamże, s. 22.

²⁴ Tamże, s. 34.

²⁵ Tamże, s. 34.

²⁶ Tamże, s. 34.

²⁷ Tamże, s. 34.

²⁸ Tamże, s. 34.

cone energii. Otóż utrudzona śmierć zamiast pożywiania się godziwą potrawą, pokrzepia się wodą z *brudnej kałuży*²⁹. Natomiast na odpoczynek do niechlujnego barłogu, wymoszczonego w pniu starego drzewa, udaje się dopiero o północy. Tam ucina sobie małą drzemkę urozmaiconą pochrapywaniem. Po krótkim niespokojnym interludium znów się budzi *kosę pod światło obejrzy*³⁰ i szybko gdzieś przed siebie pędzi.

Komizm zobrazowanej śmierci Makuszyński modeluje jeszcze szeroką gamą wydawanych przez nią dźwięków. W tekście utworu można „usłyszeć” odgłosy jej *ziewania*³¹, *przekleństwa*³², *utyskiwanie*, *zawodzenie*, *lamenty*, *jęki*³³, *placz*³⁴, *krzyk*³⁵, *trzask piszczeli*³⁶, itp. Nie ulega wątpliwości, że Makuszyński za pośrednictwem estetycznych środków gruntownie zdezwuował majestat śmierci. Odarłszy ją z tajemniczej niezwykłości, piękna i wdzięku zrobił zeń byt karykaturalny godny jedynie politowania.

Jednakże mylące byłoby przeświadczenie jakoby wykpienie braku elegancji śmierci oznaczało zupełny nad nią tryumf. Aby osiągnąć ostateczne zwycięstwo konieczna jest jeszcze *vis comica* w etycznym aspekcie ludycznej sztuki umierania. Litera dzieła daje wystarczające podstawy do przypuszczenia, że siła komizmu jest pochodną sylogizmu etycznego, czyli rozumowania, w którym wynikająca z dwóch przesłanek konkluzja jest zaleceniem moralnym³⁷. Taki wniosek wypływa zawsze wtedy, gdy w przesłankach rozumowania pojawiają się terminy, np. dobry, powinność, czy obowiązek³⁸. To właśnie zalecenie permanentnie warunkuje humorystyczne zachowanie bohatera w *continuum* jego zmagania ze śmiercią. Ono zachęca go nie do periodycznego naigrywania się ze śmierci, lecz utrzymania stałej komedianckiej postawy. Warto zauważyć, że owo zalecenie w utworze Makuszyńskiego nie ma nic wspólnego z kategorycznym domaganiem się od bohatera bezwzględного posłuszeństwa, całkowitej subordynacji i usztywnienia działania. W takiej sytuacji jego

²⁹ Tamże, s. 30.

³⁰ Tamże, s. 30.

³¹ Tamże, s. 39.

³² Tamże, s. 39.

³³ Tamże, s. 91.

³⁴ Tamże, s. 94.

³⁵ Tamże, s. 35.

³⁶ Tamże, s. 34.

³⁷ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005, s. 9.

³⁸ Tamże, s. 9.

tragikomiczne zapasy nie różniłyby się niczym od wyczerpującej mordęgi, jakby powiedział T. Kotarbiński, a on od niewolnika mdlejącego pod jarzmem tyranii etycznego imperatywu emanującego ascetyczną surowością³⁹.

Moralne zalecenie ma przede wszystkim charakter atrakcyjnego zaproszenia do spełnienia awanturniczej chętki w pojedynku ze śmiercią. Przy czym, realizacja owej zachcianki przypomina raczej twórcze współzawodnictwo niżli krwawą bitwę. W tych zawodach liczy się przede wszystkim swoisty aksjotropizm, zalety umysłu oraz przymioty woli. Dlatego orężem bohatera jest celny dowcip, obezwładniający żart, ostry język, duża elastyczność struktur myślenia, sprawność w doborze taktyki, umiejętność wybrania miejsca i czasu walki. Przydaje się również odwaga, ale oczyszczona z nalotu zuchwałości oraz konsekwencja wolna od tępego uporu. Wszystko to jest czystą zabawą, w której przeciwnicy łowią się wzajemnie w sieć figlarnych pomysłów. Aliści w potyczkach nie chodzi o to, aby ulegać marzycielskiej fantasmagorii łudzącej fałszywym pragnieniem całkowitego zapanowania nad śmiercią oraz wyrugowania jej z rzeczywistości. Rzecz idzie o coś innego, chodzi mianowicie o zachowanie ludzkiego *dignitas* potwierdzanego w krotochwilnych igraszkach odraczających w czasie moment nadejścia śmierci⁴⁰.

W finałowej rozgrywce bohater siłą komizmu powstrzymuje napór śmierci i zmusza ją do uznania własnej porażki. Pokonana śmierć wraca z areny ośmieszona, wyczerpana, zmęczona i omdlała. *Strasznie zbolala (...) cała opuchła, kosą się podpira i idzie i popłakuje. Nos się jej od płaczu zrobił czerwony, a jakąś chustką czerwoną podwiązała sobie zęby*⁴¹. Tymczasem zwycięski bohater wznosząc się ponad paraliżujące uczucie tragizmu wesoło się uśmiecha i radośnie spogląda w enigmatycznie zasuplaną przyszłość.

Przyznać trzeba, iż wykreowana koncepcja ludycznej *ars moriendi* jest na wskroś szlachetną i pogodną zabawą, całkiem niezłe teoretycznie uzasadnioną. Ale pomimo tego budzi zbyt wiele zastrzeżeń, by mogła w pełni przekonać. Jeśli natomiast pomysł Makuszyńskiego potraktuje się w kategoriach czysto postulatycznych, wówczas okazuje się, że pisarzowi nie można odmówić filozoficznej przenikliwości tak cennej w dyskusji o bioetycznej roli ironii w procesie przygotowania dzieci do śmierci.

³⁹ T. Kotarbiński, *Pisma etyczne*, Warszawa 1987, s. 215–218.

⁴⁰ K. Makuszyński, op. cit., s. 94.

⁴¹ Tamże, s. 94.

Wszakże, jak słusznie pisze K. Montgomery w swoim artykule *Medical Ethics: Literature, Literary Studies and the Question of Interdisciplinarity*, literatura zawsze była ważną częścią dyskursu etyki medycznej⁴². Być może również dzięki wizji tegoż polskiego pisarza sztuka leczenia nauczy się lepiej rozumieć złożoną problematykę dziecięcej *ars moriendi*, niż rozumiała dotychczas.

⁴² K. Montgomery, „Medical Ethics: Literature, Literary Studies and the Question of Interdisciplinarity”, (ed.) F. G. Miller, J. C. Fletcher, *The Nature and Prospect of Bioethics*, Totowa 2003, s. 141.

Ks. dr Andrzej Proniewski

Godność osoby cierpiącej i umierającej

Godność osoby ludzkiej jest dobrem i przez to jest wartością. Wartość życia ludzkiego istnieje realnie, niezależnie od kondycji podmiotu poznającego, jest stała, nieredukowalna i nie zdeterminowana pragmatycznie. Uznając prawa różnych dyscyplin naukowych do wypowiedzania się na temat człowieka, jego osobowości, rozumienia konstrukcji psychofizycznej ważną sprawą jest podkreślenie faktu, że w tej refleksji chodzi o godność człowieka odkrywaną przy pomocy argumentów rozumu, ale w świetle wiary, a więc inspirowaną Biblią chrześcijańską i szczególną więzią człowieka z Bogiem.

Cytując słowa Soboru Watykańskiego II, „człowiek jest jedynym na ziemi stworzeniem, którego Bóg chciał dla niego samego” (*KdK 24*)¹ stwierdzamy determinację, z jaką spotkał się człowiek, doświadczając nierozzerwalnej więzi egzystencjalnej w akcie stworzenia. Bóg wyposażył człowieka w jemu tylko właściwe władze duchowe, rozum, rozeznanie dobra i zła, wolną wolę. Spośród stworzeń tylko człowiek jest zdolny do poznania i miłowania siebie, drugiego człowieka i swego Stwórcy. Człowiek zdolny jest poznać siebie, swoją tożsamość i pozytywną zależność od Tego, który tchnął w niego życie.

1. Zasada „ikonalna” fundamentem godności każdego człowieka

Podstawą antropologii chrześcijańskiej jest spojrzenie na godność osoby ludzkiej w świetle aktu stworzenia (*Rdz 1, 26–27; 2, 18–25*). Nauka

¹ „Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym”, w: Sobór Watykański II, *Konstytucje. Dekrety. Deklaracje*, Poznań 2002, 543.

o człowieku jako odwzorowaniu Boga opiera się o zasadę „ikonalną”² tzn. człowiek jest ikoną Boga, jego obrazem (*selem*) i podobieństwem (*demût*). Autorem wewnętrznej (bytowej) struktury osoby ludzkiej zgodnie z przekazem kreacjonizmu jest Stwórca. Spojrzenie na człowieka od strony ontologicznej nie wyczerpuje jednak całej rzeczywistości antropologicznej. Bóg stworzył człowieka jako istotę, która podmiotowo przeżywa i doświadcza samą siebie. Ontologiczna prawda o człowieku dopełnia się przez podmiotowy wymiar człowieczeństwa. Tradycja kapłańska w następujących słowach wyraża prawdę o stworzeniu człowieka: „A wreszcie rzekł Bóg: »Uczyńmy człowieka na Nasz obraz, podobnego Nam. (...)« Stworzył więc Bóg człowieka na swój obraz (...): stworzył mężczyznę i niewiastę” (*Rdz 1, 26–27*). Zakres semantyczny dwóch czasowników ma tutaj szczególne znaczenie: „uczynmy” oraz „stworzył”.

Stworzenie człowieka jest wynikiem szczególnej refleksji Boga, na co wskazuje słowo: „uczynmy”³. Człowiek nie został powołany do życia jedynie mocą stwórczego słowa Boga. Wyjątkowość oraz szczególna intensywność stwórczej interwencji Boga względem człowieka, została wyrażona przez autora biblijnego (*Rdz 1, 27*) w trzykrotnym użyciu słowa „stworzył” (*bara*). Pojęcie to jest terminem technicznym teologicznego języka tradycji kapłańskiej i ma zastosowanie wyłącznie do stwórczego aktu Boga. Jedynie dla określenia działania Boga i jego zaangażowania używano tego terminu w monoteistycznej religii żydowskiej. Autor natchniony, posługując się tak precyzyjnym terminem, ze szczególnym naciskiem podkreśla prawdę, iż u podstaw bytu ludzkiego jest sam Bóg. Człowiek ostatecznie swoje istnienie zawdzięcza Jemu.

Inny sposób redakcji prawdy o stworzeniu człowieka przekazuje tradycja jahwistyczna: „Wtedy to Pan Bóg ulepił człowieka z prochu ziemi i tchnął w jego nozdrza tchnienie życia, wskutek czego stał się człowiek istotą żywą” (*Rdz 2, 7*)⁴. Posługując się językiem antropomorficznym i nawiązując do obrazu z mitologii mezopotamskiej i egipskiej, ukazującego Boga Stwórcę jako garncarza, tekst jahwistyczny przedstawia stwarzającego Boga, który działa bez jakiegokolwiek dystansu i zaangażowany jest niby garncarz w czynność lepienia (*jasar*) człowieka. Materiałem użytym do tej czynności jest ziemia, a „istotą żyjącą” człowiek stał się poprzez tchnienie bezpośrednio otrzymane od Boga. W porównaniu z *Rdz 1, 26n*

² Por. L. F. Ladaria, *Introduzione alla antropologia teologica*, Casale Monferrato 1992, 53.

³ Por. G. von Rad, *Teologia Starego Testamentu*, Warszawa 1986, 122.

⁴ Por. Cz. S. Bartnik, *Misterium człowieka*, Lublin 2004, 27.

stworzenie człowieka zostało przedstawione tu jako jeszcze bardziej osobisty i intymny akt Boga. Tekst ten z jednej strony ukazuje całkowitą zależność istnienia człowieka od Boga, a z drugiej strony przedstawia jako istotę z ziemi, zawierającą materiał z tego świata, podobnie jak zwierzęta, przy czym one nie otrzymały od Boga tchnienia życia.

Obydwa przekazy biblijne o powstaniu człowieka w ramach dzieła kreacji całego świata, choć odmienne, są zgodne w tym, iż osoba ludzka pochodzi od Boga. U podstaw istnienia człowieka leży stwórcza wola Boga i Jego bezpośrednia ingerencja, powołująca byt ludzki do życia. Cel, jaki stawiali sobie autorzy natchnieni, to wyeksponowanie głębokiego związku łączącego człowieka z Bogiem. Każdy człowiek ma u najgłębszych fundamentów swojej egzystencji samego Boga. Każdy człowiek, także chory i umierający w swym istnieniu zależy od Stwórcy. Każdy człowiek, nawet najsłabszy, którego ziemską egzystencja już gaśnie, zajmuje pierwsze miejsce wśród całego świata stworzonego. Przez słabość, chorobę, cierpienie w niczym nie umniejsza się ludzka godność.

W Starym Testamencie występują trzy podstawowe określenia człowieka: *nefeš*, *bāsār*, *ruah*⁵. Termin *nefeš* ma wiele odcieni znaczeniowych. Przede wszystkim oznacza tchnienie, oddech życia. Być przy życiu – znaczy: mieć jeszcze w sobie tchnienie (por. 2 Sm 1,9); gdy człowiek umiera uchodzi zeń dusza (*nefeš*) (por. Rdz 35,18), człowiek oddaje ducha (*nefeš*) (por. Jr 15,9). W jahwistycznym opisie stworzenia człowieka: „Bóg tchnął w jego nozdrza tchnienie (*nesāmah*) życia, wskutek czego stał się człowiek istotą żywą (*nefeš*)” (Rdz 2,7). *Nefeš* w tym tekście określa całość bytu ludzkiego jako istoty żywej i jedynie przez to tchnienie (*nesāmah*) różni się od zwierząt, które zostały uformowane tak samo jak człowiek i nazwane tak samo jak człowiek: „istoty żywe” (*nefeš hajjāh*). Tekst Rdz 2,7 mówi więc, że człowiek jest *nefeš*, a nie, że człowiek ma *nefeš*.

Drugi termin *bāsār* jest używany w Starym Testamencie także w różnych znaczeniach. Oznacza mięso (por. Iz 22,13); przede wszystkim wskazuje jednak na widzialną część ciała. Stąd oznacza również ciało ludzkie wzięte w całości (por. Lb 8,7). *Bāsār* – ciało może również oznaczać istotę osoby ludzkiej. Widoczne jest to w biblijnym opisie stworzenia kobiety: Adam w niewieście, którą mu Bóg dał, widzi swoje drugie „ja”, gdy woła: „Ta dopiero jest kością z moich kości i ciałem z mego ciała” (Rdz 2,23). *Bāsār* wskazuje także na pewne odcienie „fizyczności” człowieka, a także

⁵ Por. M. Filipiak, *Biblia o człowieku. Zarys antropologii biblijnej Starego Testamentu*, Lublin 1979, 44.

na jego słabości: ciało cierpi (por. *Hi 14,22*), lęka się (por. *Ps 119,120*), omdlewa z pragnienia (por. *Prz 4,22*).

Trzecim terminem wskazującym na człowieka jest *ruah*. Słowo to oznacza przede wszystkim siłę natury, wiatr (por. *Rdz 3,8*). Od znaczenia „wiatr” następuje przejście do znaczeń: tchnienie życiodajne, siła żywotna człowieka. Stąd *rûah* występuje nieraz w paralelizmie z terminem „tchnienie” (*nešamāh*) (por. *Iz 42,5*). *Rûah* określa również siłę Bożą. Wreszcie w wielu tekstach *rûah* określa różne formy wewnętrznych dyspozycji człowieka: termin ten występuje w np. w takich wyrażeniach, jak: „inne usposobienie” (*Lb 14,24*), „osłabienie ducha” (*Wj 6,9*).

Należy zauważyć, iż „żadne ze słów określających człowieka nie odziera się znaczeniowo w sposób radykalny od innych. Antropologia judaistyczna jest monistyczna w tym sensie, że człowiek widziany jest jako całość ożywiona. [...] Każde ze słów określających człowieka wyraża całość egzystencji ludzkiej z różnych punktów widzenia. *Bās̄r* wyraża postać zewnętrzną, *nefeš* – siłę życiową, *rûah* zaś twórczą siłę, która pochodzi od Boga”.

Antropologia ta sugeruje akceptację prawdy, że człowiek otrzymuje życie przy udziale rodziców, ale dawcą życia pozostaje Bóg. Człowiek otrzymał życie jako dar od Boga w akcie stworzenia (*Rdz 1, 26–27; 2, 18–25*), ukonstytuowanie zaś świata nastąpiło ze względu na człowieka (Por. *KdK 24*)⁶. „W biologię rodzenia wpisana jest genealogia osoby”⁷. Początki zaistnienia człowieka zatem to nie tylko sprawa poczęcia biologicznego, to także stwórcza wola Boga. Godność osoby ludzkiej ukonstytuowana jest wolą Boga, wpisana jest ze względu na transcendentny jej charakter w trynitarnie życie Trójjedynego. Człowiek dzięki temu jest ikoną Boga, jego obrazem (*selem*) i podobieństwem (*demût*). Życie to polega w swojej istocie na międzyosobowym, komunijnym sposobie bycia, podtrzymywania relacji. Najpełniej realizuje się ono w Misterium osobowym Boga Trójjedynego, który jest doskonałym Istnieniem osobowym⁸. Człowiek jest zdolny interpretować tę jakość ze względu na objawienie się Boga w Betlejem – Synu Bożym, który będąc człowiekiem pozostał zarazem Osobą Boską, istniejącym boskim istnieniem, działającym w całkowitej wolności i absolutnej miłości. Sensu godności „bycia człowiekiem” nie należy doszukiwać się w relacji do przyczynowości świata, można je

⁶ Por. „Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym”, 543.

⁷ Jan Paweł II, *List do Rodzin*, Watykan 1994, 9.

⁸ Por. F. Facchini, *Przygoda człowieka*, Kraków 2008, 18.

tłumaczyć tylko przez postawienie osoby ludzkiej w relacji do innego Misterium osobowego – Misterium Boga Trójjedynego, albowiem dla każdej osoby ludzkiej, także cierpiącej i umierającej, Bóg pozostaje początkiem i końcem, wymiarem alfałnym i omegalnym (Pierwszą Przyczyną i Celem Ostatecznym). Realność osobowa zależna jest od Osoby Wszechmocnej. Dlatego też zrodzenie osoby nie jest jedynie pomnożeniem jednostki w obrębie gatunku, związane jest z uobecnieniem w czasie rzeczywistego działania Osoby Boga od którego pochodzi każde życie.

Takie życiodajne działanie jest stwórcze i pozostaje prawdziwą tajemnicą. Człowiek chory, cierpiący i umierający, istniejąc w misterium godności ludzkiej znajduje się w kręgu Misterium Boga, swój świat odnajduje nie w fizycznej i materialnej rzeczywistości wszechświata ale w wartościującej wspólnoty osób. Właściwym miejscem człowieka przychodzącego na świat nie jest świat jako taki ale Miłość, przez którą Bóg kształtuje w ludzkości swój obraz. Osoba ludzka przeżywa swoje człowieczeństwo w relacji do świata, ale w swojej godności staje się ono doświadczeniem w relacji do osób. Godność osoby polega na tym, że może ona w swojej jakości ontologicznej i strukturze psychofizycznej podlegać tylko Bogu. Człowiek, przychodząc na świat, jest symbolem Jedynego Syna Bożego, przychodzącego na świat. Tajemnica osoby, a więc życia przychodzącego na świat, jest pewnym objawieniem tajemnicy Syna Bożego. Człowiek, jako dar Boga, jest objawieniem tej samej Miłości, z której pochodzi definitywny i zbawczy dar Syna, który – posłany przez Ojca – chciał być „Synem Człowieczym”⁹. Jest oczywiste, że refleksja nad tajemnicą godności człowieka musi ostatecznie przyjąć postać ściśle teologiczną.

2. Poczucie godności człowieka cierpiącego i umierającego

W spojrzeniu na cierpienie i śmierć towarzyszą dwa poglądy. Przedstawiciele pierwszego sugerują potraktowanie cierpienia i śmierci jako części życia, zatem trzeba je przyjąć pozytywnie, jak przyjmuje się i przeżywa całe życie¹⁰. Reprezentanci drugiego stoją na stanowisku, że cierpienie i śmierć nie są częściami składowymi życia, ale czymś radykalnie

⁹ J. Bajda, „Problem dziecka w teologii”, w: W. Piwowarski, W. Zdaniewicz, *Dziecko*, Warszawa – Poznań 1984, 44.

¹⁰ Por. E. Corecco, „Sens cierpienia”, w: *Communio* 3 (1998), 62.

odmiennym jako doświadczenie i prowadzą do unicestwienia. Tak naprawdę natury tych rzeczywistości człowiek nie jest w stanie poznać.

Do poczęcia człowieka dochodzi w łonie matki. Osoba ludzka rodzi się jako narażona na cierpienia i jest ze swojej natury śmiertelna. Pomimo znajomości tych prawd, rodzi się w człowieku szczególny lęk egzystencjalny wówczas, gdy perspektywa własnego cierpienia lub śmierci staje się nieuchronnie jego udziałem.

W obliczu choroby i śmierci szczególnego znaczenia nabiera troska o godność i jej przeżywanie w poczuciu świadomości i własnej wartości osobowej. Dotkliwie i silne kryzysy pojawiają się i nasilają w sytuacji choroby terminalnej i umierania. Tak jak całe życie, również choroba i śmierć powinny być godne, a więc nie powinny odbierać terminalnie choremu poczucia własnej wartości.

Człowiek bliski śmierci na ogół zdaje sobie sprawę, że umiera. Świadomość ta skłania go do odniesienia swojego stanu i sytuacji do całego życia. Sprzyja to stawianiu pytań, na które wcześniej nie było czasu bądź sposobności, aby je poważnie rozważyć. Są to przede wszystkim pytania o sens wszystkiego, przy czym ich natężenie i charakter są zmienne. W znacznej mierze zależą one od tego, w jakim okresie życia przychodzi nam się rozstać z życiem. O dylematach związanych z umieraniem mówi Biblia Starego Testamentu następująco: »Dojrzały zejdziesz do grobu, jak snopy zbierane w swym czasie« (*Hi 5,26*); »Miarą naszego życia jest lat siedemdziesiąt« (*Ps 90,10*) lub »gdy jesteśmy mocni, (lat) osiemdziesiąt« (*Ps 90,10*). Nie ulega natomiast wątpliwości, że wiek, w jakim ktoś cierpi i umiera, ma ogromny wpływ na stan psychiczny i duchowy chorego, a także na zapatrywania i podejście otoczenia, które jest świadkiem jego odchodzenia i śmierci. Istnieje śmierć przedwczesna, postrzegana jako niesprawiedliwość – w pewnych wypadkach rażąca, – oraz krzywda rodząca trudne pytania i problemy, które nie pojawiają się, gdy śmierć następuje w późniejszym wieku. Biblia ustala granicę na około sześćdziesiąt lat, traktując ten wiek jako „dojrzały” chociaż aktualne są słowa psalmisty: „Miarą naszego życia jest lat siedemdziesiąt, gdy jesteśmy mocni, osiemdziesiąt” (*Ps 90,10*).

Człowiek, który cierpi i umiera przed granicą wyznaczającą czas trwania ludzkiego życia, staje wobec specyficznych oraz wyjątkowo bolesnych dylematów i wyzwania. Potrzebuje więc odpowiedniego do swojej sytuacji wsparcia duchowego. Nie znaczy to, że człowiek starszy przyjmuje perspektywę bliskiego cierpienia lub śmierci zupełnie spokojnie. Nawet dla wielu najstarszych osób, które znacznie przekroczyły wzmian-

kowany w Biblii próg osiemdziesiątki, zbliżająca się choroba i śmierć są zbyt wczesne i nie do zaakceptowania. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy ich życie było do końca świadome i aktywne, gdy czuli się potrzebni i niezastąpieni.

W życiu powinno być miejsce na poszukiwanie sensu cierpienia i roztropne przygotowanie się do śmierci. Można się spodziewać, że pozwoli to łatwiej i godniej sprostać wyzwaniom, przed jakimi staje cierpiący i umierający człowiek i jego rodzina. Tymczasem we współczesnym społeczeństwie, wskutek konsumpcyjnego stylu życia, nastawionego na doraźne używanie, właśnie pod tym względem jest coraz więcej do zrobienia. Myśl o cierpieniu i śmierci, ale przede wszystkim rzeczywistość śmierci są starannie odsuwane na margines życia społecznego i indywidualnego, a ludzie umierający i zmarli są niemal zupełnie izolowani od społeczeństwa. Gdyby nawet istniało zdecydowanie więcej tak potrzebnej wiedzy i wrażliwości w tej dziedzinie, cierpienie i śmierć i tak będzie stanowić dotkliwą i radykalną konfrontację ze wszystkim, co wiemy i przyjmujemy. Wyniku tej konfrontacji nie sposób przewidzieć nawet po najdłuższym i najlepszym przygotowaniu. Decydujące znaczenie ma fakt, że cierpienie i śmierć są zerwaniem wszystkich dotychczasowych więzi, jakie zapewniały człowiekowi realizację jego tożsamości, celów życiowych i dawały mu poczucie bezpieczeństwa¹¹. Godność człowieka cierpiącego i umierającego zależy w dużym stopniu od tego, czy potrafi on przezwyciężyć dylematy związane z perspektywą radykalnej zmiany, która go czeka.

Cierpiący i umierający człowiek koncentruje się przede wszystkim na sobie i swoim wnętrzu. Perspektywa bliskiego cierpienia i śmierci wywołuje zazwyczaj złożony kryzys duchowy, który ma kilka wymiarów. Pierwszy to głęboki kryzys tożsamości, wynikający z narastania radykalnie odmiennego położenia chorego człowieka, które nie przystaje do całości jego doświadczenia życiowego. Chodzi przede wszystkim o postępujące zniedołężnienie umysłowe, psychiczne i fizyczne. Człowiek przyzwyczajony do aktywności, której owocem były rozmaite osiągnięcia i satysfakcja życiowa, stwierdza coraz wyraźniej, że jego życie zmienia się bezpowrotnie. Jego stan duchowy zależy w dużej mierze od tego, w jakim stopniu odczuwa satysfakcję i radość z tego, co udało mu się osiągnąć. Tymczasem osobiste rozeznanie w tej dziedzinie stanowi nie tylko

¹¹ A. Szostek, „Wokół godności i miłości”, w: A. Królikowska, Z. Marka (red.), *Refleksje nad godnością*, Kraków 2007, 25.

wypadkową rzeczywistych sukcesów i porażek, lecz i owoc roztropności w ocenie własnego życia i jego owoców. Przyczyną wielkich cierpień może być egoizm, pycha albo zazdrość. Jeżeli chory człowiek nie zdoła się z nich wyzwolić, stale i nieubłagane nasila się u niego wyniszczająca frustracja i zgorzknienie. Przeciwdziałanie tym zjawiskom bywa bardzo trudne. Wszelka skuteczna terapia i pomoc muszą sięgnąć do najgłębszych zakamarków ludzkiego wnętrza i sumienia, co nigdy nie jest łatwe i nie gwarantuje sukcesu. Jeżeli to możliwe, należy zalecać choremu taki rodzaj aktywności, jaki może podtrzymać u niego dotychczasowe poczucie przydatności bądź nadać jego życiu nowy, nieznany przedtem sens. Dużą pomocą będzie dowartościowanie umierającego przez podkreślanie tego, co udało mu się osiągnąć. Pomoc taka jest jednak owocem dłuższych i pogłębionych kontaktów. Nie należy sądzić, że dylematy i pragnienia związane z poczuciem spełnienia własnego życia mają wyłącznie osoby wykształcone i te, które zajmują wyższą pozycję w hierarchii społecznej. Również ludzie prości chcą uzyskać pewność, że ich życie nie było zmarnowane. A gdy dostrzegają, że oto zmienia się ono i bezpowrotnie kończy, przeżywają równie mocno rozterkę, czy w tej radykalnie zmienionej sytuacji nadal są jeszcze sobą.

Dotkliwy kryzys tożsamości jest też związany ze zmienionym, np. wskutek chemioterapii, wyglądem fizycznym. Spojrzenie w lustro rodzi dramatyczne pytanie, czy osoba, na którą patrzę, to w dalszym ciągu ja. Wiadomo, że istnieją zajęcia i profesje, w przypadku których wygląd ma znaczenie szczególne, a wtedy dramat osoby terminalnie chorej przekracza wyobraźnię. Lecz każdy człowiek jest wrażliwy na wszystko, co dotyczy jego wyglądu. Wyniszczająca organizm choroba często niesie upokorzenie i wstyd. Powiększa je utrata kontroli nad czynnościami fizjologicznymi oraz widoczne, niemożliwe do ukrycia niedołęstwo bądź kalectwo. Poczucie upokorzenia nasila się, gdy umierający widzi konieczność całkowitego zdania się na innych, i to w najbardziej intymnych sferach życia i funkcjonowania. Wstyd daje o sobie znać, gdy musi się on pogodzić z ingerencją innych w sprawy i czynności, co do których zawsze miał zabezpieczoną prywatność. Może się wtedy pojawić pokusa rezygnowania bądź odpychania pomocy ze strony innych ludzi, a wskutek tego niebezpieczeństwo zrażenia do siebie osób nawet najbardziej życzliwych. Co się tyczy personelu medycznego, ważne jest, aby pamiętać, iż reakcje na niedogodności, kłopoty i trudności związane z opieką nad terminalnie chorymi nigdy nie mogą być równoznaczne z reakcjami na człowieka, który zamykając się w sobie bądź odrzucając pomoc, potrzebuje tym więcej

cierpliwości i wyrozumiałości. Nie chodzi wyłącznie o sferę psychiczną, lecz o prawdziwą pomoc duchową, stanowiącą wyraz głębokiej dojrzałości i wrażliwości na duchowe potrzeby umierających. Z kryzysem tożsamości łączy się równie dotkliwy kryzys więzi międzyosobowych, także tych, które łączą umierającego z jego najbliższymi i rodziną¹². Paradoks polega na tym, że staje się on tym bardziej dotkliwy wtedy, gdy terminalnie chory człowiek wcześniej starał się polegać na sobie i stanowił – przynajmniej we własnym przekonaniu – niezbędne oparcie dla najbliższych. Zdając sobie sprawę z postępującego zniedołężnienia, wzbrania się teraz przed przyjmowaniem gości i znajomych, a nawet przed wizytami członków własnej rodziny. W takiej sytuacji jest ważne, aby mu pomóc w zaakceptowaniu choćby jednej osoby, do której ma pełne zaufanie i która może wspierać i łagodzić różne trudności i rozterki. Taka akceptacja jest na ogół odpowiedzią na akceptację jego trudnej sytuacji. Lecz i w tym względzie potrzeba wiele roztropności i wrażliwości. Zdarza się, że chory człowiek coraz bardziej koncentruje się wyłącznie na jednej osobie, co w bliższej i dalszej przyszłości może skomplikować i utrudnić więzi rodzinne i przyjacielskie.

W tym miejscu trzeba koniecznie podkreślić ważną potrzebę naprawy i zacieśnienia więzi z rodziną i najbliższymi, jeżeli taka – co się często zdarza – istnieje. Życie, szczególnie długie, jest na tyle skomplikowane, że mnożą się w nim sytuacje wymagające naprawy i przywrócenia zachwianej sprawiedliwości. Chory człowiek na ogół ostrzej i przenikliwiej postrzega rozmaite wydarzenia ze swego życia, nad którymi wcześniej przechodził do porządku dziennego. Zbliżająca się śmierć utwierdza go w przekonaniu, że są sprawy, których naprawić bądź odmienić się nie da. Pozostaje wtedy prośba o przebaczenie bądź wysiłek przebaczenia komuś. Chodzi nie tylko o konflikty rodzinne, których rozwiązywanie jest niekiedy bardzo trudne, lecz i o rozmaite, czasami skrywane przed samym sobą, wydarzenia życiowe, o których umierający człowiek sądzi, że powinny się stać częścią uczciwego wewnętrznego obrachunku. Zdarza się, że nieuregulowane problemy utrudniają spokojną śmierć, a nawet przedłużają agonię, powodując prawdziwe zmagania duchowe. Ich świadkowie, w tym również najbliższa rodzina, powinni w takich przypadkach wykazać mnóstwo delikatności i dyskretnej wrażliwości.

¹² J. Strojnowski, „Motywacja cierpienia i śmierci człowieka współczesnego wobec męki Chrystusa”, w: H. D. Wojtyśka, J. J. Kopec (red.), *Męka Chrystusa. Wczoraj i dziś*, Lublin 1981, 201.

„Ludzie lękają się oddzielenia od ciała, ponieważ znają życie tylko w swoim ciele i przez nie. Lękają się oddzielenia od wspólnoty, ponieważ znają życie tylko w niej i przez nią”¹³. Proces umierania niesie także silne pokusy wynikające z kryzysu relacji z Bogiem. Umierającego może trawić narastające poczucie oddzielenia od Boga, tym boleśniesz i bardziej uporczywe, że człowiek nigdy w pełni nie doświadcza obecności Boga. Daje tutaj o sobie znać nowy paradoks: taki kryzys jest tym boleśniesz, im bardziej człowiek pokładał ufność w Bogu. Choroba wywołuje mnóstwo dylematów. Najtrudniejsze wiążą się z przedwczesnym odchodzeniem, postrzegany jako niesprawiedliwość i krzywda ze strony Boga. Istnieje także niebezpieczeństwo, że cierpienia i bliskość śmierci mogą być traktowane jako „zasłużone”, zaś umierający zgłębia swoje życie i szuka okoliczności, które „usprawiedliwiają” lub „wyjaśniają” jego dramatyczne położenie. Kiedy indziej może go trapić i wyniszczać nasilające się poczucie opuszczenia przez Boga. Jeżeli modlił się przez całe życie i wielokrotnie przekonał o skuteczności modlitwy, to także w tej nowej, dramatycznej sytuacji pragnie, aby jego zaufanie do Boga znalazło potwierdzenie i spotkało się z Bożą odpowiedzią. Nawet jeżeli wcześniej był przekonany, że Bóg jest obecny zarówno w pomyślności, jak i w cierpieniu, to doświadczenie własnego cierpienia i perspektywa bliskiej śmierci stanowią pokusę wystawiającą to przekonanie na niezwykle trudną próbę.

Viktor E. Frankl poświęcił całą książkę na rozważania potwierdzające tezę, że „człowieka nie niszczy cierpienie, lecz niszczy go cierpienie pozbawione sensu”¹⁴. Napisał on, że chorobą, jaka trapi współczesny świat, jest poczucie, że „istnienie nie ma żadnego sensu”¹⁵. Ta odważna diagnoza jest bardzo trafna. Jest prawdą, że na wczesnych etapach choroby ludzie mówią zazwyczaj o „ból”, natomiast gdy choroba postępuje, wtedy coraz częściej mówią o „cierpieniu”¹⁶. Człowiek, nawet najbardziej osłabiony, jest w stanie znieść ból, jeżeli wie, że to, czego doznaje, przyniesie ulgę i poprawę jego stanu. Gdy tak się nie dzieje i gdy perspektywa bliskiej śmierci staje się coraz bardziej realna, wtedy brak bólu nie jest szczególnie ważny ani pocieszający. Pozostaje bowiem, a nawet się

¹³ Por. W. F. May, „The Sacral Power of Death in Contemporary Experience”, w: *On Moral Medicine*, 179.

¹⁴ V. E. Frankl, *Man's Search for Meaning*, London 1987.

¹⁵ V. E. Frankl, *Leiden am sinnlosen Leben*, Freiburg 1980, 75.

¹⁶ P. Speck, „Spiritual Issues in Palliative Care”, w: D. Doyle, G. W. C. Hanks, N. MacDonald (red.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford 1998, 808.

nasila cierpienie wynikające z przeświadczenia o nieuchronności losu, który staje się udziałem terminalnie chorego. Jedyłą ulgę może wtedy przynieść nadanie temu cierpieniu istotnego sensu. W przeciwnym razie swoje żniwo zbiera wzmagająca się beznadziejność, która może przybrać formę rozpacz. A wówczas każda skuteczna pomoc jest o wiele trudniejsza. Przejawem rozpacz są prośby i nalegania, „aby to wszystko jak najprędzej się skończyło”.

Wyjątkową siłę i pomoc zapewnia w tej dziedzinie wiara chrześcijańska, której sedno stanowi osoba i posłannictwo Jezusa Chrystusa. Człowiek wierzący powinien stale wiedzieć i pamiętać, że Jezus dokonał najwięcej nie wtedy, gdy chodził po Palestynie, nauczał i dokonywał cudów, uzdrawiał chorych i wskrzeszał umarłych, ale wówczas gdy przybity do krzyża wisiał rozpięty między niebem a ziemią. Chory i umierający chrześcijanin powinien dopatrywać się analogii między własnym położeniem a sytuacją umierającego Zbawiciela. Jeżeli jest inaczej, obowiązkiem innych chrześcijan jest mu tę analogię przybliżyć i uświadomić.

Wynika z tego, że nie można za wszelką cenę chronić i osłaniać chorego przed myślą o śmierci. Powinien on być świadomy swojej sytuacji i nie wolno go okłamywać, aby żył złudzeniami bądź w całkowitej niewiedzy co do swojego rzeczywistego stanu. Dobrze wiadomo, jak są trudne oraz ile delikatności wymagają takie rozmowy. Jednak tylko w ten sposób cierpienia i perspektywa bliskiej śmierci mogą pogłębiać związek chorego z Bogiem, a także sprzyjać pogłębianiu tego związku u jego najbliższych, rodziny i wszystkich, którzy stają się świadkami misterium odchodzenia.

3. Modlitwa pomocą w przeżywaniu godności cierpienia i umierania

Religijność i duchowość, które znajdują odzwierciedlenie w życiu modlitwą są niejednokrotnie skutecznym narzędziem w znoszeniu cierpienia i przygotowaniu na śmierć. Większość ludzi wyznaje jakąś religię i można słusznie powiedzieć, że pomaga im ona w życiu. Nie oznacza to jednak, że w taki sam sposób, albo równie łatwo, pomaga im to w przejściu przez śmierć. Ludzkie losy niosą sporo paradoksów, a jednym z nich bywa to, że wielu ludziom prawdziwie religijnym trudno przychodzi zaakceptowanie własnego cierpienia. Ma to związek z wyznawaniem Boga w sytuacji zdrowia i pomyślności, zupełnie nieprzygotowanym na dylematy czasu próby, jakie niesie terminalna choroba i śmierć. Wprawdzie religijność

często ma wpływ na znoszenie choroby i wychodzenie z niej, ale przeżywa ona ogromne kryzysy wtedy, gdy stan zdrowia stale się pogarsza, zaś modlitwy i nadzieja pokładana w Bogu nie przynoszą spodziewanych rezultatów.

W polskiej sytuacji przez kilkadziesiąt lat byliśmy karmieni szkodliwym stereotypem, że religia jest prywatną sprawą człowieka. Oznaczało to w wielu przypadkach usankcjonowane zobojętnienie na religijne i moralne dylematy osób chorych i cierpiących. W ostatnich latach z trudem toruje sobie drogę świadomość, że religia nigdy nie była, nie jest, ani nie może być sprawą prywatną człowieka. Jest jego sprawą osobistą – a to zupełnie co innego! Każdy ma pełne prawo wyboru religii, lecz kiedy już go dokona, wtedy istnieje obowiązek świadczenia o niej i wyznawania jej na zewnątrz. Szczególnie dotkliwym nieszczęściem jest pokusa prywatności religii u ludzi terminalnie chorych i cierpiących. Zamykają się w sobie i wstydzą każdego przejawu religijności, chociaż dobrze wiadomo, że właśnie wtedy wyjątkowo potrzebują uzewnętrzniania tego, czym żyją i co naprawdę czują.

Personel medyczny powinien zadbać o należyte rozeznanie potrzeb religijnych osób chorych i umierających¹⁷. W ostatnich latach jest to znacznie łatwiejsze. Została przywrócona i okrzepła instytucja kapelanów szpitalnych, zaś wizyty kapłana czy siostry zakonnej w szpitalach i hospicjach są na porządku dziennym. Nie zawsze idzie to w parze z jakością posługi duchowej, bowiem do pracy w szpitalach i hospicjach bywają kierowani duchowni nieprzygotowani bądź pełniący tę posługę wśród wielu innych zajęć kapłani pracujący w parafii.

Jednak nie tylko ludzie religijni mają potrzeby religijne i przeżywają dylematy duchowe. Również wszyscy inni, których związek z religią instytucjonalną jest mały albo w ogóle go nie ma, stają wobec tych samych oraz podobnych wyzwań i wątpliwości, które są udziałem osób wyznających Boga i trwających w zorganizowanych wspólnotach wiary. Jedni i drudzy lękają się śmierci oraz myśli o niespełnieniu życia. Duchowość jest integralną stroną każdego człowieka, umożliwiającą mu wyjście poza to, co materialne i refleksję nad ostatecznym przeznaczeniem i celem wszystkiego, a także nad wartościami, które pozwalają ów cel osiągnąć. Zatem osoby nie deklarujące żadnych wierzeń religijnych ani związków z religią też przeżywają dylematy natury egzystencjalnej i sta-

¹⁷ Por. P. G. Reed, „Religiousness among Terminally Ill and Healthy Adults”, w: *Research in Nursing and Health* 9 (1986), 35–41.

wiają sobie i innym pytanie o sens ich życia, choroby, umierania i śmierci. Uczestnikami takich rozmów mogą i powinni być również ludzie religijni. Dokonuje się wtedy spotkanie dwóch odmiennych światopoglądów i dwóch różnych sposobów życia, które może ubogacać obie strony. Kluczem do powodzenia takiego spotkania jest umiejętność zrozumienia drugiego człowieka, wraz z całą jego odrębnością i innością, której nie dzielimy, ale którą chcemy poznać i szanujemy.

Dylematy i problemy duchowe ludzi niereligijnych przybierają różne formy. Kogoś, kto od dawna zaniechał wszelkich praktyk religijnych, a obecnie cierpi i zbliża się ku nieuchronnej śmierci, może trapić myśl, że jego położenie stanowi karę za odejście od zasad, którymi był karmiony w dzieciństwie. W takich przypadkach poczucie winy może prowadzić do żalu, skruchy i nawrócenia, czyli do odnowienia i wskrzeszenia dawnych więzi religijnych i duchowych. Ale zdarza się, że skutkiem takich duchowych zmagania jest przeświadczenie o odrzuceniu i swoista marginalizacja, pogłębiająca frustrację i prowadząca do rozpacz. Takim ludziom trzeba przypomnieć, że istnieją dwie zasadnicze drogi życia: droga niewinności i droga nawrócenia. Bliskość śmierci to sposobność, aby ufnie wkroczyć na tę drugą i przezwyciężyć wyniszczające poczucie winy. Trzeba jednak mieć na względzie również to, że część ludzi terminalnie chorych i umierających nie potrafi bądź nie chce zdecydować się na gwałtowną zmianę u kresu swojego życia. Również tę wolę należy uszanować, przychodząc im z pomocą w pokonywaniu trudności, jakie ich trapią. Zdarza się, że człowiek chory i pozbawiony wartości religijnych może przeżywać radość ze spotkania z osobami, z którymi niegdyś żył i pracował. To, że go odwiedzają, stanowi pociechę zapewniającą go o swoistej „nieśmiertelności” osiąganey w ludzkiej pamięci, której fundament stanowi przywiązanie i wdzięczność.

Ważną powinnością osób z otoczenia jest znalezienie własnej drogi do konkretnego cierpiącego człowieka.

Choroba jako zmiana w biegu życia

„Prawdy odkryte w cierpieniu,
gdy życie jest zagrożone
trudno przekazać innym”

Każda choroba, a tym bardziej ta której towarzyszy cierpienie i niepomyślne rokowanie stwarza problem przystosowania się do niej. Dezorganizuje dotychczasowe życie.

Cierpienie to „subiektywnie dotkliwie i ciężkie doznanie zła fizycznego, psychicznego i duchowego spowodowane utratą istotnych wartości życiowych, poczucia sensu życia” [1]. Cierpienie (*suffering*) to „negatywna odpowiedź emocjonalno-uczuciowa, nieprzyjemna, wytworzona w najwyższych ośrodkach nerwowych przez ból i inne sytuacje, które psychologicznie go przypominają: utrata bliskich osób czy ważnych obiektów miłości, z towarzyszącą temu depresją, stresem, lękiem, frustracją” [2]. Cierpienie zawsze dotyczy całej osoby człowieka: ciała, psychiki i duszy [3, 4]. Wyróżniamy cierpienie:

- „fizyczne – związane z obecnością bólu i innych objawów somatycznych,
- psychiczne – wiąże się z przeżywaniem stanów psychicznych zaburzających prawidłowe funkcjonowanie psychiczne. Skutkiem tego jest frustracja, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów, izolacja, rezygnacja, negatywizm. Łączy się z trudną sytuacją egzystencjalną, rozwojową, osobistą, rodzinną,
- moralne – powstaje wówczas, gdy niemożliwe jest osiągnięcie pewnego dobra lub wartości,

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

- społeczne – wynika z nieprawidłowych relacji jednostki z innymi ludźmi,
- egzystencjalne – wiąże się z przeżywaniem pustki egzystencjalnej, brakiem poczucia sensu życia, brakiem spełnienia itp.,
- transcendentne – jest związane z niemożnością przekroczenia granic ludzkich możliwości” [1].

Intensywność doświadczanego cierpienia uzależniona jest od znaczenia, jakie jednostka przypisuje konkretnej sytuacji będącej źródłem cierpienia [1, 2].

Objawami cierpienia są „udręka, smutek, bezradność, poczucie przegranej, zanik poczucia sensu życia, bunt, niecierpliwość, niepokój, lęk, przygnębienie, bezsilność, poczucie winy” [1].

Zastanawiając się, czym jest cierpienie dla człowieka i jakie cechy są dla niego charakterystyczne można stwierdzić:

- „cierpienie obejmuje całą egzystencję,
- jest doświadczeniem jednostkowym, osobistym,
- ma swoją dynamikę, głębokość, intensywność,
- jest wieloaspektowe,
- jest wołaniem o zrozumienie i pomoc,
- może być odczuwane jako sens i być punktem zwrotnym w życiu lub bezsens” [1].

Zgodnie z nauczaniem Jana Pawła II „cierpienie nie zawsze poddaje się medycznej terapii. Samo w sobie stanowi swoisty świat, który w człowieku bytuje, przemija bądź utrwała się w nim i pogłębia. Ma charakter próby, bowiem pozwala człowiekowi przekroczyć własne ograniczenia i dostrzec sens cierpienia” [1]. Choroba ciężka jest krytycznym wydarzeniem życiowym, w którym pacjent uczy się po raz pierwszy nowej roli – chorowania. Doświadcza czasami po raz pierwszy pobytu w szpitalu i przystosowuje się do nowej roli – bycia chorym.

Trzeba pamiętać, że poczucie bezpieczeństwa związane jest ze znanym otoczeniem i obyczajami. Wszystko, co nowe budzi niepokój, dezorientację i poczucie zagrożenia. Popatrzmy oczami chorego na pewne aspekty związane z hospitalizacją. Każdy dzień zorganizowany jest w szablony sposób, do którego zobowiązany jest dostosować się chory. Godziny poranne to czas na konsultacje, zabiegi diagnostyczne i lecznicze o czasie, który odpowiada zespołowi terapeutycznemu. Rolą pacjenta jest pozostawanie najlepiej w łóżku i oczekiwanie... Nawet wówczas, gdy nie jest to konieczne, aby nie stwarzać dodatkowych problemów organizacyjnych. Jego świat zamyka się do powierzchni kilku metrów kwadratowych.

Dzień życia pacjenta podzielony jest na pory: mierzenia temperatury, posiłków, konsultacji, odwiedzin, nawet czas na słuchanie muzyki czy modlitwę dostosowują chorzy do rytmu dnia rezygnując z potrzeb chwili. Pamiętajmy, że „cierpienie, ból, granice i ograniczenia bardzo trudno jest zaakceptować” [5].

„Doświadczenie ciężkiej choroby często prowadzi do poważnego kryzysu” [5]. Człowiek w toku życia doświadcza różnego rodzaju emocji pozytywnych, jak i negatywnych. Akceptacja zachorowania według Moos i Davis przebiega w ośmiu etapach:

- „etap pierwszy dotyczy problemu dyskomfortu i ograniczeń, jakie niesie choroba,
- etap drugi to pogodzenie się z otoczeniem szpitalnym, specyficznymi badaniami i leczeniem,
- etap trzeci dotyczy rozwoju relacji z członkami zespołu terapeutycznego,
- etap czwarty to zachowanie równowagi emocjonalnej, która związana jest z adekwatnym obcowaniem z uczuciami wywołanymi przez chorobę,
- etap piąty to zachowanie takiego obrazu własnej osoby, który rozbudzi poczucie spełnienia i wrażenie, że człowiek ma wpływ na swoją równowagę emocjonalną,
- etap szósty to prawidłowa ocena granic niezależności, oczekiwań i dążeń w świetle ograniczeń związanych z chorobą,
- etap siódmy to zachowanie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, kontaktów dających osobie chorej poczucie spełnienia,
- etap ósmy to przygotowanie się na niepewną przyszłość, która może przynieść ważne straty” [5].

Choroba, jako sytuacja kryzysowa może być jednocześnie nową drogą, powoduje rozwój człowieka, uczy postrzegania tej samej rzeczywistości w różny sposób zależnie od tego, jakie wartości uznamy w danej chwili za najistotniejsze. Czyni człowieka bardziej dojrzałym. Niestety, potrzeba czasu, aby pacjent nauczył się nadać miejsce chorobie w swoim życiu. Może być ona punktem zwrotnym i rozwojowym. Ludzie przeżywając chorobę podążają różnymi drogami. Jedni przez długi czas wypierają, że są chorzy w ten sposób radząc sobie z występującym silnym lękiem, inni doświadczają smutku i bezsilności, są apatyczni, inni walczą z samym sobą, skutkami leczenia i choroby.

Pacjenci przystosowując się do choroby głęboko przeżywają minimalizowanie ich uczuć wyrażane przez najbliższych i personel. „Wszystko

będzie dobrze”, „proszę nawet tak nie myśleć...”, „proszę się trzymać” oczywiście trzymać, ale czego? powietrza czy kołdry? To nic nie znaczące słowa pocieszenia, które powodują, że chory odczuwa brak zainteresowania jego osobą, a już w ogóle powoduje, że chory niechętnie wypowiada swoje uczucia i przeżywane emocje.

Jak więc pomóc chorym? Na pewno okazując im rzeczywistą troskę, która przejawia się w odpowiednich formach komunikacji. Należy również zapewnić choremu czas na pobycie z samym sobą.

„Choroba to kamień zakłócający lustro wody, a wywołany przez nią ruch wody rozchodzi się i wnika w głąb. Choroba zagrażająca życiu dotyka duszy, całej osobowości, relacji z innymi, perspektyw dotyczących przyszłości i nadaje wydarzeniom z przeszłości zupełnie inny odcień i wrażenie” [5].

Empatyczne, pełne rzeczywistej troski opiekowanie się chorym to trwanie z nim w nadziei do samego końca. To okazanie zrozumienia, szacunku, wsparcia. To czasami przebywanie z kimś, nawet milcząc. To umożliwienie wyrażania cierpienia w słowach i we łzach. To pocieszanie dające poczucie bezpieczeństwa i nadzieję.

Piśmiennictwo

1. Suchocka L.: Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej. Towarzystwo Naukowe KUL Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin, 2007, 7–32.
2. Sandrin L.: Wobec cierpienia. Zrozumieć, przyjąć, wytłumaczyć cierpienie. Wydawnictwo Jedność, Kielce, 2000, 27–35.
3. Kowalczyk A. M.: Humanitarny wymiar cierpienia. Polskie Towarzystwo Laryngotomowanych, Białystok, 2000, 7–12.
4. Kreise M.: Co jeszcze tkwi w człowieku. O nadawaniu sensu chorobie. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2007, 31–44.
5. Kreise M.: Życie z chorobą. Przewodnik dla pacjenta, rodziny oraz osób zajmujących się zawodowo udzielaniem im pomocy. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007.

Antigoni Chadzopoulou¹, Elżbieta Krajewska-Kułał^{2,3},
Eleni Theodosopoylou⁴, Irena Wrońska⁵,
Wojciech Kułał^{6,3}, Cecylia Łukaszuk^{3,2}

Tajemnice Anastenariów

Ja zaś muszę podać co się opowiada,
ale bynajmniej nie jestem zobowiązany w to wierzyć.

Herodot, *Dzieje VII*, 152

Ożywienie zainteresowań medycyną tradycyjną sprawiło, że WHO zachęciła medycynę naukową, opartą na badaniach empirycznych i logice, do ponownego zweryfikowania stanowiska wobec medycyny tradycyjnej, bazującej, z kolei, na wielowiekowej obserwacji i magii.

W 1837 roku, w Konstantynopolu została wydana praca Anastasiosa Harmuziadisa dotycząca obrzędów chodzenia boso po rozżarzonych węglach. Natomiast w Polsce są dostępne prace Juliana Ochorowicza (1850–1917), wszechstronnie uzdolnionego polskiego naukowca, który pasjonował się wszystkim, co w otaczającym nas świecie miało pozory cudowności i tajemnic [7].

W momencie, kiedy czytamy opisy tych faktów wydaje się nam, iż nie może to być prawda, że mamy do czynienia ze sztukami magicznymi. Już dziś jednak wiadomo, iż wiele świętych misterii i manifestacji starożytnych było ściśle naukowymi doświadczeniami, opartymi na właściwościach przyrody, nieznanymi szerszemu ogółowi. Dzięki powyż-

¹ General Hospital of Kavala Greece

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Instytut Medyczny, PWSliP w Łomży

⁴ University of Athens Faculty of Nursing, Greece

⁵ Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej z Pracownią Umiejętności Pielęgniarskich, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁶ Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

szym informacjom z łatwością można dotrzeć do kilku wiosek greckich i naocznie przekonać się, że to prawda. Tak jest również z anastenariami.

Tradycja „chodzenia po ogniu” znana jest w Europie od 500 lat przed naszą erą. Dzisiejsze obrzędy w Grecji są atrakcją turystyczną w takich miejscach, jak: Laggada Thessaloniki, Agia Eleni-Sevres, Agios Joannis-Serres, Meliki Werias, Sinikia Behtsiwar Thesaloniki, Mauroleuki-Dramas 70 km od Kawali oraz w różnych innych zakątkach świata: w Turcji (Bizii, Edrine), w Bułgarii – pod nazwą nastinarstwa (Plodiv, Achtpol, Sozopol, Tsarevo, Kosti, Bulgari, Gramatikovo, Mourtsovo, Natsoura), na wyspach Polinezyjskich, Hawajach, Fidżi, Afryce Południowej, Indiach, Tajlandii, obu Amerykach, południowej Australii, Chinach, Japonii i na Syberii [1, 2, 3].

W starożytnym Rzymie istniały całe rodziny specjalizujące się w sztuce chodzenia po rozżarzonych węglach. Muzułmanie z Egiptu do dziś tym obrządkiem rozpoczynają każdy nowy rok mahometański. Członkowie plemienia Nahimbu z Tanzanii nie dość, że spacerują po ogniu, to jeszcze obsypują swe ciała rozżarzonymi węglami i smagają się głowniami wyjętymi z ogniska. Mieszkańcy wysp Fidżi, a także magowie z Tahiti, spacerują po gorącej wulkanicznej lawie [4].

Polski etnolog i antropolog, Aleksander Lech Godlewski, zmarły w 1978, miał możliwość obserwować chodzenie po ogniu latem 1938 roku na wyspie Raiatea w archipelagu Wysp Towarzyskich [4].

Greckie anastenaria różnią się zasadniczo od współczesnego nestinarstwa bułgarskiego. Anastenaria to ten sam starożytny obyczaj chodzenia po ogniu. Anastenaridowie są pobożnymi grekokatolikami i nie stanowią żadnej sekty, ani odłamu wschodniego kościoła. Po prostu kultywują prastarą tradycję lokalną [4].

Anastenaria dla badaczy są okazją ciągłego pogłębiania wiedzy i prześcigania się w wyjaśnieniu zjawisk, które przechodzą zakres pojęć oficjalnej nauki. Nieprawdopodobnym wydaje się fakt, że chodząc boso po węglach o temperaturze dochodzącej od 400 do 700°C, nikt nie doznaje żadnego oparzenia stóp. Nie spala się żaden włos, ani fragment ubrania. W celu sprawdzenia, czy nie ma w tym roli jakiś specjalnych środków ogniotrwałych, pończochy jednej z kobiet, które się nie spaliły podczas obrzędu, zostały oddane do zbadania w Uniwersytecie Ateńskim i tam pozostały po dziś dzień, jako dowód na niepalenie.

Chodzenie po ogniu nie polega na nieczułości na ból, lecz na niewrażliwości ciała na bardzo wysoką temperaturę. Nie wiadomo do tej pory, co jest przyczyną wystąpienia takiego stanu organizmu człowieka.

Od strony fizycznej zjawisko jest w dalszym ciągu trudne do zinterpretowania. Można tylko domniemywać, że być może warstwę ochronną tworzy zimna plazma fizyczna (zwana bioplazmą), występująca blisko powierzchni ciała. W ten sposób chyba należałoby też interpretować zjawisko opisane przez dr Ochorowicza, obserwowane przez niego w latach 1909–1911 podczas eksperymentów ze Stanisławą Tomczykówną. Kobieta ta, będąc w stanie głębokiej hipnozy, zbliżała rękę do płomienia, który odsuwał się od niej, jakby odpychała go niewidzialna warstewka otaczająca dłoń [cyt. za 4].

W 1960 roku znana bułgarska nestinarka, Kera Jordanowa, weszła na ognisty krąg i nagle, straciwszy przytomność, osunęła się na żarzące się drewno. Widzów, którzy chcieli ją ratować, powstrzymał mąż Kery, zapewniając, że jego żonie nie grozi żadne niebezpieczeństwo. Kobieta leżała przez godzinę na tłących się głowniach. Wreszcie ocknęła się, wstała i jak gdyby nigdy nic opuściła ognisty krąg. Nie zostało uszkodzone w najmniejszym stopniu ani jej ciało, ani włosy, ani sukienka... [cyt. za 4].

Według, prowadzącego od lat Anastenaria Lecha Eufazego Stefańskiego, wszyscy ludzie, którzy zostaną odpowiednio poinstruowani i trzymają się tego instruktażu, mogą boso przebiegać przez żarzące się węgle, a nawet wykonywać na nich taneczne kroki, nie parząc się przy tym [5].

Nie trzeba tu podkreślać, iż każda osoba związana z medycyną, bez względu na rodzaj wykonywanego zawodu wie, iż chorzy, którzy przezwyciężają chorobę, to przede wszystkim Ci, którzy pozytywnie są nastawieni na leczenie. Jaki zatem, w tej kwestii, klucz mieli starożytni, w różnych regionach świata i jak można dzisiaj przezwyciężyć przewlekłą chorobę, np. raka? Może właściwą drogę postępowania wskażą nam właśnie Anastenaria? Czasami bowiem tajemnice kryją się w miejscach najmniej oczekiwanych...

Słowo *asthenarios* – oznacza słabowity; *ana* + *stenarios* – powracający do sił. Niektórzy jego znaczenie tłumaczą od słowa *anastenazo* – wzdychać, opłakiwać, lamentować [1, 6].

W Grecji Anastenaria przetrwały do dzisiaj od ponad 3000 lat, dlatego że przekazywano je z pokolenia na pokolenie. Można to porównać do dzielenia się ich własnymi doświadczeniami naukowymi i wiedzą praktyczną, z najstaranniej dobranymi uczniami, przez takich filozofów, jak np. Platon, Pitagoras oraz kapłanów egipskich, hierofantów, egipskich magów chaldejskich [7, 8, 9]. Mądrość świata starożytnego – sojusz wiedzy z religią, łączność fizyki z metafizyką – była faktem i istnieje dotychczas [7, 8, 9].

Atrybuty liturgiczne przekazywano w specjalnych szkatułach. Były to: ikony z rękojęścią, mające ponad 1400 lat – Św. Konstantyna i Św. Eleni, które nazywane „Παππούδες” – (Papudes-dziadki), „χάρες” (hares), „κωδωνοφορες” (kodonofores) z dzwonkami, czerwone chusty (τσεβρέδες) czyt. Cewredes, amandia ze srebrnymi tabliczkami wotywnymi i z Ikonami – pomijając te z dzwonkami, która odstraszała zło oraz „święte pętle” (jeraus kombus), w których zaplątywało się zło. Najważniejszym miejscem do ich przechowywania był i jest konaki – „κονάκι” – osobny pokój w domach Anastenarides. Obecnie, dzięki władzom gmin, przeznaczono środki na budowę miejsc na ten obrzęd, gdzie mogą być przechowywane takie instrumenty, jak: bęben, lira, kobza oraz nóż i tasak [1, 2].

W konaki przez cały rok płonie lichtarz ze świętym światłem na wschodniej ścianie. Chociaż rytuał był zabroniony, to i tak, 21 maja, obowiązkowo go świętowano w konaki, rozkładając węgle z kominka na podłodze. Oficjalnie, dopiero w 1940 r., w pięciu miastach greckich, pozwolono na kontynuowanie obrzędu.

Anastenarides stanowili kiedyś grupę braci mających ściśle określone zasady i bezwzględnie przestrzegane dogmaty. Nie byli sektą. Chociaż byli chrześcijanami, do kościoła chodzili tylko w święta, takie jak „Fota” i „Św. Konstantyna”. Nigdy się nie spowiadali przed kapłanem kościoła, jak również nigdy się nie modlili. Jeżeli mieli potrzebę wyspowiadania się, to szli do lasu, wyłabiali w korze drzewa krzyż i w ten sposób dochodziło do spowiedzi.

Anastenaris mógł być jednocześnie lekarzem i klerykiem. Rozpoznawał choroby, udzielał porad w różnych sprawach. Opisywał znaczenie snów. Interpretował zjawiska przyrody (mantia). Sprowadzał deszcz, mógł również z łatwością odnajdywać złodziei itp. Uczestniczył także w narodzinach i pogrzebie.

Wszystkie te czynności mogły być dokonywane jedynie w obecności ikony Św. Konstantyna i Św. Eleni.

Sztuka terapeutyczna Anastenarides przetrwała do dzisiaj. Tak jak w dzisiejszym kościele, gdzie modlitwa może wywierać dobry wpływ na polepszenie zdrowia, Anastenarides tańcząc w rytmach bębnów, z wyżej wymienionymi ikonami sprawiają, że chory nabiera mocy „ponadnaturalnej” i przezwycięża chorobę [1].

Najistotniejsze praktyki Anastenaridon to ofiara zwierzęcia, mistyczna ekstaza, taniec na rozżarzonych węglach oraz wspinaczka górską [10].

Przygotowania do uroczystości rozpoczynają się 27 października,

zbieraniem datków pieniężnych na zakup (8 stycznia Św. Anastazego) – *μπικιάδι* – zwierzęcia (byka, albo *χρικό* – koziorożca) na ofiarę [10].

W przeddzień Święta Św. Konstantyna i Św. Eleni (21 maja), Anastenarides przygotowują się do wielkiej uroczystości – tańca na węglach. Przez całą noc, w konaki, przed ikonami, w atmosferze medytacji, przy zapalonych świecach, przygotowują się do spotkania z duchami świętych. Tańczą (przestępując małymi kroczkami z lewa na prawo), trzymają Ikony i hares z rękojęścią, poruszając się w rytm brzmiącej muzyki [10].

Następnego dnia, po odprawieniu liturgii modlitewnej, w miejscu do tego przeznaczonym, pod wielkimi drzewami, przed ustawionymi ikonami dochodzi do unicestwienia zwierzęcia w taki sposób, by „krew zalała ziemię”. Później przyrządza się potrawę i wspólnie biesiaduje, w tzw. sympozjach [10].

Potem godzinami odbywają się tańce, na specjalnie przygotowanym placu, z nieustannym towarzyszeniem muzyki. Rozpalają wspólnie stos bali drzew oraz wydają jęki „ech”, „ich”, „ach”, „w popiół niech się przemieni, w popiół” – *στάχτ να γένει, στάχτ* (staht na gieni), dopóki nie poczują ducha Św. Konstantyna, tego że są „w Jego niewoli”... Dalej tańcząc w kole wchodzi, wraz z ikonami, boso, na rozżarzone węgle, biorą je do rąk, przykładają do twarzy, klękają... Potem osobno lub grupami biegną w góry [10]. Legendy głoszą, iż około 1913 roku, w wiosce Kosty (najważniejsze miejsce dla greckich Anastenarides), tańczący popadali w ekstazę pod wpływem pojawienia się Agiosa – Św. Konstantyna. Wówczas, „w szaleńczych spasmach, z pianą na ustach przewracali się”. Kiedy wszystko ustąpiło, nic nie pamiętali [1].

23 maja, Anastenarides, spotykają się w domu „*αρχιαναστεναρι*” – arcyanastenari – w konaki. Znowu odbywają się tańce zakończone chodzeniem po węglach i śpiewem...

*Του Κωνσταντίνου τα παιδιά δεξιά συγκεντρωμένα,
Κι ο Κωνσταντίνος τα ρωτά, σιγά τα μιλάει:
«Πάρτε, παιδιά μ' το Λίβανο και σταυρό σας κάντε» [1]*

(Dzieci Konstantyna zebrane po prawej,
Konstantyn pyta mówiąc do nich ściszym głosem
„weźcie dzieci kadzidło i przeżegnajcie się
(tu dzieci Konstantyna – Anastenarides)”
(typowo ludowa pieśń – inne są w podobnym stylu...) [1].

Kościół prawosławny patrzy na te przetrwale ze starożytności obrzędy z przymrożeniem oka, ale często też w nich uczestniczy...

W ślad za tajemnicą tego obrzędu można zabrnąć do kultur wymarłych: mieceńskiej „celto-iberyjskiej, azjatyckiej i perskiej, czyli aż do Sumeru w Mezopotamii, pierwszej ze znanych wielkich cywilizacji, jaka powstała między Tygrysem i Eufratem na północ od Zatoki Perskiej [9]. Dzisiaj terytorium Iraku, w którym toczy się wojna i zwisa widmo Syndromu Bałkańskiego.

Legenda podaje, iż prawdopodobnie był tam również Dionizos ze swoją świtą, z Bachtankami, którzy popadali w ekstatyczny taniec, odbywający się w szaleńczym rytmie, z rozszarpywaniem zwierząt. Dionizyjska ekstaza oznaczała przekroczenie ludzkiej kondycji, całkowite wyzwolenie, osiągnięcie wolności, spontaniczności ludziom niedostępnym. Według Mircea Eliade, Dionizos znajdował się w ciągłym ruchu, docierał wszędzie do wszystkich krajów i wszelkich narodów [9, 11].

Dzisiaj także, ale nieco łagodniej, dochodzi do takich scen w wielu miejscowościach greckich, podczas uroczystości pogrzebowych, np. drapania twarzy, rozrywania odzieży...

Interpretacja tego zjawiska przez Ochorowicza wiąże się odwoływaniem do metapsychiki, samnombulizmu i magnetyzmu zwierzęcego. Pisał o tym także Mesmer, jako o naturalnej sile leczniczej, dzisiaj określanej transem leczniczym [9, 12, 13, 14, 15]. Podkreślić należy, iż z transem (język medyczny) i ekstazą: mistyczną, proroczą, curandero, seksualną i wywołaną roślinami halucygennymi, spotykamy się w każdej epoce, nawet obecnie [14].

Umiejętności chodzenia po rozżarzonych węglach osiąga się również dzisiaj, po wielu latach ćwiczeń. Powstają specjalne kursy, wydaje się kasety np. przez „Warsztaty Psychotroniczne” w Warszawie, z muzyką z anastenariów.

Na temat chodzenia po rozżarzonych węglach i niepaleniu się przy tym ciała powstała olbrzymia liczba publikacji. Można by stwierdzić, iż nasza przeszłość jest niczym innym, tylko próżnią wypełnioną tabliczkami, pergaminem, posagami i obrazami [16]. Niestety, los nie zawsze bywa przychylny temu, czego nie da się wytłumaczyć radykalnie. W roku 413 zniszczono bibliotekę Aleksandryjską, a na początku wieku XX zostały zamknięte wydziały parapsychologii i zjawisk niewyjaśnionych, które potem przejęły uczelnie amerykańskie i NASA [12]. Z codziennej prasy można się także dowiedzieć, jak unicestwia się Mnichów Tybetanskich, którzy posiadli tajemnice lawitacji...

W Grecji, kilka lat temu, zaprzestano nauki języka klasycznego w gimnazjach. Szkoda, bo to był klucz do tajemnic starożytnych... Proces filtracji wiedzy trwa więc nadal.

W świadomości Hellenów zachowała się wiara, iż poprzez upojenie i pełen ekstazy taniec święci mogą ofiarować ludziom uczucie nieograniczonej wolności, która wybawia człowieka od jego codziennych niepokojów. W ten sposób dochodzi do oczyszczenia się duszy – katharsis [2]. Ale czy tylko o to chodziło? Co oznaczały słowa używane przez Anastenarides „w popiół się zmień”? Dlaczego akurat rozżarzone węgle są używane przez Anastenarides?

Może dlatego, iż zgodnie ze starymi podaniami, w popiele zawiązują się choroby i nieszczęście [1, 11]. Po spaleniu drzewa powstaje bowiem węgiel drzewny, którego żadne organizmy nie potrafią skutecznie rozłożyć. Węgiel w tej postaci najłatwiej odkłada się w ziemi.

Jakie znaczenie miało słowo – αναθυμίασις – anathimiasis – „zamieść w parę, w dym”, a w medycynie – „wciągać, wysssać”?

Co można wyciągnąć, wysssać z żaru? Czy Bogowie z nieba występujący w różnych kulturach, przesłali coś z zaświatów i wiedzą o tym Anastenarides...?

Lech Emfazy Stefański uważa, że Anastenaria przynoszą „pożytek zarówno fizjologiczny, jak i psychologiczny. Z punktu widzenia psychologicznego, jest to doskonały trening motywacyjny. Człowiek, który przeszedł przez to doświadczenie po raz pierwszy, drugi i piąty, przekonuje sam siebie, że jest zdolny do czegoś, co dotychczas uważał za niewykonalne. Zaczyna wierzyć, że jest zdolny do pokonywania innych trudności, do pobijania innych rekordów. Z punktu widzenia fizjologicznego korzyść polega na stymulacji odpowiednich punktów na nogach. Jak wiemy człowiek ma na stopach receptory odpowiadające różnym częściom ciała i organom wewnętrznym. Gdy chodzimy po ogniu, każda część stopy styka się wielokrotnie z drobnymi węglkami o temperaturze ok. 600–700 stopni Celsjusza. Wszystkie receptory zostają bardzo mocno pobudzone. Skutek jest taki, że uczestnicy tego rytuału są bardzo ożywieni, dopisuje im dobry humor, a na drugi dzień ci, którzy mieli katar, stwierdzają, że zniknął bez śladu. W Bułgarii przeprowadzono doświadczenie, z którego wynika, że po ogniu można chodzić nie oglądając się na żadne aspekty religijne. Z drugiej jednak strony okazało się, że człowiek, który myśli w tym czasie o swoich codziennych sprawach poparzy się. Jest w tym wszystkim zatem jakiś aspekt wymagający wewnętrznego skupienia i oczyszczenia. Trzeba wyzbyć się wszelkich myśli

o sprawach codziennych, skupić się na tym, co się robi, nie rozglądać się na różne strony. Trzeba przez cały czas zdawać sobie sprawę, że właśnie idziemy po żarzących się węglach. To myśl o tym uprzedza stopy, aby nie reagowały na żar”. „Fenomen chodzenia »po ogniu« nie polega na sposobie znieczulenia skóry. Znieczulić skórę można bardzo prosto podskórnym zastrzykiem nowokainy, czy też hipnozą, ale nie o to chodzi. Skóra znieczulona będzie się przypiekała, a po ustąpieniu znieczulenia wystąpią najdotkliwsze objawy oparzeń. Tu chodzi nie o nieczułość na ból wywołany żarem, tylko o niewrażliwość ciała na zetknięcie się z żarem” [5].

W jednej z książek Maksa Fridoma Longa znajduje się relacja dr Brighama, który w pierwszych latach naszego wieku przebywał na wyspie Taiti, gdzie zetknął się z żyjącymi tam jeszcze wówczas magami – kahunami. Doktor wiedział, że kahunowie potrafią chodzić boso po zastygłej, ale żarzącej się jeszcze lawie wulkanicznej [4].

Starożytnym filozofom stworzenie życia z materii nieożywionej wydawało się kwestią tak magiczną, że godną jedynie bogów. Zakładali na przykład, że istoty żywe przybyły na Ziemię z bliżej nieokreślonego miejsca ostatecznie uformowane i potrafiły też do niego wchodzić. Grecki filozof Anaksagoras, żyjący 2500 lat temu, wprowadził pojęcie *panspermia* („wszechobecne nasiona”). Określenie to potrzebne mu było do zaproponowania hipotezy, że początkiem życia i wszystkiego, co nas otacza, jest kombinacja wielu różnych drobnych zarodki wypełniających kosmos [17, 18].

W czasach nowożytnych koncepcję *panspermii* przyjmowało wielu naukowców, m.in. angielski fizyk lord Kelvin, szwedzki chemik Svante Arrhenius i współodkrywca struktury DNA Francis Crick. Chociaż opowiadają się za nią również ludzie nie cieszący się autorytetem naukowym, nie powinno to przesłonić faktu, że jest to hipoteza poważna, której nie należy pomijać w analizach rozmieszczenia i ewolucji życia we Wszechświecie, a przede wszystkim jego pochodzenia na Ziemi [17, 18].

W czasach nowożytnych, w 1938 roku, Fred Hoyle, w książce *The intelligent Universe* (Inteligentny wszechświat) wskazał, iż mogą istnieć bakterie, odporne na wysoką temperaturę otoczenia. Tairo Oshima i Kazutomo Imahori, po raz pierwszy, z gorących źródeł w Japonii, odkryli i wyizolowali – *Thermus thermophilus* – Gram-ujemną eubakterię, będącą skrajnym organizmem termofilnym (optymalna temperatura wzrostu to 65°C) [17].

W roku 1956, przypadkiem, została odkryta przez A.W. Andersona, pracującego wówczas w Rolniczej Stacji Eksperymentalnej Oregonu, w mieście Corvallis, bakteria – *Deinococcus radiodurans*. W Instytucie Badań Genomu w Rockville, w stanie Maryland, w której została zbadana, okazało się, iż jest ona 3000 razy bardziej odporna na promieniowanie, niż mieszkańcy ziemi. Bakteria po raz pierwszy została wyizolowana z konserw mięsnych poddanych irradacji. Następnie znaleziono ją w zerodowanych granitach na niemal sterylnej Antarktydzie, w wysterylizowanych narzędziach medycznych, a także w bardziej naturalnych warunkach np. w kurzu, odchodach zwierząt. Jej odporność na promieniowanie jonizujące idzie w parze z ogólną odpornością na różne czynniki fizyczne np. promieniowanie ultrafioletowe, nadtlenek wodoru, wysychanie oraz rozmaite trucizny. Podczas kiedy człowiek umiera zwykle po otrzymaniu dawki 10 Gy, a bakterie *Escherichia coli* znoszą 60 Gy, *Deinococcus radiodurans* nie robi sobie nic z 5 000 Gy. Dopiero bardzo silne napromieniowanie jednorazową dawką 15 000 Gy może jej zaszkodzić. Nawet po tak ciężkiej próbie, aż 37% spośród niezłomnych mikroobów zachowuje zdolność do rozmnażania. Naukowcy poddali bakterie wielu „torturom”, aby przekonać się jak można je zabić. Niestraszna okazała się im zarówno laboratoryjna próżnia, jak i wysoka temperatura, czy zamrażanie w ciekłych gazach, a nawet stężone kwasy [17, 19].

Może należałoby jej poszukać w żarzących się węglach...? Być może jednak rozpracowanie genomu tej nietypowej bakterii pomoże w zrozumieniu i leczeniu raka?

Być może ta wyjątkowa witalność bakterii sprawia, iż może okazać się idealnym „kandydatem” do odtworzenia procesów biologicznych na terenach dotkniętych silnym promieniowaniem lub zatruciem chemicznym [17].

W końcu XIX wieku światło dzienne ujrzała książka Juliana Ochrowicza *Wiedza tajemna w Egipcie*, w której autor opisuje pracowników huty przebiegających boso po rozżarzonym żelazie i zanurzających dłonie w tyglu z roztopionym ołowiem, niczym w micie o Hefajstosie [5, 20]. Interpretuje to zdolnością skóry do nawilżania się, przekształcania się wilgoci w stan sferyczny i tworzenia w ten sposób warstewki ochronnej na ciele człowieka. Oczywiście nie jest to wystarczająca interpretacja. Rozwijająca się od 30 lat w różnych uniwersyteckich ośrodkach badawczych na świecie bioelektronika, próbuje wyjaśnić to zjawisko. Zapewne w najbliższych latach będziemy mieli już kompletne wytłumaczenie fenomenu niereagowania żywej skóry na żar [5, 20].

Podróż, w poszukiwaniu tajemnic o Anastenariach dopiero się rozpoczęła. Kto by kiedyś pomyślał, że np. obce formy życia można znaleźć w konserwie, albo w kurzu?

Niewrażliwość ludzkiego ciała na wysokie temperatury sięgające kilkuset stopni Celsjusza jest zagadką, która intrygowała już starożytnych, a nad której wyjaśnianiem ciągle pracują współcześni naukowcy. Uczony rzymski z początku naszej ery, Pliniusz Młodszy, napisał: „Nieopodal Rzymu zamieszkiwały sławne rodziny, których członkowie podczas dorocznych ceremonii składania ofiar Apollinowi chodzili po żarzących się węglach nie parząc się przy tym. Z powodu tej ich właściwości byli zwalniani od służby w wojsku i innych obowiązkowych świadczeń” [cyt. za 4].

Zdolność do chodzenia po żarze jest najprawdopodobniej atawistyczną zdolnością odziedziczoną po przodkach. Dzięki niej praludzie żyjący w afrykańskiej sawannie wchodzili na rozpalone zgliszcza, aby żywić się naturalną pieczenią z padłych podczas pożarów zwierząt [4].

Dlaczego we współczesnym świecie chodzi się po rozżarzonych węglach? Przejście przez ogień nie jest żadnym cudem, wymaga jednak przezwyciężenia głęboko zakorzenionych oporów. Jest aktem zwycięstwa nad samym sobą i praktyką podnoszącą bioenergetykę, wpływa na poprawienie nastroju i poczucie lekkości.

O swoim doświadczeniu z chodzeniem po rozżarzonych węglach Artur Ziemacki napisał tak: „Ku mojemu zaskoczeniu pod stopami poczułem jedynie przyjemne ciepło, nic mnie nie parzyło. Z każdym krokiem znikało gdzieś moje przerażenie. Trudno w to uwierzyć, ale ani na moich, ani na stopach pozostałych uczestników eksperymentu nie było żadnych śladów po tym spacerze. Odwrotnie niż w psychice, przynajmniej mojej. Tu zaszły duże zmiany. Ogarnęła mnie euforia. Byłem dumny, że pokonałem własny strach, słabość. Zwyciężyłem. Nie wiem, czy ta terapia uodporniła mnie na choroby, ale z całą pewnością pozwoliła uwierzyć w siebie, w swoje możliwości, siłę, która tkwi w każdym z nas. Z tej perspektywy kłopoty błędną, nabiera się do nich dystansu. Skoro zrobiłem coś takiego, to przecież nie złamią mnie codzienne troski!” [4].

Jednak, żeby zostać jeszcze większym „twardzielem”, niż Anastenaris, tak silnym, jak co najmniej mikrobia *Thermofilus*, musimy odkrywać kolejne szlaki w wyjaśnianiu tajemnic Anastenariów... To nic, że nie odkryliśmy jeszcze nic konkretnego, żeby np. ochronić się przed rakiem, przed śmiercią... Ludzkość nie może się poddać, trzeba szukać dalej...

Piśmiennictwo

1. Iason E.: Pirovasia ke Anastenarides. DODONI Athina – Giannina 1994, 26, 27, 69.
2. Loring M. Danforth: Ta anastenaria tis agias Elenis, pirovasia kai thriskevtiki therapia, Plethron, Athina, 1995, 149.
3. Koniecka A., Borowiec Wł.: Ziemia diamentowych łez, Angora, Peryskop, 2004, 44, 31.
4. Ziemacki A.: Rys historyczny anasteneriów <http://firewalking.pl/content/view/7/2/>.
5. Wywiad z Lechem Eufazym Stefańskim na łamach „Forum Psychologicznego”, http://www.psychologia.apl.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=1.
6. Abramiczówna Z.: Słownik grecko-polski, PWN, tom I, 13, 141.
7. Hegel G., Fridrich W.: Wykłady z filozofii dziejów, UJ, PWN, cz. I, 28.
8. Mango C.: Historia Bizancjum, Gdansk, 1997, 15, 18, 77.
9. Eliade M.: Historia wierzeń i idei religii, PAX, Warszawa, 1990, 20.
10. Tegopoulos: Egiklopedia DOMI, Athina, 1975, 59, 60.
11. Mauromataki M.: Mitologia, HALDALIS, Ateny, 1998, 95.
12. Świtkowski J.: Okultyzm w świetle parapsychologii, LOTOS, Lwów, 1939, reprints książki, Polczek, Kraków, 1990, 1–60.
13. Ruskan J.: Uzdrawianie emocjonalne, Rebis, Poznań, 2002, 1–412.
14. Ryn Zdz., J.: Medycyna Indiańska, Wyd. Literackie, Kraków, 2007, 7.
15. Szumowski Wł.: Historia Medycyny, SANMEDIA, Warszawa, 1994, 275, 545.
16. Zajdlem L.: Atlantyda, Wiedza Powszechna, Warszawa, 1981, 5, 15.
17. Lane N.: Tlen – cząsteczka, która stworzyła świat. Prószyński i Sp., Warszawa, 2002, 114, 115, 117.
18. Warmflash D., Wiess B.: Czy życie przybyło z kosmosu?, Świat Nauki, 2005, 12, <http://www.swiatnauki.pl/?q=art&n=200512a>.
19. Koton-Czarnecka M.: Mikroskopijny Rambo, Wiedza i Życie, 2001, 2.
20. Ochorowicz J. : Pierwsze zasady psychologii, PWN, Warszawa 1996, 7, 49, 95.



Dom Anastenarides



Ikony hares



Spadkobierczynie szkatuły, z której wyjęte zostały chusty Cewredes zawiązane w supeł (ponoć zawiązuje się w nie choroby)



Anastenarides udają się do miejsca, w którym wspólnie rozpalą ogień



Taniec z ikoną. Rozpalenie ognia



Taniec w pomieszczeniu zw. konaki, gdzie w rytmach bębnów i kobzy anastenarides tańczą wraz z ikonami

Krzysztof Sobczak¹

O pocieszeniu, jakie daje śmierć

Rozmyślanie o śmierci jest rozmyślaniem o wolności:
kto się nauczył umierać, odczył się służyć.

Michel de Montaigne, *Próby*

Każdy z nas prędzej czy później staje w obliczu pytania o sens konieczność własnej śmierci i nie ma chyba człowieka, który uświadomiwszy sobie jej nieodwołalność nie poczułby przerażenia. Kultura pełna jest drogowskazów, niekiedy fałszywych, jak z tym strachem sobie radzić. Jej podstawowym celem jest przecież dostarczenie strategii przetrwania – „(...) odsunięcia momentu śmierci, wydłużenia czasu życia, powiększenia życiowych oczekiwań, a przez to zwiększenia zdolności do przyjmowania treści życia.”² Można więc czerpiąc z religii, jednego z owych drogowskazów, budować nadzieję dalszego trwania, żyjąc według określonych wartości i zasad. Można też przyjąć śmierć jako konieczne i nieodwołane prawo natury, jako fakt, po którym dalsze życie jest zwyczajnie niemożliwe. Można w ogóle nad tym problemem się nie pochylać, co jednak w żadnym stopniu nie czyni go niebyłym. Jedno jest wszakże pewne – prędzej czy później każdy z nas musi przyjąć jakąś postawę wobec śmierci – własnej i cudzej, a także wobec życia. Jeśli kultura ma tę konieczność oswajać, jeśli dostarczać ma właściwych drogowskazów, to czy swój istotowy cel realizuje? Czy też jako pocieszenie nieznośnie zawodzi?³

¹ Doktorant w Zakładzie Historii i Filozofii Nauk Medycznych, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, przeł. N. Leśniewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 11.

³ Por. *ibidem*, s. 8.

Każdy dzień jest dobry, by się narodzić.
Każdy dzień jest dobry, by umrzeć.

Jan XXII

W większości religii śmierć jest wydarzeniem nienaturalnym⁴, ale nie pozbawionym sensu. W tej perspektywie człowiek jest istotą powołaną do życia i panowania nad przyrodą, będąc jej najwyższym przejawem. Już sam fakt niemożliwości pomyślenia o śmierci, a więc ujęcia jej za pomocą przyrodzonej władzy poznawczej, jest dla człowieka czymś, co nie leży w jego naturze. Człowiek jest istotą absolutnie niezdolną do zaakceptowania swojego całkowitego unicestwienia⁵. Nawet dla prostego i przeciętnego rozumu śmierć jest czymś najgorszym, co może go spotkać⁶. Jeśli zostałem powołany do życia, to śmierć jest wydarzeniem, które w żaden sposób nie jest mi przeznaczone. Jest ona zniszczeniem, rozsądzeniem, gwałtem i katastrofą⁷. „Znaczy to, że podczas umierania (...) zachodzi jakieś nacięcie, coś, co się zdecydowanie przeciwstawia wszelkim naturalnym dążeniom, także ludzkiej świadomości, a więc w tym sensie zachodzi zjawisko nie tylko nienaturalne, lecz wręcz przeciwne naturze”⁸.

⁴ S. Drogoś, *Człowiek w obliczu śmierci*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002, s. 11.

⁵ L. Kołakowski, *Bóg nam nic nie jest dłużny*, przeł. I. Kania, Znak, Kraków 2001, s. 247.

⁶ J. Pieper, *Śmierć i nieśmiertelność*, tłum. A. Morawska, Société D'éditions Internationales, Paris 1970, s. 48.

⁷ Ibidem, s. 45.

⁸ Ibidem, s. 45. Według J. Pieper'a człowiek jest z jednej strony bytem materialnym, podlegającym prawom przyrody. Z drugiej zaś bytem duchowym, co oznacza, że jego wymiar przyrodniczy organizowany jest przez pierwiastek ponadmaterialny. W śmierci człowieka (który jest ścisłym połączeniem tych dwóch przenikających się i nawzajem konstytuujących sfer) następuje na skutek pierwotnej winy i kary rozdarcie obu płaszczyzn. „Istota duszy polega jednak na tym, że jest ona zasadą życia w ciele, a cała jej energia jest skierowana ku ożywianiu i utrzymywaniu przy życiu formowane przez siebie ciało. Tak więc śmierć rozważana ze względu na istotę duszy nie może nigdy być nazwana po prostu naturalną. Wszakże całkiem bez ogródek można nazwać śmierć czymś nienaturalnym czy przeciw naturze dopiero z tego względu, że dokonuje się w niej, wbrew najgłębszemu zamierzeniu duszy i człowieka samego, gwałtowne przerwanie i unicestwienie owego nadawania formy ciała. Tym właśnie jest *necessitas moriendi* zarządzona jako kara za pra-grzech.” [s. 68] Zdaniem Piepera, gdyby człowiek nie był uwikłany w pierwotną winę, pozostał nieskalany grzechem, również wtedy podlegałby prawom natury, czyli śmierci. Jednak byłaby to „»śmierć« bez śmierci” (K. Rahner), „śmierć bezśmiertelna” [s. 66] – „byłaby czymś o wiele bardziej właściwym dla prawdziwej istoty cielesno-duchowej człowieka; byłaby w o wiele wyższym stopniu »naturalna« niż to, co obecnie czeka na końcu życia człowieka historycznego.” [s. 67]

Kardynał B. Hume, cytowany przez J. Bowkera, wyraża tę samą myśl, kiedy wyznaje: „Nie potrafię pojąć, jak ktoś może kroczyć przez życie i myśleć, że po śmierci nie czeka go już nic. Jest to myśl całkowicie nie-ludzka”⁹.

Jaka zauważa J. Bowker, już „w najdawniejszych wyobrażeniach religijnych, do których mamy dostęp, życie jest naturalne, a śmierć nienaturalna, w tym sensie, że brutalnie integruje w trwały porządek życia i niszczy go”¹⁰. Tę nienaturalność obrazują mity, w sposób symboliczny ujawniając pierwotną przyczynę, na skutek której śmierć wtargnęła w życie¹¹. Najczęściej jest to kara, jaką człowiek ponosi za swoje przewinienia, często błahe, wobec bogów¹². Dzięki śmierci staje się możliwe oczyszczenie, przywrócenie stanu, czy relacji, które istniały zanim człowiek zblądził. Śmierć ujęta w rytuał ma uświadamiać i przypominać o oczyszczeniu, mogącym dokonać się w akcie umierania, jeśli tylko na ów akt jesteśmy przygotowani zgodnie z religijnymi prawidłami. „(...) Z perspektywy religii świata umieranie jest świętą sztuką, ostatecznym rytuałem, ostatnią szansą dającą nam możliwość odkrycia ostatecznego sensu i celu życia. Dlatego też tradycyjne religie rytualizują proces śmierci, by przypomnieć nam o nietrwałości życia oraz uprzytomnić, że to, co znajduje się po drugiej stronie śmierci – czymkolwiek by nie było – jest przynajmniej tak samo, jeśli nie nieskończenie bardziej rzeczywiste niż samo życie”¹³. Religia jest ruchem niezgody na konieczność umierania. Jest przestrzenią, gdzie nieuchronna i nienaturalna śmierć po to aby mogła stać się wydarzeniem ludzkim, zostaje wpisana w dalsze życie, gdzie indywidualna śmierć staje się zdarzeniem, które ma sens.

Refleksja religii nad śmiercią jest refleksją, która dzieje się w przestrzeni metafizycznej, czyli przekraczającej świat „(...) ku temu, co względem tego świata jest Inne.”¹⁴ Dla każdego człowieka już choćby „próba przedstawienia w świadomości śmierci zwraca się w stronę życia:

⁹ B. Hume, *To Be a Pilgrim*, SPCK, London 1984, s. 227, cyt. za: J. Bowker, *Sens śmierci*, przeł. J. Łoziński, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1996, s. 15.

¹⁰ J. Bowker, *Sens śmierci*, przeł. J. Łoziński, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1996, s. 40–41.

¹¹ Por. *ibidem*, s. 41–42.

¹² Por. *ibidem*, s. 42.

¹³ K. P. Kramer, *Śmierć w różnych religiach świata*, Wydawnictwo WAM, przeł. M. Chojnacki, Kraków 2007, s. 7.

¹⁴ K. Tarnowski, *O pocieszeniu jakie daje sztuka*, „Znak” nr 57, 1 (12) 2002, s. 17.

przeszłego lub przyszłego”¹⁵. Śmierć jako zdarzenie, które dzieje się wbrew naszej naturze, kieruje nasze myślenie w stronę pytań o pierwsze przyczyny, w stronę pytań o sens życia i bycia człowiekiem. Refleksja religijna nie tylko pytania te podnosi, ale stara się utrzymać ich ważność w każdym momencie życia po to, by móc wyprzedzić zaskakującą i zawsze niespodziewaną śmierć empiryczną. „Śmierć – własna i innych – wyjaśnia, co znaczy być człowiekiem (poszukującym sensu, nieśmiertelności, wolności, miłości i indywidualności) – pisze P. Koestenbaum – (...) Antycypacja naszej śmierci ujawnia kim jesteśmy”¹⁶.

Z perspektywy religii śmierć, choć jest wydarzeniem skierowanym przeciw naturze człowieka, jest też wydarzeniem, które ma swój cel, a więc i sens. Śmierć oczyszcza, religia natomiast oczyszczenie to przygotowuje. Daje nadzieje i wskazówki, jak żyć, aby śmierć „przeżyć”. Niesie pocieszenie, nakreślając możliwość indywidualnej nagrody za życie według określonych zasad. Ze śmierci, jako koniecznego wyroku, religia dla każdego, kto uwierzy, czyni akt inicjacji nowego życia. Uczy jak żyć, aby umierając i spotykając się z ostatecznym rozstrzygnięciem, człowiek był wolny od lęku, zdając egzamin z własnego człowieczeństwa, które kształtował podczas życia.

Absurdem jest, że się rodzimy;
absurdem jest, że umieramy.

Jean-Paul Sartre

W przeciwieństwie do optyki religijnej, światopogląd ateistyczny uznaje śmierć za zjawisko naturalne. Dla większości egzystencjalistów, przyjmujących tę perspektywę, śmierć jest wydarzeniem wynikającym z praw biologicznych, którym człowiek chcąc nie chcąc podlega. Śmierć jest człowiekowi zadana, jak każdej żyjącej istocie – „(...) jest podstawowym warunkiem życia, (...) to, co żyje, jest żywe tylko pod warunkiem, że jest śmiertelne (...)”¹⁷. Świadomość tego faktu nieustannie usiłują tu-

¹⁵ S. Cichowicz, *Śmierć: gwałt na idei lub reakcja życia. Wstęp*, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, wybór i przekład S. Cichowicz i J. M. Godzimirski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 18.

¹⁶ P. Koestenbaum, *Is There Any Answer to Death?*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1976, s. 7, cyt. za Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność*, op. cit., s. 24.

¹⁷ V. Jankèlèvitch, *Quodditè jest niezniszczalna. Nieodwołalność nieodwracalności*, [w:] *Wymiary śmierci*, wybór i słowo wstępne S. Rosiek, Słowo/obraz Terytoria, Gdańsk 2002, s. 343.

szować religie, rozbudzając w człowieku niczym nie potwierdzoną nadzieję perspektywy wiecznego trwania w nieokreślonej przyszłości. Nieakceptowanie, jak to czyni religia, praw przyrody owocuje jedynie fałszywą świadomością, dzięki której człowiek nie może korzystać w pełni z jedyne go i niepowtarzalnego życia. Nie może realizować swojego największego potencjału – wolności, będąc ograniczony regułami, nakazami i przykazaniami, jak żyć, by zasłużyć na nagrodę, której i tak nie ma.

Dla egzystencjalistów konsekwentny i bezkompromisowy ateizm rodzi prawdziwy humanizm. Życie człowieka jest faktem biologicznym. Bunt przeciwko prawom przyrody, utrzymywany przez religię, nic nie zmieni. Tym, którzy chcą w pełni realizować swoje człowieczeństwo, pozostaje akceptacja faktów i odniesienie się do nich. Śmierć człowieka, chociaż jest zdarzeniem naturalnym, czyli wpisany m w prawa natury, pozostaje wydarzeniem niezrozumiałym, absurdalnym i nie do pomyślenia! Narodziny i śmierć – dwa najważniejsze wydarzenia w życiu człowieka, są faktami pozbawionymi treści, faktami, których nie jesteśmy w stanie zrozumieć. Zdaniem J. P. Sartre'a niepoznawalność tych zdarzeń nie pozwala odpowiedzieć na podstawowe pytanie, dotyczące celu ludzkiej egzystencji – jej sensu. Jeśli nasze życie jest byciem, rozciągniętym pomiędzy dwoma zdarzeniami, których celu nie jesteśmy w stanie zrozumieć, pozostaje tylko jedno – uznać swoją sytuację i wyciągnąć z niej wszystkie możliwe konsekwencje. Jedyne więc, co możemy uczynić, to dostrzec związek życia i śmierci i starać się zapanować nad nim. „Człowiek może zrezygnować z tego zadania. Ale człowiek ma też możliwość pytać o sens owego nic.”¹⁸

Owa świadomość, świadomość faktów i możliwości reagowania na nie, jest dla egzystencjalistów myślą krzepiącą. „Jedynie egzystencjalista jest w dobrej wierze, ponieważ przyjmuje swe położenie, uznaje odpowiedzialność za wszystkie czyny, bez szukania wymówek, pomocy, odwołania czy schronienia”¹⁹. Dla M. Heideggera świadomość śmierci wyznacza możliwość autentycznego bycia, które przez przyjęcie i uświadomienie indywidualnego faktu śmierci uwalnia od anonimowości, określa czasowość i skończoność życia, kierując człowieka w stronę wolności i od-

¹⁸ J. Möller, *Człowiek w świecie*, tłum. M. Kaczmarkowski, Société D'éditions Internationales, Paris 1969, s. 49.

¹⁹ R. Coffy, *Bóg niewierzących*, tłum. P. Zdziechowski, Société D'éditions Internationales, Paris 1968, s. 91.

powiedzialności. To w owej świadomości człowiek, jako istota uwięziona w biologicznej konieczności śmierci, odnajduje wolność ku niej (*Freiheit zum Tode*) i autentyczność bycia.

Dla V. Jankèlèvitcha z kolei, z nagiego faktu, że człowiek jest istotą śmiertelną, wypływa cała metafizyka. Metafizyka rozumiana jako antyteologia – „nie możemy bowiem przyjmować punktu widzenia bezczasowego, ponadczasowego Boga, niepodobna myśleć *sub specie aeternitatis*”²⁰. Myślenie religijne, myślenie o życiu w kategoriach nieśmiertelności przynosi, jego zdaniem, nieodwracalną szkodę. Ludzie, zapominając o życiu, zwracają się w stronę niczym nie potwierdzonej nieśmiertelności. V. Jankèlèvitch twierdzi, że „to nie śmierć, ale nieśmiertelność jest wrogiem życia i pojęciem *par excellence* nieludzkim”²¹. Jeśli tylko człowiek zwróci świadomość w stronę samego faktu śmierci, staje w obliczu tajemnicy i wieczności. „Śmierć nie unicestwia wszystkiego, owszem, pewnego dnia przestaniemy istnieć, natomiast nasze życie nigdy nie stanie się niebyłe. Żyliśmy, kochaliśmy, cierpieliśmy, podejmowaliśmy dobre i złe decyzje – nic tego już nie zmieni. Fakt życia pozostaje faktem wiecznym”²². Śmierć z jednej strony pozbawia życia sensu, z drugiej zaś go konstytuuje. Z samego oczywistego i nieodwracalnego faktu śmierci, wypływają dla człowieka wszelkie konsekwencje warunkujące jego egzystencję. Myślenie o śmierci jest refleksją nad życiem – pięknem, dobrem, prawdą i udziałem człowieka w realizowaniu tych wartości.

Dla egzystencjalistów śmierć, ze swoją nieuchronnością i nieodwracalnością, jest wydarzeniem najdobitniej podkreślającym wyjątkowość ludzkiego bycia. Dzięki niej właśnie człowiek, jako istota absolutnie wolna i totalnie odpowiedzialna, może stanowić o swoim życiu. „Śmierć nie tylko podkreśla i przypieczętowuje historyczne znaczenie czyjejs już dokonanej biografii, lecz ponadto pomaga ona tym najbardziej nieświadomym z nas uświadomić sobie darmość i głęboką dziwność życia, darmość i dziwność, które przeszłyby niezauważalnie obok niewolników zdrowego rozsądku... gdyby właśnie nie było śmierci”²³.

²⁰ V. Jankèlèvitch, *To, co nieuchronne*, przełożył i wstępem opatrzył M. Kwaterko, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005, s. 12.

²¹ Ibidem, s. 13.

²² Ibidem, s. 14.

²³ V. Jankèlèvitch, *Quodditè jest niezniszczalna*, op. cit., s. 349.

Powiedział kiedyś Freud, iż
ludzie współcześnie nie umieją już zachować
tradycyjnej postawy wobec śmierci,
ale nie potrafili jeszcze odnaleźć postawy nowej.

Arnold Toynbee

Według francuskiego antropologa P. Ariès „istnieje pewna relacja między postawą wobec śmierci a świadomością własnej osoby, stopniem rozumienia bytu, mówiąc prościej, swojej indywidualności”²⁴. Trudno nie zgodzić się z nieistnieniem takiej zależności. Jeśli jednak przyjąć ten punkt widzenia, to okaże się, że oprócz perspektywy religijnej i ateistycznej istnieje jeszcze co najmniej jedna możliwa postawa wobec śmierci. Postawa człowieka współczesnego, która polega na braku przyjęcia jakiegokolwiek odniesienia do śmierci i umierania.

Zdaniem wielu antropologów zmiana stosunku człowieka do śmierci związana jest z przewartościowaniem kulturowym. Rozwój nauki przeniósł nadzieję, do tej pory lokowaną w przestrzeni metafizyki, w obszar technologiczny. Śmierć stała się zdarzeniem empirycznym, procesem fizycznym, zredukowanym w serię schorzeń, które można pokonać²⁵. Nasze współczesne nastawienie wobec śmierci, jak podkreśla P. Ariès, narodziło się tam, „gdzie wiara w naturę, która mogła wyeliminować śmierć, została zastąpiona wiarą w technikę, która miała zastąpić naturę i tym wyeliminować śmierć”²⁶. Tymczasem okazuje się, że postęp technologiczny, czyli nadzieja całkowitego opanowania natury, spowodował zaprzestanie poszukiwań metafizycznych. Świadomość śmierci przestała być aprioryczną formą egzystencji. Dzisiaj żyjemy w czasie i nie wiemy o tym!²⁷ Brak refleksji nad śmiercią, jej totalne unieamiętnienie²⁸ jest brakiem refleksji nad życiem. To bowiem śmierć i potrzeba reakcji na nią, wewnętrzny przymus przekraczania natury, różnicowały i wynosiły człowieka na szczyt ewolucji. Poprzez świadomość własnej śmiertelności, ale i chęć reakcji na jej konieczność, manifestował człowiek swój humanizm. Współcześnie śmierć przestała być problemem metafizycznym. Człowiek

²⁴ P. Ariès, *Pięć wariacji na cztery tematy*, przeł. J. M. Godzimirski, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, op. cit., s. 284.

²⁵ Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność*, op. cit., s. 195.

²⁶ P. Ariès, *Śmierć odwrócona*, przeł. J. M. Godzimirski, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, op. cit., s. 274.

²⁷ Por. R. Ingarden, *Książeczka o człowieku*, tłum. A. Węgrzycki, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1973, s. 43.

²⁸ S. Cichowicz, *Śmierć: gwałt na idei lub reakcja życia. Wstęp*, op. cit., s. 6.

utracił specyficzną dla siebie wrażliwość, realizowaną w sztuce, religii czy filozofii „(...) Żyjemy w osobliwym zamęciu nie tylko intelektualnym, ale także emocjonalnym i wolitywnym. Z jednej strony nie umiemy sobie poradzić z całym złem świata, które nic sobie nie robi z jakichkolwiek świętości, a przede wszystkim z tej elementarnej wartości, jaką jest człowiek i jego życie. Z drugiej strony przeżywamy i rozumiemy często życie jedynie jako – w gruncie rzeczy pozbawioną sensu, ale może wcale się go nie domagającą – grę, którą trzeba jak najzręczniejszym wykorzystać i jak najsprawniej rozegrać. Po co? Tego pytania często w ogóle nie zadajemy”²⁹ – pisze K. Tarnowski. J. Ratzinger twierdzi, że „zbagatelizowanie śmierci ma zagłuszać niepokojące pytanie, które nam ona stawia. (...) Usiłuje się zatrzaskać drzwiami przed metafizyką, nim jeszcze zdoła przez nie wkroczyć. Cena, jaką za to płacimy, jest wysoka. Nieuniknionym następstwem dehumanizacji śmierci jest dehumanizacja życia. (...) Postawa wobec śmierci współrozstrzyga o postawie wobec życia. Śmierć staje się kluczem do pytania: kim właściwie jest człowiek? Postępująca dziś brutalność wobec życia ludzkiego łączy się ściśle z odrzuceniem pytania o śmierć. Zagłuszanie tego pytania, czy banalizowanie go, nie rozwiązuje jednak niczego. »Rozwiązaniem« w tej sytuacji staje się pozbawienie człowieka jego człowieczeństwa”³⁰. Zdaniem A. Toynbee’go „jeśli człowiek przyjmuje śmierć na ślepo, jak to czynią zwierzęta, faktycznie spycha siebie na niższy poziom umysłowy do poziomu zwierząt – gdyż posiadając, tak jak to jest właściwe człowiekowi, zdolność uzmysłowienia sobie śmierci – odmówił on umiejętności, które jemu tylko są dane. Z drugiej strony, jeśli umiera rozumiejąc swój człowieczy los, pokazuje, że różni się od ginących zwierząt, choć tak jak one jest śmiertelny”³¹.

Śmierć pozwala spełnić się temu, co jest dla nas możliwe,
lecz nie tworzy tych możliwości.

Vladimir Jankèlèvitch

Refleksja nad śmiercią odsłania sens życia ludzkiego, niezależnie od tego, czy jest to refleksja zaangażowana religijnie, czy też jest myślą wpisaną w światopogląd ateistyczny. Cała kultura stworzona przez człowieka,

²⁹ K. Tarnowski, *O pocieszeniu jakie daje sztuka*, „Znak” nr 57, 1 (12) 2002, s. 18.

³⁰ J. Ratzinger, *Śmierć i życie wieczne*, przeł. M. Więclawski, PAX, Warszawa 2005, s. 71–73.

³¹ A. Toynbee, *Człowiek wobec śmierci*, przekład D. Petsch, Państwowy instytut Wydawniczy, Kraków 1973, s. 99.

jest przecież wysiłkiem, który zmierza do tego, aby wyzwolić go z trwogi i lęku, jakie śmierć w nim budzi. Doświadczenie jednostkowości w kulturze jest doświadczeniem śmierci³² w takim sensie, że określa możliwe postawy człowieka wobec niej. Z drugiej strony, to właśnie jednostki kształtują i budują kulturę za sprawą swojej aktywności religijnej i filozoficznej, artystycznej czy naukowej.

Być człowiekiem oznacza być istotą, która jest zdolna przekraczać świat. Ale metafizyka w człowieku to nie tylko poszukiwanie odpowiedzi na metafizyczne pytania. To także perspektywa „zamieszkiwania w świecie”³³. Możliwość i umiejętność interpretacji śmierci, odniesienia się do jej konieczności i nieuchronności przypomina „(...) o naszym obowiązku bycia ludźmi, życia w godności, uprzytamnia nam na powrót zapomniany metafizyczny wymiar naszej egzystencji”³⁴. Być więc człowiekiem, to odnosić się do śmierci, przyjmować wobec niej jakąś postawę. Chodzi o to, aby pytać o sens i z całą konsekwencją szukać na to pytanie odpowiedzi. Niezależnie od tego, czy sens okaże się sensem wewnętrznym, rozpiętym w przestrzeni religijnej, czy też sensem społecznym „polegającym na wartości wytworów, jakie czyjeś życie po sobie pozostawia”³⁵. Z. Bauman zauważa, że „jeśli »sens« jest wytworem intencji, jeśli działanie jest sensowne o tyle tylko, o ile jest zorientowane na cel – to co jest sensem życia? Pytanie to oraz nieustępliwa konieczność i nieznośna potrzeba zadania go wyznaczają bieg ludzkiego losu i są źródłem niekończącej się udręki. Ale jest to również życiowa szansa otrząśnięcia się. Istnieje pustka do wypełnienia; pustka, która w żaden sposób nie ogranicza bogactwa wypełniających ją treści. Cele i sensory nie są »dane«; cel może być więc wybierany, a sens tworzony *ab nihilo*.”³⁶

Chodzi więc o to, by po prostu być człowiekiem. Ze wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z tego faktu. Chodzi o to, aby odnosić się do życia – chcieć zajmować wobec niego jakąś postawę. Nie pytać o sens, to obdzierać się z człowieczeństwa, to doświadczać lęku i pustki. Jeśli

³² Por. M. Foucault, *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999, s. 249.

³³ K. Tarnowski, *O pocieszeniu jakie daje sztuka*, op. cit., s. 27.

³⁴ L. Kołakowski, *Bóg nam nic nie jest dłużny*, op. cit., s. 248–249.

³⁵ T. Czeżowski, *Jak rozumieć „sens życia”*, [w:] *O wartościach, normach i problemach moralnych*, wybór i opracowanie M. Środa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 348.

³⁶ Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność*, op. cit., s. 12.

„antycypacja naszej śmierci ujawnia kim jesteśmy”³⁷, to podjęcie refleksji nad własnym życiem i śmiercią niezależnie od światopoglądu stanowi nie tylko o sensie naszego życia, ale także o realizacji obowiązku bycia człowiekiem. Refleksja nad śmiercią, jeśli tylko zostaje uczciwie podjęta, zawsze daje pocieszenie, dostarcza bowiem praktycznych wskazówek na podstawowe pytanie – jak żyć?

Piśmiennictwo

1. Ariès P.: *Pięć wariacji na cztery tematy*, przeł. J. M. Godzimirski, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, wybór i przekład S. Cichowicz i J. M. Godzimirski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993
2. Ariès P.: *Śmierć odwrócona*, przeł. J. M. Godzimirski, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, wybór i przekład S. Cichowicz i J. M. Godzimirski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993
3. Bauman Z., *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, przeł. N. Leśniewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998
4. Bowker J.: *Sens śmierci*, przeł. J. Łoziński, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1996
5. Cichowicz S.: *Śmierć: gwałt na idei lub reakcja życia. Wstęp*, [w:] *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, wybór i przekład S. Cichowicz i J. M. Godzimirski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993
6. Coffy R.: *Bóg niewierzących*, tłum. P. Zdziechowski, Société D'éditions Internationales, Paris 1968
7. Czeżowski T.: *Jak rozumieć „sens życia”*, [w:] *O wartościach, normach i problemach moralnych*, wybór i opracowanie M. Środa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994
8. Drogoś S.: *Człowiek w obliczu śmierci*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002
9. Foucault M.: *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999
10. Ingarden R.: *Książeczka o człowieku*, tłum. A. Węgrzycki, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1973
11. Jankèlèvitch V.: *Quodditè jest niezniszczalna. Nieodwołalność nieodwracalności*, [w:] *Wymiary śmierci*, wybór i słowo wstępne S. Rosiek, Słowo/obraz Terytoria, Gdańsk 2002
12. Jankèlèvitch V.: *To, co nieuchronne*, przełożył i wstępem opatrzył M. Kwaterko, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005

³⁷ P. Koestenbaum, *Is There Any Answer to Death?*, op. cit., s. 7, cyt. za: Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność*, op. cit., s. 24.

13. Kołakowski L.: *Bóg nam nic nie jest dłużny*, przeł. I. Kania, Znak, Kraków 2001
14. Kramer K. P.: *Śmierć w różnych religiach świata*, Wydawnictwo WAM, przeł. M. Chojnacki, Kraków 2007
15. Möller J.: *Człowiek w świecie*, tłum. M. Kaczmarkowski, Société D' ditions Internationales, Paris 1969
16. Pieper J.: *Śmierć i nieśmiertelność*, tłum. A. Morawska, Société D' ditions Internationales, Paris 1970
17. Ratzinger J.: *Śmierć i życie wieczne*, przeł. M. Wi cławski, PAX, Warszawa 2005
18. Tarnowski K.: *O pocieszeniu jakie daje sztuka*, „Znak” nr 57, 1 (12) 2002
19. Toynbee A.: *Człowiek wobec śmierci*, przekład D. Petsch, Państwowy instytut Wydawniczy, Kraków 1973

Agata Gołębiowska¹, Elżbieta Krajewska-Kułąk^{2,1}, Barbara Jankowiak^{2,1},
Wojciech Kułąk^{2,1}, Krystyna Wróblewska¹, Beata Kowalewska^{1,2},
Joanna Chilińska¹, Hanna Rolka^{2,1}, Krystyna Klimaszewska^{2,1},
Krystyna Kowalczuk^{2,1}, Cecylia Łukaszuk^{2,1}

Czy przegrała mecz życia?

Fenomen nieuniknionej śmierci należy do prawdy o życiu i jako taki, nie może być pomijany, ani spychany do podświadomości, ani ukrywany w procesie wychowawczym.

Jakkolwiek godność człowieka wymaga, by wszelkie wydarzenia do niego bezpośrednio odnoszące się, traktować z najwyższym szacunkiem i uznaniem prawa do intymności i tajemnicy, to jednak nie wydaje się słuszne ukrywanie śmierci jako czegoś wstydliwego i krępującego. Śmierć należy do istoty życia, jest naturalna, to znaczy jest nieuniknionym zakończenia życia każdego człowieka. Śmierć tak zwana „naturalna” jest procesem wynikającym z przebiegu życia, zużywania się sił witalnych, jest więc dopełnieniem i niejako zasłużonym odpoczynkiem po trudach [1].

Jednakże niezaprzeczalny i nieunikniony fenomen śmierci, każdego człowieka i wszystkich ludzi zmusza do refleksji nad życiem i jego sensem. Śmierć bowiem właśnie życiu nadaje sens – śmierć, nie tylko jako próg, po którym oczekuje nas sąd i kara albo nagroda wieczna, (jakże bardzo unikane dzisiaj pojęcia), ale śmierć – jako koniec naszych możliwości wzrostu i pełnego stawania się człowiekiem na obraz Boga. Śmierć ujawnia dramat ludzkiej istoty: w jej perspektywie człowiek nie może unikać pytania o sens swojego istnienia na świecie.

Obecność śmierci w naszym życiu odczuwana jest głównie wtedy, gdy dotyka kogoś z kręgu osób najbliższych. Spośród tych, którzy zostają, którzy odczuwają brak, pustkę, nieobecność – właśnie osoby najbliż-

¹ Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

² 2. Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

sze doświadczają najbardziej realności śmierci. Świadomość zbliżającej się śmierci kogoś z członków rodziny stawia pozostałych domowników wobec nowej sytuacji życiowej. Rodzą się dwa podstawowe problemy: oswojenie się ze świadomością nadchodzącego rozstania oraz pragnienie przebywania z umierającymi rodzicami, małżonkiem czy dzieckiem w ostatnich chwilach jego życia [2].

Młodemu pokoleniu trzeba pokazać śmierć, ponieważ wtedy życie nabiera głębszego znaczenia. Jeśli młody człowiek rośnie i nigdy nie widzi śmierci ani o niej nie myśli, może nie rozumieć sensu życia, a nawet nazywana przez psychologów – urazem – obserwacja cudzej śmierci, obraz pełen tajemnicy i grozy, może wpłynąć pozytywnie na model życia. Każdy człowiek dąży do materialnego dobrobytu, czasem z przesadnym zapamiętaniem, ale zawsze nadchodzi moment, w którym wbrew swojej woli musi poznać nieprzekraczalną granicę cierpienia i śmierci. Doświadcza wówczas niepewności i samotności, niepokoju i rozterki. Wobec tajemnicy śmierci człowiek jest bezsilny; zostają zachwiane jego ludzkie pewniki.

Śmierć jest procesem paralelnym do życia, towarzyszy życiu. Gdzie jest życie, tam jest stale śmierć.

Życie człowieka jest niepowtarzalne. Ta niepowtarzalność istoty ludzkiej rozciąga się także na jej śmierć. Każdy chciałby dokładnie wiedzieć, czym jest umieranie i śmierć, choć niewielu ludzi się do tego przyznaje.

Podejmując problem sensu życia ludzkiego, należy sobie uświadomić, że ważnym momentem w tej kwestii jest sformułowanie samego pytania. Pytanie o sens życia ludzkiego można sformułować tak, że kieruje się je pod adresem życia ludzkiego w ogóle oraz tak, że jest ono skierowane pod adresem życia konkretnej jednostki, czy określonych grup jednostek ludzkich. W pierwszym przypadku chodzi o ukazanie sensu życia człowieka, który to sens w istotnej swej wymowie, jest stały i jest jeden dla wszystkich ludzi. W drugim przypadku chodzi o rozstrzygnięcie czy życie danej konkretnej ludzkiej jednostki lub grupy ludzkiej, przejawiające się w ściśle określonych warunkach, posiada sens lub go nie posiada [3].

Każde życie, a życie człowieka w szczególności, nadal pozostaje dla nas tajemnicą, która pociąga i budzi podziw.

W rezultacie stając w obliczu życia, które się rodzi, i życia, które umiera, człowiek nie potrafi już zadać sobie pytania o najbardziej autentyczny sens swego istnienia, przyjmując w sposób prawdziwie wolny te przełomowe momenty swego „bycia”. Interesuje go tylko „działanie” i dlatego stara się wykorzystywać wszelkie zdobyte techniki, aby progra-

mować i kontrolować narodziny i śmierć, rozciągając nad nimi swoje panowanie. Te pierwotne doświadczenia, które powinny być „przeżywane”, stają się wówczas rzeczami, człowiek zaś rości sobie prawo do ich „posiadania” lub „odrzucenia” [4].

Przejście od życia do śmierci jest procesem zarówno fizjologicznym, jak i psychologicznie ciągłym, stopniowym i przebiega przez kilka etapów. Człowiek umierający może swoją śmierć przyjąć jako przykrą konieczność, bądź może konsekwentnie nie dopuszczać do siebie konieczności odejścia. E. Kübler-Ross – szwajcarska lekarka, przez wiele lat zajmowała się umierającymi, opisała kolejne etapy, przez które przechodzą pacjenci, zanim zaakceptują fakt bliskiej śmierci.

Człowiek współczesny, pozbawiony często możliwości spokojnej refleksji nad samym sobą przeczuwa, że problem śmierci sięga intymnych sfer jego psychiki. Fakt śmierci musi on jakoś wkalkulować w swoje życie. Na poziomie emocjonalnym śmierć napełnia nas przerażeniem i trwogą. Zabiera nam ludzi, którzy są częścią naszego życia i odsuwa nas od tych, których kochamy. Możemy wierzyć, że zobaczymy ich znowu lub możemy być przekonani, że nie ujrzemy ich nigdy. I w tym samym czasie życie toczy się dalej i w jakiś sposób musimy nauczyć się żyć bez osoby lub osób, które śmierć nam zabrała.

Chociaż człowiek jest istotą śmiertelną, czego na ogół mniej lub bardziej bywa świadomy, to jednak konfrontacja z jej realnością w odniesieniu do siebie samego czy do kogoś innego – stwarza nowy niepowtarzalny stan rzeczy. Odmienność ta pobudza niecodzienne refleksje, sięgające niejednokrotnie płaszczyzny egzystencjalnej. Wywołuje emocje, z którymi nie zawsze potrafimy sobie poradzić. Często wiąże się z mentalną ucieczką jako mechanizmem obronnym przed doznaniem przekraczającymi nasze siły [5].

Umierający nie ma przyszłości, którą mógłby sobie wyobrazić, ale istnieje dla niego konkretna przeszłość, będąca świadectwem życia. W śmierci zbiega się przeszłość z przyszłością. Śmierć kończy proces „stawania się”. W śmierci człowiek „jest”, a „jest” w taki sposób, w jaki „był” w trakcie ziemskiego życia [6].

Dodatkowo bolesna i niezrozumiała jest śmierć, która przychodzi na człowieka niespodziewanie i nierzadko w momencie jego największej aktywności życiowej. Wówczas staje się ona rzeczywistością, z którą naprawdę trudno się pogodzić.

Tak też się stało np. w przypadku Agaty Danuty Mróz-Olszewskiej zmarłej 4 czerwca 2008 we Wrocławiu.

Była 26-letnią siatkarką, reprezentantką Polski, zdobywczynią złotych medali na Mistrzostwach Europy w piłce siatkowej kobiet w 2003 i 2005.

Agata Mróz pochodziła ze sportowej rodziny. Oboje rodzice uprawiali w młodości sport, jej rodzeństwo robi to obecnie. Siostra Katarzyna jest także zawodową siatkarką, a brat Paweł zaś zawodowym koszykarzem.

Urodziła się 7 kwietnia 1982 w Dąbrowie Tarnowskiej, jednak dzieciństwo i młodość spędziła w Tarnowie, gdzie rozpoczęła przygodę z siatkówką. Szybko dostrzeżono jej talent, toteż jako szkołę średnią zaproponowano jej sosnowiecką Szkołę Mistrzostwa Sportowego Polskiego Związku Piłki Siatkowej. W trzeciej klasie liceum ogólnokształcącego przy tejże szkole, odniosła swój pierwszy poważny sukces. Reprezentacja Polski kadetek w Gdańsku wywalczyła złoty medal, a Agata Mróz była wówczas kapitanem tamtej reprezentacji. Tuż po tym, wiosną 2000 roku przerwała treningi z powodu pierwszych objawów choroby, która później miała się okazać dla niej tragiczna. Dokończyła III klasę w LO przy SMS PZPS i powróciła do Tarnowa. Po dłuższej przerwie rozpoczęła treningi w drużynie serii B kobiecych rozgrywek siatkarskich w Polsce, akademickiej drużynie z Ostrowca Świętokrzyskiego. Stąd dostała pierwsze powołanie do kadry seniorskiej, co wywołało spore poruszenie, gdyż mimo sukcesów juniorskich, Agata była niemal nieznaną zawodniczką, podobnie jak jej ostrowiecka drużyna. Postawa w reprezentacji, której stanowiła jeden z filarów podczas zdobywania złotego medalu Mistrzostw Europy sprawiła, iż nieznaną dotąd zawodniczką zainteresowało się wiele czołowych klubów, nie tylko polskich. Agata Mróz zdecydowała się przyjąć propozycję BKS Stal Bialsko-Biała, z którą to drużyną, w 2003 i 2004 roku, wywalczyła mistrzostwo Polski, a w 2004 i 2006 Puchar Polski. Była wielokrotną reprezentantką Polski w siatkówce. W 2005 roku ponownie zdobyła złoty medal Mistrzostw Europy. Od 2006 roku występowała w zespole Gruppo Murcia 2002, z którym w 2007 zdobyła m.in. mistrzostwo i Puchar Hiszpanii [7].

W 2007 ze względu na zły stan zdrowia (mielodysplazja szpiku – grupa blisko związanych jednostek chorobowych, w których proces tworzenia krwinek jest zakłócony przez niezdolność niedojrzałych komórek do prawidłowego wzrostu i rozwoju, stan przedbiałaczkowy) postanowiła przerwać karierę.

W czerwcu 2007 wyszła za mąż za Jacka Olszewskiego.

12 stycznia 2008 roku ogłosiła, że spodziewa się dziecka. 4 kwietnia 2008 urodziła córkę Lilianę.

22 maja 2008 przeszła udany zabieg przeszczepienia szpiku kostnego w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Czternaście dni po przeszczepie zmarła w wyniku posocznicy i związanej z nią wstrząsu septycznego.

Wygrała wiele pojedynków, ale przegrała z chorobą.

Przyjaciele i bliscy Agaty Mróz nie kryli łez, gdy na mszy pogrzebowej odczytano list, który przed śmiercią napisała do męża. „Bądź szczęśliwy, nie żałuję swojej decyzji. Gdybym miała jeszcze raz wybierać, wybrałabym tak samo. Jestem szczęśliwa, odchodzę spełniona” – brzmiały jej ostatnie słowa [8].

„Wiadomość o dziecku sprawiła, że znowu poczułam się szczęściarą. Cieszyłam się, że poczuję, jak to jest być matką. I że dam mężowi coś dobrego z siebie. Słyszałam, że mogę nie donosić ciąży, że mój stan może się drastycznie pogorszyć. Przypominano mi, że cały czas dostaję jakieś leki, które mogą zagrozić dziecku. Była cała masa argumentów przeciwko ciąży” [9].

„Ze złotym medalem na szyi myślałam, że pokonam chorobę” – mówiła Agata Mróz.

W heroicznej walce dopingowała ją cała Polska. Nie wiadomo, czy siatkarka żyłaby, gdyby nie ciąża. Wiadomo natomiast, że bardzo tej ciąży pragnęła. Po śmierci mąż Agaty powie dziennikarzom: „Agata nigdy nie zamieniłaby własnego zdrowia na życie córki”. Ona zaś twierdziła: „Gdybym miała jeszcze raz wybierać, czy zdecydować się na własne zdrowie, czy życie córki, nigdy nie zmieniałaby zdania. Liliana jest czymś najwspanialszym, co ją w życiu spotkało” [10].

Śmierć Agaty Mróz to niewyobrażalna strata dla całego środowiska siatkarskiego.

„Polska siatkówka to przeżyje, chociaż Agata była jedną z najlepszych na świecie zawodniczek grających na pozycji środkowej. Ale przecież nie o to chodzi. Chodziło o to, żeby uratować jej młode życie. Żeby miała czas nacieszyć się swoją córką i wszystkim, co mogło ją jeszcze czekać. Cóż to za wiek – 26 lat! Sam chętnie bym się z nią zamienił” – mówił były trener kadry Andrzej Niemczyk, który chwalił też siatkarskie zdolności Agaty, która do reprezentacji trafiła z drugiej ligi od razu do pierwszej szóstki. „Niemal natychmiast zdobyła złoty medal mistrzostw Europy, potem drugi. Potrzebowała na to 3–4 lata, innym nie wystarcza na takie sukcesy całego życia” – dodał [11].

Przed Agatą Mróz było całe życie, wiele do zdobycia, radość rodzicielstwa, które rozpoczęło się zaledwie dwa miesiące temu narodzinami

córeczki. Agata Mróz zachwycała swoją urodą, talentem, grą na siatkarskim boisku i walecznością w starciu z chorobą pisała Dorota Gawryluk. Brakuje słów, kiedy odchodzi ktoś zachwycający. W takich chwilach wydaje się, że życie jest bez sensu, skoro umierają ci, dla których jest jeszcze o wiele za wcześnie, skoro umiera młoda żona i matka, osieracając tych, których kochała i którzy najbardziej jej potrzebowali. Trudno nie wołać w takich chwilach do Boga: Dlaczego? Dlaczego właśnie ona? [12]

Choroba niszczyła Agatę długo, bez litości. Ta jednak wierzyła w zwycięstwo. Bohatersko nie zdecydowała się na zabicie swojego dziecka i wydała na świat córkę Liliannę. Zwyciężyła więc, dając życie, choć sama je traciła. Podjęła ryzyko, na które niewiele kobiet byłoby stać. Większość wybrałoby drogę łatwiejszą – aborcję, pozbawienie życia dziecka poczętego. Nie jest to film ani jakaś opowieść, to wydarzyło się w rzeczywistości i w rzeczywistości rozegrał się dramat matki, kobiety, żony, córki. Mogło nie być dziecka, jej, mogła wcześniej się poddać. Ale zdecydowała się walczyć i pokazać. Umiała mierzyć się z przeciwnościami losu. Zmobilizowała tłumy ludzi, kibiców do oddawania krwi w stacjach krwiodawstwa. Dzięki niej uratowano również setki innych osób potrzebujących tego daru, którym jest krew i szpik kostny. Stała się ikoną krwiodawstwa i transplantologii. Zostawiła bardzo ważne przesłanie o pomocy innym.

Dlaczego odeszła tak wcześnie? Dlaczego akurat wtedy, kiedy macierzyństwo otwierało przed nią nowe perspektywy? Czekala na nią prawie dwumiesięczna córeczka, na jej miłość, ciepło, cichy szept, pochylenie się. Takie pytania pojawiają się od wieków. Zmagał się z nimi już Hiob. Z powodu ich ciężaru Kohelet doszedł do pesymistycznego wniosku, że „wszystko w życiu jest marnością”. Czy rzeczywiście wszystko? Ból i cierpienie mają sens i wartość, gdy się je przeżywa w ścisłej więzi z miłością, którą się otrzymuje i ofiarowuje.

W rezultacie, stając w obliczu życia, które się rodzi i życia, które umiera, człowiek nie potrafi już sobie zadać pytania o najbardziej autentyczny sens swego istnienia, przyjmując w sposób prawdziwie wolny te przełomowe momenty swego „bycia” [4].

Agata Mróz, która mimo stopniowej utraty wszystkiego umiała cieszyć się życiem i tę radość przekazywać innym, z pewnością nie przegrała swojego najważniejszego meczu. Była heroiczną matką. Dała miłość bez reszty poświęcając się swojej rodzinie, cierpiała wydając dziecko na świat, a potem gotowa była podjąć wszelkie trudy, ponieść wszelkie ofiary, ażeby dziecku przekazać wszystko, co ma w sobie najlepszego – miłość najwięk-

szą, która każe oddać życie za ukochaną osobę. Spełniając w życiu swoją misję macierzyństwa, nie zawsze znajdowała oparcie w środowisku.

Macierzyństwo nie ogranicza się jednak tylko do funkcji biologicznej, ale sięga głębiej. Polega ono także na „rodzeniu” w sensie duchowym. Wynika ono z faktu bycia osobą i dlatego ma zasięg o wiele szerszy niż tylko wymiar cielesny. Macierzyństwo duchowe jest cechą charakterystyczną dojrzałości wewnętrznej kobiety. Do takiego wymiaru bycia osobą i zarazem bycia w pełni kobietą jest powołana każda kobieta. Macierzyństwo w sensie osobowym nieodłącznie związane jest z bezinteresownym darem z siebie samego. W tym sensie, poprzez obdarowanie sobą, otwiera się w tych, wobec których jest się darem, perspektywę odszukania własnej tożsamości, tego, kim się jest i po co się jest. W przypadku małżeństwa, macierzyństwo polega na zrodzeniu cielesnym przez kobietę dziecka, ale także na „rodzeniu” duchowym przez wychowanie, wychowanie ku pełni człowieczeństwa. Wiąże się to z podjęciem wielkiego trudu odpowiedzialności za dziecko. Ten trud podejmowany z miłości owocuje nie tylko prawidłowym rozwojem fizycznym, ale przede wszystkim prawidłowym rozwojem na poziomie uczuć, emocji i nade wszystko na poziomie ducha. Nie wystarczy bowiem, aby dziecko było zadbane od strony materialnej, ale należy rozwijać w nim każdą sferę jego osoby [13].

„Macierzyństwo może być źródłem wielkiej radości, ale może także stać się źródłem cierpień, a niekiedy wielkich zawodów. Wówczas miłość staje się próbą, czasem heroiczną, która wiele kosztuje macierzyńskie serce kobiety...” [4].

Bycie matką wymaga od kobiety odpowiednich predyspozycji fizycznych i psychicznych, dlatego posiada specyficzną strukturę psychiczną oraz szczególną zdolność odbierania pewnych bodźców zmysłowych. Kobiety mają inny niż mężczyźni próg wrażliwości zmysłowej, lepiej słyszą, mają dyspozycje do odbierania, nieraz bardzo cichego kwilenia jej dziecka. Podobnie wzrok kobiety jest bardziej wrażliwy na barwy i odczajające ją zmiany. Właśnie kobieta umie dostrzec zmiany na twarzy swego rozmówcy, smutek czy niepokój. W sprawach wrażliwości węchowej i smakowej, kobiety również mają większe zdolności, mają wyższy próg wrażliwości dotykowej niż najwrażliwszy w tym względzie mężczyzna. Świadczy to o zdolności kobiety do czułości wobec delikatnego i wątego ciała małego dziecka.

Niestety, modele cywilizacji, często kreowane i propagowane przez środki społecznego przekazu, nie sprzyjają macierzyństwu. W imię postępu i nowoczesności prezentuje się jako przestarzałe takie wartości, jak:

wierność, czystość, poświęcenie, którymi wyróżniały się i nadal wyróżniają rzesze chrześcijańskich matek i narzeczonych.

„...Dziękujemy wam, heroiczne matki, za waszą miłość niczym nie przewycięzoną! Dziękujemy za heroiczne zawierzenie Bogu i Jego miłości. Dziękujemy za ofiarę, którą złożyłyście ze swojego życia. Ta miłość, pojmowana jako bezinteresowny dar z siebie, stanowi najprawdziwszy sens życia i wolności człowieka”.

„Stoimy wobec nadludzkiego, dramatycznego zmagania między złem i dobrem, między śmiercią i życiem, między »kulturą śmierci« i »kulturą życia«. Jesteśmy nie tylko świadkami, ale nieuchronnie zostajemy wciągnięci w tę walkę: wszyscy w niej uczestniczymy i stąd nie możemy uchylić się od obowiązku bezwarunkowego opowiedzenia się po stronie życia” [4].

„Istnieją przesłanki do zastanowienia się nad wyniesieniem na ołtarze Agaty Mróz” – twierdzi ksiądz Adam Boniecki. Z jego oceną zgadza się dominikanin o. Tomasz Dostatni, przekonując: „Agata wybrała życie dziecka, walczyła o nie. W perspektywie chrześcijańskiej takie zdecydowane i świadome działanie zasługuje na świętość”.

Święty to osoba, która w sposób wybitny realizuje ważne wartości, jest wzorcem osobowym, otaczana kultem. Święty musi odznaczać się cnotami heroicznymi

Duchowni dodają jednak, że decyzję podejmie dopiero papież, gdy całą sprawę zbadają specjalne komisje z Watykanu. Agata Mróz nie byłaby pierwszą kobietą, która oddała swe zdrowie, by urodzić córkę, którą potem uznano za błogosławioną. W 1962 u Gianny /Joanny/ Beretty Molli z Włoch lekarze wykryli raka macicy. Kobieta nie zdecydowała się na aborcję i urodziła córeczkę. Tydzień potem zmarła. W 1994 na ołtarze, za jej poświęcenie, wyniósł ją Jan Paweł II [14]. Wzywana jest szczególnie przez zrozpaczone matki. Joanna jest świętą dla naszych czasów, czasów heroizmu codziennego matek, ale również czasów masakrowania w ich łonach niewinnych dzieci.

Czy Agata Mróz przegrała mecz życia? Nie, nie przegrała.

Piśmiennictwo

1. Półtawska W. : Lęk czy nadzieja, [w:] Medycyna i teologia o życiu i śmierci, Renkielska M. (red.), Wyd. Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków 1997, 41.
2. Ogryzko-Wiewiórowska M.: Umieranie i śmierć w rodzinie, Pielęgniarstwo 2000, 1999, 4, 24.

3. Morawiec E.: O filozoficznym pojęciu sensu życia ludzkiego, w: Filozoficzne orientacje w wyborze sensu życia, red. P. Mazanka, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego Warszawa 2000, s. 23.
4. *Evangelium Vitae*.
5. Ogryzko-Wiewiórowska M.: Problemy człowieka umierającego cz. IV, *Pielęgniarstwo* 2000, 1999, 3, 35.
6. Frankl V. E.: *Homo Patiens*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1998.
7. http://www.dziennik.pl/wydarzenia/article187973/Dlaczego_zmarla_Agata_Mroz_.html 9.11.2008
8. http://www.dziennik.pl/wydarzenia/article188567/Ostatnie_slowa_Agaty_Mroz_Odchodze_splniona.html 9.11.2008
9. http://www.dziennik.pl/wydarzenia/article186318/Ostatni_wywiad_z_Agata_Mroz.html 9.11.2008
10. <http://wiadomosci.onet.pl/1492283,2677,2,kioskart.html> pobrano dnia 9.11.2008
11. http://www.dziennik.pl/wydarzenia/article259155/Godze_sie_z_tym_ze_odeszla.html data pobrania 9.11.2008
12. http://www.dziennik.pl/opinie/article186316/Agata_Mroz_wygrala_dala_zycie_choc_je_stracila.html 9.11.2008
13. Wojtyła K.: *Miłość i odpowiedzialność*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 2001, s. 248–252.
14. http://www.dziennik.pl/wydarzenia/article188969/Agata_Mroz_będzie_blogosławiona_.html pobrano dnia 9.11.2008

Emilia Kramkowska¹, Małgorzata Halicka¹

Śmierć – temat tabu współczesnego świata?

Wprowadzenie

Śmierć... to słowo niezwykle rzadko wypowiedane jest przez współczesnego człowieka, człowieka cywilizacji Zachodu. Woli on używać „łagodniej” czy też lepiej brzmiących słów, np. że ktoś odszedł, zasnął, opuścił nas na zawsze. Cywilizacja Zachodu potrafiła poradzić sobie z różnymi problemami. Obserwujemy duży postęp w wielu dziedzinach życia. Dzięki nowym wynalazkom staje się ono łatwiejsze. Jednak nie wszystko udało się rozwiązać. Do stale nurtujących i zagadkowych kwestii należy śmierć. Choć jest ona „jednym z najbardziej uniwersalnych (...) faktów życia ludzkiego” [1] współczesny człowiek nie umie sobie z tym poradzić. Myśl o śmierci wiele osób przeraża, wolą o niej nie mówić, próbują ją od siebie odsunąć jakby nie istniała. Dlaczego śmierć staje się dziś tematem tabu? Na czym polega „wyciszanie” tematu umierania?

Alessandro Pronzato zauważa, że „włosy ludzkości siwieją coraz bardziej” [2], żyjemy w starzejącym się społeczeństwie. A zatem, skoro dużo jest dziś osób, które wkroczyły w ten etap życia, który kończy się śmiercią, to czy nie powinniśmy „oswoić się” czy też „przywyknąć” do tego naturalnego zjawiska, jakim jest śmierć? Taka jest przecież kolej rzeczy... „To w starzejących się społeczeństwach (...) odkrywamy śmierć, i mimo różnych nowinek, nie możemy tego nie zauważać. (...) liczba oczekujących na śmierć jest coraz większa” [3]. A może właśnie dlatego, że wokół nas jest coraz więcej osób starszych, wolimy uciec od wszystkiego, co kojarzone jest ze śmiercią? Dzisiaj liczy się młodość, siła, witalność a nie starość, czy śmierć. Jak zatem w takim świecie odnajduje się człowiek stary, który częściej niż inni myśli i mówi o śmierci? Znalezienie odpo-

¹ Zakład Andragogiki i Gerontologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet w Białymstoku

wiedzi na te i wiele innych pytań jest celem niniejszej pracy. Analizowany w niej problem tabu śmierci zostanie przedstawiony w kontekście ludzi w podeszłym wieku, w kontekście śmierci naturalnej. Ponadto poruszona zostanie kwestia starzejącego się społeczeństwa, w którym żyjemy i tego, jak „radzi” sobie czy też „próbuje” sobie radzić ze śmiercią.

Co przyczyniło się do powstania tabu śmierci we współczesnym świecie?

Jak donoszą liczne raporty sporządzane przez demografów i urzędy statystyczne zwiększa się udział osób starszych w ogólnej strukturze poszczególnych państw co oznacza, że mamy do czynienia ze zjawiskiem starzenia się ludności, które na świecie określane jest mianem „daddy boom”. Powstaje tzw. „odwrócona piramida demograficzna”, gdzie populacja trzeciej generacji jest liczniej reprezentowana niż pokolenia ludzi młodych [4]. Pierwsze oznaki procesu demograficznego starzenia się ludności przypadają na drugą połowę XX wieku, kiedy to „przeciętna długość życia ludzkiego w Europie wzrosła z około 55 do około 75 lat, a liczba ludzi mających 60 lat i więcej wynosiła około 100 mln (około 15% całej ludności)” [5]. Jest kilka przyczyn tego zjawiska. Do najważniejszych zalicza się coraz dłuższe trwanie życia, przekraczanie progu wieku emerytalnego przez kolejne roczniki wyżów demograficznych, jak i zmiany stylu życia współczesnych społeczeństw: spadek dzietności, przesunięcie w czasie rodzicielstwa, a w konsekwencji coraz mniejszy wskaźnik przyrostu naturalnego” [4]. Ponadto procesy urbanizacyjne wpłynęły na zanikanie tradycyjnych rodzin, rodzin wielodzietnych. Upowszechnił się model rodziny nuklearnej, rodziny małej, z jednym lub z dwojgiem dzieci, mieszkającej oddzielnie od rodziny pochodzenia. Współzamieszkiwanie pokoleń jest dziś zjawiskiem rzadkim. Model „intymność na dystans” jest dziś bardziej popularny [6]. W konsekwencji pojawił się problem opieki nad starszymi członkami rodziny. Dawniej dorosłe dzieci zajmowały się matką czy ojcem, którzy byli w podeszłym wieku. Dziś opiekuńcza funkcja rodziny nie jest realizowana w takim stopniu jak dawniej, staje się funkcją akcydentalną (drugorzędną). Człowiek w podeszłym wieku staje się „problemem”, „balastem” w wygodnym, przyjemnym życiu.

Antonina Ostrowska przekonuje, że „istnieje cały szereg powszechnie uznanych atrybutów, takich jak uroda, inteligencja, sprawność fizyczna, zdolności, itp. tak jak istnieją cechy czy charakterystyki powszechnie uznane za negatywne, w większości piętnujące posiadające je osoby. Do nich należą m.in. kalectwo, deformacje cielesne, ale także starość i śmier-

telne choroby” [7]. A zatem stary człowiek, ze względu na swą mniejszą sprawność, czasem nieudolność, „nie pasuje” do współczesnego świata. Dlatego wykorzystując specjalizację i rozwój medycyny, „zamyka się” osoby starsze, przewlekle chore w szpitalach, hospicjach, domach pomocy społecznej. Trafnie rekapitułuje to wspomniana wyżej autorka pisząc: „szpitale – w intencji swojej – wyspecjalizowane instytucje dla zwalczania chorób i ratowania życia ludzkiego stały się także miejscami samotnego, powolnego umierania tych, których wyleczenie nie było możliwe” [7]. Michel Vovelle zwraca ponadto uwagę, że materialnym symbolem samotnej śmierci w szpitalu jest parawan „którym odgradza się chorego, by ukryć jego agonię, albo też coraz częściej pojawiająca się w szpitalach izolatka dla konających” [3]. Ta symbolika jest bardzo wymowna. Vovelle jest przekonany, że dwa terminy „hospitalizacja” i „medykalizacja” to istotne części składowe definicji dzisiejszego systemu śmierci, która otoczona jest tabu [3].

Warto także zauważyć, iż postęp medycyny wpisuje się w szeroko rozumiany postęp technologiczny, który od XIX wieku zaczął oddziaływać na procesy kulturowe, przyczyniając się tym samym do „przebudowy nastawienia do śmierci” [8]. Według Marka Adamkiewicza uprzemysłowienie i urbanizacja wpłynęły na traktowanie śmierci jako tematu tabu. „W technologicznej cywilizacji – pisze Adamkiewicz – epatującej życiem doczesnym, nie ma miejsca dla zadumy nad zdarzeniami, które zniewalają to, co jest obecne i tymczasowe, witalne i hedonistyczne. Wszak śmierć i jej skutki znoszą zachwyty nad techniczną zdolnością człowieka do przewycięzania materii i ujarzmiania przeciwności narzucanych przez przyrodę, a tym samym niweczą możliwość cieszenia się z dobrodziejstw płynących z industrialnej kultury” [8]. Jeszcze mocniej brzmią słowa Adamkiewicza w innym miejscu, kiedy przekonuje: „skoro śmierć nie daje się pokonać, należało tedy przenieść ją do zjawisk, o których trzeba w miarę możliwości zapomnieć i usuwać z pola widzenia oraz myślenia społecznego” [8]. Czy potrzeba bardziej wymownego wyjaśnienia współczesnego przemilczania tematu umierania? Obrazowo opisał to również Philippe Aries: „w mieście nic nie zdradza, że coś zaszło: dawny czarno-srebrny karawan przeobraził się w zwykłą szarą limuzynę, nie budzącą żadnego zamieszania w ulicznym ruchu. Społeczeństwo nie zatrzymuje się w swojej drodze: zniknięcie jednej istoty nie psuje jego ciągłości” [9].

Mówiąc o przyczynach tabu śmierci, należy także wspomnieć o procesie sekularyzacji. „Od najdawniejszych czasów człowiek bał się, a jed-

nocześnie rzucał wyzwanie śmierci, poprzez nieustanne poszukiwania mające na celu zrozumienie jej istoty i znalezienie środków pozwalających na sprawowanie nad nią kontroli” [7]. W naszej kulturze pomocną w tym była i jest ideologia chrześcijańska. Wiara w Boga, wiara w życie wieczne dawała – i jak wynika z badań [10] – daje człowiekowi nadzieję, że śmierć ciała nie jest końcem wszystkiego. Z drugiej jednak strony „nawet osoby, u których stwierdza się religijną postawę akceptacji śmierci wolałyby mimo wszystko odsunąć od siebie tę perspektywę. Religia stanowi dla wielu osób starszych otuchę i pomoc, nie uwalnia jednak człowieka od lęku przed śmiercią, który pojawia się zarówno w osób religijnych, jak i niereligijnych” [10].

„Przez szesnaście wieków istnienia doktryny chrześcijańskiej wiara w nieśmiertelność duszy była niepodważalna” [7]. Zarówno chrześcijanie, jak i wyznawcy judaizmu czy islamu wierząc w to, że dusza ludzka jest nieśmiertelna, kształtowali w sobie większą gotowość do pogodzenia się ze śmiercią. Choć człowiek średniowiecza bał się śmierci, szczególnie tej spowodowanej chorobami nie kwestionował jej, lecz traktował jako zjawisko naturalne i jawne [7]. Dopiero wiek XVII przyniósł istotne zmiany w podejściu do śmierci. Toczące się wojny religijne spowodowały wzrost fanatyzmu i okrucieństwa, zanikała miłość chrześcijańska, kościoły zaczęły się wyludniać, bo ludzie mieli już dość słuchania ciągłych nawoływań: „memento mori” – pamiętaj o śmierci [7]. Boga odsuwano coraz dalej, a rozszerzanie się światopoglądu laickiego powodowało, że również śmierć oddzielano od spraw związanych z wiarą. Antonina Ostrowska zauważa, że dawniej to właśnie religia dzięki temu, że interpretowała śmierć jako pewien etap, a nie koniec, pomagała ludziom łagodzić stres z nią związany [7]. A skoro zaczęto odrzucać chrześcijańskie nauczanie o śmierci i życiu pozagrobowym, „zejście” z tego świata stało się czymś bardziej tajemniczym, niezrozumiałym, budzi lęk, bo nie wiadomo co będzie dalej i czy w ogóle będzie owo „dalej”, bo może na śmierci wszystko się skończy?

Sekularyzacja spowodowała ograniczenie roli religii i przekazywanego przez nią modelu życia i śmierci. Ponieważ jest procesem, który trwa, wpłynęła także na wzmocnienie tabu śmierci we współczesnym świecie. O przejawach tego zjawiska pisze Michel Vovelle. Według niego „pośród zalewu studiów nad śmiercią – tych psychologicznych, socjologicznych i lekarskich – język religii stał się jednym z wielu, stracił swoją dawną, wiodącą pozycję i płynąć musi wraz z falą zbiorowej wrażliwości, naznaczonej otaczającym śmierć tabu, której to fali nie może już kształto-

wać wedle własnej woli” [3]. Zmieniła się również rola duchownych, jako „osób pomagających w dokonaniu przejścia od życia do śmierci – posiadających stosowne wyjaśnienia i dysponujących swoistymi technikami psychoterapeutycznymi” [7]. Choć ksiądz przychodzi z posługą do chorych w chrześcijańskich hospicjach, jego rola „ogranicza się do konwencjonalnych sentencji i rytuałów, których sensu już nikt nie rozumie” [11]. Vovelle twierdzi, że Kościół coraz bardziej uświadamia sobie, że ludzka śmierć wymyka się spod jego wpływów, nie ma on już wyłączności wyjaśniania jej tajemnic [3].

Na czym polega obserwowalne dziś tabu śmierci?

Zarysowane powyżej problemy hospitalizacji i medykalizacji niewątpliwie wpłynęły na kształtowanie się nowych postaw wobec śmierci. „Rozwój medycyny doprowadził do swoistych przewartościowań, zniósł granicę między życiem a śmiercią, stworzył możliwość sztucznego podtrzymania życia i nadzieję na »oszukanie« śmierci. Wpłynęło to w konsekwencji na zmianę postrzegania jej jako naturalnego końca życia ludzkiego” [7]. Śmierć, która wcześniej była wydarzeniem rodzinnym, dziś stała się wydarzeniem szpitalnym, została oddana w ręce „specjalistów” [7], a tym samym, „właściwa dla naszych czasów praktyka umierania poza domem, w szpitalach, bądź hospicjach sprzyja przemożnie eliminowaniu kontaktu ze śmiercią i unikaniu myśli o niej” [8]. Umieszczając starszą mamę czy tatę w szpitalu zrzucamy z siebie obowiązek opieki nad schorowanym starszym rodzicem. Usprawiedliwiamy się, że tak przecież trzeba, mama jest chora, a ja nie jestem w stanie zapewnić jej ciągłej opieki, przecież praca, przecież dzieci, dom, tym samym chcemy uniknąć zetknięcia ze śmiercią. To traumatyczne przeżycie należy nieco złagodzić, co się da – ominąć, odrzucić, by nie było to takie bolesne i by móc jak najszybciej wrócić do „normalności”. Ponadto „ogólnie przyjętą praktyką – pisze Vovelle – jest odsuwanie dzieci od umierającego” [3] w obawie, że wpłynie to niekorzystnie na ich rozwój, dzieciństwo. Śmierć jawi się jako upiór, przed którym trzeba uciec i zapomnieć jak wyglądał. „Halloweenowa kultura (...) jest wyrazem radzenia sobie z lękami i niepewnością człowieka kultury Zachodu” [11].

Hospitalizacja, umieranie poza domem doprowadziły do pojawiania się także innych zjawisk. Michel Vovelle pisze o komercjalizacji obrzędów pogrzebowych. Skoro współczesny człowiek stara się uniknąć spotkania ze śmiercią, należy mu „pomóc” w załatwieniu wszystkiego, co wiąże się z „odejściem” bliskiej mu osoby. Vovelle uważa, że od lat dwu-

dziestych XX wieku, zakłady pogrzebowe stały się wyłącznym zarządcą śmierci i nawet różnice etniczne, religijne czy regionalne nie powstrzymały tego zjawiska. „Kiedy zgon stwierdza lekarz bądź policja – pisze Michel Vovelle – pozostaje tylko wybór funeral parlour, gdzie mają miejsce wszystkie etapy ostatniej podróży” [3]. Choć tego typu praktyki najwcześniej pojawiły się w Stanach Zjednoczonych, bardzo szybko „przyjęły się” także w kulturze europejskiej tworząc czy też wzmacniając tabu śmierci. Być może w kręgu państw europejskich nie jest to aż tak silne jak na kontynencie amerykańskim, ale i tu da się zauważyć obecność „amerykańskiej komercjalizacji ostatniej drogi” [3]. Widać to bardzo dobrze na przykładzie „zabiegów”, którym poddawane jest ciało dorosłej osoby zmarłej: dobór odpowiedniego makijażu, by zmarły wyglądał jak żywy, ale pogrążony w głębokim śnie, przyklepiony do twarzy uśmiech czy też ubranie jak na koktajl [3]. To wszystko zdaniem Vovelle’a jest przejawem oszalałej ucieczki przed fizyczną realnością śmierci. Zakłady pogrzebowe zobowiązują się dziś „do zapewnienia aseptycznego pożegnania dopiero co zmarłego w sposób jak najmniej traumatyczny dla rodziny, ujmując wszystko w odpowiednią formę” [3]. Dla Vovelle’a jest to inne „oblicze” tabu dotyczącego śmierci. Na tyle na ile się da, obecny świat stara się wyciszyć temat śmierci, ale wtedy kiedy musi się z nim zmierzyć, stosuje nowy ceremoniał, społeczny rytuał: zamiast domu rodzinnego – dom pogrzebowy lub cmentarna kaplica jako miejsce „ostatniego” pożegnania, zamiast trumny z ciałem, nieraz urna z prochami, zamiast orszaku żałobnego – autobus pogrzebowy, nie nosi się już nawet ubrań żałobnych. „Cały wachlarz gestów i zachowań odchodzi w przeszłość” [3]. Choć jeszcze gdzieś do połowy XX wieku – jak pisze Marek Adamkiewicz – „żał po śmierci jakiejś osoby objawiał się w rytualnych wręcz zachowaniach społecznych i swoistej modzie (kropy, czarne welony, fiolety, specjalne naszywki itp.) wkrótce później przeżycia takie stały się niemal wstydlive, zaś długotrwałe zewnętrzne przejawy żałoby okazywały się być dziwne dla dalszego otoczenia człowieka pogrążonego w smutku” [8]. Tylko „cisza kamieni i tablic nagrobnych, z których prawie zniknęły epitafia i na których coraz lakoniczniej przedstawia się biografię zmarłego, to ostatnia nuta obecności śmierci w naszych społeczeństwach” [3].

Czy śmierć jest dziś rzeczywiście tematem tabu?

Celem dotychczasowych rozważań było ukazanie przyczyn obecnego traktowania śmierci jako tematu tabu oraz wyjaśnienie, na czym to zjawisko polega. Obraz omawianego zagadnienia nie byłby pełny, gdybyśmy

nie zwrócili także uwagi na sposób przedstawiania śmierci w mediach. Jak dotąd analizie poddano współczesnego człowieka, który ucieka od śmierci, który stara się o niej nie mówić. A wystarczy tylko posłuchać wiadomości w telewizji czy radio, czy wziąć do ręki gazetę, by przekonać się, że o śmierci się mówi – i to dużo, gdyż „środki masowego przekazu przeładowane są przykładami śmierci” [7]. Należy jednak dodać, że jest to śmierć gwałtowana i brutalna, nie raz ukazana w sposób bardzo naturalistyczny, a nie rzadko i drastyczny [7]. Anna Kubiak pisze, że jest to „inna śmierć: śmierć nienaturalna (wynik wojny, katastrofy lotniczej, powodzi), masowa” [11]. Dodaje także, że „media epatujące obrazami masowej zagłady znieczulają na samą śmierć. Taka oddalona śmierć nie dotyczy widza. Wydaje się – pisze dalej Kubiak – że obraz wielu ciał ma mniejsze oddziaływanie niż obraz śmierci pojedynczego człowieka” [11]. Ponadto, natłok informacji na temat wydarzeń, w których giną ludzie „uniemożliwia – zdaniem Marka Adamkiewicza – osobiste przeżywanie ludzkiej nietrwałości. Sprzyja to nie tylko ucieczce od głębszej refleksji nad końcem życia, ale też nierealności przygotowania człowieka na jego przyjście” [8].

Zygmunt Bauman pisze, że „śmierć stanowi zaprzeczenie nowoczesności: kontroli, planowania, porządku, panowania nad naturą, przewidywalności, pragmatyzmu, przeświadczenia o wszechwładzy rozumu i możliwości wyjaśnienia wszystkiego. Śmierć jest skandalem w nowoczesności – stwierdza za Michelelem Vovelle Zygmunt Bauman. Pani Sroga wprowadza Chaos. Jej potencjalność zaprzecza wszelkim planom. Śmierć to dzikie rubieże” [11]. A czemu by tak nie uznać własnej przemijalności, skończoności? Po co udawać, że się nad wszystkim panuje, a jeśli coś wymyka się spod kontroli, to zwyczajnie to odrzucamy? Zamiast milczeć o śmierci może lepiej byłoby przyjąć ją jako zjawisko zupełnie naturalne?

Philippe Aries uważa, że współczesne społeczeństwo wyгнаło śmierć, ale nie dotyczy to śmierci wielkich ludzi. O ich odejściu się mówi, pisze artykuły, kręci filmy [9]. Jako przykład warto przywołać wydarzenia z przełomu marca i kwietnia 2005 roku, kiedy „na oczach świata” odchodził do Pana Papież Jan Paweł II. Temat śmierci był wówczas na ustach wielu ludzi. Czy było to gorszące? Czy ktoś „zgłaszał sprzeciw” wobec rozważań nad tym zagadnieniem w kulturze kultu życia i młodości? Wszak wypowiedzi nie jednej osoby świadczyły o tym, że jej myśli krążyły wówczas wokół tematu przemijania, chwila zadumy nad egzystencjalnymi pytaniami. Cały świat jakby się na chwilę zatrzymał,

by zapytać dokąd dąży? Gdzie wtedy „podziało się” nasze tabu, moda na unikanie wszystkiego, co ma związek z kresem ludzkiej wędrówki? Anna Kubiak uważa, że żałoba po śmierci Jana Pawła II w Polsce czy Diany w Anglii to spektakularne zjawiska społeczne, które „są dowodem istnienia ukrytej potrzeby żałoby, co znajduje swój wyraz w sytuacjach śmierci osób wywołujących emocje szerokiej publiczności” [11]. Można zapytać także inaczej: dlaczego tylko w momencie śmierci wielkich, znanych ludzi mówimy o przemijaniu, wiemy co znaczy słowo żałoba i jakie zachowania się z tym wiążą? Czy takie wydarzenia nie są dowodem na to, że współczesny człowiek jest już nieco zmęczony ucieczką od tego, przed czym nigdy nie uda mu się uciec? Bo choćby udawał, że śmierci nie ma, to jednak okazuje się, że jest ona realnością, z którą wcześniej czy później każdy z nas będzie musiał się zmierzyć. Nie chodzi bynajmniej o to, by w umyśle każdego z nas ciągle brzmiało „memento mori”, lecz czy ucieczka od refleksji na ten temat jest najlepszym sposobem porażenia sobie z zagadnieniem śmierci? Proponuje nam to dzisiejszy świat. A co my na to?

Podsumowanie

Rzeczywistość, w której żyjemy nakazuje nam pewne zachowania, wskazuje też które postawy nie przystoją człowiekowi XXI wieku. Ma on myśleć o sobie, jako o istocie twórczej, zdolnej pokonać wszelkie trudności, ciągle młodej, silnej, umiejącej wszystko dobrze zaplanować. Czy taki typ człowieka jest w ogóle możliwy? Być może. Z pewnością jednak kult młodości, siły, piękna spowodował marginalizację ludzi starych, których jest coraz więcej. Skazujemy ich na umieranie w samotności, bo nie chcemy towarzyszyć w trudnej sztuce umierania i śmierci. Nie należy ona do zjawisk, które możemy umieścić pod zakładką: „miłe i przyjemne”, czy też „skontrolowane”. Lecz czy jednocześnie nie „padamy” ofiarą oszustwa, którego sprawcą jest dzisiejszy świat? Możemy udawać, że śmierci nie ma, wierzyć w postęp medycyny i ufać, że pomoże nam być nieśmiertelnymi. A jeśli już ktoś spośród nas „zaśnie na zawsze” w „estetyczny” sposób potraktujemy to wydarzenie, co trzeba zlecimy zakładowi pogrzebowemu i możliwie szybko wrócimy do codziennego rytmu. Choć mamy w tym momencie świadomość jak wiele jest w tym ironii, czynimy to z rozmysłem, aby skłonić Ciebie, Drogi Czytelniku do zastanowienia się nad Twoją postawą wobec problemu przemijania.

Skoro śmierć – będąc sprawiedliwą – „upomni się” o każdego z nas, niezależnie od tego kim jesteśmy w życiu, jakie stanowisko zajmujemy,

to czy nie warto na ten moment przygotować się? Pragniemy zauważyć, że nie chodzi tu o nieustanne, czy wręcz obsesyjne myślenie „może jutro albo jeszcze dziś po południu umrę”. Ale może gdyby tak człowiek był bardziej świadomy swej skończoności, gdyby częściej myślał o tym, że istnienie każdej jednostki ma swój kres – a nie za wszelką cenę starał się o tym zapomnieć – to może wtedy przestałby się lękać śmierci i umiał o niej mówić, ale nie tylko wtedy, gdy umrze jakaś sławna osoba, ale nawet wtedy, gdy będzie to ktoś bliski? Co daje nam próba ucieczki od śmierci? Ciągłe się jej boimy, ciągle chcemy odbiec jeszcze dalej i dalej. A gdyby tak spróbować ją zrozumieć? „Może w tym należy widzieć sens śmierci? – pyta Barbara Niemczewska – W jakiś sposób zmusza nas do myślenia, zatrzymuje i spowalnia szturczy bieg po... No właśnie, po co? Czy życie ma sens? Życie ma sens wtedy, gdy pamiętamy o ograniczoności czasu i mądrze tym czasem zarządzamy” [12]. Każdy ma swą własną definicję mądrego zarządzania czasem. Czy nie warto przy projektowaniu swego życia pamiętać także o tym, że ma ono swój kres? Nauczmy się mówić o własnej śmierci i żyjmy tak, by umieranie nie kojarzyło się nam z bólem, cierpieniem, lękiem. Starajmy się o nim myśleć jako o naturalnej kolei rzeczy. Nie jest to zadanie łatwe, wszak Seneka Młodszy niegdyś powiedział „przez całe życie trzeba się uczyć umierać”. Jednak na innym miejscu ten sam myśliciel stwierdził „jeśli popatrzyś na kres życia nie jak na karę, lecz jako na prawo natury i wygnasz z serca strach przed śmiercią, odtąd żaden lęk nie ośmieli się zakraść do niego”. Może warto postawić takie oto pytanie: na jakim etapie „wyganiań” z serca strachu przed śmiercią jesteśmy?

Piśmiennictwo

1. Ostrowska A.: Rozważania wstępne. [w]: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. PAN IFiS, Warszawa, 1991, s. 5–24.
2. Pronzato A.: Starość czasem nadziei. Ryndak-Laciuga A. [tłum.]. Wydawnictwo Salwator, Kraków, 2005, s. 13.
3. Vovelle M.: Umieranie dzisiaj. [w]: Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność. Swoboda T., Ochab M., Sawiczewska-Lorkowska M., Senczyszyn D. [tłum.]. Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2004, s. 635–721.
4. Trafiałek E.: Starość jako zjawisko społeczne. [w]: Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej. Wydawnictwo Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska, Kielce, 2006, s. 63–94.
5. Starzenie się a satysfakcja z życia. Steuden S., Marczuk M. [red.]. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin, 2006, s. 9–14.

6. Halicka M.: Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym. [w]: *Zostawić ślad na ziemi*. Halicka M., Halicki J. [red.]. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 242–254.
7. Ostrowska A.: Postawy wobec śmierci. [w]: *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. PAN IFiS, Warszawa, 1991, s. 25–58.
8. Adamkiewicz M.: Naukowe objaśnienia śmierci. [w]: *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*. Europejskie Centrum Edukacyjne, Toruń 2004, s. 135–207.
9. Aries P.: *Śmierć na opak*. [w]: *Człowiek i śmierć*. Bąkowska E. [tłum.]. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1989, s. 549–590.
10. Halicka M., Pędich W.: Człowiek stary wobec śmierci – badania środowiskowe. *Gerontologia Polska*, 2000, nr 8 (2), s. 27–31.
11. Kubiak A.: Inne śmierci. Tanatologiczne nurty we współczesnej kulturze. *Kultura i społeczeństwo*, 2007, tom LI, s. 169–187.
12. Niemczewska B.: Temat tabu – śmierć. Dostępne na: http://solafide.dei.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=282 [data dostępu: 19.10.08].

Ks. Adam Skreczko¹

Śmierć jako sprawdzian dla żyjących

Strach przed śmiercią nie jest niczym dziwnym. Nieludzkim byłoby udawać, że ten lęk nie istnieje. Jednak chodzi o umieszczenie śmierci w horyzoncie naszego doświadczenia – przyjęcie moralnych konsekwencji faktu, że pomrzemy. Czy można przygotować się do dobrej śmierci, a jeśli tak, to w jaki sposób? Temat ważny egzystencjalnie i dlatego warto poświęcić mu więcej uwagi. Uczymy się tylu rzeczy, mniej czy bardziej potrzebnych do życia, a nie uczymy się przygotowania do śmierci – która na pewno przyjdzie. Jak możesz nie przygotować się na coś, co na pewno przyjdzie?

Ludzkie umieranie w czasach obecnych

Każde życie ludzkie jest inne, gdyż każdy człowiek jest niepowtarzalną indywidualnością. Przebieg życia zależy od szeregu czynników, ale najważniejszym jest sam człowiek. Zależy głównie od tego, jaki jest człowiek. Mogą zaistnieć podobne, a nawet identyczne okoliczności śmierci, ale każdy przeżywa ją inaczej. Po prostu śmierć jest tajemnicą człowieka, jego osobistym, intymnym przeżyciem. Jakkolwiek nie możemy tej tajemnicy poznać do końca, to przecież można obserwować umierającego człowieka, o ile nie jest to śmierć nagła, masowa, na skutek kataklizmu, jak np. wskutek trzęsienia ziemi itp.

Kiedy zaczyna się o tym mówić o śmierci, ludzie często popadają w przygnębienie. W naszej kulturze powszechnie panują dosyć niezdrowe, szkodliwe nawet w wielu wypadkach, poglądy na śmierć. Umieranie często jest postrzegane jako długi, bolesny proces, na który zwykle

¹ Uniwersytet w Białymstoku

nie mamy znaczącego wpływu. Śmierć dla wielu jest równoznaczna z porażką. Większość z nas udaje, że śmierć w ogóle nie istnieje. W analizie własnych poglądów na śmierć i umieranie najważniejsze wydają się być trzy obszary: ogólne przekonanie na temat śmierci i umierania; wizja własnej agonii, poglądy na życie po śmierci².

Przeciętny człowiek myśli o umieraniu jedynie w pewnych szczególnych momentach, gdy odchodzi ktoś bliski lub gdy sam staje ze śmiercią oko w oko. Mamy obecnie do czynienia z pozornie uspokajającą nieobecnością śmierci w życiu człowieka³. Oczywiście mówimy tutaj o śmierci „codziennej”, „zwyczajnej”, bo na śmierć prezentowaną np. w mediach wydajemy się być uodpornieni⁴. Agnieszka Pawlak stwierdza, że określony sposób myślenia o starości i śmierci jest konsekwencją specyfiki czasów i wynikającej z niej jakości życia. Znikanie starości z przestrzeni społecznej jest w dużej mierze podyktowane zmianami w społecznym postrzeganiu śmierci, jak i samego procesu umierania⁵. Śmierć przestaje być sprawą między człowiekiem a Bogiem, jak to miało miejsce przez wiele wieków, a staje się bardziej wydarzeniem szpitalnym, często pozbawionym religijnych konotacji. Medykalizacja śmierci, a co za tym idzie jej racjonalizacja i technologizacja, przyczyniła się niewątpliwie do poprawy jakości umierania, np. przez łagodzenie bólu, jednak czasem trudno nie odnieść wrażenia, że walka ze śmiercią przysłania dobro pacjenta.

Mamy również do czynienia z zanikiem bioetycznej wyrazistości śmierci (kontrowersje wokół zdefiniowania momentu śmierci) i, co najważniejsze w tej dyskusji, coraz częściej towarzyszy nam nadzieja na technologiczną nie-umieralność wynikającą przede wszystkim z nieustannego postępu techniki medycznej⁶. Nauka jednak nie jest w stanie dać odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące biofizycznych aspektów starzenia się

² Por. J. Makselon, *Lęk wobec śmierci*, Kraków 1988.

³ J. Makselon, *Psychologia postaw wobec śmierci*, „Ateneum Kapłańskie” 94 (1980), z. 3(428), s. 399–410.

⁴ Por. D. Czajkowska-Majewska, *Nowy lepszy? Człowiek*, Warszawa 2005, s. 231.

⁵ Por. A. Pawlak, *Spoleczne postrzeganie śmierci i umierania we współczesnej perspektywie tanatologicznej*, „Acta Universitatis Lodzianis, Folia Sociologica 30”, s. 57–67; A. Kruczkowska, *Ewolucja postaw wobec śmierci. Średniowiecze i współczesność*, „Studia Psychologiczne” 24 (1986), z. 1–2, s. 159–176; A. Pawlak, *Spoleczne postrzeganie śmierci i umierania we współczesnej perspektywie tanatologicznej*, „Acta Universitatis Lodzianis, Folia Sociologica 30”, s. 57–67.

⁶ Por. T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, w: Z. Szawarski, *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, Warszawa 1987, s. 243–251.

i śmierci, jednak jej osiągnięcia są wymierne i sprawdzalne, choć może nie tak spektakularne, jak moglibyśmy sobie życzyć powodowani lękiem przed śmiercią⁷.

Współcześnie wielu ludzi myśl o śmierci spycha na margines świadomości. Kiedyś ludzie umierali w domu, w atmosferze ciepła i rodzinnej miłości otoczeni bliskimi – zarówno dziećmi, jak i wnukami. Na łożu śmierci mogli pożegnać się z całą rodziną, zostawić swoją ostatnią wolę, ostatni raz pobłogosławić wszystkich. Mimo, że była to sytuacja przykra i ciężka, to bardziej ludzka i odpowiednia dla wszystkich. Umierający czuł miłość i bliskość osób, które były dla niego ważne, w tej trudnej chwili kiedy człowiek czuje się najbardziej samotny w życiu, nie czuł się opuszczony i osamotniony. Ludzie też od dziecka obcowali z fenomenem śmierci, która nie była anonimowa. Była groźna, ale łagodzona była przez ten cały ceremoniał obyczajowy, jaki jej towarzyszył⁸.

Dziś w większości bliscy dowiadują się o zgonie po fakcie, nie towarzyszą w tych ostatnich chwilach życia konającego i rzadko mogą ulżyć umierającemu w cierpieniach przez swoją obecność, troskliwość, dobre słowo, pociechę czy wspólną modlitwę. Kontakt rodziny ze śmiercią ogranicza się do pogrzebu i załatwienia formalności związanych ze zgonem. Ostatnie pożegnanie nie jest już osobistym kontaktem ze zmarłym lecz złożeniem wieńca na jego grobie.

Stąd rodzi się pilna potrzeba mówienia o kulturze umierania. Cicely Saunders, założycielka ruchu hospicjów domowych odkryła, że zasadniczym problemem ludzi umierających nie jest cierpienie fizyczne, ale samotność⁹. Strategie, które biorą się z lęku przed śmiercią i które stosuje

⁷ Por. T. Kirkwood, *Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka*, Kielce 2005.

⁸ Por. M. Ogryzko-Wiewiórkowska, *Rodzina i śmierć*, Lublin 1994.

⁹ Cicely Saunders rozpoczęła swoją karierę zawodową w czasie II wojny światowej pracując jako pielęgniarka i asystentka socjalna w St. Joseph Hospital w Londynie. To tam spotkała pierwszych terminalnie chorych, wśród których ona sama najbardziej wspomina polskiego Żyda, Dawida Taśmę ocalałego z pogromu Warszawskiego Getta, z którym spędziła wiele godzin rozmawiając, słuchając i towarzysząc ostatnim dniom jego życia. Oto jej własne wspomnienia tych ważnych dla niej chwil: „Pewnego razu zapytałam mężczyznę, który wiedział o zbliżającej się śmierci, czego oczekuje przede wszystkim od tych, którzy troszczą się o niego. Odpowiedział: Pragnę kogoś, kto byłby przede wszystkim osobą starającą się mnie zrozumieć. I choć jest doprawdy niemożliwe zrozumieć do końca drugiego człowieka, ja nigdy nie zapomnę, że on nie prosił o żaden sukces, ale tylko o to, by ktoś starał się wystarczająco, by próbował”. C. Saunders & M. Baines, *Living with dying. The management of terminal disease*, New York 1978, s. 20. To doświadczenie zmieniło jej życie i młoda Cicely postanowiła kształcić się dalej, by pomóc w przyszłości umierającym. Studiując medycynę zajęła się terapią bólu i była jedną z pierwszych osób, które opisały

się wobec ludzi umierających w imię ich rzekomo wyższego komfortu, dramatycznie pogłębiają ich samotność. Jeśli prawdą jest to, co mówi Arystoteles, że samotność jest stanem, który potrafią znieść tylko zwierzęta albo bogowie, to człowiek pewnie nigdy nie potrzebuje tak bardzo innych ludzi jak wtedy, kiedy jest mu najciężej. A moment śmierci z pewnością do tych najtrudniejszych ludzkich doświadczeń należy. Cicely Saunders odkryła, że trzeba pomóc ludziom być blisko, nie okłamywać ich, nie odwracać się do nich plecami, pozwolić im umrzeć w domu, a nie w szpitalu. Hospicja domowe to z jednej strony wszystkie osiągnięcia medycyny paliatywnej, a z drugiej to takie szkoły filozofii¹⁰, które pozwalają ludziom odkryć to, co najważniejsze – pogodzić się ze sobą i światem, zdażyć z najważniejszą rozmową, zdażyć z miłością¹¹.

Według E. Kubler-Ross, autorki książki *O śmierci i umieraniu*¹², jest pięć faz przeżywania śmierci bliskich i pogodzenia się z własną śmiercią. Są to: zaprzeczenie i izolacja, złość, gniew, bunt, targowanie się, depresja i pogodzenie się. Wszyscy przechodzimy przez te etapy. Pogodzenie się czy spotkanie ze śmiercią nie jest łatwe. Ale na pewno będziemy czuli się pewniej, gdy już coś na ten temat będziemy wiedzieli.

Chrześcijańskie przygotowanie do śmierci

Chrześcijaństwo uważa, że można i trzeba człowieka wychowywać (przygotowywać) do odpowiedniej postawy wobec śmierci, postawy, która pozwala człowiekowi na zmierzenie się z nią i poradzenie w sytuacji nadchodzącej śmierci. Nie chodzi tylko o pogodzenie się z koniecznością odejścia, ale przyjęcie śmierci w pozytywny sposób. Nie jest to łatwe.

Z pomocą przychodzi wiara. Człowiek wierzący jest przekonany, że możliwość pozytywnego spojrzenia dał Jezus Chrystus. W śmierci

wpływ bólu na jakość życia w fazie terminalnej choroby nowotworowej. Studiując zagadnienie bólu dostrzegła również wpływ śmiertelnej choroby na rodziny pacjentów oraz ogromny pozytywny wpływ, jaki może przynieść wzajemne wspieranie się i pomoc, jaką rodzina i pacjent mogą obdarzyć się wzajemnie, pokierowani odpowiednio w ostatnich dniach życia chorego.

¹⁰ Por. S. Kowalczyk, *Rozumienie śmierci w głównych kierunkach filozoficznych*, „Ateneum Kapłańskie” 94 (1980), z. 3(428), s. 367–381.

¹¹ Por. C. Saunders, *Historia ruchu hospicyjnego*, „Nowotwory” 43 (1993), z. 2, s. 105–109.

¹² Poznań 1998.

i zmartwychwstaniu Odkupiciela ludzkie cierpienie i śmierć znajdują swój najgłębszy sens i zbawczą wartość¹³. Takie spojrzenie sytuuje poszukiwania w obszarze teologii¹⁴. Wymiar religijny śmierci pozwala przeżywać ją w sposób najbardziej godny człowieka.

Wiara nam mówi, że śmierć nie jest końcem, a kontynuacją życia. Śmierć jest przejściem. Skoro Bóg jest Bogiem życia, to śmierć jest wejściem właśnie w taką rzeczywistość. Nie chodzi więc wcale o straszenie piekłem, a zachęcanie raczej do życia w bliskości z Bogiem!

Śmierć najczęściej jest realnym zbliżeniem się do Boga. Dlatego wielu świętych tęskniło do śmierci. Święci Jan od Krzyża i Teresa od Jezusa pisali, że bezustannie umierają z tego powodu, że nie mogą umrzeć. Przypomina się w tym miejscu dawna tradycję „ars moriendi”, która jest dowodem na to, że Kościół zawsze uważał, że umierania można i trzeba się uczyć¹⁵. Nie chodzi też o rozpatrywanie samej istoty śmierci w kategoriach średniowiecznej filozofii, z łacińskim „memento mori”. Rozsądny człowiek nie powinien uciekać od przemyślenia śmierci. Śmierć własna to nie teoria, to wydarzenie, które nastąpi. Zdaniem Guardiniego, rozumiana szeroko nauka o życiu wiecznym człowieka jest podsumowaniem, a zarazem streszczeniem całego przesłania, jakie głosi chrześcijaństwo¹⁶.

Warto zauważyć, że śmierć, o której mówią filozofowie, teologowie i święci niewiele ma wspólnego ze śmiercią biologiczną¹⁷. Jest to metafora wolności wobec wszystkich dóbr nieistotnych. To trochę tak, jak z ubóstwem duchowym. Chrześcijańskie ubóstwo duchowe nie jest fenomenem „notarialnym” – nie chodzi o to, ile się ma, tylko jaką ma się postawę wobec dóbr cielesnych. Można być niewolnikiem posiadania, będąc kłoszarzem i można być całkowicie wolnym, będąc bogaczem. Podobnie śmierć, o której pisali filozofowie – to zagadnienie duchowe, a nie medyczne. Święci pragnęli śmierci, bo chcieli obumarcia wszystkiego, co nieistotne w ich życiu. Nowe życie, do którego tęsknili, było stanem całkowitej wolności od tego, co drugorzędne, bolesne, przykre – w tym od lęku, być

¹³ Por. A. Nossol, *Historiozbawcze znaczenie śmierci*, „Ateneum Kapłańskie” 95 (1980), z. 1(429), s. 31–38.

¹⁴ Por. Cz. Bartnik, *Teologiczna interpretacja wydarzenia śmierci*, „Ateneum Kapłańskie” 95 (1980), z. 1(429), s. 16–30.

¹⁵ Por. J. Badeni, A. Petrowa-Wasilewicz, *Śmierć? Każdemu polecam!*, Kraków 2006.

¹⁶ Por. R. Guardini, *O rzeczach ostatecznych. Chrześcijańska nauka o śmierci, oczyszczeniu po śmierci, zmartwychwstaniu*, Kraków 2004.

¹⁷ Por. A. Szczęsna, *Wokół medycznej definicji śmierci*, w: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Warszawa 1996, s. 63–96.

może największego lęku, jakim jest strach przed śmiercią. Jest to stan całkowitego wyzwolenia i w tym sensie taka tęsknota staje się zupełnie zrozumiała, takie pożądanie dość oczywiste. Droga do takiej wolności prowadzi poprzez śmierć. Oni rozumieją, że trzeba obumrzeć aby żyć, że bez ciszy Wielkiej Soboty nie byłoby niedzieli zmartwychwstania.

Trzeba więc ludziom po prostu przypominać, że śmierć jest także zadaniem, nie tylko losem. Kulturę narodu poznaje się po tym, jak traktowane są osoby „nieużyteczne”, dzieci, chorzy, inwalidzi i umierający – i choć panuje „cywilizacja śmierci”, to przecież trzeba walczyć o to, aby było inaczej. Przygotowanie do dobrej śmierci zaczyna się właściwie od początku życia – wierzący rodzice, póki mają wpływ na małe dziecko, mogą niejako zabezpieczyć tę chwilę. Rodzinie ma pomagać Kościół¹⁸.

Pomoc Kościoła

Od najdawniejszych czasów ludzie obcowali ze śmiercią. Przejawiało się to np. w czuwaniu przy zmarłym. Chrześcijanin, który przebywa ze zmarłym, nie odczuwa lęku. Wie, że ten człowiek przeszedł do innego życia. Kościół naucza, że człowiek może tak zwyczajnie, spokojnie umrzeć, przejść w Boże ręce, ale na to trzeba go przygotować – do tego zaś potrzebna jest odpowiednia świadomość otoczenia, które widzi w śmierci znak Bożej miłości i miłosierdzia¹⁹.

W swym „Liście do osób w podeszłym wieku” Jan Paweł II napisał, że „koniec ziemskiego bytowania postrzegany jest jako most przerwany między życiem a życiem, między kruchą i nietrwałą radością doczesną a pełną radością, jaką Bóg przeznaczył swoim wiernym sługom” (n. 16), tam zaś „odnajdziemy wszystkie prawdziwe wartości, jakich znaleźliśmy na ziemi, a także tych, którzy poprzedzili nas w znaku wiary i nadziei” (n. 17).

Kościół naucza, że śmierć, jak wszystkie etapy życia ludzkiego, wymaga się poznania i podjęcia odpowiedzialności, a co za tym idzie, właściwie rozumianego przygotowania do niej. Przygotowanie to powinno właściwie trwać przez całe życie, przechodząc przez szereg faz i nabiera-

¹⁸ Por. R. Mikołajczak, *Towarzystwo umierającemu jako zadanie Kościoła*, „Ateneum Kapłańskie” 115 (1990), z. 1(488), s. 122–127.

¹⁹ Por. Cz. Krakowiak, *Posługa Kościoła wobec umierającego człowieka*, „Ateneum Kapłańskie” 95 (1980), z. 2(430), s. 171–182.

jąc coraz większej treści. W śmierci należy zauważyć zadanie dla siebie, to znaczy odczytania w niej woli Boga. Brak zrozumienia tego powoduje często kryzys wiary właśnie w obliczu śmierci, zwłaszcza nieoczekiwanej śmierci młodego człowieka lub dziecka²⁰.

W chrześcijaństwie nie chodzi o roztaczanie obrazu grozy śmierci i sądu oraz kary za grzechy, ale o ukazanie i tej perspektywy, która z życia robi autentyczną drogę do nieba dla mnie samego, ale także dla tych, których kocham, dla całej ludzkości²¹. Przygotowaniem do śmierci jest to ciągle, świadome dążenie do świętości, jako do jedyne pewnego sposobu zjednoczenia się z Bogiem. Każdy dobry czyn jest przygotowaniem do dobrej śmierci, każdy grzech grozi wiecznym dramatem.

Przygotowanie do dobrej, szczęśliwej śmierci nie dokonuje się przez nowoczesne leczenie, ale przez Sakrament chorych i modlitwę, która wesprze nadzieję pacjenta. Są to oczywiście warunki optymalne, ale cała opieka nad chorym, zbliżającym się do śmierci, powinna na tym polegać: stworzyć możliwie jak najbardziej ludzkie warunki umierania²².

Kościół naucza, że przygotowanie do dobrej śmierci związane jest z troską, by nie dać się zaskoczyć śmierci w stanie duszy obciążonej grzechem. Ewangeliczna czujność sługi oczekującego Pana niezależnie od tego, kiedy się zjawi (por. Łk 12, 35–40) urastała do najpoważniejszego nakazu Chrystusa w perspektywie Jego powtórnego przyjścia.

Potrzebę i sens przygotowania się do śmierci kwestionowano w imię prawa do życia doczesnego. Postawiono zarzut, że człowiek, który myśli

²⁰ Por. E. Dutkiewicz, *Duszpasterska opieka nad ciężko chorymi i umierającymi*, w: E. Szczotok. A. Liskowacka (red.), *Ewangelizacja i nawrócenie. Program duszpasterski na rok 1995/96*, Katowice 1995, s. 534–540.

²¹ Ks. Jan Twardowski w swoim wierszu *Do kaznodziei* wręcz przestrzega kaznodzieje przed straszaniem śmiercią: „Na rekolekcjach nie strasz śmiercią – / bo po co / Za oknami bór pachnie żywicą, / pszczoły z pasiek się złocą / w abecadłach dzieci oczy mrużą / Nie dręcz babek, dziadków czcigodnych, / oblubieniec w kapeluszach modnych / rozmodlonych przed poślubną podróżą / Mów o częstej komunii z Chrystusem – / złotych sercach bijących w ukryciu, / z katechizmu o cnotach najprościej, / i że grzechy przeciwko nadziei / są tak ciężkie jak przeciw miłości / Nie o śmierci mów z ambony – o życiu – / O żonie szukającej z lampą w ręku / igły zagubionej w ciemny wieczór, / żeby mąż nie miał skarpet podartych – / wczesnej wiosny na piętach nie czuł / Jak najwięcej o dobrych uczynkach, / o gościnnych domach, poświęceniu, / o Jezusie na naszych ołtarzach / tak samotnym w każdym Podniesieniu / I błogosław kaznodziejską dłonią / babciom, starcom, młodzieńcom i pannom – / wszystkim dzieciom, co się w berka gonią, / zimą tęskniąc za łyżwami i sanna”. <http://shadow.jedyny.pl/promyk/twardowski/pliki/text0080.html> (311.2008)

²² Por. Cz. Krakowiak, *Sakrament namaszczenia chorych w aspekcie teologicznym i pastoralnym*, „Śląskie Studia Teologiczno-Historyczne” 12 (1979), s. 71–95.

o śmierci, a nie o życiu nie angażuje się w nim całkowicie. Troska o życie pozaziemskie odrywa wysiłki od ziemi, przekreślając w ten sposób rozwój i postęp cywilizacyjny. Podjęto zatem wysiłki, by odsunąć człowieka od perspektywy śmierci, aby całkowicie związać go z życiem.

Wobec zastrzeżeń kierowanych pod adresem Kościoła, że odrywa od świata, Sobór Watykański II uwydatnił sens zaangażowania chrześcijan w życie świata, harmonizując je z drogą ukazywaną przez chrześcijańską nadzieję do życia wiecznego po śmierci. Człowiek, stworzony „na obraz Boży” (por. Rdz 1, 27), został ustanowiony przez Niego panem wszystkich stworzeń ziemskich, aby rządził i posługiwał się nimi dając chwałę Bogu. Innymi słowy, chrześcijanie są powołani do udoskonalania świata doczesnego. To ziemskie działanie winno być zharmonizowane z drogą do Ojca. Człowiek może i powinien zmierzać do życia wiecznego poprzez życie doczesne, zaangażowanie i budowanie lepszej przyszłości dla ludzi na ziemi. Już św. Paweł pouczał, że oczekując na przyjście Pana, należy zerwać z marazmem i beczynnością (por. 2 Tes 2, 1–12). Kościół ukazuje współczesnym chrześcijanom, że zaangażowanie w świecie jest zadaniem równie ważnym, jak zmierzanie do Królestwa Ojca i jest z nim ściśle związane²³.

W perspektywie śmierci najlepszym przygotowaniem do niej jest dobre, szlachetne, pożyteczne dla ludzi życie chrześcijańskie. Polega ono na unikaniu grzechów, zwłaszcza grzesznych nałogów, a jeszcze bardziej na rozwijaniu cnót, szczególnie miłości. Należy także przestrzegać przykazań Boga i Kościoła i szczerze modlić się o łaskę Bożą.

W świetle powyższych rozważań, należy pamiętać, że przygotowanie do momentu śmierci nie może być oderwane od całości życia i nie powinno być traktowane jako wydarzenie losu czy przypadek. Trzeba umieć podjąć refleksję nad własnym przemijaniem, nad kruchością życia i nad śmiercią, która będąc kresem jest jednoznacznie przedśmionkiem nowego, pełniejszego życia. Związane z życiem doczesnym udręki, trudy i zmagania są niewielkie i ulotne. Warto je znosić, aby osiągnąć niebo, którego uroki są niepojęte i zdolne zaspokoić wszelkie potrzeby serca. „Niewielkie bowiem utrapienia nasze obecnego czasu gotują bezmiar chwały przyszedłego wieku, dla nas” (2 Kor 4, 17–18).

Moc zwycięstwa Chrystusa nad śmiercią i Jego zmartwychwstanie dają nadzieję eschatologiczną. Człowiek, który umiera pojednany z Chrystusem, uczy tym samym odpowiedniej postawy wobec śmierci. Uczy

²³ Por. A. Siemianowski, *Śmierć i perspektywa nadziei*, Gniezno 1992.

sztuki umierania tych, którzy zostają, składając im przy tym ostatni dar miłości. W ten sposób spłaca on dług wdzięczności tym, którzy umacniali go w przekonaniu o życiu zmieniającym się, ale nie kończącym. Przede wszystkim jednak, człowiek taki daje świadectwo, że jest wyznawcą Chrystusa Zmartwychwstałego.

* * *

Śmierć jest najbardziej tajemniczym i niezbadanym, finalnym elementem ludzkiego życia. Śmierć jest wielkim sprawdzianem dla żyjących i, żeby godnie umrzeć, trzeba się nauczyć umierać już za życia. Stały wysiłek przygotowania do śmierci jest najwłaściwszym sposobem życia. Jakichkolwiek rozważań nie podjęlibyśmy się w tej kwestii, ilu poglądów byśmy nie przeanalizowali, zawsze pozostanie ona dla nas wielką niewiadomą, która napawać będzie lękiem i niepewnością, która nasuwać będzie myśli co czeka mnie po śmierci? Pewne jest również to, że bez względu na to, jak daleko posunie się współczesna nauka, jak bardzo rozwinie się technika, tego co czeka człowieka po drugiej stronie nigdy nie będziemy w stanie zmienić. Pozostaje nam więc nieustanna troska przygotowanie siebie i bliskich na ten ważny moment odejścia z tego świata, towarzyszenie tym, którzy stają u progu tego trudnego momentu i pamiętanie szczególnie o etycznych aspektach śmierci²⁴, na które zwraca uwagę Kościół.

²⁴ Por. A. Dziuba, *Z problematyki etycznej chorych i umierających*, „Chrześcijanin w Świecie” 14 (1982), nr 3 (105), s. 48–60.

Jan Iwaszczyszyn¹, Agnieszka Kwiecińska²,
Anna Kliś-Kalinowska^{1,3}, Izabela Chmiel⁴,
Maria Ogarek³

Cierpienie psychiczno-duchowe chorego na tle sporu o kształt bioetyki

Wstęp

Kontakt z chorym cierpiącym, zwłaszcza w okresie terminalnym choroby, wyzwala u terapeutów i pacjentów pytanie o sens cierpienia, sens choroby, sens życia, przemijania i śmierci. Zwłaszcza pytanie: „dlaczego cierpimy”, najczęściej nie uzyskuje zadawalającej odpowiedzi.

Geneza i powszechność cierpienia

Źródła cierpienia są różne. Często jest to utrata pozycji społecznej i rodzinnej chorego, będąca następstwem pogłębiającej się bezradności i zależności od innych osób. Ból psychiczno-duchowy jako następstwo zeszczenia lub utraty godności, jakże często niezauważalne przez rodzinę i otoczenie chorego, może być przyczyną nawet wołania o eutanazję.

Odrębnym zagadnieniem jest ból egzystencjalny, przejawiający się między innymi w zadawanych przez chorego pytaniach: „dlaczego cierpię i umieram?”, „co będzie po mojej śmierci?”, itp.

Istnieje, niestety, również niezamierzony ból i cierpienie, spowodowane postępowaniem medycznym. Wystarczy wymieniść jako jego przykład spóźnioną diagnozę, stosowanie nieproporcjonalnych metod diagno-

¹ Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie

² Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

³ Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

⁴ Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

styczno-terapeutycznych (tzw. „agresja diagnostyczno-terapeutyczna”), czy też nieumiejętne przekazanie złych wiadomości o chorobie i rokowaniu lub rozbudzenie fałszywej nadziei na wyleczenie przez podanie nieprawdy o istocie choroby.

Powszechność cierpienia i niepowodzenia terapeutyczne w zwalczaniu bólu psychiczno-duchowego, obniżają znacznie jakość życia chorego i są między innymi przyczyną domagania się legalizacji eutanazji.

Etyczno-filozoficzna interpretacja cierpienia

Wspomniane kontrowersyjne pytania o sens lub bezsens cierpienia są, prócz praktycznego znaczenia, między innymi przedmiotem analizy etyczno-filozoficznej [1]. Warto jednakże zwrócić uwagę na istniejący obecnie znaczny **pluralizm sądów etycznych**. Etyka w znaczeniu potocznym, często rozumiana jest jako wyraz luźno umotywowanych, własnych przekonań, bez odniesienia do istniejących od dawna, naukowych podstaw etyki i filozofii, przez co nie może być podstawą do poważnych rozważań nad istotą cierpienia chorych. Analizując naukowe kierunki filozoficzno-etyczne, warto zwrócić uwagę na tzw. **utyliitaryzm** oraz **personalizm antropologiczny**, które poświęcają dużo uwagi analizie cierpienia przeżywanego przez chorego [1].

Utyliitaryzm (*utilitas – korzyść, wygoda*), jak wiadomo kieruje się zasadą, że to jest dobre, co przynosi korzyść jednostce lub społeczeństwu, twierdzi przy tym, że życie ma wartość, jeśli cechuje go określona jakość (*quality of life*). W świetle tej filozofii i etyki, przeżywanie przez chorego bólu i cierpienia jest całkowicie bezsensowne [1].

Odrębny pogląd reprezentuje bioetyka, oparta na kierunku personalistycznym filozofii. Zakłada ona zasadę prymatu **godności** osoby ludzkiej i wynikającą z niej nietykalność ludzkiego życia. Godność ta, jak wiadomo, dana jest człowiekowi przez urodzenie, a nie przez prawo ustanowione, państwo, społeczeństwo, organizacje krajowe lub międzynarodowe, itp. Godność osoby ludzkiej warunkuje nietykalność ludzkiego życia, niezależnie od okoliczności i jego jakości, jakże często obniżonej przez doznawany ból i cierpienie. W konsekwencji zatem, odrzuca wszelkie postacie eutanazji, niezależnie od okoliczności dotyczących cierpienia.

Charakterystyka cierpienia i jego następstwa

Wracając do istoty cierpienia chorych, np. w okresie terminalnym choroby, mimo usilnych starań, dotykamy jedynie jego wielkiej tajemnicy, gdyż subiektywny ból psychiczno-duchowy jest abstrakcją. Negatywne

skutki cierpienia, takie jak: wyniszczenie chorego, depresja, itp., wymagają intensywnego leczenia przeciwbólowego. Najczęściej jednak nie jest ono skuteczne w bólu psychiczno-duchowym, który wymaga odmiennego podejścia.

Wiadomo, że ból i cierpienie wyzwała najsilniejsze impulsy, przez co przyspiesza procesy myślowe. Jednym z następstw tych ekstremalnych emocji, może być przeżywanie przez chorego jakby „hypermnezji”, prowadzącej do poznania własnego obrazu osobowego, z oceną dokonań w swym życiu, pod kątem sukcesów i niepowodzeń. To doznanie może być dla pacjenta wielką pomocą w odnalezieniu siebie i otaczającego świata. Otwarcie się chorego na swoje wnętrze wyzwała jak wspomniano, nie tylko refleksje nad własnym życiem, ale może odsłaniać **systemy ponadosobowych** wartości. Może również powodować chęć naprawienia popełnionych krzywd oraz uodpornienia na inne zło, niż doznawane cierpienie.

Cierpienie wyzwała również konieczność tolerancji, pokory, odpowiedzialności i miłości, pozwalając dostrzec i zrozumieć innych. Otwarcie się w czasie cierpienia przez chorego na Absolut, może doprowadzić go do spotkania „Wielkiej Miłości”. Tak pogłębiony duchowo chory może ofiarować swoje cierpienie jako dar dla drugiego człowieka lub dar dla Boga (teologiczny, „zbawczy wymiar ludzkiego cierpienia”) [3, 4, 5, 6]. Fakty te wpływają również na refleksje, jakie doznają osoby bliskie choremu. Najogólniej ujmując, humanizują one wzajemne relacje rodziny z chorym, jak też terapeutów z pacjentem.

Również w sensie ogólnoludzkim ból i cierpienie chorych może wpływać na zmianę preferencji społecznych. Mogą one służyć terapii tzw. „schorzeń moralnych”, przy zalewie „antywartości” współczesnego świata. Cierpienie może być wyzwaniem rzuconym ludzkości, aby akcentować duchowy wymiar ludzkiego bytu, ograniczać materialistyczną wizję świata oraz kreować tzw. „cywilizację miłości” [5, 6].

Postępowanie terapeutów wobec cierpienia chorego

Wydaje się istotnym, aby lekarz czy terapeuta mógł pomóc choremu dotrzeć do tego aktywnego stanu świadomości i aby sam mógł go u pacjenta rozpoznać. Doświadczenie opieki paliatywno-hospicyjnej uczy, że można to osiągnąć po uzyskaniu zaufania chorego, uczestnicząc aktywnie w rozważaniach pacjenta. Błędem wydaje się unikanie rozmowy na ten temat z chorym, tworzenie przez lekarza, w terminalnym okresie choroby różnych działań pozorowanych, takich jak: np. ucieczkę w nowe leki,

liczne konsultacje lub wspomniane wcześniej intensywne „ratowanie do końca”, przy świadomości, że pacjenta nie potrafimy wyleczyć. Zamiast takich postaw, naszym zdaniem, trzeba pomóc choremu w realizowaniu się „**bycia sobą**”, z zachowaniem jego hierarchii wartości oraz jego stylu życia. Przedłużanie na siłę gasnącego życia, w którym chory będzie tylko **trwał**, ale już **nie istniał**, mija się z celami współczesnej medycyny klinicznej.

Na zakończenie należy podkreślić ogromne znaczenie różnie ukierunkowanych badań nad poznaniem istoty bólu, zwłaszcza cierpienia psychiczno-duchowego. Najprostszym kluczem do jego poznania, jest jak wspomniano, aktywne słuchanie, empatia, prawda, wiarygodność i sumienność terapeuty. Przy pojawianiu się pytań egzystencjalnych, powinniśmy się starać pomóc choremu w odnalezieniu sensu życia, a jeśli jest taki zamiar pacjenta, to ułatwić mu otwarcie się na Absolut lub inne osoby. Nigdy nie powinniśmy pozostawać na uboczu spraw, które naprawdę coś znaczą w życiu, tj. atrybutów uczuć humanistycznych, ogólnoludzkich, takich jak: dobro, prawda, piękno, wolność, itp.

Podsumowanie

W podsumowaniu refleksji nad fenomenem cierpienia, wobec powszechności cierpienia i trudności w jego leczeniu, bardziej przekonującym wydaje się stanowisko etyki, opartej na antropologii personalistycznej, która w odróżnieniu od kierunków relatywistycznych lub utylitarystycznych, wydobywa możliwość **kreatywnej funkcji cierpienia** w jego jakby „trzech odsłonach”, tj.: dotyczącego samego chorego, jego bliskich i ogółu społeczeństwa [6]. Stanowisko to obliuguje konieczność dalszych badań nad istotą tych problemów. Z drugiej strony może pomóc choremu, w twórczym przetrwaniu zbliżającego się kresu życia.

Inne wzorce etyk, przez brak wglądu w głąb ludzkiej osobowości, w czasie doznawanego cierpienia, zakładając zbyt **powierzchowne** podejście do tak istotnych zagadnień, stają się przez to **uproszczonym schematem** postępowania, które w przyszłości może przynieść negatywne skutki (eutanazja, brak szacunku dla życia, itp.), czego dowiodła historia XX wieku oraz doświadczenia politycznych systemów totalitarnych, opartych na przesłankach relatywistyczno-materialistycznych.

Piśmiennictwo

1. Biesaga T.: Personalizm czy utylitaryzm jest właściwą postawą etyki medycznej. Fol. Medica Cracoviensa 1998, 39, s. 43–52.

2. Desmet M.: Spirituality and paliative care. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2003, 2, s. 251–257.
3. Iwaszczyszyn J.: Potrzeby psychiczne i duchowe w medycynie paliatywnej. *Światło i Cienie*, 2000, 4/30, s. 28.
4. Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A.: Cierpienie chorych terminalnych – refleksje filozoficzno-etyczne w świetle wytycznych proponowanych przez medycynę paliatywno-hospicyjną. *Acta Academiae Modrevianaee*. Kraków 2006, s. 41–45.
5. Jan Paweł II: *Salvifici doloris*. Rzym 1984, 7.
6. Makselon J.: Psychologiczne aspekty cierpienia. *Analecta Cracoviensa*. 1992, 24, s. 41–51.

Jan Iwaszczyszyn¹, Agnieszka Kwiecińska²,
Anna Kliś-Kalinowska^{1,3}, Izabela Chmiel⁴,
Maria Ogarek³

Modele wzajemnych relacji lekarz–chory na tle różnych postaw etyczno-filozoficznych

Wstęp

Żyjemy w czasach poważnych zawirowań oraz coraz częściej pojawiających się prób zanegowania odwiecznych zasad etycznych medycyny hipokratesowskiej. Pojawiają się próby odejścia od humanistycznego modelu medycyny klinicznej i lansowanie rzekomo nowych wzorów etycznych, związanych z wymogami chwili. Przemiany te odzwierciedlają się również na wzajemnych relacjach lekarz (terapeuta) – chory, które mogą warunkować różne, niekiedy nieoczekiwane konsekwencje.

W codziennej praktyce medycznej zarówno lekarz, jak i chory najczęściej nie analizują jakim „modelem” tych relacji posługują się na co dzień. Jednakże relacje te można ująć w co najmniej dwa wzorce, tj. **paternalizm** lub **pryncypializm** (autonomizm). Wyodrębnienie tych dwóch form relacji wynika między innymi z historii medycyny oraz jej tła etyczno-filozoficznego. Analizując poszczególne wzory relacji lekarz–chory, należy przypomnieć, że tzw. paternalizm (*pater* – *ojciec*), był głównym sposobem kontaktowania się lekarza z pacjentem do około połowy XX wieku [2, 4].

¹ Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie

² Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

³ Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

⁴ Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Założenia paternalizmu

Aktualnie sądzimy, że paternalizm to model zbyt archaiczny, gdyż lekarz nie może podchodzić do problemów chorego autorytarnie, nie zawsze kierując się zdaniem chorego, chociażby w kwestii rodzaju leczenia. Nazwa sugeruje porównanie pozycji lekarza do postawy „ojca” – który wie, jak najlepiej troszczyć się o dobro swoich podopiecznych. Stosunek ten, tym samym ogranicza autonomię chorego. Chory taką sytuację może interpretować jako pozbawienie go własnej woli, w decyzjach dotyczących choroby, wyboru leczenia, itp.

Aby zapobiec tym następstwom, relację lekarza z chorym opieramy na tzw. pryncypializmie, zaproponowanym w 1979 r. przez T. Beauchampa i J. F. Childressa [1].

Istota pryncypializmu

Model ten opiera się na czterech fundamentalnych zasadach i obowiązkach (czyli pryncypiach):

- autonomia chorego,
- dobroczynność,
- nieszkodzenie,
- sprawiedliwość w stosunku do chorych.

Zastępując paternalizm – autonomizm (pryncypializm) został przyjęty entuzjastycznie. Jednakże codzienna praktyka dostarczyła kontrowersji. Najbardziej istotna zasada tego modelu, przeciwstawna do paternalizmu, – to jest autonomia chorego, – okazała się mało precyzyjna, gdyż nie zawarła zakresu obowiązywania autonomii chorego [2]. Pominęto również autonomię leczącego lekarza. Pojawiły się zastrzeżenia, że autonomia chorego jest rozumiana jako bezwzględna wolność wyboru, bez oceny moralnej, jej następstw. Może zatem ona nadawać **znamię słuszności** czynowi, niezależnie czy czyn ten jest dobry, czy zły [2, 4].

Praktyka lekarska wykazała również, że chory powołując się na autonomię swej decyzji, może domagać się np. eutanazji, co jak wiadomo pozostaje w poważnej sprzeczności do zadań i celów medycyny klinicznej i jej etyki, wypracowanej przez wiele stuleci.

Jak wspomniano, na bezwzględnej autonomii chorego opierają się zasady tzw. „medycyny komercyjnej”, polegającej niekiedy w zasadzie na „umowie” chorego z lekarzem, a w cieniu tego porozumienia mogą pozostawać niekiedy cele medycyny klinicznej i obiektywne dobro chorego.

Również autonomia lekarza w tzw. „medycynie komercyjnej” zostaje „zepchnięta” na margines. Niektóre oczekiwania chorych w stosunku do lekarzy mogą budzić poważne zastrzeżenia etyczne. Oprócz wspomnianego domagania się eutanazji lub wspomaganego samobójstwa – chory może oczekiwać ze strony lekarza innych działań, niekiedy głęboko sprzecznych z kodeksem etycznym. Wystarczy wspomnieć domaganie się aborcji lub usuwania dojrzałych płodów, operacji okaleczających (np. operacje zmiany płci, amputacje w apotemnofilii), domaganie się od lekarzy specyfików poprawiających kondycję sportowców (sterydy, erytropoetyna, leki rozszerzające oskrzela, itp.) i wiele innych działań, wymierzonych w autonomię i etykę lekarza („medycyna luksusowa”, „medycyna nieterapeutyczna”) [2, 3].

Omawiając pozostałe 3 zasady pryncypializmu (tj. czynienie dobra, nieszkodzenie i sprawiedliwość) pozornie nie wydają się one kontrowersyjne. Jednakże znaczenie ich może podlegać dyskusji, gdyż nie mają one stałej treści. Również nie będąc uporządkowane hierarchicznie, mogą kolidować ze sobą (np. dobroczynność i sprawiedliwość) [2]. Pryncypializm zatem nie spełnia wszystkich oczekiwań, a w opiece paliatywno-hospicyjnej, gdzie nie udaje się wyleczyć chorego, może być modelem nieprzydatnym, ze względu na następstwa bezwzględnej autonomii chorego (groźba żądania eutanazji).

Pryncypializm, zaproponowany jak wspomniano w 1979 r., praktycznie odzwierciedla utylitarystyczne i deontonomiczne nurty etyki i filozofii. Kierunki te stworzyły nowe podejście do etyki medycyny. Opierają się one nie na primacie godności osoby ludzkiej, ani odwiecznych zasadach humanizmu, głoszących świętość życia ludzkiego, ale na **relatywizmie moralnym i indywidualnych** wzorcach, sprzecznych z tzw. Prawem Naturalnym [2, 3, 4].

Główne zasady tych postaw filozoficzno-etycznych eksponują korzyść lub wygodę z jakiegoś postępowania lub nakaz postępowania, odrzucając fakty, że takie postępowanie może przynieść szkody innym chorym lub społeczeństwu. Te egoistyczne domaganie się bezwzględnej autonomii przez pojedynczych chorych, jawnie godzą w etos medycyny klinicznej, która jak wspomniano, wypracowała swoją etykę przez ponad 2500 lat. Jest oczywistym, że nie może być ona zależna od zmiennych, chwilowo modnych, prądów filozoficzno-społeczno-politycznych.

Pozostaje zatem pytanie, jak ukierunkować relacje lekarz–chory, zwłaszcza w przebiegu nieuleczalnych chorób, skoro ani paternalizm, ani pryncypializm nie zawsze spełnia nasze oczekiwania?

Pomocą może być wykładnia personalistyczna etyki i filozofii, stojąca na stanowisku odwiecznych praw humanistycznych, dotyczących godności osoby ludzkiej i Prawa Naturalnego.

Personalizm jak wiadomo głosi, że to jest moralnie dobre, co jest afirmacją godności osoby ludzkiej (*dygnitas humana*). Godność ta jest wyeksponowana nawet przed autonomią (wolnością) człowieka, korzyścią, wygodą lub obowiązkiem wynikającym z jakiegoś postępowania. Według tego kierunku etyczno-filozoficznego, godność tę otrzymujemy przez urodzenie się człowiekiem, a zatem nie jest ona nam nadawana np. przez państwo, prawo ustanowione przez parlament, organizacje społeczno-polityczne krajowe lub międzynarodowe, itp. Zatem osoba ludzka staje się punktem odniesienia tego, co dozwolone i zakazane. Człowiek nie może utracić swej godności osoby, nawet, gdy nie posiada jakiś określonych cech (świadomość, planowanie przyszłości, „sprawstwo” itp.).

W świetle tego stanowiska etycznego, autonomia osoby musi być podporządkowana godności ludzkiej. Nie może być zatem mowy o dopuszczalności eutanazji lub aborcji, gdyż takie postępowanie uderza również w godność innych osób i społeczeństwa. Przykładem mogą być negatywne następstwa, dotyczące etosu medycyny w krajach, gdzie wprowadzono dopuszczalność prawną eutanazji lub aborcji.

Dopuszczalność tych praktyk, zadowalając pojedyncze osoby, **dyskryminowałyaby** większość np. pacjentów, którzy mogliby się do nich kwalifikować, a nie mieliby zamiaru z niej korzystać, przez np. zmniejszenie wydatków na cierpiących z powodu chorób w okresie terminalnym lub przez zaniechanie badań naukowych nad takimi stanami.

Dobroczynność w zaufaniu

W oparciu o etykę i filozofię personalistyczną E. D. Pellegrino zaproponował trzeci wariant relacji pacjent–lekarz, nazywając go „**Dobroczynnością w zaufaniu**” (**Beneficence in trust**). Model ten nie eliminuje z relacji lekarz–chory autonomii pacjenta, ale jest przeciwny jej absolutyzacji. W relacjach tych autonomia chorego i lekarza muszą być podporządkowane obiektywnym potrzebom chorego i jego dobru oraz nie mogą kolidować z celami medycyny klinicznej (jak to ma miejsce we wspomnianej tzw. „medycynie komercyjnej”).

W modelu tym chory, nie może oczekiwać od lekarza spełnienia działań sprzecznych z kodeksem etycznym. Relacja lekarza z chorym opiera się nie na umowie (komercji), a na wzajemnym zaufaniu oraz na trwałych, humanistycznych wartościach, które zweryfikowała również historia.

Podsumowanie

Podsumowując należy stwierdzić, że relacje lekarz–chory mogą opierać się na różnych postawach etyczno-filozoficznych. Warunkują one różne podejścia lekarza i chorego do kontrowersyjnych żądań i sytuacji, jakim jest na pewno terminalny okres choroby pacjenta. Doświadczenie i intuicja wskazują, aby wybrać model oparty na odwiecznych zasadach humanizmu, eksponując godność osoby, przed jej wolnością i autonomią. Modele oparte na etyce relatywistycznej mogą spowodować zachwianie etosu medycyny klinicznej i w rezultacie zaszkodzić ludzkości.

Piśmiennictwo

1. Beauchamp T. L., Childress J. F.: Principles of Biomedical Ethics. N. Y. Oxford 1979.
2. Biesaga T.: Autonomia lekarza i pacjenta a cele medycyny. *Medycyna Praktyczna* 2005, 6, s. 20–24.
3. Biesaga T.: Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny. *Medycyna Praktyczna* 2005, 9, s. 19–23.
4. Iwaszczyszyn J., Włoch A.: Kontrowersje etyczne dotyczące wzajemnej relacji terapeuty i chorego. *Cierpienie i choroba przeżywane u kresu życia*, Jasna Góra 2007, s. 60–64.
5. Pellegrini E. D., Thomase D. C.: The virtues in medical practice. N.Y. Oxford, 1993.

Agata Janaszczyk¹

Przyczynek do aporematycznego ujęcia fenomenu śmierci w wybranych elementach dyskursu etyczno-społecznego na przykładzie problematyki eutanatycznej

Problem nierozstrzygalności pewnych kwestii związanych ze śmiercią można próbować tłumaczyć poprzez odwoływanie się do negatywnej, „sakralnej” lub egzystencjalnej charakterystyki owego fenomenu, czyli do traktowania śmierci odpowiednio jako zjawiska: niepoznawalnego, a zatem nieokreślonego, stanowiącego nieuchronną konieczność i zarazem tajemnicę lub ujmowanego w kategoriach sytuacji granicznej budzącej osobniczą trwogę. Powoływanie się na tego typu argumenty nie przybliży jednak wyjaśnienia aporematyczności niektórych problemów tanatycznych, w tym nierozstrzygalności kwestii eutanazji, a co najwyżej może stanowić próbę usprawiedliwienia. Owe rzekomo wyjaśniające argumenty odznaczają się bowiem swoistą kategorycznością, która z jednej strony, nosi znamiona apodyktycznej pewności, z drugiej zaś jednak sytuuje problem poza sferą racjonalnej eksplikacji. W związku z tym, tego typu wyjaśnienia nie będą przedmiotem niniejszej rozprawki.

W podjętej poniżej próbie uchwycenia aporematyczności kwestii eutanazji nie chodzi również o analizowanie argumentów w toczącym się nieustannie sporze, których to liczba nie tylko jest wyrazem jego złożoności, ale wydaje się być również uzewnętrznieniem owej nierozstrzygalności. W związku z tym, bezcelowe wydaje się poszukiwanie: źródeł, istoty, uzasadnienia i umiejscowienia aporematyczności sporu o eutanazję w rozważaniach, które mają za zadanie ocenę stosowanych w nim argumentów, gdyż nie sposób stworzyć obiektywnych kryteriów takiego osądu. Piętrzące się w warstwie semantycznej, w nieskończony wręcz

¹ Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Akademia Medyczna w Gdańsku

sposób ciągu niuansów pojęciowo-terminologicznych jedynie symbolizują o tkwiącej u ich podłoża nierozstrzygalności.

Próba scharakteryzowania zawartego w temacie pojęcia aporematiczności odnoszącego się do problemu eutanazji nie opiera się także ani na realistycznej konstatacji, iż o jego nierozstrzygalności przesądza „najprawdopodobniej brak jakiegokolwiek racjonalnego rozwiązania”², ani też na stwierdzeniu, iż aporematiczność jest wynikiem „braku odczytania symbolicznego przesłania, jakie niosą ze sobą wartości graniczne, za jakie należy uznać życie i śmierć”, co powoduje „trudności związane z »zagospodarowaniem« symbolicznego »nadmiaru sensu«, który daje o sobie znać przy każdej próbie intelektualnego zapanowania nad zjawiskiem pojawiania się i przemijania, w którym życie i śmierć splatają się w egzystencjalną problematyczność”³.

W związku z przyjętą niewystarczalnością wyjaśnienia aporematiczności problemu eutanazji w ramach odwoływania się do: irracjonalnej charakterystyki śmierci jako fenomenu z zasady nieujmowalnego, racjonalnej analizy argumentów i rozsądzaniu niuansów terminologicznych, realistycznego sceptycyzmu w kwestii eutanazji, tzn. opowiadania się za tym, iż nie ma żadnego racjonalnego rozwiązania oraz stwierdzenia wręcz metafizycznej problematyczności dotyczącej niemożliwości ogarnięcia symbolicznego sensu życia i śmierci, niniejsze podjęcie kwestii aporematiczności zagadnienia eutanazji stanowi próbę odsłonięcia podstawy i przedstawienia elementów jej struktury w takich granicach, w jakich ujawnia się to w elementach dyskursu etyczno-społecznego.

Jak się wydaje, podstawą aporematiczności jest wzajemne przenikanie się owych dyskursów i nie chodzi tu o komplementarne, ale o warunkujące się wzajemnie perspektywy, które fundują podłoże podatne na nierozstrzygalne kwestie z obszaru tanatologii. Otóż, z jednej strony, osławiony postęp wiedzy i techniki w ramach medycyny generował bioetyczne problemy nieuchronnie wpisujące się w dynamikę swoistych procesów i pojawiających się w ich nurtach zjawisk społecznych. Należy przy tym zaznaczyć, iż owe bioetyczne problemy powodowały sukcesywne postępowanie procesów społecznych, takich jak np. wypieranie ze świadomości fenomenu śmierci oraz pogłębiały odpowiadające im zjawiska, np. usuwanie myśli o skończoności z dziennego porządku przez

² K. Szewczyk, *Bioetyka kulturowa wobec sporu o aborcję*, w: *Narodziny i śmierć*, (red.) M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa 2002, s. 60.

³ W. Kwiatkowski, *Medycyna i śmierć*, op. cit., s. 281.

kierowanie się w stronę aktywności skupiających uwagę na sferach życia. Z drugiej zaś strony, zmieniające się pod bezpośrednim wpływem postępującego progresu medycznego społeczne procesy i zjawiska dotyczące fenomenu śmierci zaczęły determinować problematykę bioetyczną w takim sensie, iż nie znajdowała ona na ich gruncie zadowalającego rozstrzygnięcia w sferze decyzyjności i działania człowieka.

W związku z powyższym, próba ujęcia aporematyczności eutanatycznego sporu będzie zmierzała do ukazania faktu, iż procesy i zjawiska społeczne dotyczące fenomenu śmierci są konstytutywne dla ujęcia nierozstrzygalności rzeczonyj kwestii bioetycznej i w zasadzie stanowią o jej: źródle, istocie, uzasadnieniu oraz usytuowaniu. W niniejszym tekście zatem chodzi o analizę wybranych procesów oraz odpowiadających im specyficznych zjawisk społecznych z zakresu tanatologii, które będą rozpatrywane w abstrakcji od kontekstu religijnego, psychologicznego, czy też medycznego.

1. Proces społecznego negowania naturalnego wymiaru śmierci jako źródło aporematyczności eutanatycznego sporu

Pierwszym krokiem zmierzającym do ujęcia aporematyczności sporu dotyczącego zagadnienia eutanazji, zdaje się być zwrócenie uwagi na proces, jaki zachodzi w obrębie świadomości społecznej, a mianowicie następuje swoiste negowanie śmierci rozumianej jako naturalna kolej rzeczy. Z jednej strony bowiem, posiadamy dla wszystkich oczywistą wiedzę o tym, iż śmierć wpisana jest w istnienie człowieka, z drugiej zaś, do końca „nie jesteśmy o tym przekonani”⁴. Należy jednak podkreślić, iż nie chodzi w tym przypadku o często przytaczane rozróżnienie Schelera dotyczące poziomu uprzytamniania przez podmiot idei śmiertelności, tzn. między posiadaniem wiedzy a świadomością bycia śmiertelnym i konsekwencją pozostawania na poziomie wyrażania jedynie sądu o byciu śmiertelnym, polegającą na wypieraniu śmierci ze świadomości. Wydaje się bowiem, że zjawiska zachodzące w ponowoczesnym społeczeństwie, takie jak chociażby pornografizacja, „jarmarczna wizualizacja”⁵, czy też w końcu banalizacja śmierci mają wpływ na to, iż współcześnie chodzi już nie tyle, czy też nie tylko o zatracanie samoświadomości bycia śmier-

⁴ V. Jankelevitch, *To, co nieuchronne. Rozmowy o śmierci*, przeł. M. Kwaterko, Warszawa 2005, s. 27, 44.

⁵ G. Kazberuk, *Śmierć multimedialna*, w: *W drodze do brzegu życia*, red. E. Krajewska-Kułak, W. Nyklewicz, Białystok 2006, s. 95.

telnym, ile o dalszy etap w procesie wskazanym przez Scheler, a którym okazuje się negowanie w obszarze wiedzy o śmiertelności naturalnego pierwiastka, jaki zawiera w sobie fenomen śmierci.

W świadomości ponowoczesnego społeczeństwa zatem fenomen śmierci nie jest sam w sobie traktowany i uznany jako naturalny, tzn. jako normalny, bo wpisany w cykl zmian i zdarzeń życiowych. Innymi słowy, śmierć staje się nienaturalnym epifenomenem życia: „Śmierć nigdy nie jest naturalna”⁶, ponieważ zawsze jest dla świadomości czymś nagłym i zaskakującym, ze względu na to, iż w określonym momencie zostaje przerwane życie. Owo twierdzenie dotyczące nienaturalności śmierci pojawia się w świadomości społecznej przyjmując różne dookreślenia, a mianowicie śmierć traktuje się w kategoriach: katastrofy, w której „istota żyjąca przez jakiś czas pozostająca przy życiu, przestaje żyć na całą wieczność, a katastrofa ta unicestwia wszelkie istoty żyjące, z człowiekiem włącznie”⁷ lub też wypadku spowodowanego jakąś konkretną przyczyną, która jednak nie musiała zadziałać w danej chwili⁸.

W konsekwencji zaś, wraz z postępem wiedzy i techniki medycznej śmierć, która określana jest jako katastrofa staje się absurdem, a jej rozumienie jako wypadku uznawane jest w ponowoczesnej świadomości społecznej za skandal⁹. Progres medyczny stanowić miał bowiem sposób zapanowania nad śmiercią uznawaną za nienaturalne, katastrofalne, „akcydentalne” zjawisko, podczas gdy pod wpływem owego postępu staje się ona efektem swego rodzaju porażki, niepowodzenia, czy też zawodem. Warto zauważyć, iż zarówno wspomniany rozwój medycyny, jak i jego skutki można traktować znów jako dalszy ciąg, czy też kontynuację twierdzenia Schelera podkreślającego to, że działalność człowieka przybierająca postać idei postępu dającej współczesnemu człowiekowi „iluzję niemającą kresu rozwoju życia i uczynić z niej bezpośrednią zasadniczą postawę jego egzystencji”¹⁰, stanowiła podstawę „wystraszenia śmierci”. Jak się wydaje, takie też założenie tkwiło u podstaw rozwoju medycyny, z tym że ów postęp nie zakończył się tryumfem, tzn. nie dokonał się akt „uśmiercenia śmierci”.

⁶ V. Jankelevitch, *To, co nieuchronne. Rozmowy o śmierci*, op. cit., s. 66–67.

⁷ G. Scherer, *Filozofia śmierci*, przeł. W. Szymon, Kraków 2008, s. 34.

⁸ V. Jankelevitch, *To, co nieuchronne. Rozmowy o śmierci*, op. cit., s. 66–67.

⁹ Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność*, przeł. N. Leśniewski, Warszawa 1998, s. 161.

¹⁰ G. Scherer, *Filozofia śmierci*, op. cit., s. 27.

W związku z tym, wymagało to wprowadzenia do świadomości społecznej swego rodzaju iluzji, która z jednej strony, maskowałaby odczucie nienaturalnego charakteru śmierci, z drugiej zaś, uzasadniałaby fiasko medycznego postępu. Taka iluzja pojawiła się wraz ze społecznym zanektowaniem pojęcia tzw. śmierci naturalnej, tzn. jako normalnego, bo biologicznego wydarzenia spowodowanego degeneracyjnymi procesami, którymi w mniejszym lub większym stopniu można sterować. Niemniej jednak należy zauważyć i podkreślić fakt, iż w ponowoczesnym społeczeństwie, tzw. „śmierć naturalna nie oznacza akceptacji śmierci jako zdarzenia leżącego w »naturze rzeczy«, lecz systematyczne zaprzeczanie śmierci”¹¹. Dzieje się tak dlatego, iż pojęcie śmierci naturalnej w znaczeniu biologicznego zdarzenia jest znów jedynie formą jej zawładnięcia, dzięki któremu człowiek stara się „odsunąć śmierć możliwie jak najdalej od siebie (w przyszłość)”¹², a w konsekwencji zaś owo pojęcie jest ponowną próbą zanegowania naturalnego wymiaru śmierci stanowiącego nieodłączny aspekt kondycji człowieka.

Zarówno dla przeciwników, jak i zwolenników eutanazji, w ogólnym jej rozumieniu, proces negacji naturalnego wymiaru śmierci, a co za tym idzie konstatacja podkreślająca jej nienaturalność, może być, jak się wydaje, nie tylko źródłem podtrzymywania ich poglądów, ale również stanowić źródło aporematiczności sporu. Pierwsi mogą zatem argumentować z twierdzenia o nienaturalnym charakterze śmierci na rzecz traktowania życia jako najwyższej wartości, zgodnie z czym nie należy go pozbawiać, przerywać, ale ratować w granicach, w jakich to tylko możliwe. W takim kontekście śmierć rozumie się albo jako „punktowy moment”, który dzięki technice i nauce może zostać odroczone w czasie, na rzecz trwania życia, albo też jest momentem kończącym egzystencję. W obu przypadkach śmierć rozumiana jest jako katastrofa i absurd lub też wypadek i paradoks, gdyż w jej obliczu człowiek staje się bezradny i musi się pogodzić z tym, że postęp medyczny staje się w jednej chwili wątpliwy i nieskuteczny.

Drudzy natomiast – zwolennicy eutanazji – w obliczu większej lub mniejszej dezawuacji wartości życia, tzn. uznania go za bezwzględnie weganetywne lub zdecydowanie pasywne ze względów funkcjonalno-wolincjonalnych opowiadają się za zaprzestaniem lub przerwaniem utrzymywania życia, zgodnie z medycznym stwierdzeniem niewydolności życio-

¹¹ J. Baudrillard, *Wymiana symboliczna i śmierć*, przeł. S. Królak, Warszawa 2007, s. 208.

¹² G. Scherer, *Filozofia śmierci*, op. cit., s. 25.

wej, czy też zgodnie z wolą człowieka. Śmierć postrzegana jest tu albo w kategoriach „śmierci naturalnej” rozumianej jako obiektywny, biologiczny fakt, którego nie jest już w stanie w pełni skutecznie powstrzymać progres medyczny, albo też śmierć ujmowana jest jako „śmierć naturalna” w takim kontekście, iż przerwanie życia oznacza tu zaprzestanie jego bezskutecznego podtrzymywania nie stanowiącego z indywidualnego punktu widzenia autotelicznej wartości. Należy podkreślić, iż w obu przypadkach fenomen śmierci pozornie przestaje być w takiej sytuacji czymś nienaturalnym, ponieważ jak zostało to już wcześniej zaznaczone pojęcie jakkolwiek biologicznie rozumianej „śmierci naturalnej” jest również formą negowania naturalnego charakteru śmierci. W związku jednak z tym paralelnie do życia, śmierć zostaje uznana za swego rodzaju wartość, czy raczej zaczyna przedstawiać wartość, skąd konstatuje się o dobrej lub też godnej śmierci.

2. Społeczna marginalizacja fenomenu śmierci jako istota nierozstrzygalności kwestii eutanazji

Konsekwencją powyżej scharakteryzowanej źródłowości aporemataycznej i sporej kwestii eutanazji jest istotowa – dla nierozstrzygalności owego problemu – polaryzacja fenomenu życia i śmierci oraz wszelkie konsekwencje jakie z niej wynikają. Jak się wydaje, proces owej polaryzacji został zapoczątkowany wraz z rozwojem medycyny, a dotyczy – szczegółowo rzecz ujmując – binarnego przeciwstawienia: bezwarunkowej, najwyższej wartości jaką stanowi życie oraz dobrej, godnej lub jeśli kto woli współczującej śmierci jako swoistej wartości, choć uwarunkowanej, bo zawsze odnoszącej się w taki czy inny sposób do życia.

Tak rozumiana polaryzacja ustanawia specyficzny „kod rozłączności”¹³, którego celem jest odseparowanie fenomenów życia i śmierci. Zabieg ten stanowi w pierwszej kolejności podstawę poglądu przeciwstawiającego się eutanazji, gdyż w ewidentny sposób ma on „służyć reprodukcji życia jako wartości”¹⁴, określanej jako najważniejsza i autoteliczna. W rezultacie owych zabiegów, tzn. polaryzacji życia i śmierci, traktowania życia jako najwyższej wartości, oddzielenia życia od śmierci i apoteozy jego wartości, życie nabiera charakteru świętości, która nie musi być rozumiana tylko w kontekście religijnym, ale powinna być ujmowana w kategoriach uniwersalnego *sacrum*.

¹³ J. Baudrillard, *Wymiana symboliczna i śmierć*, op. cit., s. 167.

¹⁴ Ibidem, s. 187.

W związku z powyższym, powoływanie się zwolenników eutanatycznych czynów na wartość, jaką jest dobra lub godna śmierć traci na znaczeniu, gdyż retoryka świętości życia stawia problem śmierci na drugim planie. Uwidacznia się to wyraźnie w stosowaniu argumentów zwolenników eutanazji, które powołują się na jakość życia w szerokim tego słowa znaczeniu, przy czym śmierć przestaje być dla nich wartością, a staje się celem. Zatem zamiast utrzymywania – zgodnie z kodem rozłączności – przeciwstawności jaką jest najwyższa wartość: życie oraz wartość za jaką uznać można godną, czy też dobrą śmierć, zostaje ustanowione inne przeciwieństwo. Nie dotyczy już ono dyferencji dwóch fenomenów, ale różnicy w obrębie jednego i tego samego zjawiska jakim jest życie, a mianowicie rozróżnia się w dyskursie etycznym dwa pojęcia, a nawet wręcz dwa rodzaje etycznego dyskursu, jeden dotyczący świętości życia, zaś drugi odnoszący się do jakości życia.

W rezultacie polaryzacji i stosowania owego binarnego kodu rozłączności oraz akcentowania retoryki afirmującej życie, śmierć ulega społecznemu procesowi stopniowego wykluczania, a co za tym idzie w definitywny sposób przestaje być elementem nadającym życiu sens i systematycznie zostaje wyrugowana z jego dynamiki. Owa swoista marginalizacja śmierci jest wyrazem sprowadzania jej albo do biologicznie koniecznego faktu, albo do swego rodzaju porażki i dokonuje się pod wpływem osławionej już medykalizacji¹⁵. Postęp naukowo-techniczny miał zażegnać ambiwalentny¹⁶ stosunek wobec śmierci poprzez swoiste usunięcie jej „z pola widzenia, a tym samym, jak się łudzono z myśli”¹⁷. Niemniej jednak owo „wyeksmitowanie” śmierci nie spowodowało autentycznego jej zniesienia, tzn. pomimo naoczego ograniczenia obecności śmierci i jej atrybutów w realnym życiu (np. zinstytucjonalizowanie procesu umierania), fenomen śmierci paradoksalnie nie przestał być przedmiotem nie tylko społecznego namysłu, ale w konsekwencji również przedmiotem dalszych zabiegów alienujących.

Należy zatem jeszcze raz podkreślić, iż nierozstrzygalność owego sporu istotowo uwarunkowana jest zjawiskami prowadzących do rzekomego wykluczenia śmierci: począwszy od polaryzacji życia i śmierci, po-

¹⁵ M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji zachodu*, przeł. T. Swoboda, M. Ochab, M. Sawiczewska-Lorkowska, D. Senczyszyn, Gdańsk 2008, s. 651.

¹⁶ J. Baudrillard, *Wymiana symboliczna i śmierć*, op. cit., s. 187.

¹⁷ Ibidem, s. 182.

przez ukonstytuowanie kodu rozłączności między nimi, który następnie przybiera postać binarnej retoryki życia: świętość *contra* jakość, a wszystko to pod hasłem medykalizacji.

3. Uzasadnienie i umiejscowienie w społecznym kontekście nierozstrzygalności eutanatycznego sporu

Marginalizacja fenomenu śmierci dokonującej się w świadomości społecznej uruchamia kolejny proces, który należy określić jako dehumanizację śmierci, co oznacza, iż przestaje ona być integralną częścią egzystencji człowieka chcącego nią teraz rozporządzać. Dokonuje się on między innymi poprzez zjawisko poskramiania wyalienowanej wcześniej już śmierci, które w odniesieniu do przeciwników eutanazji skupia się na kwestii decyzyjności dotyczącej momentu i czasu nadejścia śmierci, natomiast w przypadku przeciwników eutanazji jest akcentowany poprzez afirmację życia do ostatniego momentu.

Kolejnym zjawiskiem, które pojawia się w ramach społecznej dehumanizacji jest swego rodzaju sekularyzacja śmierci przyjmująca znów dwie różne formy. Otóż, dla opowiadających się za podejmowaniem czynów eutanazyjnych owo zeświecczenie polega na podkreślaniu istotności formalnych procedur i warunków umożliwiających podjęcie działań zmierzających do dopuszczenia czynu eutanazyjnego. W przypadku zaś oponentów takiego stanowiska śmierć o tyle podlega sekularyzacji, o ile retoryka życia, chęć nie chcąc, wypiera śmierć ze sfery *sacrum*, przez co staje się ona ambiwalentnym „tabu”. Z jednej strony bowiem, nie mieści się już w obszarze świętości, z drugiej zaś, również i w sferze *profanum* jej obecność została zdegradowana albo do postaci zminimalizowanych do ceremonii pogrzebowych i obrzędów żałobnych, albo do aktów zbanalizowanego epatowania medialnego.

Ostatnim zjawiskiem społecznym, które pojawia się w zakresie dehumanizacji śmierci, a zdaje odnosić się do nierozstrzygalności kwestii eutanazji, jest – parafrazując nieco V. Jankelevitch’a¹⁸ – metafenomenalizm jako swego rodzaju nastawienie obrazujące dwoiste rozumienie śmierci, które, jak się zadaje, jest symptomatyczne dla ponowoczesnego społeczeństwa. Owo zjawisko polega na dostrzeganiu w śmierci empirycznego fenomenu, które w przypadku zwolenników eutanazji traktuje się, z jednej strony, jako coś konkretnie mierzalnego, posiadającego swoje

¹⁸ V. Jankelevitch, *Tajemnica śmierci i zjawisko śmierci*, w: *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, przeł. S. Cichowicz, J. M. Godzimirski, Warszawa 1993, s. 45.

oznaki oraz poddającego się określeniu. Z drugiej natomiast, wszystkie te elementy, które składają się na empiryczny wizerunek śmierci ulegają ciągłym weryfikacjom, ponownym ustaleniom, wzbogaceniu kryteriów śmierci i ich udoskonaleniom. Oznacza to, iż empiryczny fenomen, który wydawał by się tak pewny, co do ustalenia swego aposteriorycznego obrazu jest zarazem niepewny, co do racji dostatecznej takiego ujmowania śmierci. Innymi słowy, można stwierdzić, iż metafenomenalizm odnoszący się do zwolenników eutanazji oznacza tyle, iż co prawda traktuje się śmierć jako zjawisko empiryczne, ale zarazem wszelkie medyczne ustalenia jej dotyczące są pewne w ograniczony sposób i przez swoją niewystarczającą apodyktyczność będą wydawać się dla świadomości społecznej, jak i zresztą również dla profesjonalistów, niepewnymi.

W odniesieniu do przeciwników czynów eutanazyjnych ów metafenomenalizm polega na tym, iż traktuje się śmierć również jako zjawisko, które przez swoje oznaki jest zdarzeniem empirycznie namacalnym i zapowiedzianym, ale zarazem poprzez idee afirmowania życia do ostatnich chwil oraz traktowanie śmierci jako ambiwalentnego „tabu”, śmierć zdaje się być czymś oddalonym i wykraczać, czy też „przerastać wszystkie zjawiska naturalne, jest wobec nich niewspółmierne”¹⁹.

Proces dehumanizacji śmierci w postaci występujących w jego ramach zjawisk takich jak: poskramianie, sekularyzacja oraz metafenomenalizm śmierci, stanowić może uzasadnienie aporematyczności omawianej kwestii eutanazji. Otóż, jak się wydaje, nie można spodziewać się rozstrzygnięcia sporu, który w istocie odnosić się ma do tzw. dobrej, godnej, czy też współczującej śmierci oraz kwestii dotyczącej problemu jakiego rodzaju śmierć można w ten sposób określić, jeśli fenomen ten będzie się postrzegać przez pryzmat świadomości społecznej zakorzenionej w omówionych zjawiskach, które śmierć samą w sobie – oczywiście w swoisty dla siebie sposób – po prostu dezawuuują i deprecjonują pod wieloma względami. Z perspektywy ponowoczesnego społeczeństwa zjawiska jakie zostały skrótowo omówione, stanowią w ramach procesu dehumanizacji śmierci, społeczne uzasadnienie aporematyczności sporu eutanazyjnego.

Ostatnim punktem rozważań omawiających powody nierozstrzygalności owego zagadnienia jest próba usytuowania go w określonym nurcie ideowym, wskazania jego głównego punktu ciężkości oraz kierunku jego antycypacji. Jak się wydaje, owym nurtem ideowym, w jakim obecnie

¹⁹ Ibidem.

znajduje się kwestia nierozstrzygalności eutanatycznego sporu jest proces asymilacji „tabu” śmierci w ramach, głoszonego już przez M. Vovelle’a, a wciąż ziszczającego się odkrycia tematu śmierci i traktowania tej problematyki w kategoriach nowości, czy wręcz swego rodzaju mody. Na fali przynależnej tanatologicznym rozważaniom wielowątkowości nie powinno dziwić, iż piętrzące się i wieloaspektowe argumentacje każdej ze stron raczej nie sprzyjają konsensusowi. Następnie, jako punkt ciężkości nierozstrzygalności sporu o eutanazję należałoby wskazać pojęcie tzw. śmierci zdziczałej, która zdaje się być aktualną kością niezgody, gdyż jest ono w zasadzie obustronnie stosowane jako swego rodzaju inwektywa, która ma scharakteryzować stanowiska stron sporu. Natomiast jeśli chodzi o kierunek, który już od jakiegoś czasu został oficjalnie wyznaczony, i który z całą pewnością będzie stanowił również antycypację aporematyczności sporu eutanatycznego, to opozycyjny do wspomnianego powyżej pojęcia termin, a mianowicie śmierć oswojona, wraz z jej hospicyjną egzemplifikacją.

Jak zostało to przedstawione powyżej aporematyczność sporu o eutanazję konstytuują swoiste procesy oraz odpowiadające im specyficzne zjawiska społeczne, które wynikają z siebie na zasadzie pewnego rodzaju hierarchii. I tak procesowi negocjowania śmierci jako naturalnego zjawiska, który stanowi źródło aporematyczności, towarzyszą: pornografizacja, „jarmarczna wizualizacja” oraz banalizacja śmierci. Następnym istotowym dla nierozstrzygalności problemu eutanazji procesem jest marginalizacja śmierci, która jest efektem zjawisk: rozłącznej polaryzacji życia i śmierci, uskuteczniania retoryki życia oraz medykalizacji śmierci. Kolejnym ważnym procesem uzasadniającym nierozstrzygalność omawianego sporu jest dehumanizacja śmierci i towarzyszące jej zjawiska takie jak: poskromienie, sekularyzacja oraz metafenomenalizm śmierci. Aporematyczności sporu o eutanazję polega głównie na tym, iż zarówno u podłoża stosowanych przez zwolenników oraz oponentów racji leżą te same procesy i zjawiska społeczne, które generalizując w taki, czy inny sposób powodują, iż zjawisko śmierci jako takiej jest, czy raczej było do tej pory systematycznie usuwane ze świadomości społecznej.

Należałoby oczywiście zastanowić się nad możliwościami przezwyciężenia owej nierozstrzygalności i wskazać, np. na kontekst paradygmatyczno-etyczny, dogmatyczno-religijny, przepisowo-prawny, czy w końcu proceduralno-medyczny. Niemniej jednak wydaje się, iż dopóki w świadomości ponowoczesnego społeczeństwa w dalszym ciągu będą przebiegać procesy i pojawiać się zjawiska zmierzające do wyrugowania feno-

menu śmierci, dopóty osadzenie w żadnym z wymienionych kontekstów nie będzie wystarczające, aby rozwiązać aporematyczność problemu eutanazji.

Piśmiennictwo

1. *Narodziny i śmierć*, (red.) M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa 2002.
2. M. Vovelle, *Śmierć w cywilizacji zachodu*, przeł. T. Swoboda, M. Ochab, M. Sawiczewska-Lorkowska, D. Senczyszyn, Gdańsk 2008.
3. Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność*, przeł. N. Leśniewski, Warszawa 1998.
4. J. Baudrillard, *Wymiana symboliczna i śmierć*, przeł. S. Królak, Warszawa 2007.
5. *W drodze do brzegu życia*, red. E. Krajewska-Kułak, W. Nyklewicz, Białystok 2006.
6. G. Scherer, *Filozofia śmierci*, przeł. W. Szymon, Kraków 2008.
7. V. Jankelevitch, *To, co nieuchronne. Rozmowy o śmierci*, przeł. M. Kwaterko, Warszawa 2005.
8. *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, przeł. S. Cichowicz, J. M. Godzimirski, Warszawa 1993.

Jolanta Olszewska¹, Aleksandra Gaworska-Krzemińska²,
Agnieszka Czerwińska¹, Jarosław Olszewski¹,
Justyna Kamińska¹, Beata Frankowicz-Gasiul¹, Marzena Zydorek¹

Współczesne postawy położnych wobec aborcji jako problemu etycznego

Wstęp

Aborcja jest jednym wielu dylematów etycznych współczesnego świata. W potocznym rozumieniu to zabieg celowego przerwania ciąży – sztuczne poronienie. Według obowiązujących w Polsce definicji pojęć dotyczących porodów i urodzeń, poronieniem jest samoistne lub sztuczne przerwanie ciąży, która trwała do 22 tygodnia, czego wynikiem jest wydalenie lub wydobywanie z macicy jaja płodowego wraz z płodem ważącym, poniżej 301 g [1]. Na całym świecie rocznie zabija się 50 milionów poczętych dzieci. Na Białorusi, Ukrainie, w Rosji, w Bułgarii występuje największy wskaźnik aborcji, natomiast najmniejszy w Hiszpanii. Do najczęściej podawanych powodów aborcji należą: oddalenie decyzji o urodzeniu dziecka, trudna sytuacja ekonomiczno-społeczna, zakończenie okresu rozrodczego [2].

Oficjalnie w Polsce w roku 2002 wykonano 159 aborcji. Szacuje się jednak, że jest ich około 10 tysięcy rocznie. Niektóre dane o podziemiu aborcyjnym podają liczbę 13 tysięcy. Rocznie na świecie z powodu zabiegów przerwania ciąży umiera aż 70 tysięcy kobiet [2].

Liberalne prawo, które zezwalało na usunięcie ciąży, z tzw. wskazań społecznych, obowiązywało w naszym kraju od roku 1956. W roku 1989, w marcu posłowie zrzeszeni w Polskim Związku Katolicko-Społecznym, wysunęli inicjatywę, której celem było złożenie u Marszałka

¹ Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Gdańsku

² Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Gdańsku

Sejmu projektu ustawy o prawnej ochronie dziecka poczętego. W pracach nad tym projektem brali również udział członkowie komisji kościelnych ds. rodziny. Projekt był surowy i zawierał sugestie o bezwzględnym zakazie przerywania ciąży i propozycję karania usuwania ciąży. Działania te wywołały ogromne kontrowersje wśród społeczeństwa przez kraj przetoczyła się fala protestów. Plan był szeroko dyskutowany, ale w konsekwencji nie trafił pod obrady parlamentu. Rok 1990 przynosi kolejne działania Ministerstwa Zdrowia dotyczące aborcji. W tymże roku ukazuje się zarządzenie, które zobowiązuje kobiety chcące się poddać zabiegowi, publicznej placówce służby zdrowia, do okazania zaświadczenia, wystawionego przez dwóch niezależnych specjalistów w dziedzinie ginekologii. Jednego lekarza internisty i psychologa. Wówczas również, wykorzystując tzw. klauzulę sumienia, zwolniono szpitale z obowiązku wykonywania zabiegów usuwania ciąży. W roku 1990 obradował Krajowy Zjazd Solidarności, część obrad poświęcona była prawu do aborcji i w następstwie tego zjazd przyjął uchwałę „o ochronie życia poczętego”. W kraju trwała walka o wpływy i władzę. Wszystkie inicjatywy na rzecz ograniczenia praw do przerywania ciąży, zyskiwały coraz większą liczbę zwolenników. Byli wśród nich przedstawiciele kleru, służby zdrowia, organizacji pozarządowych, związkowcy i politycy. Maj 1992 r. przynosi kolejne zmiany w dostępie do legalnej aborcji. Wszedł bowiem w życie Kodeks Etyki Lekarskiej – przyjęty na Krajowym Zjeździe Lekarzy. Kodeks przewidywał, że ciążę można usunąć tylko, gdy istnieje realna groźba utraty przez matkę życia lub zdrowia i ciąża jest skutkiem czynu kryminalnego. Listopad 1992 r. przynosi kolejne zaostżenia w funkcjonującej ustawie, a mianowicie, Nadzwyczajna Komisja Sejmowa przyjęła projekt ustawy, która zezwalałaby na usunięcie ciąży w przypadku groźby utraty życia przez ciężarną [2].

Propozycja ustawy zawierała zapis o delegalizacji niektórych środków antykoncepcyjnych. Projektodawcy wnosili również o wymierzenie kar zarówno pacjentce, jak i lekarzowi dokonującemu zabiegu. Kara miała polegać na pozbawieniu wolności do dwóch lat. W tym samym czasie Unia Pracy wniosła o penalizację aborcji, a za referendum w tej sprawie partia zebrała ponad 1 milion podpisów. Losy tej restrykcyjnej ustawy przesądził parlament w styczniu 1993 roku, gdzie nie uzyskała ona sejmowej większości. Parlament przyjął akt prawny w wersji złagodzonej. Przewidywał on możliwość wykonania zabiegu w szpitalu, gdy: zdrowie lub życie matki jest zagrożone, płód jest ciężko uszkodzony, ciąża powstała wskutek czynu kryminalnego.

Zmiana rządu przyniosła również zmianę w obowiązującej ustawie. Zliberalizowano ją na tyle, że zabieg mógł być wykonany w sposób legalny również ze względów społecznych. Ubiegająca się o niego kobieta, zobowiązana została do przedstawienia w ciągu trzech dni, zaświadczenia od innego niż podejmującego się wykonania zabiegu lekarza. Sejm RP 30.08.1996 roku uchwalił ustawę w wersji złagodzonej. Senat jednak ją odrzucił 3.10.1996 roku, a następnie Sejm odrzucił Veto Senatu i Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski podpisał ustawę. Zaczęła ona obowiązywać w dniu 04.01.1997 roku. W grudniu 1996 roku część senatorów wniosła do TK, o stwierdzenie zgodności znowelizowanej ustawy antyaborcyjnej z obowiązującą wówczas konstytucją. Trybunał orzekł, iż ustawa jest sprzeczna z konstytucyjnym poszanowaniem dla życia ludzkiego. Stanowisko Trybunału spotkało się z ogromną krytyką prawniczej palestry, której przedstawiciele twierdzili zgodnie, że jest ono tendencyjne i ideologiczne. Mimo tego zgodnie z prawem ustawa została uchylona [2].

Po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego, od stycznia 1997 obowiązuje w Polsce „Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży”, która dopuszcza trzy możliwości, które umożliwiają kobiecie przerwanie ciąży, są to [3]:

- Jeśli ciąża grozi utratą zdrowia lub życia kobiety, stwierdzone przez lekarza innego niż ten, który dokonuje przerywania ciąży.
- Jeśli badania medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (stwierdzone przez lekarza innego niż ten, który dokonuje zabiegu).
- Jeśli zachodzi potwierdzone przez prokuratora podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku gwałtu. W sytuacji tej ciążę można przerwać do 12 tygodnia jej trwania i w gestii prokuratora pozostaje stwierdzenie zgodności prawa z istniejącą sytuacją. Aborcja może być w takim przypadku wykonana również w gabinecie prywatnym.

Gwałtowny rozwój nauk, szczególnie pod koniec XX wieku, spowodował powstanie działu nauki zwanego bioetyką. Zajmuje się ona nierozwikłanymi problemami etycznymi, których wzrost ciągle obserwujemy. Dział ten obejmuje zagadnienia dalej idące niż deontologia lekarska czy etyka. Dynamicznie rozwijające się nauki medyczne spowodowały, iż uczeni muszą na bieżąco dostosowywać istniejące prawo [4]. Po raz pierwszy pacjenci upomnieli się o swoje prawa w krajach wysokorozwiniętych. Na potrzeby uregulowania tych praw powołano do życia przepisy

międzynarodowe. Przerywanie ciąży jest tematem trudnym, poruszonym w różnych środowiskach na całym świecie. Pomimo stosowanych przepisów prawie w każdym kraju, zabieg ten nadal wywołuje kontrowersje. Ma ogromne rzesze zwolenników oraz równie liczebnych przeciwników. Jakie prawa ma pacjent a jakie lekarz, co zrobić z problemem natury etycznej; czy jest to może też problem natury prawnej? [4]

Akceptowana społecznie postawa przeciw poczętemu życiu może mieć wpływ na decyzję o aborcji, gdyż ma moc nieuchwytną, lecz silnej presji. Kobieta po poczęciu dziecka staje się szczególnie zależna od otoczenia, submisyjna i konformistyczna [5]. Presji opinii społecznej ulegają szczególnie osoby nieletnie oraz o niskiej samoakceptacji, o submisyjnej osobowości, zwykle postępujące zgodnie z życzeniem otoczenia, aby zyskać akceptację. Godzą się na aborcję w obawie przed dezaprobatą, której nie są w stanie znieść. Nierzadko kobieta ma tylko bliżej nieokreślone poczucie, że nie jest to jej decyzja, ale kogoś z otoczenia, kto ją do tego przymusza [6]. Oczywiście, nie można wykluczyć, iż czasem kobieta powołuje się na przymus zewnętrzny, ale jest to tylko próba ucieczki przed własną odpowiedzialnością za podejmowaną decyzję i zrzucenie jej na inne osoby [4, 5, 7]. Bywa, że kobieta nie ma się do kogo zwrócić po radę i wskazówki, nie może liczyć na pomoc innych, a decyzję musi podjąć w tajemnicy przed otoczeniem.

Aborcja może prowadzić do tak zwanego zespołu poaborcyjnego, czyli zespołu zaburzeń po stresie urazowym (*Post Abortion Syndrom – PAS*). Zespół poaborcyjny jest jednostką chorobową rozpoznawaną od niedawna jako rodzaj zaburzenia psychicznego. Aborcja zawsze skutkuje zaburzeniami psychicznymi: lekarze rozpoznają je u cierpiących kobiet, chociaż one same mogą przez wiele lat odrzucać myśl o właściwej przyczynie swoich kłopotów. Aborcja niesie za sobą psychiczne zagrożenia i konsekwencje wynikające z przeprowadzenia zabiegu, są to:

- *Choroba psychiczna,*
- *Bolesne wspomnienia,*
- *Wyrzuty sumienia.*

Powodów powstania w/w problemów należy szukać w psychologii kobiety. Osamotnione, bo badania wykazują, że niemal 50% z nich doświadcza depresji, czy problemów z mężczyzną – ojcem nienarodzonego dziecka i zaburzeniu ulega więc z pozostałym ludźmi. Zaburzenie psychiki jest związane z wzajemną drażliwością, obarczaniem się winą. Skutek każdej straty to potężne uczucie żalu, inne osoby uwikłane w aborcję również muszą przejść przez ten traumatyczny proces [5].

Duża liczba tych osób wypiera żalobę, uznając ją za zbędną. Ten szczególny rodzaj żalu przeżywa się tym bardziej, jeśli w jakikolwiek sposób samemu się do tego przyczyniło. Kobiety, które poddały się zabiegowi doświadczają ogromnego uczucia straty niż te, które przeżyły samoistne poronienie, w tym samym wieku rozwojowym. Nieopłakana i nieodżałowana śmierć nienarodzonego, źle przeżyta żaloba daje początek permanentnego smutku, z czasem przeradzającego się w depresję. Ludziom zranionym aborcyjnym doświadczeniem pomagają specjaliści. W Polsce od 1993 roku realizowany jest program terapeutyczny „Żywa Nadzieja” stworzony przez dr Neya i dr Marię Peters Ney. W Polsce program koordynują państwo M i A. Winkler [5, 8].

Wielu objawów w wymiarze psycho-fizycznym doświadczą również personel asystujący przy zabiegu aborcji. Powszechność tego zjawiska, jego legalność, wpisanie go do katalogu świadczeń zdrowotnych, i traktowanie instrumentalnie niejako z zaprzeczeniem, że mamy do czynienia z istotą ludzką, powoduje niezrozumienie społeczne i rodzi całą gamę różnych dolegliwości natury psychicznej u położnych i lekarzy. Rozmiary bólu i cierpienia są ogromne, a tłumiony ból i żal są „psychologiczną bombą zegarową” z opóźnionym zapłonem. Bardzo często podkreśla się, że istnieje problem doświadczeń personelu medycznego w związku z dokonywaniem aborcji. Najmniej negatywnych skutków w sferze psychiki obserwowano u pracowników socjalnych oraz psychologów, którzy udzielają wsparcia kobietom w tej sytuacji. Identyfikacja, bliski kontakt emocjonalny, poznawanie motywów aborcji sprawiają, że pracownicy ci są mniej psychicznie obciążeni swą pracą. Znacznie częściej z nienarodzonym dzieckiem identyfikują się położne, pielęgniarki oraz lekarze. Dlatego też częściej doświadczają wielu negatywnych przeżyć: nastrój depresyjny, przygnębienie, niezadowolenie z siebie, niesmak, niepokój, zdenerwowanie, poczucie frustracji, „wypalenie się”, niechęć do zabiegu, niechęć do miejsca pracy, z jednoczesnym poczuciem, że trudno zaprzestać tych działań, niechęć i wrogość do pacjentek, poczucie bycia oprawcą, objawy psychosomatyczne, np.: koszmarne sny, bezsenność [5, 8].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest dokonanie analizy opinii położnych na temat aborcji, jako jednego z głównych problemów etycznych w aspekcie wybranych czynników mogących warunkować ich postawy.

Tabela 1. Wiek respondentek

Lp.	Przedział wiekowy	Ilość osób	Odsetek
1	36–45 lat	19	47,5%
2	46–49 lat	9	22,5%
3	> 50 lat	12	30,0%

Tabela 2. Miejsce zamieszkania

Lp.	Miejsce zamieszkania	Ilość osób	Odsetek
1	Miasto	33	82,5%
2	Wieś	7	17,5%

Tabela 3. Wykształcenie respondentek

Lp.	Wykształcenie	Ilość osób	Odsetek
1	Średnie	32	80%
2	Wyższe	8	20%

Tabela 4. Staż pracy respondentek

Lp.	Staż pracy	Ilość osób	Odsetek
1	Poniżej 5 lat	1	2,5%
2	Od 5–10 lat	5	12,5%
3	Od 11–20 lat	16	40,0%
4	Od 21–30 lat	13	32,5%
5	Powyżej 31 lat	5	12,5%

Tabela 5. Stan cywilny respondentek

Lp.	Stan cywilny	Ilość osób	Odsetek
1	Panna	5	12,5%
2	Zamężna	27	67,5%
3	Wdowa	2	5,0%
4	Rozwódka	4	10,0%
5	Separacja	1	2,5%
6	Konkubinat	1	2,5%

Tabela 6. Czy respondentki posiadają dzieci?

Lp.	Dzieci	Ilość osób	Odsetek
1	Tak	35	87,5%
2	Nie	5	12,5%

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone na przełomie maja i czerwca 2005 roku w Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych ACK w Gdańsku. Badaniami objęto 40 położnych, pracujących w w/w klinice, badania miały charakter anonimowy. Wybranim narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety. Dane liczbowe opracowano przy użyciu programu STA-

TISTICA (6,0 PL) – licencjonowane stanowisko AMG oraz przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel z pakietu MS Office 2003. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano wzór Korelacji liniowej wg Pearsona.

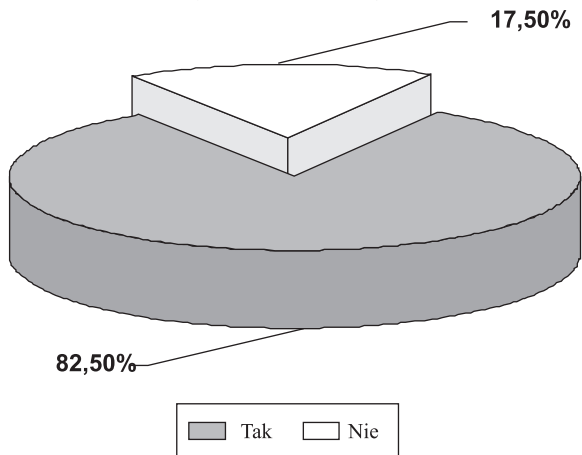
Charakterystyka grupy respondentek

Badania przeprowadzono wśród 40 położnych, pracujących w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobietych w Gdańsku, w różnych oddziałach. Wszystkie kwestionariusze ankiet zostały wypełnione, otrzymano 100% ich zwrot. Wyniki badań z pierwszej części ankiety, tzw. metryczki, przedstawiają tabele 1–6.

Wyniki badań

W pytaniu o znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej odpowiedzi respondentek przedstawiały się następująco: 82,5% deklaruje znajomość a 17,5% odwrotnie (wykres 1).

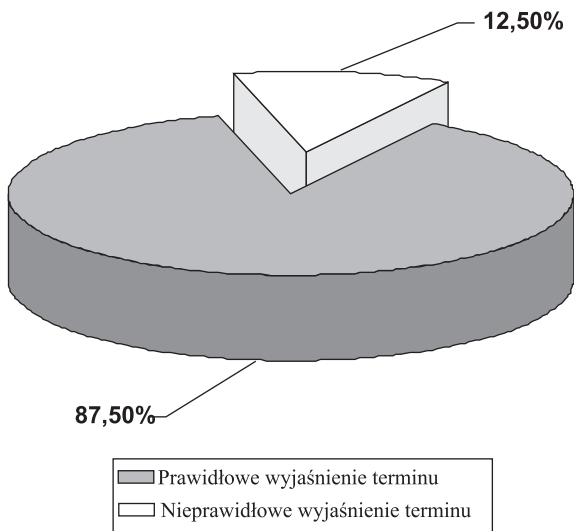
Wykres 1. Znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej



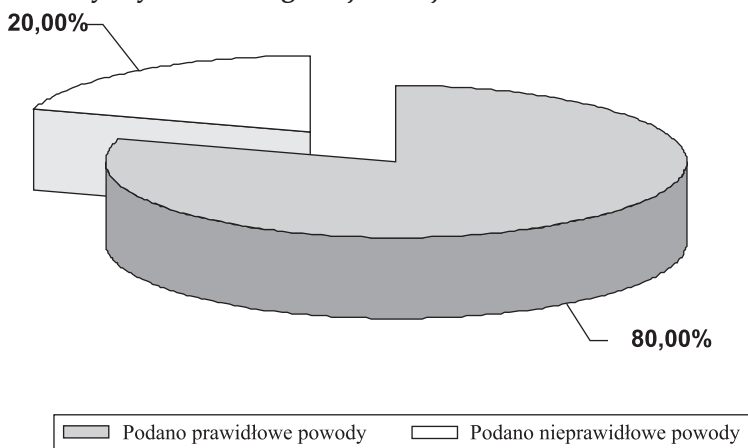
Prawidłowo definiowało aborcję 35 położnych, co stanowi 87,5% badanych, natomiast złą definicję podało 5 osób stanowiących 12,5% (wykres 2).

Powody, które zgodnie z ustawą pozwalają dokonać legalnego zabiegu usunięcia ciąży, prawidłowo definiują 32 położne, co daje 80% badanych, tylko 8 osób podaje odpowiedź częściowo prawidłową, co równa się 20% wszystkich badanych (wykres 3).

Wykres 2. Definicja aborcji



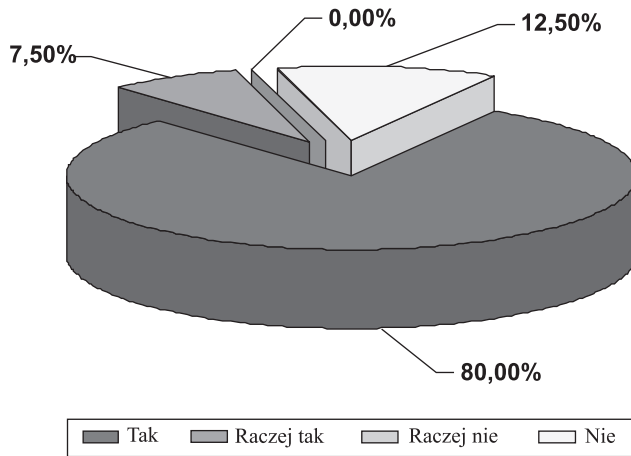
Wykres 3. Powody wykonania legalnej aborcji



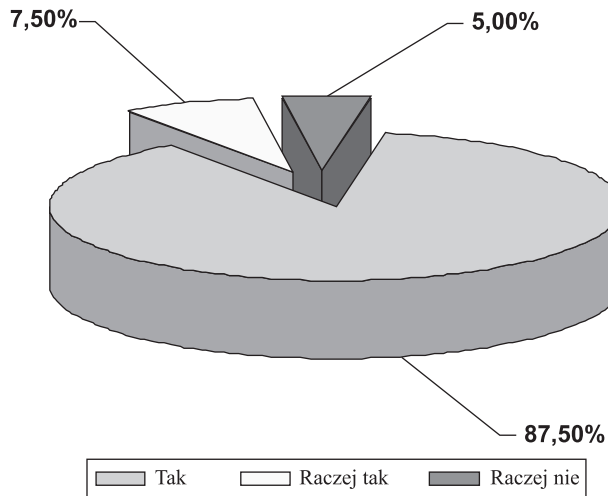
Odmowę uczestnictwa w zabiegu, uważanym przez położną za sprzeczny z jej normami etycznymi, deklaruje 80% badanych, tj. 32 osoby, raczej odmówiłyby uczestnictwa 3 osoby, czyli 7,5% respondentek, a 5 osób, co stanowi 12,5% wzięłoby udział w zabiegu, mimo sprzeczności (wykres 4).

W pytaniu o prawo kobiety do usunięcia ciąży powstałej w wyniku gwałtu, 35 osób, tj. 87,5% zdecydowanie twierdzi, że kobieta ma takie

Wykres 4. Odmowa uczestnictwa w zabiegu



Wykres 5. Prawo kobiety do usunięcia ciąży z gwałtu



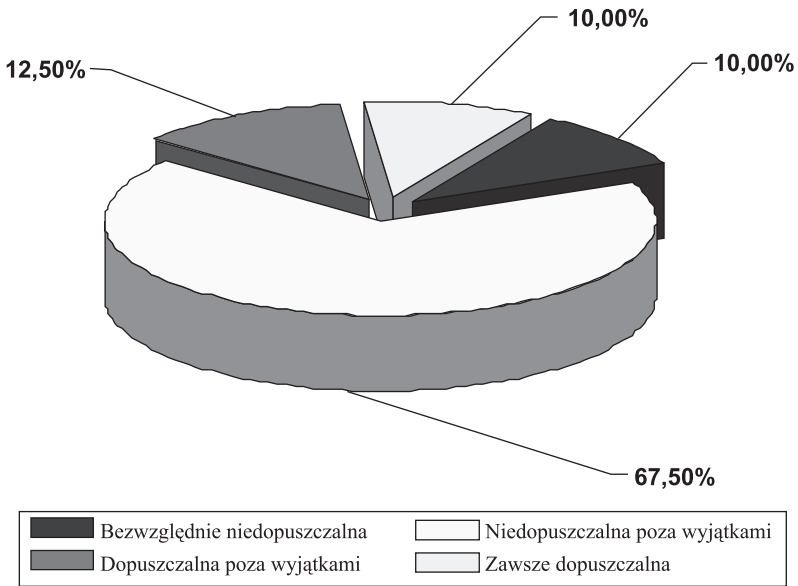
prawo, 3 osoby – 7,5%, jest zdania, że raczej ma takie prawo, a 2 osoby – 5% badanych twierdzi, że raczej nie wolno usunąć ciąży z gwałtu (wykres 5).

W pytaniu o skutki fizyczne po dokonanej aborcji 80% pytanых – 32 osoby uważa, że aborcja wywiera skutki fizyczne na ciało kobiety. 8 osób – 20% twierdzi, że aborcja nie powoduje żadnych fizycznych zmian w organizmie.

Istnienie skutków psychicznych po dokonaniu zabiegu usunięcia niechcianej ciąży potwierdzają w ankiecie 32 osoby – 80% natomiast 8 osób – 20% uważa, że skutki te raczej powstają.

Pytanie o opinie położnych w sprawie warunków dopuszczalności przerywania ciąży, 10% – 4 osoby uważają, że jest ona bezwzględnie niedopuszczalna, zdecydowana większość, bo 27 osób – 67,5% twierdzi, że jest ona niedopuszczalna, poza pewnymi wyjątkami, 5 – 12,5% osób dopuszcza możliwość aborcji, poza pewnymi wyjątkami, a 4 osoby – 10% twierdzą, że aborcja jest dopuszczalna zawsze (wykres 6).

Wykres 6. Opinie położnych w sprawie warunków dopuszczalności przerywania ciąży



Na pytanie – czy pani zdaniem, położna, wbrew własnym poglądom, powinna asystować przy zabiegu legalnej aborcji w sytuacji, gdy bez jej uczestnictwa zabieg nie mógłby się odbyć? – respondenci odpowiedziały w sposób następujący: 15 osób – 37,5% odpowiedziało tak, 25 osób – 62,5% nie.

Pytanie – czy pani zdaniem aborcja powinna być dozwolona prawnie, gdy kobieta po prostu nie chce mieć dziecka? Odpowiedzi tak, udzieliło 20% – 8 osób badanych, raczej tak 3 osoby – 7,5%, raczej nie 4 osoby – 10%, a zdecydowanie przeciwna była większość respondentek 25 osób – 62,5%.

W pytaniu – czy uważa pani, że dokonanie aborcji wpływa na relację między małżonkami – partnerami, odpowiedzi twierdzącej udzieliło 65% – 26 uczestników badania, 25% – 10 osób, uważa, że raczej tak i po 2 osoby – 5%, raczej nie i nie.

W niniejszej pracy postawiono i zweryfikowano sześć hipotez.

H1 – istnieje zależność pomiędzy wiekiem położnych a postawą wobec aborcji.

H2 – istnieje zależność między opinią położnych na temat aborcji a stażem pracy respondentek.

H3 – istnieje zależność między opinią położnych na temat aborcji a wykształceniem respondentek.

H4 – istnieje zależność między opinią położnych na temat aborcji a poziomem posiadanej wiedzy respondentek.

H5 – istnieje zależność między opinią położnych na temat aborcji a faktem posiadania (bądź nie) potomstwa przez respondentki.

H6 – istnieje zależność między opinią położnych na temat aborcji a stanem cywilnym respondentek.

Zastosowanie korelacji liniowej Pearsona pozwoliło na stwierdzenie, że wiek, staż, wykształcenie, posiadana wiedza, posiadanie lub nie dzieci i stan cywilny nie mają wpływu na opinie respondentek na temat aborcji.

Dyskusja

Problem kształtowania i rozwoju moralnego położnej (jak i wszystkich pozostałych pracowników ochrony zdrowia) jest sprawą rozwoju jej całej osobowości, a nie tylko wymiaru zawodowego. Ochrona życia, jako podstawowego dobra człowieka, to także respektowanie prawa do życia i przeciwstawianie się wszelkim przejawom jego dyskryminacji [2]. Położna jako profesjonalistka, a przede wszystkim osoba stojąca na straży życia powinna je traktować jako wartość najwyższą, powinna być ponad wszystko dobrym człowiekiem, który niezależnie od pełnionej roli i sytuacji będzie przejawiał i urzeczywistniał swoje człowieczeństwo [9, 10].

Opinie na temat aborcji badano od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Ogólnie rzecz biorąc, deklarowane poglądy stały się bardziej restrykcyjne w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych, kiedy ograniczono warunki przerywania ciąży. Kolejne zaostrzenie odnotowano w roku 2006, po złożeniu w Sejmie przez LPR projektu zmian w konstytucji, zmierzających do całkowitego zakazu aborcji – również w przypadkach obecnie dopuszczalnych. Badania przeprowadzone przez CBOS

w 2007 roku wskazują, że połowa dorosłych Polaków (50%) akceptuje prawo kobiety do podejmowania decyzji o przerwaniu ciąży, zatem zgodni są ze stwierdzeniem, że kobieta, jeśli tak zdecyduje, powinna mieć prawo do aborcji w pierwszych tygodniach ciąży. Owego prawa odmawiają jej dwie piąte ankietowanych (40%) [11].

Postawy Polaków wobec aborcji w dużej mierze zależne są od ich systemu wartości oraz stosunku do religii. Osoby, dla których religia jest ważna – częściej odrzucają aborcję, zaś ci, dla których się ona nie liczy – wykazują częściej postawy akceptujące aborcję [12].

Wnioski

1. Nie stwierdzono zależności między wiekiem, stażem, wykształceniem, posiadaną wiedzą, posiadaniem lub nie dzieci i stanem cywilnym respondentek a ich opinią na temat aborcji.
2. Wiedza na temat aborcji i jej aktualnych obwarowań prawnych jest wysoka wśród badanej grupy.
3. W opinii większości respondentek (67,5% – 27 osób) aborcja powinna być niedopuszczalna poza pewnymi wyjątkami.
4. Respondentki uważają (80% – 32 osoby), że zawsze po zabiegu występują skutki psychiczne i fizyczne oraz wpływa ona na relacje między małżonkami/partnerami (65% – 26 osób).
5. Większość badanych (62,5% – 25 osób) nie zgodziłaby się asystować w zabiegu przerwania ciąży wbrew własnym poglądom.

Piśmiennictwo

1. Encyklopedia dla pielęgniarek, PZWŁ, Warszawa 1992.
2. Zielińska E., Przerwanie ciąży. Warunki legalności w Polsce i na świecie, Warszawa 1990.
3. Dziennik Ustaw z 1999 r. Nr 5 poz. 32, www.lex.com.pl/serwis/du/1999/0032.htm, stan na 10.10.2008.
4. Podmiotowość człowieka w okresie prenatalnym – debata: Gazeta Lekarska 5/2005.
5. Kornas-Biela D.: Wokół życia ludzkiego, Wyd. Nasza Księgarnia, Sp.z.o.o., Warszawa 1993.
6. Szczuka K.: Milczenie owieczek – rzecz o aborcji. Wyd. W.A.B. – Warszawa 2004.
7. Roman Tokarczyk: Prawa narodzin, życia i śmierci, Wyd. lubelskie, 1984.
8. Służba życiu, Zeszyty problemowe, nr 4/99, wrzesień 1999.

9. Matuszewska E.: Zarys historii zawodu położnej, Biuletyn Informacyjny Pielęgniarek i Położnych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, 2002.
10. Chałubiński M.: Polityka i aborcja, Agencja Scholar, Warszawa 1994.
11. Opinie na temat aborcji – raport, www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_152_07.PDF, stan na 10.10.2008.
12. Hurst J.: Historia aborcji w Kościele Katolickim, Katolicy za wolnym wyborem, 1989.

Małgorzata Rutkowska¹

Etyczna ocena transplantologii

Należy zaszczerpić w sercach ludzi zwłaszcza młodych,
szczerze i głębokie przekonanie,
że świat potrzebuje miłości, której wyrazem może być
decyzja o darowaniu narządów.

Jan Paweł II

Umieranie i śmierć to proces, którego dominującym a w każdym razie najbardziej „ludzkim” składnikiem jest aspekt psychologiczny, duchowy i społeczno-kulturowy. Używając w medycynie pojęć życie i śmierć, zwykle odnosimy się do biologicznego aspektu, choć jest to zdecydowane uproszczenie. Mimo, że śmierć jest nieuchronnym zjawiskiem, to jednak większość ludzi nie dopuszcza do siebie tej konsekwencji istnienia. Koncentruje się na przyszłości, nie planuje sytuacji, w której mogłoby ich nie być. Analizując kres życia, mówią o innych nie o sobie, nie rozpatrują tego w stosunku do osób bliskich, lecz obcych, nieznanym. U podstaw tych zachowań leży paniczny lęk przed śmiercią. Człowiek, aby przetrwać jako jednostka i jako gatunek, jest wyposażony w pierwotne mechanizmy zachowania. Służą temu także psychologiczne mechanizmy, np.: zaprzeczenie, racjonalizacja i inne, które wspierają biologiczne zasady zachowania².

Postawy wobec śmierci

W określonym kręgu kulturowym ludzie mają podobne, przekazywane i utrwalone w procesie socjalizacji poglądy i postawy na dany temat. Personel medyczny, podobnie jak większość społeczeństwa, ma lękowe (unikające) nastawienie wobec śmierci. Postawa taka wzmocniana

¹ Wydział Nauki o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Siedlcach

² Brehant J. (1980). Thanatos, chory i lekarz w obliczu śmierci. Warszawa.

jest przez postęp medycyny, który dzięki różnym sukcesom budzi nadzieję na przedłużone życie bez ograniczeń.

Przyszłych lekarzy, pielęgniarki w trakcie edukacji przygotowuje się do ratowania życia za wszelką cenę. Dlatego śmierć pacjenta wywołuje poczucie bezradności, porażki lub winy³. W literaturze przedmiotu funkcjonują terminy: „osieroceni” i „opieka nad osieroconym. Poprzez osierocenie rozumiemy sytuację człowieka, który z powodu śmierci utracił ważną dla siebie osobę. Stan ten wyraża się przez żal, naturalną reakcją uczuciową na utratę ważnych dla człowieka wartości. Osierocenie nie jest stanem lecz procesem, który przebiega etapami, w sposób zindywidualizowany i uzależniony jest od wielu czynników. Proces osierocenia ujmowany jest przez badaczy w dwóch różnych perspektywach czasowych. Jedna z nich obejmuje całe życie jednostki, natomiast druga odnosi się szczególnie do procesu rozpoczynającego się bezpośrednio po doświadczeniu straty⁴.

Właściwe relacje z personelem i wsparcie dla bliskich zmniejszają obciążenie psychiczne, łagodzą stres. Mogą pomóc w przeżyciu okresu żałoby, który jest długim, ale indywidualnie przebiegającym procesem. Reakcje bliskich, z którymi może zetknąć się osoba personelu medycznego pozostając w kontakcie z rodziną umierającego czy zmarłego pacjenta mogą przybierać formy, takie jak:

1. szok – zaprzeczenie,
2. próby dystansowania się od poczucia straty: gniew, protest,
3. targowanie się,
4. depresję,
5. akceptacja⁵.

Każda z wyżej wymienionych reakcji, ze względu na silny ładunek emocjonalny, może być trudna do przyjęcia dla personelu medycznego. Należy jednak pamiętać, że po stracie bliskiej osoby rozpacz jest naturalną reakcją. Zaś z perspektywy psychologicznej, bardziej niezwykłym lub nawet patologicznym zachowaniem, jest całkowite opanowanie, racjonalne podejście lub obojętność. Obok tych trudnych stanów, towarzyszących rodzinie zmarłego, pojawia się „nadzieja życia” dla drugiej osoby, czyli możliwość uzyskania przeszczepu. Słowo to zawiera. ogromne na-

³ Tamże.

⁴ Dodziuk A., *Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby*. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo.

⁵ Nowacka M. (2003) *Etyka a transplantacje*. Warszawa, PWN (s. 15–16).

teżenie emocjonalne, zwłaszcza jeżeli dotyczy bezpośrednio osób zainteresowanych.

Do zwłok ludzkich odnoszono się zawsze z należyтым szacunkiem, traktowane były jako *sacrum*, gdyż będąc poprzednio żywym ciałem, współtworzyły przecież razem z duszą jednostkę ludzką. To przeświadczenie było i jest nadal chronione w obyczajowości, prawie i praktyce medycznej, także podczas zabiegów prosektoryjnych. Jednak rozwój technik transplantacyjnych musiał doprowadzić do sytuacji, w której ciało ludzkie po śmierci człowieka uznane zostaje po prostu za „cenny rezerwuar części zamiennych”⁶.

Etyk katolicki Stanisław Kornas twierdzi, że: „...Byłoby rzeczą nierozsądną poddawanie ciała zmarłego rozkładowi, podczas gdy inny człowiek śmiertelnie chory mógłby być uratowany przez eksploatację narządu ze zwłok i jego implantację”⁷.

Ocena etyczna transplantologii

Przeszczepianie narządów – (z łac. *transplantare* – szczepić, *plantare* – sadzić) – przeszczepianie narządów w całości lub części, tkanki lub komórki z jednego ciała na inne⁸. Transplantacja będąc zabiegiem ratowania zdrowia i życia ludzkiego podlega ocenie etycznej i jako taka jest zwykle oceniana pozytywnie, o ile spełni określone warunki uwzględniające godność człowieka. W Polsce kwestie związane z transplantacją reguluje *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 26.10.1995 r.*⁹ Te warunki wg *Ustawy* to między innymi:

- a) konieczność świadomej zgody zarówno dawcy narządu na jego oddanie, jak i biorcy na jego przyjęcie; zgoda krewnych na pobranie organów jest ważna w sytuacji, gdy dawca nie może podjąć już decyzji (bo już zmarł);
- b) konieczność moralnej pewności co do śmierci dawcy organów – obecnie stosuje się kryterium neurologiczne, którym jest śmierć mózgu;

⁶ Bernard J. (1994) *Od biologii do etyki. Nowe horyzonty wiedzy, nowe obowiązki człowieka*, PWN (s. 43–44).

⁷ Kornas S. *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowskie Wydawnictwo Diecezjalne, Częstochowa 1986 (s. 213).

⁸ Encyklopedia PWN 1999 r.

⁹ *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 26.10.1995 r.*

- c) zakaz handlu ludzkimi narządami (np. nerkami) – w przypadku handlu organami następuje redukcja ciała człowieka do poziomu przedmiotu, dochodzi do jego urzeczowienia;
- d) niedopuszczalna jest podczas rozdzielania narządów do transplantacji dyskryminacja osób ze względu na wiek, rasę, wyznanie, status społeczny, itd.; decyzja o kolejności wykonywania zabiegów transplantacyjnych winna być dokonywana wg kryteriów immunologicznych i klinicznych;
- e) niedopuszczalne jest klonowanie człowieka w celu pobierania od niego narządów, ponadto niedopuszczalne jest klonowanie ludzkich embrionów, aby pobrać z nich komórki macierzyste, które następnie mogą rozwinąć się w komórki, tkanki, narządy, czyli tzw. „części zamienne”.

Istotną kwestią w sprawach transplantologii jest stanowisko Kościoła. W trakcie Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego 29.08.2000 r. Jan Paweł II spotkał się z około 4 tysiącami naukowców z ponad 60 krajów uczestniczących w XVIII Międzynarodowym Kongresie Towarzystwa Transplantologicznego. Jan Paweł II wówczas powiedział: „Technika przeszczepów to wieki krok naprzód w dziedzinach nauki służącej człowiekowi. Niemało jest tutaj ludzi, którzy zawdzięczają życie przeszczepowi, jawi się jako skuteczna metoda realizacji podstawowego celu wszelkiej medycyny, którym jest służba ludzkiemu życiu. Dlatego w encyklice *Evangelium vitae* wskazałem, że jednym ze sposobów krzewienia autentycznej kultury życie jest „oddaniem narządów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorego, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei.” [*Evangelium vitae*, 86]¹⁰

Przede wszystkim należy podkreślić – jak zauważyłem już przy innej okazji – że każdy przeszczep narządu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej: „decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka (przemówienie do uczestników kongresu nt. transplantologii, 20 czerwca 1991 r.).

Na tym właśnie polega szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości. Nie oznacza on jedynie oddania czegoś, co do nas należy, ale jest częścią nas samych, jako że „na mocy substancjonalnego zjednoczenia z duszą rozum – zespół tkanek, narządów i funkcji; (...) jest

¹⁰ Encyklika *Evangelium vitae*.

bowiem częścią istotną osoby, która poprzez to ciało objawia się i wyraża” [Kongregacja Nauki i Wiary, *Dominum vitae, Wstęp*, 3]¹¹

Uznanie wyjątkowej godności człowieka ma jeszcze jeden istotny skutek: żywotne organy występujące pojedynczo w ciele człowieka mogą być usunięte dopiero po śmierci, to znaczy pobrane z ciała kogoś, kto z całą pewnością nie żyje.

Z moralnego punktu widzenia oczywistym wymogiem sprawiedliwości jest stosowanie takich kryteriów przyznawania darowanych narządów, które nie mają charakteru „dyskryminującego” (tzn. opartych na wieku, płci, rasie, religii pozycji społecznej itp.) ani „użytecznego” (tzn. opartych na zdolności do pracy, przydatności społecznej itp.).

Decyzja o tym, kto powinien mieć pierwszeństwo jako odbiorca danego narządu, winna natomiast być podejmowana na podstawie kryteriów immunologicznych i klinicznych.

Jakiegokolwiek inne kryterium byłoby całkowicie arbitralne i subiektywne, oznaczałoby też brak uznania wewnętrznej wartości każdej ludzkiej osoby jako takiej, wartości niezależnej od jakichkolwiek okoliczności zewnętrznych¹².

Sytuacja transplantologii w Polsce

Według danych statystycznych z roku 2007 co roku w Polsce na przeszczep czeka 3,5 tys. osób, jedynie jedna trzecia spośród nich otrzyma organ pozostali mogą nie doczekać transplantacji. Na nerkę oczekuje się w naszym kraju 4 lata, na serce – 2, na wątrobę – 1 rok. Około 90% przeszczepów kończy się sukcesem.

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant podaje, że na sukces związany z przeszczepianiem narządów składa się szereg czynników:

- Umiejętności/infrastruktura (liczba ZOZ z ośrodkami transplantacyjnymi)
- Statystyka przeszczepów
- Pozyskiwanie przeszczepów (akceptacja społeczna, struktury organizacyjne)
- Lista oczekujących na przeszczepy
- Wyniki przeszczepiania

¹¹ Kongregacja Nauki i Wiary, *Dominum vitae, Wstęp* 3.

¹² Jan Paweł II, XVIII Międzynarodowy Kongres Towarzystwa Transplantologicznego, 29.08.2000.

Liczba Zakładów Opieki Zdrowotnej z Ośrodkami Transplantacyjnymi:

- a) liczba ZOZ z ośrodkami transplantacji narządów w Polsce – 22
- tylko nerki – 10
 - nerki, nerki i trzustki, wątroby – 3
 - nerki, nerki i trzustki – 1
 - nerki, wątroby – 3
 - nerki, serca – 1
 - serce i płuca – 1
 - tylko serce – 2
 - tylko płuca – 1
- b) liczba ZOZ z ośrodkami przeszczepiania szpiku – 16

Lista Oczekujących na dzień 31.12.2006¹³

	Niemcy	Francja	Włochy	Hiszpania	Wielka Brytania	Polska
Nerka	11297	9426	11745	4188	11585	2363
Wątroba	3491	1840	3145	2159	1130	471
Serce	1563	695	1245	477	357	384
Płuca	538	388	592	358	541	39
Trzustka	366	293	447	168	258	45
Razem	12642	17653	17174	7348	13871	3302

Krajowa Lista Oczekujących na Przeszczepienie (stan na dzień 31.12.2007)¹⁴

oczekujących na przeszczep narządów	–	1632
oczekujących na przeszczep nerki	–	1171
oczekujących na przeszczep nerki i trzustki	–	10
oczekujących na przeszczep serca	–	223
oczekujących na przeszczep serca i płuca	–	18
oczekujących na przeszczep płuca	–	28
oczekujących na przeszczep wątroby	–	182
oczekujących na przeszczep komórek krwiotwórczych	–	316

¹³ WWW.poltransplant.pl

¹⁴ Tamże.

Liczba zmarłych dawców narządów w miesiącach za rok 2007¹⁵

Miesiąc	Liczba
Styczeń	40
Luty	22
Marzec	25
Kwiecień	17
Maj	30
Czerwiec	39
Lipiec	31
Sierpień	22
Wrzesień	30
Październik	34
Listopad	33
Grudzień	29
Razem	352

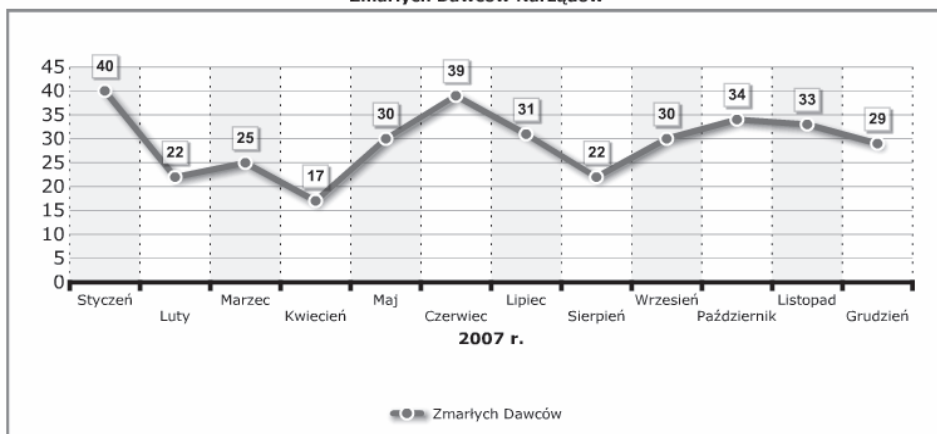
Statystyka przeszczepiania narządów od zmarłych dawców w miesiącach¹⁶

	Nerka	Nerka + trzustka	Wątroba	Serce	Płuco	Serce + płuco	Razem
Styczeń	76	1	22	3	–	–	102
Luty	42	1	8	4	–	–	55
Marzec	44	1	11	7	1	–	64
Kwiecień	34	–	9	2	–	–	45
Maj	55	3	13	8	1	–	80
Czerwiec	73	4	17	7	–	–	101
Lipiec	56	2	15	7	1	–	81
Sierpień	43	–	13	4	–	–	60
Wrzesień	57	1	16	3	–	–	77
Październik	60	2	17	6	–	–	85
Listopad	58	3	22	8	1	–	92
Grudzień	54	3	15	5	3	–	80
Razem	652	21	178	64	7	–	922

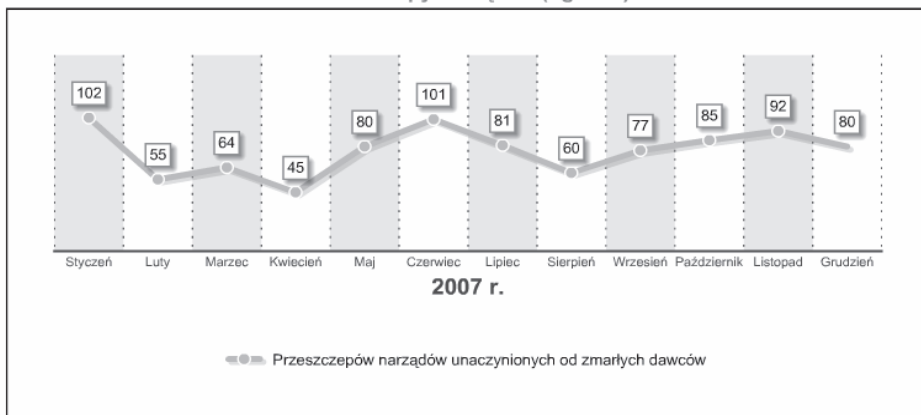
¹⁵ WWW.poltransplant.pl

¹⁶ Tamże.

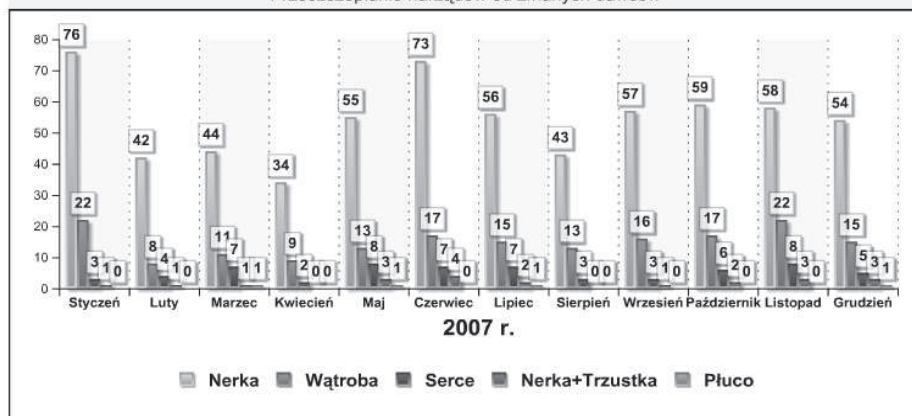
Zmarłych Dawców Narządów



Przeszczy narządów (ogółem)



Przeszczepianie narządów od zmarłych dawców

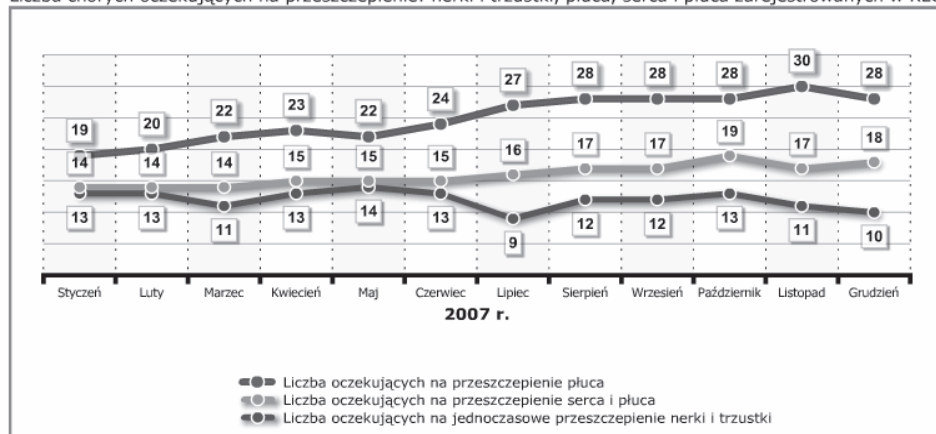


Krajowa Lista Oczekujących na Przeszczepienie – rok 2007

	A	B	C	D	E	F	Razem
Styczeń**	1178	13	141	200	19	14	1565
Luty**	1167	13	154	220	20	14	1588
Marzec**	1184	11	162	231	22	14	1624
Kwiecień**	1217	13	182	243	23	15	1693
Maj**	1189	14	184	249	22	15	1673
Czerwiec**	1130	13	180	244	24	15	1606
Lipiec**	1143	9	174	261	27	16	1630
Sierpień**	1155	12	170	265	28	17	1647
Wrzesień**	1164	12	172	233	28	17	1626
Październik**	1173	13	170	234	28	19	1637
Listopad**	1172	11	190	244	30	17	1664
Grudzień**	1171	10	182	223	28	18	1632

A – oczekujących na przeszczepienie nerki; B – oczekujących na przeszczepienie nerki i trzustki; C – oczekujących na przeszczepienie wątroby; D – oczekujących na przeszczepienie serca; E – oczekujących na przeszczepienie płuca; F – oczekujących na przeszczepienie serca i płuca

Liczba chorych oczekujących na przeszczepienie: nerki i trzustki, płuca, serca i płuca zarejestrowanych w KLO



Procesy związane z przeszczepianiem narządów regulowane są przez przepisy:

- Światowej Organizacji Zdrowia (opracowała zasady przewodnie i rezolucje)
- Rady Europy (rezolucje i rekomendacje)
- Unii Europejskiej (dyrektywy)
- Polska (ustawy i rozporządzenia wykonawcze)

Światowa Organizacja Zdrowia

Zasada 1

– W maju 1987 r. Czterdzieste Światowe Zgromadzenie do Spraw Zdrowia przyjęło **uchwałę WHA40.13** ustalania przewodnich zasad dotyczących transplantacji ludzkich narządów. Zasady te zostały zaakceptowane w dniu 24 stycznia 1991 r. przez Komitet Wykonawczy WHO uchwałą EB 87 R 22 o transplantacji ludzkich narządów. Według **pierwszej zasady** przewodniej narządy mogą być usunięte z ciał osób zmarłych w celu transplantacji, jeśli zostały uzyskane wszelkie pozwolenia wymagane przez prawo danego państwa i nie ma podstaw, aby przypuszczać, że osoba zmarła wyraziła sprzeciw bądź nie wyraziła zgody za życia na usunięcie danego konkretnego narządu z jej ciała w celu przeszczepu.

– We wrześniu **1993 r. Parlament Europejski uchwalił zasadę Zakazu Handlu Narządami Ludzkimi**. Nawołuje ona między innymi do wprowadzenia w ustawodawstwach krajowych zakazu odpłatnego obrotu narządami ludzkimi oraz surowych kar za jego łamanie, zakazu importu lub stosowania w transplantacji narządów niepewnego pochodzenia.

– Unia Europejska przyjęła **Dyrektywy** mające regulować problemy związane z pobieraniem narządów:

Dyrektywa Ue 2004/23/WE – ustanawia normy jakości i bezpieczeństwa dotyczące tkanek i komórek przeznaczonych do stosowania u ludzi; zaleca badanie zjawisk niepożądanych, określa warunki zezwoleń,

Dyrektywa UE 2006/17/WE – wprowadza w życie dyrektywę 2004/23/WE PE i R w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobrania i badania tkanek i komórek ludzkich,

Dyrektywa 2006/86/WE – wykonująca dyrektywę 2004/23/WE PEi R w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych i niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich.

W Polsce aktem regulującym jest Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z dnia 6 września 2005 r.).

Wnioski

- Medycyna transplantacyjna padła ofiarą własnego sukcesu. Setki tysięcy chorych na świecie czeka na możliwość takiego leczenia, ale wielu z nich umiera nie doczekawszy się zabiegu. Podstawowym ograniczeniem bowiem jest stale niedostateczna liczba osiągalnych narządów.

- W Polsce zasadniczą przeszkodą ograniczającą liczbę wykonywanych przeszczepów narządów pobranych od osób zmarłych nie jest brak tzw. potencjalnych dawców. W naszym kraju liczba ludzi, którzy umierają z powodu wypadków i chorób mózgu jest bardzo duża. Gdyby w połowie przypadków udało się pobrać po zgonie narządy, pozwoliłoby to na uratowanie życia chorym oczekującym na przeszczepy. Zasadniczą przeszkodą jest brak akceptacji społecznej, środowiskowej dla tego sposobu leczenia. Brak tej akceptacji, wyrażającej się sprzeciwem najbliższej rodziny zmarłego na pobranie narządów, wynika z niezrozumienia pojęcia śmierci mózgowej; poglądu, że pobranie stanowi akt braku poszanowania dla zwłok w majestacie śmierci. Sprzeciw rodzin ma swe źródło w niezajomości przepisów prawnych pozwalających na pobranie narządów.

- Ze względów etycznych, należy informować rodziny o zamiarze pobrania narządów po zgonie bliskiego człowieka. Rozwiązania zakładające tzw. domniemana zgodę, opierają się na założeniu, że brak sprzeciwu jest tożsamy z akceptacją pobrania organu ze zwłok. Oznacza to, że w sensie prawnym nikt, nawet najbliższa rodzina, nie może skutecznie przeciwstawić się temu. Jest nieco inna rzeczywistość społeczna.

- Nie bez znaczenia dla kształtowania postaw wobec transplantacji jest brak wiedzy o stanowisku w tej sprawie Kościoła Katolickiego.

- Należałoby prosić o popularyzację takiego stanowiska.

- Pamiętać należy, iż nie wolno naruszać autonomii człowieka, a zatem, wolno pobrać narządy po jego zgonie jedynie w przypadku zgody wyrażonej wprost lub braku sprzeciwu. W praktyce jednak najczęściej to rodzina zmarłego kategorycznie odmawia akceptacji pobrania narządów powołując się, iż jest to forma ograniczeń autonomii człowieka. Należy jednak zastanowić się, że ograniczenia zdarzają się nie tak rzadko. Większość z nich wprowadzana jest w interesie społecznym, np. zakaz palenia w miejscach publicznych, obowiązkowe szczepienia. Czy w interesie społecznym nie należałoby pobierać narządów od osób zmarłych?

Piśmiennictwo

1. Brehant J. (1980). *Thanatos, chory i lekarz w obliczu śmierci*. Warszawa.
2. Dodziuk A., *Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby*. Instytut Psychologii Zdrowia.
3. Nowacka M. (2003). *Etyka a transplantacje*. Warszawa, PWN (s. 15–16).
4. Bernard J. (1994). *Od biologii do etyki. Nowe horyzonty wiedzy, nowe obowiązki człowieka*, PWN (s. 43–44).
5. Kornas S. *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowskie Wydawnictwo Diecezjalne, Częstochowa 1986 (s. 213).
6. Encyklopedia PWN 1999 r.
7. Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 26.10.1995 r.
8. Encyklika *Evangelium vitae*.
9. Kongregacja Nauki i Wiary, *Dominum vitae*, Wstęp 3
10. Jan Paweł II, XVIII Międzynarodowy Kongres Towarzystwa Transplantologicznego z dnia 29.08.2000.
11. Slipko T. *Granice życia*, Warszawa 1988.
12. WWW.przeszczep.pl – Polski Portal transplantacyjny. Serwis Stowarzyszenia „Życie po przeszczepie”.
13. WWW.poltransplant.pl
14. Bohatyrewicz R., Makowski A., Kępiński S.: „Rozpoznawanie śmierci mózgu”, Wałaszewski W., Pączek L., red.: *Transplantologia Kliniczna*, Warszawa, PZWL 2004.
15. Tatoń J.: *Filozofia w medycynie*, Warszawa PZWL, 2003: 86.

H. Rolka^{1,2}, H. Mroczkowska³, C. Łukaszuk^{1,2}, E. Krajewska-Kułał^{1,2},
K. Ostapowicz-Vann Damme¹, B. Kowalewska^{1,2}, A. Gołębiwska²,
B. Jankowiak^{1,2}, D. J. Kondzior¹, K. Klimaszewska¹, K. Kowalczuk¹

Przez śmierć ofiarowanie daru życia – opinie studentów kierunku zarządzanie i marketing PWSI i P w Łomży na temat przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych

Od czasów, gdy medycyna zaczęła rozumieć rolę poszczególnych narządów w funkcjonowaniu ludzkiego organizmu, ludzie zastanawiali się, czy nie można by wymienić części wadliwej na nową, spełniającą swoje czynności prawidłowo. Marzenia te zaczęły się spełniać dopiero w XX wieku, gdy odkryto sposoby przenoszenia komórek, tkanek i całych narządów pomiędzy różnymi organizmami. Medycyna transplantacyjna rozwija się obecnie intensywnie, poszerzając możliwości leczenia różnych chorób. Transplantacja jest to „postępowanie chirurgiczne polegające na przemieszczaniu tkanki lub narządu w miejsce narządu brakującego, ubytku lub uszkodzenia prowadzącego do daleko posuniętej niewydolności” [4]. Jest zatem metodą ratowania zdrowia, a nawet życia drugiego człowieka, którego nie można wyleczyć w inny sposób. Idea przeszczepiania narządów zwykle nie spotyka się ze sprzeciwem społecznym. Dylematy moralno-etyczne powstają w sytuacji podjęcia decyzji o oddaniu narządów do przeszczepu osoby bliskiej, która nie wyraziła za życia zgody na ich pobranie oraz nie przedstawiała swojego stanowiska osobom bliskim.

Doktryna katolicka nie przeciwstawia się transplantacji, jednak wskazuje na kwestie etyczne „Przeszczep narządów jest moralnie nie do przy-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

³ Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

jęcia, jeśli dawca lub osoby uprawnione nie udzieliły na niego wyraźnej zgody. Jest on natomiast zgodny z prawem moralnym i może zasługiwać na uznanie, jeśli zagrożenia i ryzyko fizyczne i psychiczne ponoszone przez dawcę są proporcjonalne do pożądanego dobra u biorcy. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób” (KKK 2296). Paweł II w encyklice „*Evangelium vitae*” akcentuje inny, pozytywny aspekt transplantacji: Zdaniem Papieża, przeszczepy są dużym krokiem naprzód w służbie nauki dla człowieka. Transplantacja coraz częściej okazuje się ważnym sposobem wypełniania głównego celu całej medycyny, którym jest służba życiu ludzkiemu. Trzeba jednak pamiętać, że każdy przeszczep organu ma źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej, polegającej na zaoferowaniu za darmo części własnego ciała drugiej osobie dla jej zdrowia i dobrego samopoczucia. Jan Paweł II uważa, że szlachetność takiego gestu polega na tym, że jest on prawdziwym aktem miłości. Nie jest to bowiem kwestia podarowania czegoś, co do nas należy, ale czegoś z siebie [4].

Inne wyznania dopuszczają również transplantację wskazując na inne kwestie etyczne, które należy przestrzegać. Moralność protestancka wyraźnie wskazuje, że przeszczepianie narządów jest uzasadnione, jeśli dawca jest szanowany i respekt okazywany jego rodzinie jest co najmniej równy biorcy. Jeśli członkowie rodziny nie zgadzają się co do wyrażenia zgody na pobranie narządów powstaje problem. Zaleca się prowadzenie dyskusji do chwili osiągnięcia porozumienia [2, 3, 4].

Religia muzułmańska dopuszcza przeszczepianie narządów pobranych od innej osoby, jeśli spełniono następujące warunki: zgon stwierdziła komisja złożona z trzech lekarzy, w tym neurologa (chirurg, który ma przeprowadzić zabieg, nie może być członkiem tej komisji), nie zostanie wypłacone wynagrodzenie, przeszczep będzie przeprowadzony w ośrodku akredytowanym przez Ministerstwo Zdrowia danego kraju, zmarły podczas życia nie wyrażał sprzeciwu wobec pobrania narządów. Jeśli część rodziny dawcy nie zgadza się na oddanie narządów, można przeprowadzić zabieg, jeśli najbliższa rodzina nie wyraża sprzeciwu oraz *a fortiori*, jeśli zmarły za życia wyraził zgodę na pobranie narządów. Moralność buddyjska wyraźnie wskazuje zasady „jeśli zmarły wyraźnie stwierdził za życia, że jego narządy mogą zostać pobrane, jest to akt dobroczynności. Jeśli tak nie było, nie można dokonać pobrania” [2, 4].

Transplantacja jako jedna z najbardziej kontrowersyjnych metod współczesnej medycyny stawia przed nami najtrudniejsze problemy

etyczne, techniczne, społeczne. Głównym problemem współczesnej medycyny transplantacyjnej jest brak narządów do transplantacji. Pomimo coraz częściej prowadzonych akcji informacyjnych odnośnie zalet, jakie daje transplantacja istnieje nadal duży opór w stosunku do przeszczepiania narządów. Bardzo ważne jest, aby uświadomić młodemu pokoleniu jak wiele zalet płynie z ofiarowania narządu drugiemu człowiekowi, który być może skazany jest na nieuchronną śmierć.

Cel prac

Celem prezentowanej pracy było:

1. Zbadanie opinii studentów marketingu i zarządzania na temat przeszczepu narządów od dawców żywych i martwych.
2. Określenie czy studenci są za czy może przeciw przeszczepianiu narządów od dawców żywych i martwych.
3. Określenie stanowiska studentów w stosunku do handlu narządami przeznaczonymi do przeszczepu.

Materiał i metoda

Badaniu poddano 50 studentów PWSiP w Łomży na kierunku Zarządzanie i Marketing. Do oceny zbadania opinii studentów na temat przeszczepiania narządów od dawców martwych i żywych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dla potrzeb tej pracy skonstruowano narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał łącznie 22 pytania. Pierwsze 6 pytań dotyczyło danych osobowych badanej grupy studentów, natomiast 16 pytań dotyczyło ogólnej opinii badanych w stosunku do przeszczepiania narządów.

Wyniki badań i ich omówienie

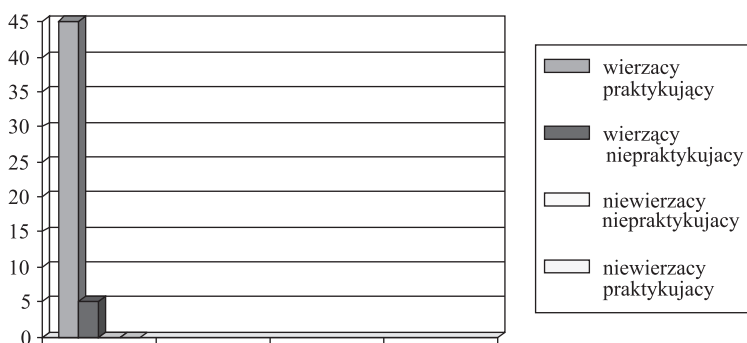
W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 50 studentów. W badanej grupie było 39 kobiet i 11 mężczyzn.

Spośród pięćdziesięciu studentów biorących udział w badaniu ankietowym najwięcej, aż 47 osób znalazło się w przedziale wiekowym od 21–23 lat. Zaledwie trzech badanych tworzyło przedział wiekowy od 24–26 lat.

Mając na uwadze pochodzenie studentów biorących udział w badaniu zauważa się, że ilość studentów zamieszkałych na obszarach miejskich, jak i wiejskich jest zbliżona. 27 studentów zamieszkuje obszary miejskie, zaś 23 studentów obszary wiejskie. Analizując dane 33 studentów posiadało wykształcenie średnie, 15 studentów posiadało wykształ-

cenie wyższe. Niespełna 2 badanych posiadało wykształcenie średnie zawodowe. Z danych wynika, że większość badanych, aż 45 osób jest osobą wierzącą praktykującą, pozostałych 5 badanych jest wierzących lecz niepraktykujących.

Ryc. 1. Wyznanie badanych



Badana grupa studentów to osoby wyznania katolickiego. Charakterystykę grupy badawczej pod względem wyznawanej religii obrazuje poniższa tabela

Tabela 1. Religie wyznawane przez badanych

Religie wyznawane przez badanych	Liczba	%
chrześcijaństwo katolickie	50	100%
chrześcijaństwo prawosławne	0	0%
chrześcijaństwo protestanckie	0	0%
judaizm, islam, buddyzm, hinduizm, toaizm	0	0%
inne	0	0%

Przeprowadzając badania zapytano respondentów czy znany jest im termin transplantacja. Większość badanych 48 osób (98%) wie czym zajmuje się dziedzina zwana transplantologią, zaledwie 2 badanych (2%) nie wie co to jest transplantacja.

Większość badanych 47 osób (97%) popiera przeszczepianie narządów od dawców żywych, zaledwie 3 badanych (3%) jest przeciwnych przeszczepianiu narządów od dawców żywych. Opinie badanych obrazuje poniższy wykres.

Ryc. 2. Opinia badanej grupy studentów odnośnie przeszczepiania narządów od dawców żywych



Zdecydowana większość badanych 46 osób (92%) popiera przeszczepianie narządów od dawców martwych, 3 badanych (6%) jest przeciwna przeszczepianiu narządów od dawców martwych, zaledwie 1 osoba (2%) z badanej grupy nie ma zdania w tej sprawie. Spośród badanej grupy 39 studentów (78%) twierdzi, że wyznawana przez nich wiara nie ma wpływu na ich stanowisko w sprawie transplantacji, 6 badanych (12%) sądzi że wyznawana przez nich wiara ma wpływ na ich stanowisko, 5 badanych (10%) nie ma zdania w tej sprawie. Pytano badanych również, jaki jest ich pogląd na przeszczepianie narządów od dawców żywych spokrewnionych. Ankietowani odpowiedzieli na to pytanie następująco: 33 kobiety (66%) i 9 mężczyzn (18%) akceptuje w pełni przeszczep jako metodę leczniczą, 1 kobieta (2%) i 1 mężczyzna (2%) popiera częściowo, 1 mężczyzna jest przeciwny przeszczepianiu narządów od dawców żywych spokrewnionych, 5 badanych kobiet (10%) nie ma zdania w tej sprawie. Opinie badanych przedstawia tabela 2.

Większość badanych studentów 35 osób (70%) nie rozmawiało z bliskimi na temat swojego stanowiska wobec przeszczepów i nie znają oni ich stanowiska w tej sprawie, 14 osób (28%) spośród badanych rozmawiało na tego typu temat, zaledwie 1 z badanych (2%) zamierza to uczynić.

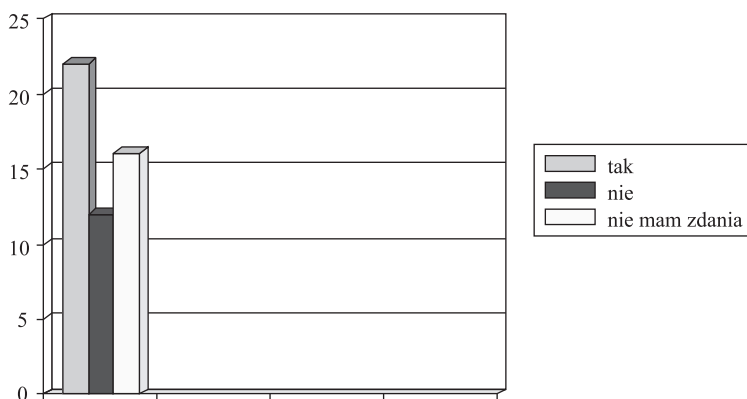
Spośród badanych 24 osoby (48%) oddałyby swoje narządy do transplantacji, 18 studentów (36%) nie wie czy zdecydowałyby się na oddanie swoich narządów, 4 osoby (8%) zdecydowanie oddałyby swoje narządy, natomiast 4 badanych (8%) nie oddałyby swoich narządów do transplantacji.

Tabela 2. Pogląd badanych odnośnie przeszczepiania narządów od dawców żywych spokrewnionych

Pogląd badanych odnośnie przeszczepiania narządów od dawców żywych spokrewnionych				
	Mężczyźni		Kobiety	
	liczba	%	liczba	%
akceptuje ją w pełni	9	82%	33	84,5%
popieram częściowo	1	9%	1	2,5%
jestem przeciwny(a) przeszczepom od dawców żyjących	1	9%	0	0,0%
nie mam zdania	0	0%	5	13,0%

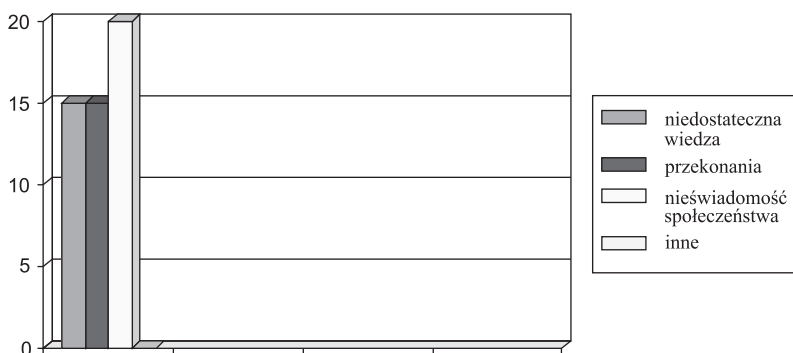
Fakt wyrażenia zgody na pobranie narządów bliskiej osoby w przypadku, gdy lekarz uznałby, że pacjent nie ma szans na przeżycie 22 ankietowanych (44%) uważa za czyn humanitarny, 16 badanych (32%) uważa tego typu czyn za niehumanitarny, natomiast 12 badanych (24%) nie ma zdania w tej sprawie.

Ryc. 3. Opinia badanych odnośnie tego czy humanitarnym jest oddanie nerki za życia



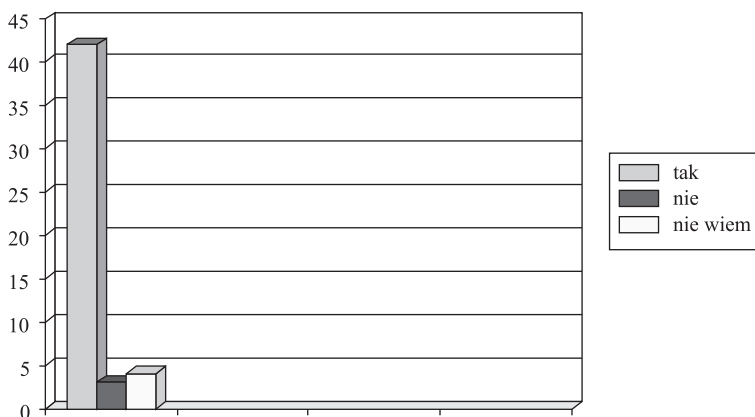
Zdaniem 20 ankietowanych (40%) główną przyczyną oporu społeczeństwa wobec pobierania narządów od dawców żywych i martwych jest nieświadomość społeczeństwa, 15 osób (30%) uważa, że przyczyną oporu jest niedostateczna wiedza z zakresu transplantologii oraz 15 badanych (30%) uważa, że przyczyną oporu są przekonania.

Ryc. 4. Opinia studentów odnośnie tego co ich zdaniem jest główną przyczyną oporu społeczeństwa wobec pobierania narządów



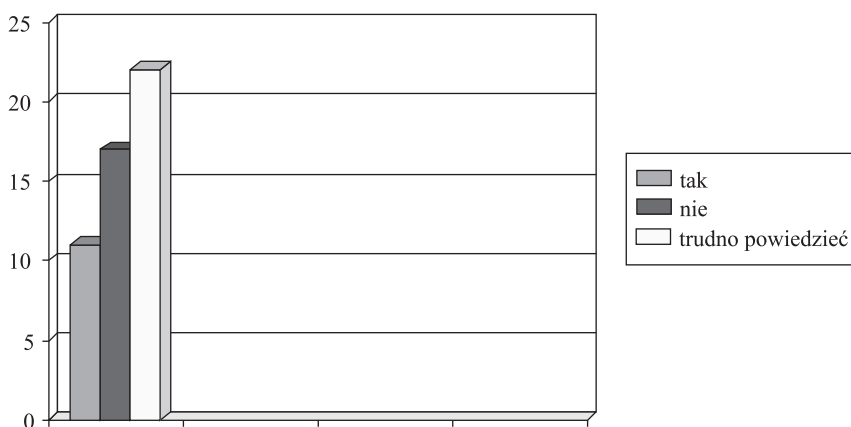
Zdaniem przeważającej liczby studentów lekarze powinni pytać rodzinę zmarłego dawcy o zgodę na pobranie narządów, jedynie niespełna 3 badanych (6%) odpowiedziało, że nie powinno się pytać rodziny, 4 badanych (8%) nie wie czy powinno się pytać rodzinę o zgodę na pobranie narządów. Opinie badanych przedstawia poniższy wykres.

Ryc. 5. Opinia badanych odnośnie tego czy lekarze powinni pytać rodzinę zmarłego dawcy o zgodę na pobranie narządów



Spośród badanej grupy studentów 22 osobom (44%) trudno powiedzieć, czy są za legalizacją handlu narządami od żywych dawców, 17 badanych (34%) jest przeciwnych legalizacji handlu żywymi narządami, 11 badanych (22%) popiera tego typu metodę.

Ryc. 6. Opinia badanych odnośnie tego czy są „za” czy „przeciw” legalizacji handlu żywymi narządami



Wnioski

Na podstawie analizy badań sformułowano następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość studentów jest zwolennikami przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych.
2. Studenci w pełni akceptują metodę leczenia, jaką jest przeszczepianie narządów od dawców żywych spokrewnionych, a przeszło połowa ankietowanych oddałaby swoje narządy do transplantacji.
3. Większość badanych nie rozmawiała z bliskimi na temat swojego stanowiska w stosunku do przeszczepiania narządów, ale zdecydowanie większość respondentów oddałaby narządy do przeszczepu osobom najbliższym.
4. Większość badanych twierdzi, że wyrażenie zgody na pobranie narządów od bliskiej osoby, która nie ma szans na przeżycie jest czynem humanitarnym, a główną przyczyną oporu społeczeństwa wobec pobierania narządów od dawców żywych i martwych jest nieświadomość społeczeństwa.
5. Ankietowani uznają stan współczesnej medycyny za wysoki w dziedzinie transplantologii.
6. Ankietowanym trudno jest wyrazić opinię dotyczącą legalizacji handlu żywymi narządami.

Piśmiennictwo

1. Biesaga T.: Elementy etyki lekarskie. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2006, 150.
2. Nowacka M.: Etyka a transplantacja. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 2003, 43.
3. Pawlicka B., Szczepański M.: Dar życia i jego społeczny kontekst. Świadomości społeczne. Prace naukowe i konferencyjne. Wyższa Szkoła Zarządzania i Nauk Społecznych w Tychach, Tychy, 2003, 7–8.
4. Storkebaum S.: Dar życia. Wszystko o przeszczepach narządów. Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa, 1999, 178–179, 188.



Psychoonkologia

Jacek Łuczak¹

Cierpienie duchowe a somatyczne u chorych w schyłkowym okresie życia

U chorych w schyłkowym okresie życia w wieloobszarowym wymiarze cierpienia można wyróżnić komponent somatyczny – cielesny, psychosocjalny oraz duchowy – egzystencjalny.

Somatyczny – cielesny wymiar cierpienia zawiera trzy składowe

1. **Objawy somatyczne** (dolegliwości/lokalizacja uciążliwość), ustalenie patomechanizmu, nasilenia (VAS), wpływu na życie – funkcjonowanie.
2. **Niekorzystne zmiany wyglądu** – utrata atrakcyjności, przykre zapachy, oszpecenie – uczucie odrazy u opiekujących się – przewyższające samarytańską potrzebą zapewnienia właściwej wszechstronnej opieki cierpiącym.
3. **Upośledzenie aktywności fizycznej** – postępujące zniedołężnienie – ustalenie stopnia zaburzeń/utrąty zdolności do zaspakajania potrzeb (ECOG, Karnofsky, skale jakości życia).

Percepcja cielesnych dolegliwości zależna od stanu psychicznego, morale i otrzymywanego wsparcia.

Ustalenie czynników somatycznych na inne sfery: emocjonalną, socjalną i duchową

Sytuacje naglące, plan działania uwzględniający przewidywane trudne sytuacje i uwzględnienie autonomii chorego w podejmowaniu decyzji co do zakresu i intensywności terapii.

¹ Katedra i Klinika Medycyny Palliatywnej, Hospicjum Palium Szpitala Klinicznego Pzemienienia Pańskiego UM im. K. Marcinkowskiego

Cierpienie duchowe – egzystencjalne

Obszar cierpienia egzystencjalnego – duchowego, jak i istota duchowości związane z osobowością w odróżnieniu od somatycznej sfery (Kellehear, Pall Med. 2000, 14, 149–155) są subiektywne i nie dają się zdefiniować (Heyse-Moore, Draper).

Duchowość, dusza – trudne do określenia, immanentna – duchowość – poszukiwanie sensu istnienia, wartości osobowych i znaczenia bytu, wiara w byt pozaziemski, poza mną/moją jaźnią.

Duchowość: „Poszukiwanie sensu istnienia w oparciu o doświadczenia życiowe z reguły w oparciu o siłę (moc) poza mną, niekoniecznie nazywaną Bogiem, pozwalającą na transcendencję i podtrzymanie nadziei” „poszukiwanie sensu istnienia w oparciu o doświadczenia życiowe z reguły w oparciu o siłę (moc) poza mną, niekoniecznie nazywaną Bogiem, pozwalającą na transcendencję i podtrzymanie nadziei” (P. Speck).

Religijna duchowość – związana z wiarą w Boga / związek z Bogiem / Bóstwem, praktyki, rytuały.

Ból duchowy/egzystencjalny – istnienia: „Nie mogę znaleźć miejsca zapewniającego mi spokój”. „Nie mogę niczego zrobić tak, jak bym chciał, życie jest nieznośne, jestem niczym, jestem ciężarem dla bliskich, czuję się osamotniony, nie czuję obecności Boga”.

Fenomen bólu duchowego – egzystencjalnego (wg Zb Pawlak w *Medycyna Paliatywna w Choroby wewnętrzne t II*, pod red. A. Szczeklika 2006)

1. **Doznanie osamotnienia** – Nie chodzi tu o samotność fizyczną, tzn. taką gdy chory jest sam i nie ma nikogo bliskiego przy sobie, ani o samotność emocjonalną, gdy bliscy są i towarzyszą choremu, ale nie interesują się lub nie chcą rozmawiać o jego cierpieniu. Tu chodzi o „samotność metafizyczną” człowieka, który wkracza w śmierć („misterium mortis”) – otchłań niewiedzy. Pomocna jest modlitwa!

2. **Natręctwo myśli egzystencjalnych** – Te pytania o prawdę i sens ludzkiego istnienia, które spontanicznie rodzą się w umyśle umierającego człowieka i które chory ujawnia, zaliczam do kategorii „bólu egzystencjalnego” dlatego, że rodzą się one spowodowane cierpieniem i towarzyszącym mu lękiem, a nie teoretycznymi zainteresowaniami filozofią. Oto niektóre z nich: *Kim jestem jako człowiek? Jaki sens ma ludzkie życie? Jaki sens cierpienia? Czy jest Bóg? Jak mnie osądzi? Gdzie podziła się Jego miłość? Czy naprawdę jest wieczność?*

3. **Niespokojne sumienie** – poczucie odpowiedzialności za dokonane życie potęguje się w obliczu śmierci.

Rola narracji, komunikowania się – wsparcia

Historię choroby: wywiad, badanie przedmiotowe i badania pracowniane (ukierunkowane na objawy), przebieg leczenia *zawsze* należy uzupełnić – o swobodny przekaz – **narrację – historię cierpienia** obejmującą nie tylko medyczne, ale również psychosocjalne (wyrażenie emocji, uwarunkowania rodzinne w czym pomocny jest genogram) i egzystencjalne/duchowe obszary cierpienia chorego i jego bliskich.

Narracja ma pomóc w zapoznaniu się z cierpieniami chorego i jego bliskich poprzez wzbudzoną empatię wyzbycie się oznak profesjonalizmu, ale i ubrania („wejście w skórę chorego”, zamiana miejscami), wczucie się w jego sytuację, mają umożliwić zrozumienie tego, co przeżywa on i jego bliscy. Należy uwzględnić często pomijane cierpienia osób bliskich (first line carers).

Pozwólmy choremu i jego bliskim (osoba kluczowa) wyrazić przeżywane cierpienia poprzez przedstawienie swoimi słowami wydarzeń, przeżyć, odczuć, potrzeb, oczekiwań związanych z chorobą („ta choroba mnie dopadła”), wpływem na cielesne psychosocjalne, ale i duchowe /egzystencjalne aspekty życia z uwzględnieniem relacji z Bogiem („czuję, że Bóg mnie opuścił”).

Dla przeprowadzenia spotkania z cierpiącym chorym i jego bliskimi konieczne jest zapewnienie odpowiednich warunków, czasu, **empatycznego** słuchania, przyzwolenie na intymność (Barnard).

Zazwyczaj personel medyczny koncentruje się na opisywanych przez chorego objawach/dolegliwościach, starając się, co jest niezwykle ważne, jak najszybciej i najlepiej **przynieść ulgę** (przeciągający się ból cielesny szybko prowadzi do obezwładnienia chorego, obniża jego morale, jest oznaką zbliżania się śmierci w nieuśmierzonych mękach), nie zawsze jednak zwraca uwagę na niekorzystne zmiany wyglądu i postępujące zniechęcenie („ciało przestaje mi służyć”, skargi na osłabienie – męczliwość należą do najczęściej zgłaszanych przez chorych w opiece paliatywnej), które **mają istotny wpływ na narastające cierpienie egzystencjalne** – „życie staje się coraz cięższe – nie do wytrzymania, jestem ciężarem dla innych!” Ciało jest domem dla myśli, wyobrażeń, uczuć, ale i duchowości.

Cierpienie duchowe/egzystencjalne trudne do zdefiniowania często jest mylone z negatywnymi emocjami i nie rozpoznawane. Z reguły nie są zadawane pytania z rodzaju: „opowiedz mi o swoim cierpieniu, o tym co jest najtrudniejsze, czy mógłbyś mi powiedzieć, co jest takie trudne

w relacjach Twoich z bliskimi, Bogiem i samym sobą”. Niejednokrotnie gdy chory mówi, że życie traci dla niego sens i nie ma oparcia nawet w Bogu, rozmowa na ten temat nie jest podtrzymywana, a personel medyczny koncentruje swoją uwagę na dolegliwościach cielesnych i psychicznych, co więcej medykalizuje cierpienie duchowe poprzez podawanie anksjolityków.

Zapomina się o tym, że zarówno empatyczna rozmowa (również milczenie), jak i sama życzliwa obecność – **towarzyszenie** wolontariusza, pielęgniarki, kapelana, psychologa czy lekarza mają działanie kojące i że kluczem do przyniesienia ulgi w dolegliwościach cielesnych może być **wsparcie duchowe** (zaakceptowanie osoby chorego takim jaki jest, czemu nie mogą przeszkodzić nieatrakcyjny wygląd, budzący odrazę zapach, brak zgody na proponowane postępowanie, prośba o eutanazję, ateizm, a nawet niekiedy agresywne zachowanie).

Rola opieki paliatywnej i hospicyjnej

W opiece paliatywnej i hospicyjnej istotne znaczenie ma właściwe, oparte na prawdzie i zrozumieniu komunikowanie się z chorym, jego bliskimi i osobami wchodzącymi w skład sprawującego opiekę interdyscyplinarnego zespołu, jak również znajomość radzenia sobie chorego z cierpieniem, którego doświadcza – **godność – męstwo bycia** – oraz oczekiwań zarówno w sferze nadziei, jak i marzeń, trudnych do osiągnięcia. Umiejętna opieka – przystosowana do dynamicznie postępującego procesu chorobowego wymaga właściwego postępowania medycznego łącznie z wszechstronnym wsparciem udzielanym choremu i jego bliskim, przy równoczesnym uwzględnieniu autonomii chorego i jego preferencji. Opieka ta ma istotne znaczenie w uchronieniu cierpiącego, odczuwającego osamotnienie chorego, przed rozpaczą, mają na celu wzbudzenie otuchy, że jest nadal ważną osobą dla opiekujących się, mogącą liczyć na wszechstronną pomoc zespołu opieki paliatywnej i hospicyjnej (co zapewnia poczucie bezpieczeństwa). Działania te wspomaganie dyskretną, wspólną modlitwą mogą być pomocne w przywróceniu/umocnieniu wiary w miłosiernego Boga.

Liverpool Care of the dying A pathway to excellence (J Ellershaw. S Wilkinson Oxford University Press 2003) uwzględnia wszechstronność działań, w tym również opiekę duchową nad chorym u schyłku życia.

Ryc. z książki *Illness and healling*, Kanada 1995

Schemat cierpienia (ból wszechogarniającego) Total pain

SOMATYCZNE

Uszkodzenie ciała wywołane ciężką postępującą chorobą oraz ubocznymi efektami leczenia, prowadzą do: zniedołężnienia, zmian wyglądu ciała, deformacji, wystąpienia dokuczliwych objawów, osłabienia, bezsenności

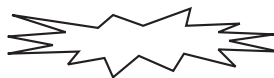
PSYCHICZNE

Złość z powodu:
Braku efektów leczenia
Progresji lub nawrotu choroby,
Odstąpienia od leczenia przyczynowego,
Opóźnienia w ustaleniu rozpoznania,
Niekorzystnych zmian wyglądu
Strachu przed bólem, umieraniem i śmiercią
poczuciem beznadziejności w cierpieniach

SOCJALNE

Troska o los bliskich
i ich zabezpieczenie finansowe
Utrata pozycji społecznej
Utrata roli w rodzinie
Uczucie opuszczenia i izolacji

“TOTAL PAIN”



DUCHOWO/EGZYSTENCJONALNE

Dlaczego mnie to spotkało?
Dlaczego Bóg skazuje mnie na takie cierpienia?
Czy takie życie ma sens? Czy ktoś mi przebaczy
popelnione winy?
Co jest po śmierci? Czy jest życie wieczne? Czy Ja
TAM będę?
Czy spotkam się znów z moimi bliskimi?

Cierpienie doznania – udręka związana z bólem fizycznym, innymi dokuczliwymi objawami, utratami (kalectwo, zniedołężnienie utrata roli/pozycji, godności, bliskiej osoby, wiary) i innymi nieszczęściami związanymi z ciężką, postępującą, śmiertelną chorobą. **Webster:** cierpieć – ponosić szkodę lub stratę.

Chapman, Gavrin – cierpienie jest zagrożeniem integralności osoby (w aspektach somatycznym, psychosocjalnym i duchowym/egzystencjalnym).

Cassel – chory cierpi jako osoba, cierpienie a komponenty osobowości (przeszłość, relacje, rola).

Cierpienia egzystencjalne/duchowe

Ocena dokonań – bilans życiowy, poczucie winy, poszukiwanie: sensu życia, sensu cierpienia, Boga; potrzeba przebaczenia, prawdy, pożegnania; transcendencja. Chorzy zadają pytania, na które nie starajmy się znaleźć odpowiedzi: Dlaczego Ja? Dlaczego teraz? Co jest po śmierci? Istotne znaczenie mają obawa o utratę godności, zmieniająca się rola nadziei oraz wiary. Często problemy egzystencjalne – duchowe, natury religijnej ujawniają się, gdy uda się opanować dokuczliwe dolegliwości somatyczne.

Godność: szczególna wartość człowieka jako osoby pozostającej w relacjach interpersonalnych nadających sens życiu; godność zakłada poczucie wewnętrznej wolności, autodeterminacji i odpowiedzialności. Człowiek z poczuciem godności potrafi cierpieć, sytuacje trudne przyjąć bez rozpacz, akceptując przeciwności życia (Encyklopedia Katolicka, KUL Lublin 1989).

Nadzieja: obejmująca wiele obszarów, siła życiowa – oczekiwania, które są budowane na realnej ocenie trudnej sytuacji, co do których brak jednak pewności czy się spełnią. Obiektem nadziei jest upragnione, realne do osiągnięcia dobro, ważne dla danej osoby, osoby bliskiej, ale i pacjenta. Nadzieja jest otwarciem na to, co może się wydarzyć (Margaret Byrne). Światło w mroku *Wypieranie prawdy – nieuzasadniony optymizm – (fałszywa nadzieja) – odwołają uświadomienie realnej oceny – budowanie prawdziwej nadziei.* Opieka paliatywna – ma pomóc w zbudowaniu realistycznej nadziei!

Iwona Pieniążek¹, Anna Kliś-Kalinowska^{1,2}, Izabela Chmiel³,
Jan Iwaszczyszyn¹, Zofia Musiał², Bogumiła Baran-Osak²,
Iwona Fąfara²

Psychologiczne aspekty osierocenia i żałoby w opiece paliatywnej

Wstęp

Śmierć kogoś bliskiego należy do najtrudniejszych doświadczeń w życiu każdego człowieka. Utrata kochanej osoby wiąże się z szerokimi zmianami życiowym; krzyżuje plany i marzenia, odbiera nadzieję. Odejście człowieka, z którym byliśmy mocno związani wywołuje zazwyczaj gwałtowne reakcje emocjonalne. Narusza system wartości, poczucie tożsamości i przekonanie o stabilności świata, wpływa także na relacje z innymi ludźmi. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że śmierć osoby bliskiej stanowi sytuację kryzysową nawet wtedy, gdy była przewidywana, a przeżywany kryzys jest tym głębszy, im bardziej utrata była niespodziewana i w subiektywnym przeżywaniu „niesprawiedliwa” [1].

Śmierć bliskiej osoby, jak każda sytuacja kryzysowa, może stanowić swego rodzaju wyzwanie, punkt zwrotny, otwierający szanse rozwoju. Aby do tego doszło potrzeba najczęściej pomocy z zewnątrz, albowiem osoba przeżywająca kryzys może nie mieć wystarczających możliwości poradzenia sobie z problemem. Źródłem wsparcia w tej sytuacji jest najbliższa rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, czasami potrzebna jest pomoc profesjonalna.

¹ Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy ZOL w Krakowie

² Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

³ Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Poniższe rozważania dotyczą roli pomocy psychologicznej, świadczonej przez członków zespołów paliatywno-hospicyjnych, w łagodnym przechodzeniu kryzysu związanego ze śmiercią oraz w profilaktyce patologii w procesie zmagania się ze stratą.

Przebieg i charakterystyka żałoby

Z punktu widzenia psychologii istotne znaczenie ma nie tyle sama sytuacja utraty, co reakcja na nią. Nazywana jest ona różnie, najczęściej żałobą, bólem, żalem po stracie, przeżywaniem utraty lub osieroceniem [2, 4]. Przytoczone terminy stosowane są najczęściej zamiennie, choć niektórzy autorzy starają się sprecyzować ich znaczenie definiując osierocenie, jako: „sytuację człowieka, który z powodu śmierci utracił ważną dla siebie osobę”, natomiast żałobę określając, jako: „społeczny wyraz reakcji na utratę bliskiej osoby, usankcjonowany typowymi dla danej społeczności obyczajami”, co wyraża się noszeniem odpowiedniego stroju, unikaniem zabaw, itp. [5].

Osierocenie, czyli utrata znaczącej więzi na skutek śmierci nie jest stanem, ale dynamicznym i indywidualnie zróżnicowanym procesem. Proces ten obejmuje zwykle około 6–12 miesięcy. Niektórzy jednak uważają, że czas ten może się wydłużać nawet do 4 lat. Na prawidłowy przebieg procesu osierocenia mają wpływ cechy osobowościowe osieroczonego, optymizm, zaradność, umiejętność rozładowywania sytuacji stresowych, brak wcześniejszych załamań psychicznych lub zaburzeń nerwicowych.

Żałoba, będąca reakcją na utratę, przebiega zazwyczaj etapami – możemy wyróżnić w niej 3 okresy:

- okres I – ostrej rozpacz, połączonej z zachwianiem równowagi psychicznej,
- okres II – czas wyrównanego przygnębienia,
- okres III – faza adaptacji [3].

W początkowym okresie przeżywania żałoby pojawiają się reakcje szoku i zaprzeczania, następnie emocje aktywizujące (np. gniew), dalej występuje depresja, a dopiero po jej przeżyciu osoba osierocona ma możliwość odzyskania równowagi psychicznej [2]. W naturalny przebieg żałoby wpisany jest szereg uczuć, przeżyć i zachowań. Do najczęściej wymienianych emocji związanych z utratą należą:

- szok i przeżywanie nierealności: „To nie może być prawda”
- lęk związany z destabilizacją i przewidywaną zmianą sytuacji życiowej: „Co teraz ze mną będzie?”, „Jak sobie dam radę?”

- gniew skierowany głównie do Boga, personelu medycznego, a niekiedy przeciwko samemu sobie lub ku zmarłemu: „Dlaczego mi to zrobiłeś?”.
- obwinianie siebie i poczucie niepewności: „Czy wszystko zostało zrobione?”
- poczucie wstydu
- doznanie ulgi, związane z przekonaniem, że zmarły „już nie cierpi”.
- poczucie osamotnienia
- smutek, żal, niekiedy głębokie przygnębienie.

Wyrazem uczuć doświadczanych w okresie żałoby jest obniżony nastrój oraz spadek dynamiki życiowej, przejawiający się między innymi w: zmniejszeniu aktywności, utracie zainteresowań światem zewnętrznym, wycofaniu się z działań nie związanych ze wspomnieniami utraczonej osoby, jak również w postaci poczucia wyczerpania [2]. Przeżywanie utraty pociąga za sobą liczne dolegliwości somatyczne, takie jak: osłabienie, zwiększone napięcie mięśniowe, kołatanie serca, trudności w oddychaniu, brak apetytu, zaburzenia snu.

W wymiarze poznawczym przeżywania żałoby pojawiają się czynnościowe zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci, zaabsorbowanie myśli i wyobrażeń problemem straty, rozpamiętywanie i rekonstrukcja minionych zdarzeń krok po kroku. Często osobom osieroconym towarzyszy poczucie obecności zmarłego (bądź też jego obecność zaznacza się w marzeniach sennych), niekiedy występują halucynacje.

W sferze zachowania, w okresie żałoby podejmowane bywają działania chaotyczne i bezcelowe wynikające z pobudzenia psychomotorycznego. Niekiedy obserwuje się tendencję do izolacji, skłonność do unikania wspomnień bądź nadmiernego wspomniania, czasami występuje również wzmożona aktywność [2, 4].

Żałoba, choć stanowi bardzo trudny, bolesny i długotrwały proces radzenia sobie, jest naturalną reakcją na poniesioną stratę, konieczną dla odzyskania równowagi psychicznej. „Przejsie całego procesu żałoby jest warunkiem poradzenia sobie z urazem, jakim jest śmierć bliskiego. Poradzenie sobie oznacza włączenie i zaakceptowanie tego wydarzenia w przebiegu własnego życia, a nie izolowanie się od niego” [1]. Niezmiernie trudno jest określić „dobre” zakończenie procesu osierocenia. O „dobrze przeżytej, zakończonej żałobie” świadczyć mogą następujące czynniki:

- możliwość wspomniania zmarłego bez poczucia bólu,
- dobre samopoczucie przez większość czasu,

- umiejętność cieszenia się z drobnych rzeczy,
- możliwość ponownego stawiania czoła problemom,
- uwolnienie się spod władzy smutku [6].

Żałoba patologiczna

Ustalenie granicy pomiędzy normalnym (typowym) i patologicznym (nietypowym) przeżywaniem sytuacji utraty było przedmiotem rozważań wielu autorów [1, 2, 4, 5]. Nietypowy przebieg żałoby wyróżniono na podstawie kryterium intensywności oraz długości doznań i procesów, które są nieodłącznie związane z przebiegiem osierocenia. Nacisk kładzie się z jednej strony na zahamowanie ekspresji uczuć lub ich brak, z drugiej zaś podkreśla się intensyfikację i przedłużenie czasu trwania objawów typowej żałoby [7]. Osobami zagrożonymi żałobą patologiczną są osoby mające trudności w ekspresji uczuć, skrajnie zależne od zmarłego, u których występowała ambiwalencja we wcześniejszym związku z bliskim zmarłym, również osoby z nagromadzeniem dużej ilości strat w krótkim czasie. Na wystąpienie żałoby patologicznej mają wpływ również okoliczności śmierci, zwłaszcza jej dramatyczny przebieg.

W literaturze spotkać można różne opisy i klasyfikacje nietypowego przebiegu żałoby.

S. Lieberman wyróżnia trzy wzorce chorobliwego przeżywania utraty:

1. Unikanie – polega na fobicznym unikaniu miejsc, osób i przedmiotów związanych ze stratą, czemu towarzyszy duże natężenie poczucia winy oraz gniewu, zwróconego przeciwko zmarłemu oraz osobom i okolicznościom związanym ze śmiercią.
2. Idealizacja – zupełny brak przeżywania utraty ze współwystępującym poczuciem gniewu wobec ludzi i okoliczności towarzyszących śmierci; przy czym postać zmarłego jest idealizowana.
3. Długotrwałe przeżywanie połączone z chorobą fizyczną – utrzymujące się przez dłuższy czas poczucie żalu, obecność choroby somatycznej oraz nawracające sny, w których zmarły jawi się jako ktoś nadal żyjący [8].

C. M. Parkes wprowadza podział nietypowego przebiegu żałoby na żałobę przewlekłą, zahamowaną i opóźnioną [7].

Żałoba przewlekła wiąże się z przedłużaniem się typowego okresu żałoby wraz ze wszystkimi jej objawami. O obecności „przewlekłego żalu” świadczyć mogą m.in.: tworzenie „izby pamięci”, praktyki spirytuali-

styczne, odrzucanie nowych znajomości, świadome kultywowanie żalu, któremu towarzyszy idealizacja osoby zmarłej oraz próby samobójcze [4].

Dla żałoby zahamowanej charakterystyczny jest brak typowej manifestacji uczuciowej.

Na „patologiczne zahamowanie żalu” wskazywać mogą takie zachowania, jak: szukanie zapomnienia w nadmiernej aktywności (poprzez sztuczne wyszukiwanie sobie zajęć) oraz przedwczesne zastąpienie zmarłego inną osobą [4].

W przypadku opóźnienia reakcji żałoby, wg E. Lindemanna występują objawy, takie jak: bezcelowa aktywność, pogłębiająca się izolacja społeczna, patologiczna identyfikacja z osobą zmarłą oraz wrogość wobec innych, a także zachowania autoagresywne, mogące prowadzić do próby samobójczej [7].

W wyżej wymienionych przykładach nietypowego przebiegu żałoby uwidacznia się podkreślany w piśmiennictwie fachowym fakt, że różnego typu patologiczne reakcje związane z przeżywaniem straty prowadzić mogą w konsekwencji do zaburzeń w zachowaniu i w relacjach interpersonalnych. Mogą także być podłożem chorób somatycznych, psychicznych i uzależnień. Zwraca się między innymi uwagę na powiązanie żałoby z zaburzeniami układu krążenia, z zapadalnością na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, na choroby nowotworowe czy depresję.

Do psychologicznych mechanizmów nietypowego przebiegu żałoby należą przede wszystkim poczucie winy (tendencja do samooskarżania się w związku ze śmiercią) i poczucie wrogości (gniew skierowany ku osobom związanym z okolicznościami śmierci, ku zmarłemu lub w stronę samego siebie) oraz patologiczna identyfikacja z osobą zmarłą, której podstawę stanowi pragnienie utrzymania za wszelką cenę więzi ze zmarłą osobą w niezmienionej postaci [1, 7].

Natomiast wśród czynników ryzyka wystąpienia patologicznego przebiegu osierocenia wymienia się:

- cechy osobowościowe, zwłaszcza: skłonność do pesymizmu i załamywania się pod wpływem stresu, trudności z wyrażaniem uczuć, zależność;
- występujące w przeszłości zaburzenia psychiczne lub nerwicowe;
- brak przygotowania na śmierć osoby bliskiej (szczególnie, gdy śmierć nastąpiła nagle lub gdy możliwość jej wystąpienia nie była do końca dopuszczana do świadomości);
- nagromadzenie w krótkim czasie trudnych doświadczeń życiowych;
- konfliktowy lub ambiwalentny stosunek do osoby zmarłej;

- nagromadzenie dużej liczby zmian spowodowanych śmiercią;
- brak naturalnej sieci wsparcia;
- nieakceptowanie lub wręcz odrzucanie pomocy [1, 4, 5].

Pomoc zespołu paliatywno-hospicyjnego

W świetle tego, co zostało powiedziane na temat różnych form przebiegu żałoby, jawi się pytanie o rolę pomocy psychologicznej udzielanej osobom osieroconym ze strony zespołów paliatywno-hospicyjnych, w łagodzeniu typowego przebiegu procesu żałoby i w profilaktyce jego patologii. W przypadku rodzin pacjentów chorych terminalnie, niezwykle istotne dla przebiegu żałoby wydają się być działania personelu poprzedzające w czasie śmierci pacjenta. Działania te obejmują nawiązanie dobrego kontaktu z rodziną oraz udzielanie jej wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Przygotowanie na rozstanie, obejmujące poinformowanie o pogarszającym się stanie zdrowia i zbliżającej się śmierci chorego, stanowi jeden z pierwszych etapów pomocy psychologicznej. Istotne jest, aby komunikaty ze strony lekarzy, pielęgniarek i innych członków zespołu były empatyczne i szczerze. Prawda, choć bolesna, jest potrzebna zarówno pacjentowi, jak i rodzinie. Celem przygotowania jest redukcja lęku poprzez uczynienie biegu zdarzeń przewidywalnym, innymi słowy poprzez zwiększenie poczucia kontroli. Dzięki przygotowaniu istnieje możliwość „oswajania” się z trudną sytuacją, jaką jest utrata, co w konsekwencji służyć ma zmniejszeniu reakcji szoku i osłabieniu mechanizmów zaprzeczania.

Przygotowanie rodziny na rozstanie, dokonujące się podczas pobytu chorego na oddziale paliatywnym czy w hospicjum, stanowi również początek drogi ku akceptacji śmierci. Akceptacja zbliżającego się rozstania, stanowiąca przygotowanie na przeżycie żałoby, dokonuje się także w procesie czuwania rodziny przy pacjencie. Zadaniem personelu staje się zatem zachęcić najbliższych do towarzyszenia choremu.

Poza wcześniejszym przygotowaniem, cenna jest obecność członków zespołu paliatywno-hospicyjnego w chwili śmierci pacjenta i gotowość do udzielenia wsparcia emocjonalnego rodzinie, tuż po stracie.

W sytuacji, gdy członkowie rodziny nie towarzyszyli choremu umierającemu w oddziale ważne jest, aby udzielić informacji o okolicznościach odchodzenia i stworzyć możliwość pożegnania ciała zmarłego.

W każdym przypadku, o ile to możliwe, dobrze jest podkreślać aspekty tak zwanej „dobrej śmierci”: spokojnej, bez bólu i cierpienia, sakramentalnej.

W dalszym etapie chodzi o nawiązanie kontaktu z rodziną wkrótce po pogrzebie [5].

Opieka psychologiczna nad osobami, które doświadczyły utraty ma na celu pomoc w pomyślnej realizacji zadań związanych z procesem osierocenia, by możliwe stało się odzyskanie równowagi psychicznej. Wśród najważniejszych zadań procesu osierocenia wymienia się:

- akceptację realności utraty, niemożności powrotu ukochanej osoby
- doświadczenie żalu i bólu, w sferze emocjonalnej i wegetatywnej
- przystosowanie do życia bez osoby zmarłej
- odnowienie sił i zainwestowanie ich w nowe układy i sytuacje oraz możliwość zaangażowania się w nowe związki, bez poczucia winy czy zdrady [5].

Punktem wyjścia pomocy osieroconym jest pomoc w poznawaniu realności utraty i kształtowanie zdolności wyrażania uczuć na zewnątrz, celem natomiast – zaakceptowanie śmierci i włączenie jej w bieg własnego życia. Ważne jest, aby zawczasu zapobiec niebezpieczeństwu dezadaptacji [1, 4, 5]. Terapeuta, poza dostarczeniem wsparcia psychicznego w procesie zmagania się ze stratą, pomaga przede wszystkim w ekspresji emocji, głównie lęku i rozpacz, albowiem zastąpienie tłumienia uczuć przeżywaniem żalu, może mieć charakter profilaktyczny, zmniejszający prawdopodobieństwo wystąpienia zarówno problemów emocjonalnych i somatycznych [7].

Błędną jest przekonanie, że sama w sobie rozmowa o sprawach trudnych, związanych z utratą sprawia ból, gdyż rozdrapuje i odnawia rany. Powód cierpienia stanowi bowiem śmierć kogoś bliskiego, zaś możliwość podjęcia rozmowy na tematy z nią związane sprawia, że strata staje się bardziej realna. To właśnie za pośrednictwem rozmowy osierocony konfrontuje się ze zmienioną sytuacją życiową i przeżywanymi emocjami, w jej trakcie tłumione uczucia mogą się ujawnić. Podczas spotkania z osobą osieroconą terapeuta zachęca do wyrażania poczucia osamotnienia, przyzwala na płacz, narzekanie czy gniew. Pomaga odróżnić realne poczucie winy od wymagowanego, a także udziela wskazówek jak sobie z nim poradzić. Podejmowane są tematy relacji ze zmarłym oraz tematy egzystencjalne, dotyczące sensu życia i systemu wartości. Poszukuje się wspólnie z osieroconym osób, mogących stanowić dla niego źródło wsparcia. Podstawą niesienia pomocy osobom przeżywającym stratę jest nawiązanie kontaktu emocjonalnego oraz zdolność empatycznego odczytywania potrzeb osoby osieroconej. Cenną umiejętnością jest umiejętność współczującego słuchania oraz pozostania milczącym, kiedy osierocony

mówi. Zasadniczym elementem pracy z osobami osieroconymi jest zindywidualizowane podejście, dostosowane do potrzeb poszczególnych ludzi. Istotna jest koncentracja na uczuciach związanych z utratą, stwarzanie warunków służących ich ujawnianiu oraz normalizacja doznań poprzez wyjaśnianie, że doznania te są naturalne w przebiegu żałoby. Nie wolno minimalizować samej straty ani doznań z nią związanych. Błędem jest stosowanie zdawkowych pociech. Szczególne znaczenie ma towarzyszenie wspieranej osobie i akceptowanie formy przejawianej przez nią reakcji. Wyeliminowanie ze sposobów reagowania toksycznego tłumienia uczuć staje się możliwe poprzez okazanie gotowości do wysłuchania skarg, zrozumienie oraz szacunek wobec bólu i rozpacz [1, 7].

W końcowym etapie pomocy terapeuta towarzyszy osieroconemu w łagodnym odchodzeniu od osoby zmarłej, w podejmowaniu nowych ról, odbudowywaniu osobistych planów i motywacji oraz w rozpoczynaniu nowego życia, bez osoby zmarłej [5].

Zakończenie

Z uwagi na szereg wspomnianych wyżej uwarunkowań nietypowego przebiegu osierocenia, w praktyce psychologicznej spotyka się osoby, których reakcje na utratę bliskiej osoby mają charakter dezadaptacyjny czy patologiczny. W przypadku żałoby o patologicznym przebiegu interwencja psychologiczna polega na pomocy w ekspresji zablokowanych emocji, związanych z osobą zmarłego; rozbiciu nieprzystosowawczych mechanizmów obronnych, a w szczególności mechanizmu unikania i zaprzeczania; ułatwieniu wejścia osieroconemu w relacje z innymi ludźmi i dostarczeniu wsparcia psychicznego [1].

Piśmiennictwo

1. Badura-Madej W.: Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji kryzysowej, w: Badura-Madej W.: Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej; poradnik dla pracowników socjalnych. Śląsk, Katowice, 1999, s. 157–174.
2. Dobrzańska-Socha B.: Wspieranie wspierających w: Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.): Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Wydawnictwo ALL, Kraków, 1997, s. 185–212.
3. de Walden-Gałuszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot, 1992.
4. Krzyżanowski D., Różańska O., Chybicka A., Mess E.: Osierocenie osób dorosłych po stracie osoby bliskiej. *Onkologia Polska*, 2005, 8, 3:128–130.

5. de Walden-Gałaszko K.: U kresu, Wydawnictwo Medyczne MAKmed., Gdańsk, 1996.
6. Sułek J., Łyżnicka M.: Negatywne emocje i reakcje występujące w przebiegu osierocenia w: Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.): W drodze do brzegu życia, t. III. Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2007, s. 361–368.
7. Namysłowska I.: Żałoba. *Psychiatria Polska* 1976, 2, s. 179–187.
8. Lis-Turlejska M.: Problematyka przeżywania utraty w psychologii klinicznej. *Przegląd Psychologiczny*, 1989, 3, s. 749–762.

Krystyna Wróblewska^{1,3}, Anna Chojnowska^{1,3}, Elżbieta Krajewska-Kuśak^{2,1},
Joanna Chilińska^{1,3}, Marian Jaszewski^{1,3}, Barbara Jankowiak^{2,1},
Ewa Sieniawska^{1,3}, Małgorzata Góralczyk^{1,3}

Postawy rodzin wobec śmierci i umierania najbliższych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży

„Si vis witam, para mortem!”

„W aspekcie śmierci życie nabiera pełni!”

Zygmunt Freud

Śmierć, jako przeciwieństwo życia, jest doświadczeniem, zjawiskiem wspólnym dla całego rodzaju ludzkiego. Nie było go na samym początku, w biblijnym ogrodzie Eden, ale był to bardzo krótki etap w dziejach ludzkości. Pierwsi ludzie, których Bóg stworzył „na obraz i podobieństwo swoje”, również doświadczyli cierpienia. Od czasu utraty wiecznej szczęśliwości, śmierć tryumfalnie bytuje we wszystkich epokach, długościach i szerokościach geograficznych. Wobec doświadczenia umierania i śmierci wszyscy ludzie są równi i musi się z nią zmierzyć każdy człowiek żyjący, niezależnie od wieku, wykształcenia, narodowości i wyznania religijnego.

Wierzący pytają od wieków, dlaczego dobry Stwórca pozwala na bolesne doświadczenia śmierci. Pytania o ich sens zadają także niewierzący. Zanim przeżyje własną śmierć, każdy człowiek doświadcza bolesnego odejścia tych, których kocha i bez których nie wyobraża sobie dalszego istnienia na tej ziemi.

Jeżeli osobą umierającą jest ktoś szczególnie nam bliski, doświadczenie procesu umierania i śmierci przybiera charakter osobisty, uprzywilejowany. Największym cierpieniem dla kogoś, kto kocha jest patrzenie

¹ Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ Szpital Wojewódzki w Łomży

na powolny proces umierania, któremu towarzyszy bezradność, niemoc w procesie pomocy, rozstanie z ukochaną osobą.

Przez mury szpitalne śmierć zagląda najczęściej do oddziałów intensywnej opieki medycznej. Takim oddziałem jest Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, do którego trafiają pacjenci od 1 miesiąca życia wzwyż, w stanach zagrożenia życia, po urazach wielonarządowych, po rozległych zabiegach chirurgicznych, reanimacji oddechowo-kръżeniowej, w przebiegu niewydolności oddechowej, pacjenci we wstrząsie.

W oddziale tym umierają ludzie, którzy niekiedy jeszcze przed chwilą cieszyli się życiem, żyli „pełnią życia”.

Słychać tam przede wszystkim płacz rodzin, bicie głową o ścianę, krzyk, bunt i głośnie prośby o ponowny dar życia dla najukochańszej osoby, a także spontaniczne deklaracje dla Stwórcy za ocalenie życia. Wśród pacjentów trafiających do oddziału znajdują się dzieci, matki, ojcowie, dziadkowie, którzy niekiedy przez wiele lat zmagali się z nieuleczalną, przewlekłą chorobą. Nigdy nie ma odpowiedniego czasu na odejście osoby bliskiej, ukochanej, dlatego cierpienie i ból, w obliczu nadejścia śmierci, jest przenikający i trudny do zdefiniowania.

Każdy człowiek na swój sposób przeżywa cierpienie, zwłaszcza związane z odejściem kochanej osoby.

Najbardziej znaną typologię postaw wobec umierania i śmierci zaprezentowała amerykańska psycholog Elisabeth Kübler-Ross. Jej książka *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, wydana w USA w 1969 r., była, zdaniem znawców, przełomem w podejściu do umierających pacjentów. Na podstawie doświadczenia wynikającego z pracy z nieuleczalnie chorymi autorka opisała, w jaki sposób pacjenci przyjmowali wiadomość o nieuchronnie zbliżającej się śmierci i jak wyglądały ostatnie miesiące ich życia.

Analizując reakcje i postawy rodzin wobec śmierci i umierania najbliższych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży odzwierciedlają one opisywane w literaturze reakcje, tj.: szok, wyparcie, zaprzeczenie – polegające na tym, iż myśli o śmierci najbliższej osoby członkowie rodziny nie dopuszczają do swej do świadomości. Ta postawa uzewnętrznia się w postaci szoku emocjonalnego, zwłaszcza, gdy umierającym pacjentem jest dziecko, rodzice, współmałżonek. Na początku każdy stosuje jakiś mechanizm zaprzeczenia – u jednych jest on słabszy, u innych silniejszy, ale pomimo to śmierć najbliższych wywołuje zawsze wstrząs psychiczny. Takie odrzu-

cenie jest niejako zbawiennym sposobem, ponieważ pozwala rodzinie odzyskać odwagę i uruchomić mechanizmy obronne. Kiedy jednak sytuacja niemocy, bezradności wobec zaistniałego faktu przerasta najbliższych, pojawia się gniew, złość, zazdrość. Człowiek zadaje sobie pytanie „DLACZEGO ON/ONA, TAKA WSPANIAŁA, KOCHANA OSOBA? – musi odejść.

Następny etap, to zaprzeczenie, rodzina nie przyjmuje do wiadomości wyników badań, opinii konsultantów. Prezentuje wolę walki, szuka na własną rękę pomocy w specjalistycznych ośrodkach, w końcu ucieka się do prób zawierania układów z Bogiem lub z czym – i kimkolwiek, co/kto może stać się źródłem nadziei na powrót do zdrowia. Jest to tak zwana faza „targowania się”. Rodzina szuka kompromisu.

To targowanie się z Bogiem przypomina rozmowę turysty: „Tatry Wysokie, Słowacja. Podejście miało być stosunkowo łatwe, mimo że szliśmy z dużymi plecakami. Góra wyglądała groźnie, ale z daleka szlak zazwyczaj wydaje się trudniejszy niż w rzeczywistości. Nie tym razem. Przed nami skała, za nami wielkie nic – ogromna przestrzeń i kilkadziesiąt metrów w dół. Wspinałam się powoli, każdy krok stawiając z największą ostrożnością. Oczami wyobraźni widziałam, jak odpadam od ściany, jak plecak przegina mnie w drugą stronę. I tak, kurczowo trzymając się skały, pomyślałam: »Panie Boże, chcę Cię zobaczyć..., ale może jeszcze nie teraz«”.

W końcowej fazie występuje gniew, agresja. Rodzina uświadamia sobie swoje położenie. Bezradność rodzi rezygnację, często poddanie się, „będące pozorną akceptacją”, wynikiem bezsilności. Depresja występuje, gdy negocjacje nie przynoszą pożądanego efektu.

Najbliżsi w obliczu śmierci ukochanej osoby przeżywają strach, będący dogłębnie ludzkim doświadczeniem. Życie najbliższych wymyka się spod kontroli medyków i rodziny, pomimo rozwoju medycyny. Strach i śmierć zaś pozostają nierozdzielne, ponadczasowe.

Ostatecznie śmierć nabiera sensu zdecydowanie pozytywnego dla tych, którzy szukają rozwiązań w Ewangelii. Otwiera ona bowiem nie tylko przed duszą, ale i przed całą osobą bramy życia wiecznego, zwłaszcza w sytuacji śmierci ludzi starszych. Bez względu jednak na to wszystko, śmierć pozostaje śmiercią, czymś co rani, osieroca rodzinę i bardzo poważnie ją ogranicza.

W związku z tym wskazana jest potrzeba towarzyszenia rodzinie i umierającemu. Rodzina, a często i sam umierający, są w pełni świadomi zbliżającej się nieuchronnie śmierci.

Każda z wyżej prezentowanych postaw w swej skrajności prowadzi do zagubienia oraz destruktywnych zachowań. Właściwa jest tu postawa dedukcji, wypośrodkowania pomiędzy negacją a nadzieją, działaniem a walką, poddaniem się a akceptacją. Dlatego tak właśnie ważna jest troska personelu medycznego o umierających i ich rodziny .

Kontakt z rodzinami pacjentów ocierających się o fakt utraty bliskiej osoby w sposób nagły, niespodziewany, czy też po długiej wyczerpującej chorobie, jest na stałe wpisany w dyżur pielęgniarki pracującej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Tak jak wykazano, reakcje rodzin na zaistniałą sytuację są zróżnicowane i zależą od stanu, w jakim pacjent zastał przyjęty, okoliczności choroby i więzi panujących w rodzinie.

Wśród rodzin przebywających z pacjentami na naszym oddziale, występuje pozorne „pogodzenie”, „akceptacja” zaistniałej sytuacji, zwłaszcza jeżeli dotyczy ona osób w podeszłym wieku, schorowanych, dla których śmierć jest ulgą w nieludzkim cierpieniu. Bezgraniczna walka o zdrowie i życie pacjenta dotyczy ludzi młodych, których stan zagrożenia życia spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem.

Każdy człowiek przebywający na oddziale intensywnej terapii jest osobą obcą, często nieznaną dla personelu. Dla rodziny jest natomiast osobą jedną, jedyną, bliską.

Jak zapadną w pamięci rodziny chwile spędzone przy najbliższej osobie w stanie zagrożenia życia, zależy od mądrości, zrozumienia i fachowego przygotowania personelu medycznego.

Dotykając problemu umierania i odejścia ludzi warto powtórzyć za pisarką, poetką, reportażystką Agatą Tuszyńską, iż „...każdy człowiek umiera inaczej, że nie ma czegoś takiego, jak »kanon śmierci..«”, chociaż takie właśnie »uporządkowanie« procesu umierania proponuje Elizabeth Kubler-Ross. Jednak wydaje się, że tak jak losy ludzkie są bardzo odmienne, tak i ich zakończenia są różne. Tak jak różne są rodzaje śmierci, tak inne są podejścia umierających do swojej własnej śmierci (jeśli umierający ma czas na pomyślenie o tym, jeśli śmierć nie jest nagłą, albo jeśli myślał o tym zawczasu) i do śmierci najbliższych”.

Agata Tuszyńska swoje cierpienie przelała na kartkę papieru, co nie oznaczało, że doszukała się w cierpieniu czegoś dobrego. Jej konkluzja jest jasna: „Czy cierpienie ma sens? To pytanie zadają sobie nie tylko rodziny zmarłych, ale także personel, który często ociera się o bezsensowną śmierć i cierpienie drugiego człowieka. »Nie« – ta odpowiedź jest zawsze i w każdym przypadku. Miłość do drugiego człowieka nie zna

wieku, choroby, pory dnia i nocy, tłumaczenia, żadnego argumentu. Pamięć i łzy. Wspomnienia i łzy. Słowa i łzy. Wytchnienie i łzy. Znicze i łzy. Kwiaty i łzy. Groby i łzy. Tak. Musi się przez to przejść, gdy przyjdzie czas”.

Niejednokrotnie obserwuje się powrót członków rodzin na oddział celem popatrzenia, dotknięcia łóżka, na którym ich najbliżsi spędzili ostatnie chwile. Obserwuje się niepisaną więź rodzin zmarłych pacjentów z członkami zespołu terapeutycznego oddziału.

Bolesne doświadczenia rodziny wywołują nieodpartą chęć zaznaczenia obecności ukochanej osoby w różnych formach. Mogą to być, np. zebrane myśli Najukochańszej Córki wydane w postaci tomiku, który rodzice wręczają, w dowód pamięci osobom biorącym udział w ostatniej posłudze nad córką, pielęgniarkom, lekarzom...

Adam Tworuszka w swym artykule *Śmierć w świadomości jednostki i społeczeństwa* pisze, cytując słowa Brehant, iż „Ludzie nie mogąc znaleźć lekarstwa na śmierć, nędzę, niewiedzę, postanowili – aby osiągnąć szczęście – nie myśleć o tym”. Poddając myśleniu, jakże wymowne słowa: „Możemy przed naszą śmiercią uciekać, ona i tak o nas nie zapomni! Możemy wypracować tyle filozofii, ile nam się spodoba, śmierć wyśmiejnie nagromadzone w nas kompromisy. Będzie nam zawsze zadawała te same natrętne pytania, o które rozum się potyka”. Stwierdza następnie, iż „we współczesnych cywilizowanych społeczeństwach, śmierć jest konsekwentnie wypierana poza nawias tego, co dla nas istotne. Zjawisko to obserwowane jest w całych grupach społecznych. Skoro medycyna zgłębiła, jakie są przyczyny takich postaw, należy zadać sobie pytanie, dlaczego odrzucamy temat, który wydawałby się najistotniejszym tematem życia doczesnego? Tematem, który niejako jest przepustką do lepszego życia, biorąc pod uwagę społeczeństwo, jako kraj chrześcijański. Przyczyn tego zjawiska dopatruje się w postępujących procesach sekularyzacji”. Uważa, iż „wierzenia i mity pełnią terapeutyczną funkcję w życiu. Umierającemu w swoisty sposób racjonalizują własną śmierć, jego bliskim wyjaśniają, dlaczego tak się dzieje, koją ich ból, dają nadzieję spotkania. Z chwilą, gdy coraz większa liczba osób zakwestionowała takie tłumaczenia, ciężar gatunkowy śmierci uległ gwałtownemu zwiększeniu. Ateistyczne podejście do życia, wsparte często naukowymi teoriami spychającymi istnienie człowieka na margines wszechświata spowodowało, że człowiek pozostał bezbronny wobec wizji swojego kresu. Co gorsza, ów kres został mu tak zracjonalizowany i udowodniony, że nie sposób go już podważyć. Zmniejszeniu uległa również rola duchow-

nego, jako osoby zaufanej, która pomaga umierającemu przejść od życia do śmierci. Wśród mieszkańców miast nieliczne są przypadki przyjmowania ostatnich sakramentów, wśród mieszkańców wsi natomiast są coraz rzadsze. Wpływ na to mają takie czynniki, jak: sekularyzacja społeczeństwa i postawa współczesnego człowieka, który wypiera ze swojej świadomości śmierć. Rodzina chorego, pisze dalej autor tekstu, wzbrania się przed prośbą chorego o obecność duchownego, który unaoczni choremu, jak i jego bliskim, zbliżającą się i nieodwracalną śmierć. W efekcie, nawet jeśli duchowny przybywa, ma to miejsce, gdy chory jest już w agonii”.

Analizując zachowania rodzin, z którymi obcujemy na co dzień w naszym oddziale wynika, iż nie jest to do końca zjawisko w pełni rozwinięte i rozpowszechnione. Rodziny osób umierających, zmarłych oczekują od personelu „duchowego podejścia”, „duchowej postawy”, która poniekąd przyniesie ulgę w ich cierpieniu i w sposób chrześcijański przeprowadzi osobę kończącą życie doczesne do życia wiecznego. Członkowie rodzin dopytują się „jak odchodził/a matka, ojciec, mąż, żona”, „czy może choć na chwilę odzyskała przytomność, uczyniła znak, gest”, jakże ważny dla najbliższych. Istotną informacją dla rodziny jest wiadomość przekazana przez personel, że została zapalona świeca, że pacjent nie był sam w chwili śmierci. Widać wówczas, jak bardzo człowiek potrzebuje pozaziemskiego płaszcza ochrony i wsparcia. Ludzie, którzy na pozór wydawać by się mogło są twardzi i niedostępni, uginają kolana, chylą głowę. Jest to świadectwem tego, że umierający uczą żywych najwięcej o tym, czym jest życie.

Równie ważnym procesem społecznym, który kształtuje nasze aktualne postawy wobec śmierci i umierania, jest proces urbanizacji i towarzysząca mu zmiana w strukturze rodzin. Człowiek żyjący w zurbanizowanym środowisku stracił kontakt z naturą, którą zapewniało mu życie wiejskie. Nie jest to może główny, znaczący i bezpośredni czynnik, ale z niego wypływa wiele bardziej istotnych rzeczy, wiążących się z porzucenymi wzorami kulturowymi życia „z naturą” na rzecz funkcjonowania w zurbanizowanym środowisku, z dala „od natury”.

Tendencja do tworzenia rodzin nuklearnych sprawiła, że człowiek w zasadzie ma małe szanse obserwowania cyklu życia od narodzin do śmierci. Zanik rodzin wielopokoleniowych odsuwa śmierć na margines życia rodzinnego. Specyfiką życia rodziny wielopokoleniowej, a dodatkowo jeszcze licznej, jest między innymi to, że w świadomości jej członków częściej gości śmierć, jako fakt empiryczny. W naturalny sposób jej

członkowie są o wiele bardziej na nią przygotowani. Dziecko obserwujące i doświadczające odejścia dziadków, jest o wiele bardziej wrażliwe na wartość życia ludzkiego. Staje się lepiej przygotowane pod tym względem na to, co je w przyszłości czeka. W związku z tym, we współczesnych rodzinach, śmierć jest niemal zawsze wielkim dramatem. W licznych rodzinach, gdzie dzieci jest wiele, strata jednego jej członka jest mniej bolesna, niż śmierć jedynej, najbliższej osoby. Skrajny ciężar gatunkowy śmierci ma miejsce, gdy odchodzi od nas osoba nie wchodząca w skład starszego pokolenia, czy też osoba, za którą czujemy się odpowiedzialni. Człowiek z reguły jest przeświadczony, że to młodszy grzebią starszych, dzieci rodziców, podopieczni zaś opiekunów. Nie zawsze jednak tak jest. Zanik rodziny wielopokoleniowej burzy naturalny system opieki i wsparcia, w którym ludzie starsi umierają pod opieką młodszych członków rodziny. Coraz częściej zdarza się jednak, że nawet rodzina wielopokoleniowa prawidłowo nie kształtuje stosunku wobec umierania i śmierci. Często bowiem jest już pod wyraźnym wpływem kultury masowej, która niesie za sobą konkurencyjne wartości, takie jak: młodość, sprawność, siła itp.

Kultura masowa wyraźnie gloryfikuje człowieka młodego, pełnego energii, który potrafi sprostać przeciwnościom. Jednocześnie zmianie ulega struktura prestiżu w rodzinie. Starsi, niedołążni, nieproduktywni są uzależnieni od innych. Na ogół do pracy nie są już zdolni, a ich wiedza w gwałtownie zmieniającym się świecie, staje się bezużyteczna. Człowiek stary to człowiek nieproduktywny. Życie społeczne coraz częściej jest oparte na więzi rzeczowej, a nie więzi osobowej. Stara i schorowana osoba nie jest w stanie nic wnieść w bezosobowe i zrationalizowane stosunki społeczne. Doświadczenie i przekazywanie tradycji, czyli to, co niegdyś zapewniało dominację i otoczoną szacunkiem rolę ludziom starszym, straciło swoją wartość. Osoba schorowana i stara nie leży w sferze naszych zainteresowań, nie staramy się dociec, co myśli. W związku z tym, zupełnie nie myślimy o śmierci i chorobie tak długo, jak ona nie dotknie bezpośrednio nas lub naszych bliskich. Wówczas jest jednak za późno. Pozostajemy sami przed wyzwaniem, z którym musimy się uporać. W rodzinach nuklearnych psychika ich członków rzadko jest „zaharowana doświadczeniem” umierania lub śmierci. W sytuacji, gdy dzieci szybko się usamodzielniają, a rodzice zostają sami, umierające starsze pokolenie ma szczególne problemy z pogodzeniem się z wizją własnej śmierci, która dodatkowo często dopada ich, bez względu na wielkość rodziny, w osamotnieniu. Zdarza się, że taka sytuacja dla młodszego po-

kolenia jest w specyficzny, przewrotny sposób komfortowa. Śmierć rodziców, czy też dziadków, nie jest tak głęboko i boleśnie przeżywana. Nie trafia w pełni do ich świadomości, gdyż proces umierania odbywa się bez ich udziału. Wiadomość o śmierci bliskiego przybywa za pośrednictwem telefonu. Jest ona szokująca, lecz przecież jest to informacja pozbawiona opisu drogi umierającego do śmierci. Brak doświadczania śmierci w swoim środowisku rodzinnym ma też inny wymiar: człowiek zupełnie nie jest przygotowany na własną śmierć. Tym bardziej, że odbywa się ona na ogół także w osamotnieniu; wówczas dramat i psychiczne cierpienie są większe.

Rozważania na temat umierania i śmierci najbliższych można zakończyć wierszem Juliusza Słowackiego *Ile razem dróg przebytych?*, z dali słyszając głos śpiewającego Marka Grechuty

*Ile razem dróg przebytych?
Ile ścieżek przedeptanych?
Ile deszczów, ile śniegów
wiszących nad latarniami?*

*Ile listów, ile rozstań,
ciężkich godzin w miastach wielu?
I znów upór, żeby powstać
i znów iść, i dojść do celu.*

*Ile w trudzie nieustannym
wspólnych zmartwień, wspólnych dążeń?
Ile chlebów rozkrajanych?
Pocałunków? Schodów? Książek?*

*Ile lat nad strof stworzeniem?
Ile krzyku w poematy?
Ile chwil przy Beethovenie?
Przy Corellim? Przy Scarlattim?*

*Twe oczy jak piękne świece,
a w sercu źródło promienia.
Więc ja chciałbym twoje serce
ocalić od zapomnienia.*

Piśmiennictwo

1. Antonelli F.: *Oblicza śmierci. Jak kształtować własną postawę wobec śmierci?*, Wydawnictwo Kraków, 1995.
2. Barnard Ch.: *Godne życie godna śmierć*. Santorski J. & Co Wydawnictwo CIS, Warszawa, 1996.
3. Brehant J., *Thanatos*, Warszawa 1980.
4. Kokoszka A.: *Rozumieć, aby leczyć i „podnieść na duchu”*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
5. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C.: *W drodze do brzegu życia*. Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2007.
6. Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Lewko J., Łukaszuk C.: *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*. Akademia Medyczna w Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2005.
7. Kubler-Ross E.: *Rozmowa o śmierci i umieraniu*. Media Rodzina, Poznań 1998.
8. Ostrowska A.: *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1991.
9. Stanisławski P.: magazyn „Integracja” 6/2006.
10. Tworuszka A.: *Śmierć w świadomości jednostki i społeczeństwa*, www.racjonalista.pl.

Agata Wojcierowska¹, Agnieszka Renn-Żurek¹,
Maria Dziedziczak-Buczyńska¹, Barbara Barczyńska¹

Doświadczenie wartości cierpienia u osób terminalnie chorych

Cierpienie jest czymś bardziej jeszcze podstawowym od choroby, bardziej wielorakim, a zarazem głębiej jeszcze osadzonym w całym człowieczeństwie.

Jan Paweł II

Wstęp

Żyjemy w czasach, w których za wszelką cenę próbuje się unikać bólu i cierpienia. W naszym społeczeństwie, nastawionym na poszukiwanie przyjemności, gotowi byłibyśmy zrobić niemal wszystko, aby uniknąć fizycznego i psychicznego bólu. Jednak cierpienie jest nieodłącznym towarzyszem człowieka – swoistym synonimem człowieczeństwa – któż z nas bowiem nie zna jego smaku? Cierpimy, gdyż jesteśmy ludźmi obdarzonymi uczuciami, które można zranić i ciałem równie podatnym na ból. To właśnie dzięki cierpieniu uczymy się patrzeć na świat z nowych perspektyw, lepiej rozumieć innych, stajemy się bogatsi o nowe doświadczenia i wartości. Na skutek cierpienia i choroby niejednokrotnie diametralnie przewartościowujemy nasze życie.

Choroba nowotworowa to diagnoza oznaczająca strach, niepewność, agresywne procedury diagnostyczne, długotrwałe leczenie zakończone niejednokrotnie niepowodzeniem [1]. Człowiek, którego dotyka choroba nowotworowa czuje się gorszy, napiętnowany, obniża się jego nastrój, pojawia się przygnębienie i depresja, towarzyszą mu negatywne emocje. Wszystko to skutkuje obniżeniem progu bólowego i stwarza doskonałe warunki do rozwijania nieprzyjemnych, emocjonalnych i zmysłowych

¹ Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

doświadczeń związanych z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Doświadczenia te mają charakter subiektywny. Sygnały fizyczne i psychiczne analizowane są w ośrodkach czucia bólu, w strukturach układu limbicznego, które to struktury nie rozdzielają zjawiska na element emocjonalny i zmysłowy [2].

Ból i cierpienie mają różne znaczenie – ból może istnieć bez cierpienia, tak jak cierpienie może istnieć bez bólu. Mimo to w naszej kulturze, cierpienie, bez względu na jego źródło opisywane jest często jedynie w kategoriach bólu, uniemożliwiając w znacznym stopniu zrozumienie jego istoty tak pacjentom, jak i lekarzom [3].

Ból jest doznaniem subiektywnym i bardzo złożonym. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (International Association for the Study of Pain) definiuje: „Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne, związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” [4].

Pojęcie wszechogarniającego bólu (total pain), stworzone przez założycielkę współczesnego ruchu hospicyjnego Cicely Saunders ułatwia zrozumienie cierpienia pacjentów z nowotworami, jako wielowymiarowego doświadczenia o charakterze fizycznym, psychicznym i duchowym [5].

Przeżywanie bólu jest sprawą indywidualną, zależy od wielu czynników: od doświadczeń z bólem w przeszłości, od ulgi, jaką wówczas udało nam się odczuć (lub nie) od naszych doznań, gdy oczekiwaliśmy na ulgę w bólu. Moc cierpienia zależy od długotrwałości bólu, który może być ostry lub przewlekły. Cierpienie zależy również od morale i nastroju, które określają wrażliwość na ból [6].

Cierpienie – przykre bolesne odczucie uwarunkowane utratą, chorobą, zwłaszcza długotrwałą, postępującą, zagrażającą życiu. Źródłem cierpienia są te wszystkie doświadczenia, przeżycia, które obniżają jakość życia, wpływają dezintegrująco na całość osoby ludzkiej, dotyczą nie tylko ciała, ale wszystkich obszarów ludzkiej egzystencji: myślenia, emocji, więzi socjalnych, sytuacji finansowej i nade wszystko zranionej duchowości [7].

Cierpienie jest doświadczeniem bardzo osobistym. Każdy człowiek w różny sposób je przyjmuje i w różny sposób je znosi. Cierpienie dotyczy nie tylko ciała, ale także psychiki i duszy. W przypadku chorych z niekorzystnym rokowaniem ból psychiczny może być spowodowany utratą pełnionej dotychczas roli życiowej i niezależności, niekorzystną zmianą wyglądu, bezradnością; ból społeczny, może być następstwem niesku-

tecznego leczenia, biurokratycznego traktowania, niekomunikatywności personelu medycznego, samotności; ból duchowy, to obawa przed bólem fizycznym, szpitalem, troska o najbliższych, lęk przed śmiercią, niepokój egzystencjalny. Wszystkie te elementy przyczyniają się do odczuwania bólu wszechogarniającego.

Okres terminalny choroby nowotworowej stanowi nie tylko dla chorego ale też dla jego rodziny sytuację bardzo stresującą. Wiąże się on często z niemożnością zaspokojenia podstawowych potrzeb, a także z dużą ilością wolnego czasu, spędzonego zwykle przez chorego w samotności [8].

Ból i choroba często powodują izolację, przyczyniają się do cierpienia moralnego, niezależnie od fizycznego bólu. Na ogół człowiek reaguje na chorobę sprzeciwem, buntem, frustracją, żalem do innych. Wydaje mu się, że wbrew swojej woli został sam na sam ze swoją chorobą bez możliwości zmiany tej sytuacji [9].

W przypadku chorych terminalnie powracającą w myślach jest perspektywa bliskiej śmierci. We wnętrzu człowieka rodzi 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 pozostawia się [10].

Dostrzeżenie przez pracowników nauki, ochrony zdrowia tych wszystkich zmian, które dokonują się w życiu pacjenta i jego rodziny po rozpoznaniu choroby nowotworowej przyniosło powstanie ruchu hospicyjnego, ze stacjonarnymi ośrodkami opieki paliatywnej i zespołami opieki domowej.

Opieka hospicyjna/paliatywna według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1990 r.: „to aktywna całościowa opieka świadczona tym pacjentom, u których choroba nie reaguje już na leczenie przywracające zdrowie”. Opieka paliatywna (*pallium* – słowo łacińskie – oznacza płaszcz osłaniający) i hospicyjna (*hospicium* – ang. *hospice* – pochodzi od słowa gościnność – *hospitality*, *hospital*) jest wszechstronną całościową opieką nad pacjentem chorującym na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby, sprawowaną zazwyczaj u kresu życia. Opieka ta obejmuje uśmierzanie bólu i innych objawów (leczenie objawowe), łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i społecznych oraz wspomaganie rodziny chorego w czasie trwania choroby, jak i po jego śmierci w okresie osierocenia [11]. Opieka paliatywna oznacza poszanowanie dla życia, jest przeciwna eutanazji uznając śmierć za

naturalną część życia i sprzeciwia się „uporczywej”, intensywnej terapii zmierzającej do przedłużenia życia za wszelką cenę.

Dla złagodzenia wszechogarniającego bólu konieczne jest rozwiązanie bolesnych konfliktów emocjonalnych, zaspokajanie podstawowych potrzeb chorego, stworzenie poczucia bezpieczeństwa. Do zwalczania bólu należy podchodzić holistycznie. Jego przyczyn upatrywać można bowiem w każdej ze sfer budujących człowieka – wejrzeć zatem należy zarówno w bio-, psycho-, socjo-, jaki i duchową część chorego. Pomoc pacjentom powinna być udzielana przez wielodyscyplinarny zespół ludzi (lekarze, pielęgniarki, psycholog, osoba duchowna, rehabilitant, pracownik socjalny, wolontariusz).

Personel opiekujący się chorym i pracujący z nim powinien posiadać umiejętności udzielania pomocy psychicznej, socjalnej a nawet duchowej. Umiejętność udzielania takiego wsparcia polega na poznaniu i stosowaniu wobec chorych pewnych zasad postępowania polegających między innymi na właściwym porozumiewaniu się z chorym, aktywnym słuchaniu, rozumieniu tego, co chory przekazuje, zachęcaniu chorego do mówienia, do otwartości, uzewnętrznienia swoich emocji. Wobec pacjenta należy zachowywać się spokojnie, zwłaszcza w sytuacjach dużego napięcia emocjonalnego (płacz, atak gniewu). Należy przekazać choremu, iż jest rozumiany, a jego reakcje uznawane są za uzasadnione. Ważny jest także sposób, w jaki rozmawia się z chorym na temat jego choroby, jak przekazuje się informacje o rozpoznaniu i rokowaniu. Integralną częścią opieki nad chorym umierającym na raka jest również wsparcie jego rodziny. Należy ułatwić rodzinie pogodzenie się z faktem, że jeden z jej członków jest śmiertelnie chory, łagodzić jej żal i lęk. Rodzina, która jest świadoma, przygotowana i spokojna, umie udzielać pomocy choremu zwiększając jego komfort fizyczny i psychiczny, wpływając na złagodzenie bólu totalnego.

Dla wielu osób skierowanie do Oddziału Opieki Paliatywnej oznacza ostateczny koniec złudzeń i utratę nadziei na wyleczenie. Członkowie rodziny przychodzą pełni obaw, zrozpaczeni, przeżywający często najgorszy okres w życiu. W poczuciu bezradności oczekują już tylko pomocy w ulżeniu cierpieniu najbliższych. Zdecydowana większość z nich dźwiga ciężar straszliwej prawdy o rozpoznaniu i rokowaniu, mając nadzieję, że jako silniejsi są w stanie uchronić swoich bliskich przed cierpieniami psychicznymi i duchowymi, którym ich zdaniem nie byłiby oni w stanie znieść. Ale i najbliżsi cierpią współodczuwając bóle i zniedołężnienie ukochanej, bliskiej osoby, często zmęczonej fizycznie.

Kontakt z personelem ośrodka hospicyjnego zaowocować może aktywnym udziałem rodziny w opiece nad umierającym. Przynieść wiele korzyści tak choremu, jak i najbliższym. To oni najbardziej są potrzebni choremu, udręczonemu człowiekowi, żeby po prostu być, towarzyszyć, pomilczeć, potrzymać za rękę, przytulić, gdyż to potrzebne jest kiedy cierpią, myśląc o niepewnej przyszłości, gdy towarzyszy im ból i niepokój.

Cel i założenia pracy

Celem podjętych badań własnych była ocena wartości cierpienia u chorych terminalnie. Założenia:

- nasilenie objawów bólowych przyczynia się do podwyższenia poziomu cierpienia,
- wiara w Boga, nadzieja dobrze wpływa na przyjmowanie choroby, godzenie się z nią,
- osamotnienie osób terminalnie chorych źle wpływa na stan psychiczny i postrzeganie wartości cierpienia,
- serdeczna, troskliwa opieka pielęgnarska przyczynia się do zmniejszenia poziomu cierpienia,
- osoby samotne silniej odczuwają cierpienie, w starciu z chorobą nowotworową.

Materiał i metoda

Grupę ankietowanych stanowiło 30 osób, będących pacjentami Ośrodka Opieki Hospicyjnej, funkcjonującego w strukturach Wojewódzkiego Szpitala Opieki Długoterminowej i Hospicyjnej w Sieradzu. Badaniom poddano chorych przebywających w oddziale stacjonarnym. Dobór grupy do badań miał charakter losowy.

Jako narzędzie badawcze wykorzystano ankietę autorstwa własnego. Pytania w pierwszej części miały charakter demograficzny, druga część ankiety zawierała 24 pytania zgrupowane pod kątem założeń pracy.

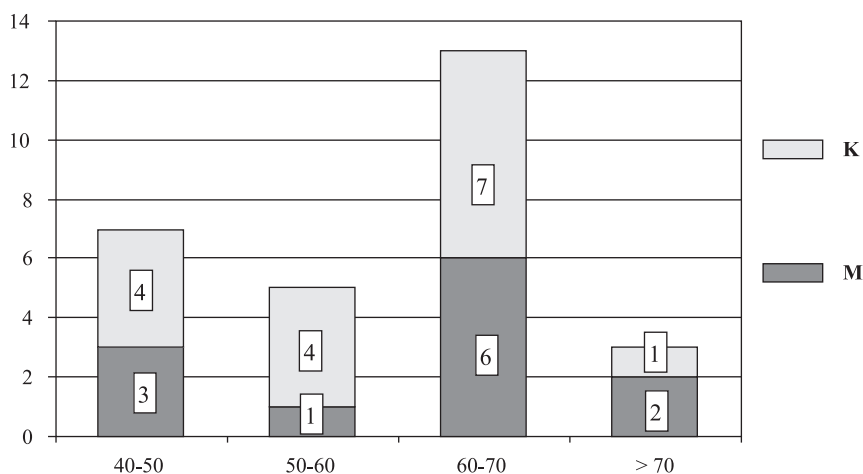
Obliczenia statystyczne, zastosowane w niniejszej pracy wykonano przy użyciu komputerowego arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel [12], oraz następujących metod statystycznych [13]:

- testy χ^2 , w których uzyskanie pomiaru ufności $p \leq 0,05$, gdzie p jest wartością funkcji Rozkładu wartości χ^2 z liczebności analizowanej cechy w poszczególnych grupach próby statystycznej, daje podstawy do przyjęcia hipotezy o występowaniu statystycznej zależności analizowanej cechy od jej przynależności do określonej grupy statystycznej,
- analizy porównawcze w postaci tabel oraz wykresów.

Wyniki

Kompletnie wyniki uzyskano od 28 respondentów – 12 płci męskiej i 16 płci żeńskiej (dwa egzemplarze ankiety wykluczono ze względu na niekompletność danych). Wyszczególniono 4 grupy wiekowe: 40–50 lat, do której weszło 3 mężczyzn i 4 kobiety, 50–60 lat, w której znalazł się 1 mężczyzna i 4 kobiety, 60–70 lat, z 6 mężczyznami i 7 kobietami oraz najstarszą, tj. 70 i więcej lat, do której zaliczono 2 mężczyzn i 1 kobietę (Rycina 1).

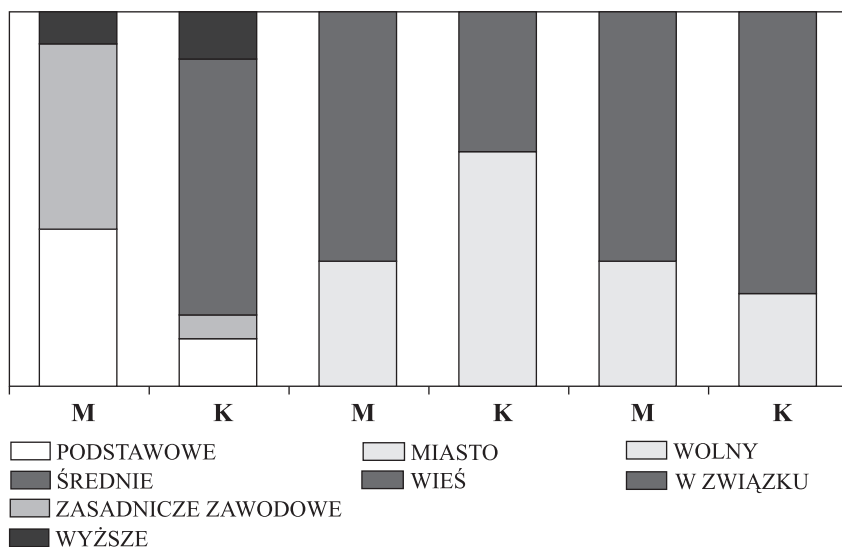
Ryc. 1. Struktura badanych według płci i grupy wieku



Pod względem miejsca zamieszkania respondentów, 4 mężczyzn i 10 kobiet pochodziło z miasta, a 8 mężczyzn i 6 kobiet mieszkało na wsi. W związku małżeńskim pozostawało 8 mężczyzn i 12 kobiet, a w stanie wolnym – 4 mężczyzn i 4 kobiety. Znamiennej statystycznie zależność wykryto w przypadku analizy poziomu wykształcenia ankietowanych według płci – badane kobiety były istotnie lepiej wykształcone aniżeli mężczyźni ($p = 0,0012$) (Rycina 2).

Wśród osób objętych badaniem rodzinę posiadało 9 mężczyzn i 15 kobiet, pozostali badani (3 mężczyzn i 1 kobieta) byli ludźmi samotnymi. Wpływ na podejmowane przez swoją rodzinę decyzje deklarowało 22 badanych (odpowiednio 9 i 13). Chęć informowania swoich bliskich o stanie zdrowia wyraziło 21 osób (odpowiednio 9 i 12). Obecność członków rodziny bądź przyjaciół pomagała respondentom – 9 mężczyznom i 14 kobietom – zmierzyć się z chorobą i cierpieniami z nią związanymi.

Ryc. 2. Struktura badanych według poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i płci



Płeć, wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania nie miały, ze statystycznego punktu widzenia, wpływu na rozkład analizowanych powyżej zmiennych. Badani nie czują się wykluczeni z życia rodzinnego, mają poczucie ciągłego uczestnictwa w nim (pomimo zamieszkiwania w stacjonarnym ośrodku opieki paliatywnej) oraz wpływu na decyzje podejmowane na forum rodzinnym (Tabela 1).

Z przeprowadzonych badań wynika, że o dolegliwościach bólowych wspominało 22 badanych – 10 mężczyzn i 12 kobiet – pozostali, tj. 2 mężczyźni i 4 kobiety, nie uskarżali się na ból fizyczny. Nie wykryto w tym przypadku istotnego statystycznie związku z cechami społeczno – demograficznymi respondentów. Jedynie 8 osób (4 mężczyzn i 4 kobiety) twierdziło, że ordynowane im leki przeciwbólowe łagodzą wspomniane dolegliwości. W 22 przypadkach, niestety, analgetyki nie przynosiły oczekiwanego efektu. Na niską efektywność leków przeciwbólowych istotnie częściej skarżyli się chorzy odczuwający często dolegliwości bólowe ($p = 0,0045$). U 17 chorych stosowano dodatkowe metody walki z bólem, np. masaż różnych okolic ciała. Dla zdecydowanej większości probantów zachorowanie na nowotwór (m.in. ból i cierpienie) było powodem zmiany stosunku do życia, jednakże bez znamienego związku statystycznego z cechami demograficznymi oraz z faktem odczuwania bólu fizycznego.

Tabela 1. Relacje badanych z rodziną oraz z przyjaciółmi według płci

Relacja z rodziną		Liczba wskazań		
		M	K	Ogółem
Posiadanie rodziny	TAK	9	15	24
	NIE	3	1	4
	RAZEM	12	16	28
Uczestnictwo w podejmowaniu decyzji	TAK	9	13	22
	NIE	3	3	6
	RAZEM	12	16	28
Zgoda na informowanie bliskich o postępach choroby	TAK	9	12	21
	NIE	3	4	7
	RAZEM	12	16	28
Pomoc czerpana z obecności rodziny lub przyjaciół	TAK	9	14	23
	NIE	3	2	5
	RAZEM	12	16	28

Na podstawie powyższej analizy można wysnuć wniosek, że wzmożenie się objawów bólowych (ból fizycznego), pomimo stosowania preparatów analgetycznych, wpływa znacząco na nasilenie się cierpienia chorych na nowotwór.

W trakcie przeprowadzania z badanymi wywiadu ankietowego poruszono także temat wiary w Boga oraz religijności. Spośród 28 respondentów jedynie dwóch mężczyzn przyznało się do faktu, iż nie wierzą w Boga. Obaj mężczyźni byli stanu wolnego. Pomimo to, nie wykryto znamiennej statystycznie zależności pomiędzy rozkładem odpowiedzi a ww. cechami społeczno-demograficznymi badanych. W trudnych chwilach zwykło myśleć o Bogu 24 ankietowanych (10 mężczyzn i 14 kobiet). Większości z nich, tj. 9 mężczyznom i 14 kobietom, wiara pomagała w godzeniu się z sytuacją choroby. Znacznie częściej do Boga odwoływali się w tym przypadku chorzy, którzy pozostawali w związku małżeńskim ($p = 0,0237$). Wiara w Boga pomocna była częściej osobom, które deklarowały posiadanie rodziny ($p = 0,0118$). Pozostałe zmienne demograficzne nie miały znaczenia w powyższych zestawieniach statystycznych. Na potrzebę rozmowy z osobą duchowną wskazało 8 mężczyzn i 10 kobiet, podczas gdy 7 mężczyzn i 11 kobiet twierdziło, iż uzyskało opiekę duszpasterską, która była adekwatna w stosunku do ich potrzeb i oczekiwań.

Tabela 2. Stosunek badanych do kwestii wiary w Boga i religijności według płci

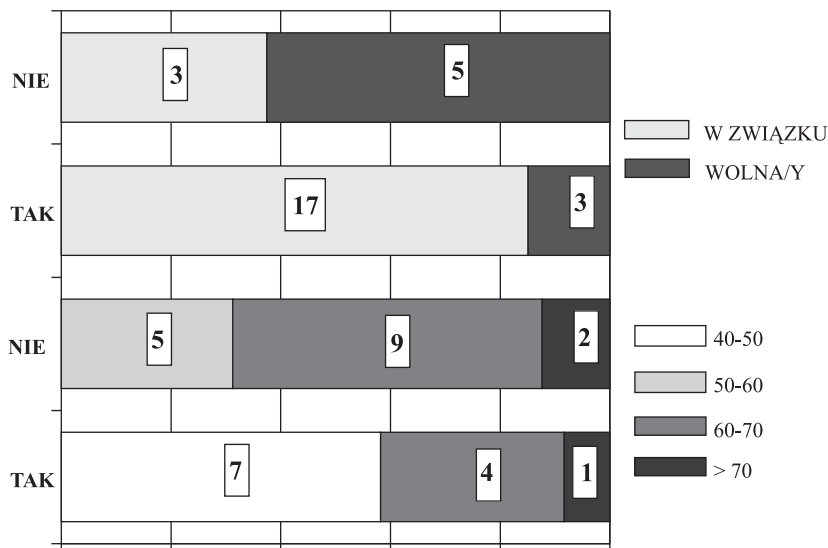
Postawa/zachowanie		Liczba wskazań		
		M	K	Ogółem
Czy wierzy w Boga?	TAK	10	16	26
	NIE	2	0	2
	RAZEM	12	16	28
Czy w trudnych chwilach myśli o Bogu?	TAK	10	14	24
	NIE	2	2	4
	RAZEM	12	16	28
Czy wiara pomaga w chorobie?	TAK	9	14	23
	NIE	3	2	5
	RAZEM	12	16	28
Czy potrzebuje kontaktu z osobą duchowną?	TAK	8	10	18
	NIE	4	6	10
	RAZEM	12	16	28
Czy uzyskuje stosowną opiekę duszpasterską?	TAK	7	11	18
	NIE	5	5	10
	RAZEM	12	16	28

Nie znaleziono istotnej statystycznie zależności pomiędzy odpowiedziami a cechami społeczno-demograficznymi respondentów (Tabela 2).

Sześciu mężczyzn i sześć kobiet wolało przebywać w sali jednoosobowej. Odpowiedzi twierdzącej istotnie częściej udzielali respondenci z najmłodszej grupy wiekowej ($p = 0,0029$). Z kolei w sali z innymi chorymi wolały przebywać osoby pozostające w związku małżeńskim ($p = 0,0094$). Płeć, miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia nie wpływały na wolę ankietowanych odnośnie przebywania w sali jednoosobowej i kontaktu z innymi chorymi. Jak wynika z powyższych rozważań zarówno osoby pozostające w związku małżeńskim, jak i te, które posiadały rodziny, nie chciały przebywać w sali jednoosobowej oraz chętniej i łatwiej nawiązywały kontakty towarzyskie z innymi pacjentami (Rycina 3).

W opinii większości ankietowanych – 12 mężczyzn i 15 kobiet – personel medyczny traktował ich z należytą godnością i szacunkiem oraz z życzliwością. Ponadto, zdaniem 12 badanych mężczyzn i 15 kobiet, lekarze i pielęgniarki były dostępne i dyspozycyjne przez 24 godziny na dobę.

Ryc. 3. Stosunek do samotności według grupy wieku ($p = 0,0029$) oraz kontaktowania się z innymi chorymi u badanych według stanu cywilnego ($p = 0,0094$)

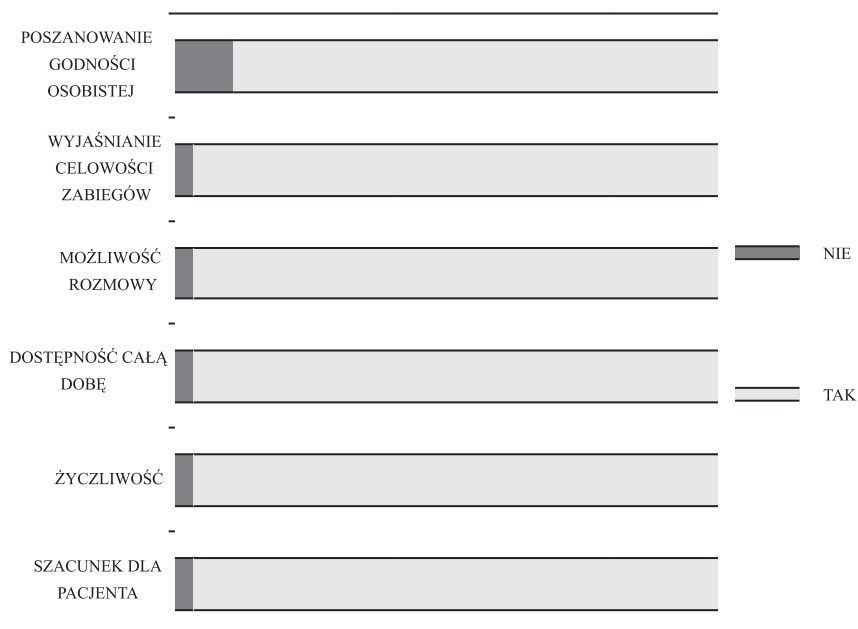


Taka sama liczba osób twierdziła, iż mogli bez przeszkód porozmawiać z pielęgniarką. Celowość wykonywanych przez nią zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych objaśniano 27 chorym (11 mężczyznom i 16 kobietom). Jedynie 3 badanych (1 mężczyzna i 2 kobiety) twierdziło, że podczas sprawowania opieki pielęgniarskiej nie przywiązywano wagi do poczucia intymności oraz poszanowania godności osobistej pacjenta. Rozkład odpowiedzi na omawiane powyżej kwestie nie wykazywał żadnej znamiennej statystycznie zależności od cech społeczno-demograficznych respondentów. Prawie wszyscy badani zgodnie twierdzili, że pielęgniarki reagowały w sposób należyty na ich prośby, tj. 27 osób; tylko 1 mężczyzna z najstarszego przedziału wieku miał zastrzeżenia do pracy pielęgniarki (Rycina 4).

Według relacji objętych niniejszym badaniem chorych na nowotwór, troskliwa i spolegliwa opieka pielęgniarska przyczyniała się w dużym stopniu do złagodzenia ich cierpienia – m.in. bólu fizycznego związanego z procesem chorobowym – a także wpływała korzystnie na zmianę stosunku ankietowanych do kwestii choroby i ludzkiego życia.

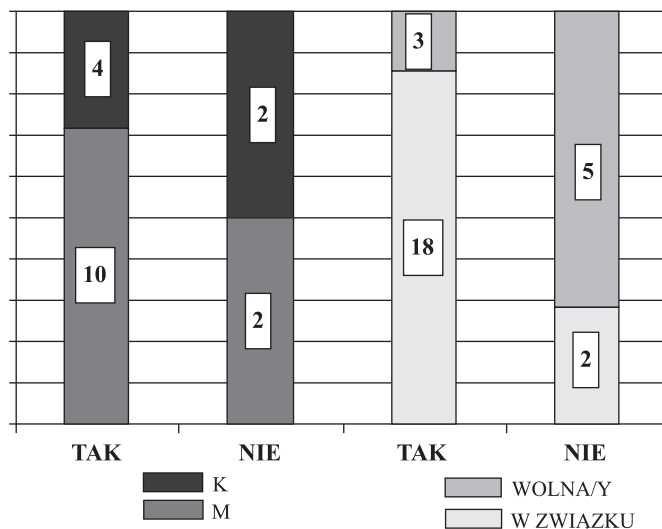
Przed zdiagnozowaniem choroby nowotworowej większa część badanych lubiła spotykać się z innymi osobami w celach towarzyskich

Ryc. 4. Poszczególne cechy personelu medycznego w opinii badanych



(10 mężczyzn i 14 kobiet); „samotniczy” tryb życia wcześniej wiodło 2 mężczyzn i 2 kobiety. Na rozkład tej cechy nie miały istotnego wpływu ww. zmienne społeczno-demograficzne ankietowanych. Po opuszczeniu szpitala powrót do aktywności towarzyskiej deklarowało 9 mężczyzn i 12 kobiet (Ryc. 6). Istotną statystycznie zależność wykryto w odniesieniu do stanu cywilnego probantów – osoby w związku małżeńskim zdecydowanie częściej myślały o wznowieniu kontaktów ze znajomymi i przyjaciółmi ($p = 0,0157$). Ponadto respondenci, dla których ważny był wcześniej kontakt z rodziną lub przyjaciółmi i znajomymi, a także ci, którzy w wyniku choroby nowotworowej zmienili swój stosunek do życia ludzkiego i cierpienia, istotnie częściej (odpowiednio $p = 0,0002$ i $p = 0,0135$) zakładali wznowienie kontaktów towarzyskich po opuszczeniu oddziału szpitalnego. Jak wynika z powyższych obserwacji, osamotnienie chorych wpływa wysoce niekorzystnie na ich ogólną kondycję – nie tylko fizyczną, ale przede wszystkim psychiczną. Chorzy odczuwający objawy związane ze stanem swojego zdrowia w sposób szczególnie dotkliwy, znacznie częściej poszukują kontaktów z rodziną czy przyjaciółmi i znajomymi, jak również znacznie rzadziej sami „skazują” się na mizantropię.

Ryc. 5. Kontakty towarzyskie przed hospitalizacją według płci i chęć kontynuowania tradycji spotkań po opuszczeniu szpitala według stanu cywilnego ($p = 0,0157$)



Podsumowanie wyników badań i wnioski

Na podstawie przedstawionych badań i statystycznego opracowania uzyskanych danych można stwierdzić, że wysunięte założenia uzyskały w całości swojego potwierdzenia, mianowicie: ból fizyczny, osamotnienie przyczyniają się do podwyższenia poziomu cierpienia. Serdeczna, troskliwa opieka pielęgniarska, wiara w Boga korzystnie wpływa na chorobę i zmniejsza poziom cierpienia.

Odpowiedzi pacjentów dotyczące życia rodzinnego i ich obecności w nim potwierdzają ideę opieki hospicyjnej/paliatywnej. Terminalnie chory człowiek nie zostaje wykluczony poza nawias kręgu rodzinnego. Rodzina aktywnie bierze udział w sprawowaniu opieki nad nim. Jest oparciem w chwilach zwątpienia, bólu. To najbliżsi trzymający za rękę dodają sił do stawienia czoła cierpieniu. Dzięki nim „ostatnie chwile” mają bardziej ludzki wymiar. Nie sprowadzają się tylko do „przyklejenia kolejnego plasterka”, czy wykonania iniekcji. Pełne są „dobrych ocen wnucząt”, „nieszczęśliwej miłości sąsiadki”, czy też „aromatu domowego ciasta”.

Jan Paweł II, wzywając poszczególne osoby i grupy osób do towarzyszenia przy umierającym, wymienia na pierwszym miejscu rodzinę.

Rodzina jawi się w sposób szczególny jako bezpieczna przystań, gdzie chory w otoczeniu najbliższych może zakończyć ziemskie życie [14].

Uzyskane wyniki pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Nasilenie się objawów bólowych jest powodem większego poziomu cierpienia chorych terminalnie.
2. Wiara w Boga wzmacnia w chorych nadzieję na poprawę samopoczucia i pomaga im przezwyciężyć cierpienie związane z procesem nowotworowym (zwłaszcza w przypadku osób posiadających rodzinę).
3. Osamotnienie chorych oddziałuje niekorzystnie na ich fizyczną i psychiczną; a ci, którzy odczuwają swoje dolegliwości w sposób dotkliwy, znacznie częściej poszukują kontaktów z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi czy innymi pacjentami.
4. Troskliwa i staranna opieka pielęgniarska przyczynia się w znacznym stopniu do zmniejszenia poziomu cierpienia chorych terminalnie oraz wpływała korzystnie na zmianę ich stosunku do kwestii choroby i ludzkiego życia.
5. Obecność rodziny w terminalnym okresie choroby, gdy chory przebywa już w hospicjum pozwala mu stawić czoła cierpieniu.

Piśmiennictwo

1. Kujawska-Tenner J., Łuczak J., Okupny M., Kotlińska A., Dangel T.: Zwalczanie bólów nowotworowych. Nowe Techniki Nauczania, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa, 1994.
2. Traczyk W. Z.: Fizjologia człowieka w zarysie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2000, s. 203.
3. Łuczak J.: Materiały pokonferencyjne: Edukacja w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz medycynie paliatywnej w Polsce, Toruń, 2004, s. 43.
4. Podstawy opieki paliatywnej. Walden-Gałuszko. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, s. 20.
5. Łuczak J.: Materiały pokonferencyjne: Edukacja w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz medycynie paliatywnej w Polsce, Toruń, 2004.
6. Łuczak J.: Bez niepotrzebnego cierpienia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2001, XI.
7. Łuczak J.: Obowiązek uśmierzenia cierpień. [w]: Leczenie bólu i opieka paliatywna u dzieci, II Kurs CMKP dla Lekarzy i Pielęgniarek, Warszawa, XI 1996.
8. Podstawy opieki paliatywnej. Walden-Gałuszko. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, s. 20.
9. Grudniok F.: Blaski cierpienia. TUM, Wrocław, 1998.

10. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia Św. Jacka, Katowice, 2000, s. 206.
11. Łuczak J.: Ogólna charakterystyka opieki paliatywnej. [w]: Nowa Medycyna, Opracowanie Grupa Robocza, Wydanie Specjalne Medycyna Paliatywna, BORGIS, Warszawa, 1999, s. 5–6.
12. Groszek M.: MicroSoft Excel 2003PL. Wydawnictwo Helion, Gliwice, 2004.
13. Petrie A., Sabin C.: Statystyka medyczna w zarysie (tłumaczenie Moczko J.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
14. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia Św. Jacka, Katowice, 2000, s. 26.

Małgorzata Zagroba¹, Grzegorz Staśkiewicz¹,
Joanna Zielińska², Ewa Sendeczka³

Wpływ choroby nowotworowej na zmiany zachowań w rodzinie w opinii pacjentów

1. Wstęp

Chociaż choroby nowotworowe znane są od starożytności, to w XX wieku stały się plagą ludzkości. Po chorobach układu krążenia, stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce. Ocenia się, że obecnie na nowotwory zapada ok. 1 mln osób rocznie, a za 20 lat liczba zachorowań na choroby nowotworowe podwoi się [1]. Związane jest to głównie ze starzeniem się społeczeństwa, zwiększeniem liczby ludności oraz oddziaływaniem różnych, licznych kancerogenów w otoczeniu człowieka (przyczyna ok. 75% zachorowań).

Rozpoznanie choroby nowotworowej zakłóca życie rodzinne i zawodowe chorego, prowadząc do rozwoju reakcji emocjonalnych, trwających często kilka miesięcy, takich jak: okres zaprzeczenia, okres ostrego cierpienia, pełnego uświadomienia sobie rozpoznania, okres depresji i rozpacz, okres stopniowego przystosowania się i akceptacji [2].

Głębokie przykre doznania towarzyszące chorobie nowotworowej mogą wyzwać szereg emocji, niejednokrotnie niedostrzegalnych dla osób postronnych i wymykających się spod kontroli, takich jak: strach, niepokój, żal, smutek i przygnębienie [3]. Decydującym elementem, wspomagającym pacjentów i ich rodziny, mogą być wyczerpujące informacje, bez fałszywych nadziei, a także bez nieuzasadnionego zastraszania.

¹ Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

² Licencjat pielęgniarstwa, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

³ mgr pielęgniarstwa, specjalizacja I^o z medycyny społecznej, specjalizacja II^o z organizacji ochrony zdrowia, nauczyciel akademicki WOZ PWSZ, zmarła dn. 21.10.2008 r. z powodu choroby nowotworowej

Sposób wyjaśniania pacjentowi na co choruje, będzie miał ogromny i długotrwały wpływ na jego przystosowanie do choroby [4].

Każda choroba, a szczególnie choroba nowotworowa, stwarza w rodzinie specyficzną sytuację psychologiczną i może powodować gwałtowne reakcje. Sama diagnoza i długotrwały proces leczenia, nierzadko bardzo obciążające cały ustrój, zaburzą normalne funkcjonowanie pacjenta oraz powodują stałe lub tymczasowe wyłączenie go z pewnych ról społecznych i rezygnację z niektórych form aktywności. Zmiany dotyczą na ogół najważniejszych sfer życia, czyli pracy zawodowej i życia rodzinnego. Chory przez cały czas leczenia potrzebuje przede wszystkim wsparcia emocjonalnego, ale również szczególnie w okresie rekonwalescencji, wsparcia informacyjnego, instrumentalnego, a czasem także materialnego. Ciężka choroba, w tym na pewno nowotworowa, może zaburzać klimat emocjonalny rodziny, wprowadzając atmosferę lęku, a czasem nawet wzajemnej wrogości i oskarżeń o ewentualne zaniedbania. Dla rodzin słabo zintegrowanych choroba może stać się sytuacją kryzysową, rodzącą bardzo poważne konflikty. Dzieje się tak w przypadku utajonych problemów, które ujawnione są przez chorobę. Natomiast w rodzinach jawnie skłóconych sytuacja choroby może być czynnikiem integrującym, może pomóc przewartościować problemy lub nabrać do nich dystansu.

Następstwa obciążenia rodziny chorobą przewlekłą zaznaczają się w wielu płaszczyznach. Widoczne są one w sferze ekonomicznej, kiedy to z powodu choroby obniża się aktywność zawodowa chorego, a w większości przypadków zachodzi nawet konieczność przejścia na rentę chorobową. Koszty związane z leczeniem, rehabilitacją osoby chorej powodują ubożenie rodziny. Obniżenie standardu życiowego pociąga za sobą konieczność szukania pomocy i wsparcia materialnego lub rzeczowego od innych członków rodziny lub instytucji świadczących pomoc społeczną.

2. Cel pracy i problemy badawcze

Celem głównym pracy było poznanie opinii pacjentów nt. wpływu choroby nowotworowej na zmiany zachowań w rodzinie. Szczegółnie zwrócono uwagę na następujące problemy:

- czy choroba nowotworowa wpływa na umocnienie więzi w rodzinie?
- czy wpływa na status materialny rodziny?
- czy wpływa na zmianę stylu życia członków rodziny?
- czy wpływa na zmianę przekonań religijnych i podejścia do wiary?

3. Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w listopadzie i grudniu 2007 roku wśród 50-ciu losowo wybranych pacjentów z chorobą nowotworową, leczonych w Oddziale Specjalistycznym Wewnętrznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką badawczą – ankieta, a narzędziem autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 19 pytań zamkniętych i półotwartych. Prezentowane wyniki badań stanowią doniesienie wstępne, stąd uzyskane dane zostały przedstawione tylko jako wyliczenia odsetkowe.

4. Wyniki

4.1. Charakterystyka grupy badanej

Grupa badana składała się z 32 kobiet i 18 mężczyzn. Największą grupę stanowili pacjenci w wieku 61 lat i więcej – 17 osób, a najmniejszą (4 osoby) chorzy w wieku do 40. roku życia. Wśród respondentów nieznacznie przeważali mieszkańcy miast (27 osób), połowę badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (25 osób) i ze średnim, w swojej ocenie statusem materialnym (27 osób). Większość osób ankietowanych była w początkowej fazie zmagania się z chorobą nowotworową: u 21 osób choroba trwała od 3 do 12 miesięcy, u 8 osób mniej niż 3 miesiące i tylko u 6 osób czas trwania choroby był dłuższy niż 5 lat.

4.2. Wpływ choroby nowotworowej na umocnienie więzi w rodzinie

Znacząca większość ankietowanych (30 kobiet i 17 mężczyzn) stwierdziła, że to właśnie członkowie rodziny są osobami, z których pomocy i wsparcia w okresie choroby najczęściej korzystają. Kolejne miejsca zajmują przyjaciele (8 osób), pielęgniarki środowiskowe rodzinne (4 osoby), Caritas (1 osoba) i hospicjum (1 osoba).

Choroba nowotworowa, w opinii niemal połowy ankietowanych (23 osoby), nie wpłynęła na zmianę relacji/stosunków w ich rodzinach. W opinii zdecydowanej większości (36 osób), choroba nowotworowa nie spowodowała w rodzinie żadnych konfliktów (tab. 1). Ankietowani zdecydowanie (45 osób) stwierdzili, że ich choroba nowotworowa nie spowodowała odsunięcia się od siebie członków rodziny. Tylko jedna z kobiet stwierdziła, że jej choroba nowotworowa negatywnie wpłynęła na więzi w rodzinie.

Zdecydowana większość ankietowanych określiła pozytywny wręcz wpływ choroby nowotworowej na umocnienie więzi w ich rodzinach:

Tabela 1. Wpływ choroby nowotworowej na pojawienie się konfliktów w rodzinie w opinii ankietowanych

Choroba nowotworowa a konflikty w rodzinie	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N = 32	%	N = 18	%	N = 50	%
Tak	1	3,1	1	5,6	2	4,0
Nie	23	71,9	13	72,2	36	72,0
Nie odczułem tego	8	25,0	4	22,2	12	24,0
Ogółem	32	100,0	18	100,0	50	100,0

Źródło: Badania własne

Tabela 2. Wpływ choroby nowotworowej na umocnienie więzi w rodzinie w opinii ankietowanych

Relacje członków rodziny		Tak		Nie		Nie odczułem tego		Ogółem		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
są dla siebie	K	25	77,5	1	3,1	6	19,4	32	100	
	M	15	84,0	0	0,0	3	16,0	18	100	
życzliwsi		ogółem	40	80,0	1	2,0	9	18,0	50	100
spędzają wspólnie	K	18	55,8	6	19,4	8	25,8	32	100	
	M	11	61,6	1	5,6	6	32,8	18	100	
więcej czasu		ogółem	29	58,0	7	14,0	14	28,0	50	100
więcej ze sobą	K	19	58,9	5	15,3	8	25,8	32	100	
	M	11	61,6	0	0,0	7	38,4	18	100	
rozmawiają		ogółem	30	60,0	5	10,0	15	30,0	50	100
wspólnie podejmują	K	21	65,3	6	19,4	5	15,3	32	100	
	M	15	84,0	2	10,4	1	5,6	18	100	
decyzje		ogółem	36	72,0	8	16,0	6	12,0	50	100

Źródło: Badania własne

w opinii 40 osób członkowie rodzin w związku z ich chorobą nowotworową są dla siebie życzliwsi, więcej spędzają ze sobą czasu (29 osób), więcej ze sobą rozmawiają (30 osób), wspólnie podejmują decyzje (36 osób) (tab. 2).

4.3. Wpływ choroby nowotworowej na status materialny rodziny

Ponad połowa ankietowanych (17 kobiet i 12 mężczyzn) zdecydowanie stwierdziła, że choroba nowotworowa (konieczność rezygnacji z pracy zawodowej, koszty związane z leczeniem, itp.) wpłynęła negatywnie na status materialny ich rodzin. Jednocześnie 2/3 badanych twierdziło, że mimo zmniejszonego budżetu rodzinnego, stać ich na wykupienie podstawowych leków i środków pielęgnacyjnych (tab. 3), a tylko 1/5 badanych zadeklarowała, że stać ich na zaspokojenie wszystkich potrzeb.

Tabela 3. Możliwość zakupu leków i środków pielęgnacyjnych dla ankietowanego

Zakup leków i środków pielęgnacyjnych	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N = 32	%	N = 18	%	N = 50	%
Tak	22	69,0	12	67,0	34	68,0
Nie	10	31,0	6	33,0	16	32,0
Ogółem	32	100,0	18	100,0	50	100,0

Źródło: Badania własne

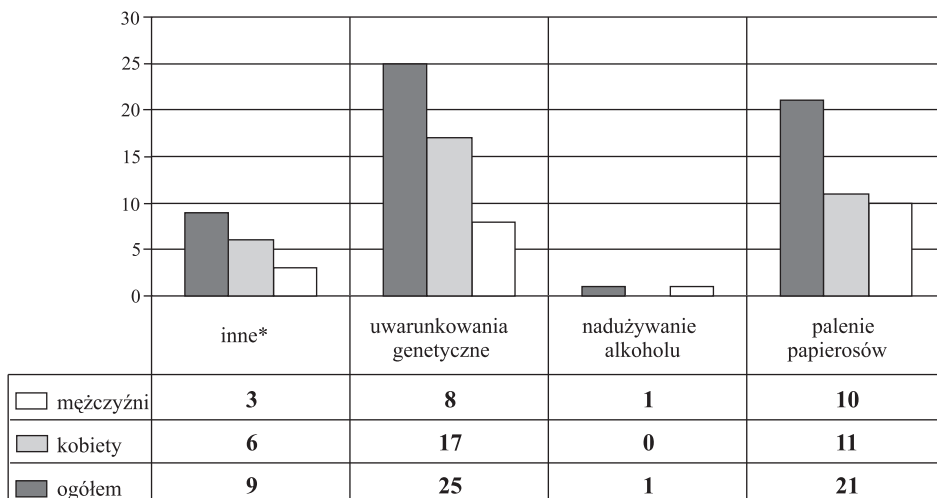
Mimo zmniejszonego budżetu i pewnych niedostatków materialnych, większość badanych (41 osób) nie korzystała z pomocy społecznej.

4.4. Wpływ choroby nowotworowej na zmiany stylu życia członków rodzin

W opinii 25 osób przyczyną ich choroby nowotworowej były uwarunkowania genetyczne, ale niemal połowa (10 kobiet i 11 mężczyzn) uznała, że przyczyną ich choroby nowotworowej było palenie papierosów (ryc. 1).

Część badanych stwierdziła, że w ich rodzinach nie występowały czynniki ryzyka mające ew. wpływ na zachorowania na choroby nowotworowe. Niemal połowa badanych (24 osoby) stwierdziła, że w ich rodzinach nie było problemu nadużywania alkoholu, a w rodzinach 11 osób nie było problemu z nałogiem nikotynowym.

Choroba nowotworowa wg ankietowanych nie miała znaczącego wpływu na zmianę zachowań prozdrowotnych w ich rodzinach. Wśród palących członków rodziny ponad 50,0% nie zerwało z nałogiem palenia, tylko 1/3 rodzin zmniejszyła spożycie alkoholu. Znaczące, pozytywne zmiany zachowania pojawiły się w 1/2 rodzin w zakresie zdrowego, racjonalnego odżywiania (tab. 4).

Ryc. 1. Przyczyny choroby nowotworowej w opinii ankietowanych

* inne: dieta, brak aktywności, nie wiem

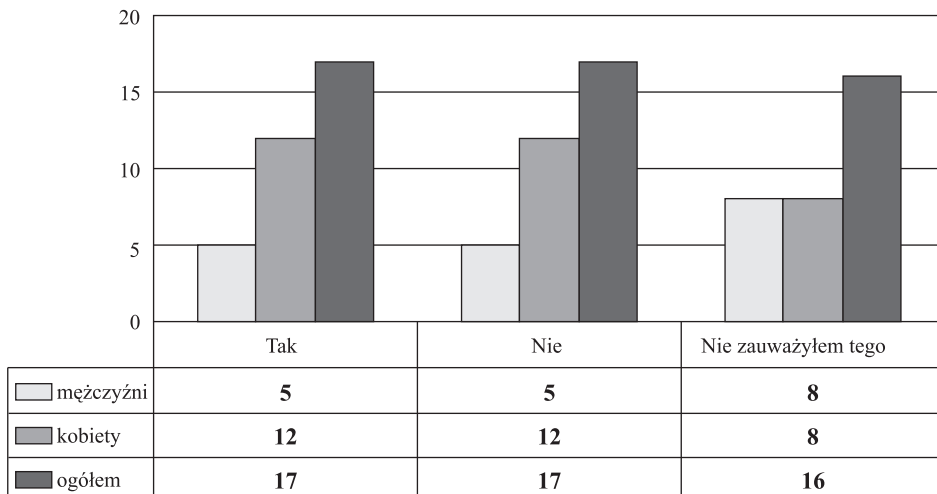
Źródło: Badania własne

Tabela 4. Zmiany w stylu życia członków rodziny ankietowanych pod wpływem choroby nowotworowej, w opinii ankietowanych

Zmiany w stylu życia członków rodziny		Tak	Nie	Nie wiem	Nie było tego problemu	Ogółem
Zerwali z nałogiem palenia papierosów	K	5	16	5	6	32
	M	2	10	1	5	18
	Ogółem	7	26	6	11	50
Zmniejszyli spożycie alkoholu	K	9	7	2	14	32
	M	3	3	2	10	18
	Ogółem	12	10	4	24	50
Zdrowiej się odżywiają	K	17	2	11	2	32
	M	6	1	9	2	18
	Ogółem	23	3	20	4	50
Zwiększyli aktywność fizyczną	K	7	12	12	1	32
	M	2	6	9	1	18
	Ogółem	9	18	21	2	50

Źródło: Badania własne

Ryc. 2. Korzystanie przez członków rodzin ankietowanych z badań przesiewowych/profilaktycznych pod wpływem choroby nowotworowej



Źródło: Badania własne

W badaniach poruszono również problem korzystania członków rodzin z badań profilaktycznych i przesiewowych. Okazało się, że tylko w 1/3 rodzin badanych nastąpił wzrost zainteresowania własnym zdrowiem i badaniami profilaktycznymi (ryc. 2).

4.5. Wpływ choroby nowotworowej na zmianę przekonań religijnych i podejścia do wiary członków rodziny

Zdecydowana większość badanych zadeklarowała, że są osobami wierzącymi, a tylko dwie kobiety stwierdziły, że są niewierzące. W opinii 1/3 ankietowanych, pod wpływem choroby nowotworowej, nastąpił wzrost zainteresowania wiarą, religią oraz Kościołem w życiu ich rodzin (członkowie ich rodzin częściej się modlą, częściej uczestniczą we mszy świętej, przystępują do sakramentów) (tab. 5).

4.6. Podsumowanie wyników badań

Pojawienie się choroby nowotworowej w rodzinie może wpływać na nią, przynajmniej w początkowym okresie, dysfunkcjonalnie. Zostają zaburzone dotychczasowe najważniejsze obszary życia rodzinnego i zawodowego. Mogą się pojawić skrajne przeżycia emocjonalne. To, w jaki sposób trudności zostaną przezwyciężone, zależy bardzo często od tego, jak

Tabela 5. Wpływ choroby nowotworowej na wzrost znaczenia wiary w rodzinie, w opinii ankietowanych

Wzrost znaczenia wiary, religii, Kościoła w życiu rodziny	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	9	28,0	9	50,0	18	36,0
Nie	5	15,5	2	11,1	7	14,0
Nie zauważyłem tego	18	56,5	7	38,9	25	50,0
Ogółem	32	100,0	18	100,0	50	100,0

Źródło: Badania własne

rodzina funkcjonowała wcześniej. Rodziny zintegrowane zdecydowanie lepiej radzą sobie z trudną sytuacją i w takich rodzinach osoby chore otrzymują największe wsparcie i pomoc.

Wśród badanych osób zdecydowana większość widzi pozytywne zmiany w zachowaniu i postawach członków rodziny. Niemal połowa spośród 50 badanych stwierdziła, że ich choroba nowotworowa nie wpłynęła na zmianę stosunków rodzinnych. Jednocześnie zdecydowana większość ankietowanych uważa, że członkowie rodzin są dla siebie życzliwsi, więcej spędzają ze sobą czasu, więcej ze sobą rozmawiają i częściej podejmują wspólne decyzje. U większości też choroba nie była przyczyną konfliktów w rodzinie.

Niewątpliwym faktem jest, że przewlekła, nieuleczalna choroba stanowi obciążenie dla budżetu rodzinnego. Wśród większości badanych choroba obniżyła ich możliwości finansowe, jednak ponad 2/3 ankietowanych podała, że stać ich na wykupienie leków i środków pielęgnacyjnych, a 80,0% badanych stwierdziło, że musi ograniczać wydatki w innych obszarach, nie związanych z chorobą. Mimo to ponad 3/4 respondentów nie korzysta z pomocy społecznej.

Większość ankietowanych choruje na nowotwory, rozwój których ma związek ze stylem życia (rak płuca, rak jelita). Co ciekawe, ich choroba nie miała istotnego wpływu na zmianę zachowań w rodzinie w kierunku prozdrowotnych. Znaczące, pozytywne zachowania pojawiły się jedynie w zakresie zdrowego odżywiania, a badaniami profilaktycznymi zainteresowali się członkowie rodzin tylko 1/3 ankietowanych.

Choroba nowotworowa nie zdeprecjonowała wiary wśród rodzin osób chorych, a u ok. 1/3 rodzin spowodowała umocnienie więzi religijnych i większe zaangażowanie w praktyki religijne.

5. Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na wysunięcie następujących wniosków:

- Choroba nowotworowa członka rodziny, w większości tych rodzin wpływa pozytywnie na zmiany ich zachowań.
- W obliczu choroby nowotworowej największe wsparcie dla chorego stanowi najbliższa rodzina, która jednoczy się w opiece nad chorym.
- Pożądanym byłoby, aby rodzina w obliczu choroby nowotworowej mogła liczyć również na wsparcie ze strony instytucji i organizacji społeczno-charytatywnych w miejscu zamieszkania i podczas pobytów w szpitalu.
- Należy położyć większy nacisk na profilaktykę chorób nowotworowych poprzez edukację zdrowotną, aby zwiększyć wiedzę i umiejętności w zakresie ochrony i potęgowania zdrowia. Szczególną rolę powinny odgrywać pielęgniarki w miejscu zamieszkania oraz w szpitalach i poradniach.
- Należy zachęcać członków rodzin z grup ryzyka, aby w większym stopniu korzystali z badań przesiewowych i profilaktycznych.
- Polityka Państwa powinna być prozdrowotna i prorodzinna, aby zapewnić lepszą dostępność do profilaktyki zdrowotnej i leczenia oraz aby status materialny rodzin mógł zapewnić im godne życie.

Piśmiennictwo

1. Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A.: Onkologia – podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2003, s. 15.
2. Biercewicz M.: Psychologiczny aspekt choroby nowotworowej. Pielęgniarka i Położna, 2001, 9, s. 20–21.
3. Gapik L., Kosmala J.: Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek. Seksuologia Polska, 2004, 2, 1, s. 25–29.
4. Berraclough J.: Rak i emocje. Wydawnictwo Medyczne SENMEDICA, Warszawa 1997, s. 121.

Agnieszka Pietrzyk¹, Sebastian Lizińczyk²

Spoglądanie w oczy śmierci. Co się wtedy dzieje z kontrolą życia, uczuciami i jakością życia pacjentów z zaawansowanym rakiem?

Wstęp

Umieranie

A. Szczeklik [1] stwierdza, iż należy więcej mówić o umieraniu niż o śmierci, bo ścieżką śmierci idzie się tylko raz. Może to być śmierć nagła, albo nieuleczalna, postępująca choroba dokonująca spustoszeń, wyczerpująca możliwości leczenia. Nieuleczalnie chorzy bywają określani „jako mało przydatni społecznie” [2, s. 91]. A przecież są oni jednym z przykładów sytuacji medycznych bez wyjścia, w których ci, którzy leczą, są ciągle użyteczni. Mogą wiele nauczyć się od pacjentów poprzez uwrażliwienie się na spojrzenia, dotyk, słowa lub milczenie umierających. Uwrażliwienie to wydaje się być tym ważniejsze, im bardziej obowiązuje wzorzec śmierci na opak, zdziczałej, wypartej ze społecznej świadomości [1, 3].

Umieranie to proces, w którym jednostka odchodzi etapami [4], przechodząc przez zaprzeczanie, gniew, targowanie się, depresję, aż po zaniechanie walki ze śmiercią i jej akceptację. Od fazy ostrego kryzysu, z silnymi emocjami negatywnymi naprzemiennie występującymi z pozytywnymi, przez długotrwałą fazę ograniczenia wszelkiej aktywności, bóle, fizyczne słabnięcie, rezygnację przemieszana z nadzieją, pacjent dochodzi do terminalnej fazy umierania, zwracając się do swego wnętrza, chroniąc resztki energii, zamykając się w sobie [5]. Kres ludzkiego życia spostrzega się, gdy pacjent nie potrafi przewyciężyć choroby, dolegliwości, traci kontrolę nad biegiem wydarzeń, w których uczestniczy. Nastaje

¹ Wydział Nauk Społecznych, Studium Pomocy Socjalnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

² Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach

dla niego czas umierania. Ale *ars moriendi* to także *ars vivendi* [6]. S. Nuland pisze: „Miarą tego, jak umieramy są lata przeżyte uczciwie i pięknie. Bowiem wspomnienie, które po nas zostaje, nie kształtuje się w ciągu ostatnich tygodni, dni, lecz w ciągu dziesiątków lat, które je poprzedzają. Kto żył godnie, godnie umiera” [6, s. 303]. Godne umieranie to także odchodzenie bez cierpień psychofizycznych, w obecności kochających osób, przy wszechstronnym wsparciu emocjonalnym, duchowym, społecznym; to także świadome zamykanie najważniejszych spraw u schyłku własnego życia [1, 5].

Nieuleczalnie chorzy doznają cierpień fizycznych, egzystencjalnych, duchowych, samotności metafizycznej, natrętnych pytań o sens ludzkiego istnienia, lęku, depresji, wzmożonej odpowiedzialności za życie i dokonane zło, ale też odwagi, uporu i determinacji [1, 2, 5]. Potrzebują uważnego wysłuchania, otuchy, snu, zaspokojenia zachcianek smakowych, bo normalny apetyt już dawno utracili. Sprawdzonymi, powszechnie stosowanymi przez nich mechanizmami adaptacji są: zachowanie samodzielności w rozwiązywaniu codziennych problemów, dzielenie się z bliskimi obawami, lękiem przed śmiercią, świadome kontrolowanie swego życia, emocji, wydarzeń, w których uczestniczą. Przystosowanie się do nadchodzącej śmierci bywa utrudnione przez charakter relacji umierającego z otoczeniem. Nie sprzyja adaptacji „zmowa milczenia”, „gra pozorów”, negowanie przez bliskich podejrzeń chorego o swym umieraniu. To, co pomaga nieuleczalnie chorym, to otwarta świadomość obu stron: chory nie jest samotny ze swym lękiem, smutkiem, wspólnie z bliskimi przygotowuje się do śmierci, bliscy są stale obecni przy jego łóżku on sam zachowuje poczucie kontroli tego, co pozostaje mu do przeżycia [3, 5, 6].

Kontrola własnego życia

Poczucie kontroli własnego życia, jako ważny element przystosowania pacjentów nieuleczalnie chorych do sytuacji życiowej, to wymiar osobowości, decydujący o stosunku człowieka do otaczającej rzeczywistości, siebie samego, także o subiektywnej ocenie możliwości własnego działania. To dostrzeganie z jednej strony własnej umiejętności unikania negatywnych wydarzeń i radzenia sobie z nimi, a z drugiej – zdolności osiągnięcia pozytywów i delektowania się nimi. Umiejętność kontrolowania życia daje pewność, że cokolwiek się stanie, można poradzić sobie ze zdarzeniami i własnymi uczuciami. Spostrzeganie braku tej kontroli prowadzi do bezradności, zniechęcenia, zagubienia i beznadziejności. Długo czas badacze traktowali kontrolę własnego życia, jako jednowymiarowy

konstrukt [7, 8]. Po latach pojawił się model zaproponowany przez F. Bryanta [9], który połączył koncepcję pierwotnej [poznawczo-behawioralnej] i wtórnej [emocjonalnej] kontroli życia [10] z koncepcją kontroli zdarzeń pozytywnych i negatywnych [11]. Wyróżnił cztery wymiary kontroli: *unikanie* [dokonywanie zmian w zdarzeniach negatywnych], *zmaganie się* [dokonywanie zmian w swych negatywnych emocjach wyzwalanych przez negatywne zdarzenia], *utrzymywanie* [przekształcanie otoczenia celem doświadczania pozytywnych zdarzeń] oraz *doznawanie* [delektowanie się pozytywnymi uczuciami dostarczonymi przez pozytywne zdarzenia]. Unikanie i utrzymywanie [oba związane z wydarzeniami] przynależą do kontroli pierwotnej [poznawczo-behawioralnej], zaś zmaganie się i doznawanie [dotyczące emocji] przynależą do kontroli wtórnej [emocjonalnej] [9].

F. Bryant uważa, że kontrola pozytywnych zdarzeń i emocji, szczególnie sprzyja równowadze psychicznej. Z kolei unikanie negatywnych zdarzeń, a utrzymywanie pozytywnych emocji sprzyjają przejmowaniu kontroli behawioralnej nad własnym życiem. Natomiast przekonanie o umiejętności zmagania się z negatywnymi wydarzeniami i delektowania się emocjami pozytywnymi pozwalają przejąć kontrolę poznawczą i behawioralną. Dwa typy umiejętności – unikanie tego, co negatywne i osiągnięcie tego, co pozytywne – odzwierciedlają zdolność człowieka do zmieniania własnego świata [wydarzeń; to kontrola pierwotna] lub zmieniania siebie [swych uczuć; to kontrola wtórna]. Badania pokazały, że pacjenci onkologiczni we wczesnej fazie leczenia przeciwnowotworowego mają obniżone poczucie kontroli własnego życia, przy czym szczególnie obniża się u nich kontrola zdarzeń [pierwotna], zaś znacznie wzrasta lub pozostaje na średnim poziomie, kontrola emocji [wtórna] [12]. Samokontrola okazała się ważnym elementem adaptacji do choroby nowotworowej w fazie jej leczenia. Jaki jest jej poziom u pacjentów w zaawansowanym stadium raka – odpowiedzi na to pytanie mają dostarczyć wyniki niżej referowanych badań.

Uczucia pacjentów z zaawansowanym rakiem

Smutek, depresja, lęk są ich stanami powszechnymi. Niektórzy przeżywają bunt, gniew, złorzeczą wszystkim i wszystkiemu. Inni zamykają się w sobie, są apatyczni, małowówni. U innych poczucie głębokiej niesprawiedliwości losu miesza się z poczuciem winy. Już nie wierzą w dobre rokowania, w ogóle boją się rokowań. Potrzebują uspokajania, obecności bliskich, ich uwagi, słów pokrzepienia i wzbudzania nadziei. Niektórzy popadają w rozpacz, z której nie potrafią się otrząsnąć by przeżywać

życie, które im zostało [5, 6, 13, 14, 15]. Kiedy u pacjentów mija szok wywołany złym rokowaniem, pojawia się pytanie: ile jeszcze czasu zostało? dni? tygodni? miesięcy? A może lat? Na ogół nie ma na nie dobrych odpowiedzi. Może nawet w ogóle nie ma na nie odpowiedzi. Dlatego pozostaje życie do przeżycia i dążenie do jak najlepszej jego jakości.

Jakość życia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową

Niewiele jest badań poświęconych jakości życia chorych w stanie terminalnym, w przeciwieństwie do liczby badań prowadzonych we wcześniejszych fazach choroby [16]. Jedną z trudności jest niedostosowanie narzędzi pomiarowych do zmian w stanie psychofizycznym pacjenta. Inne to opory psychiczne u osób przeprowadzających badanie lub niechętny stosunek rodziny pacjenta, która w badaniu upatruje braku szacunku dla powagi sytuacji. Wyjściem z tego impasu jest zwrócenie się wprost do pacjenta z prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie takiego badania. Po pierwsze dlatego, że to on samodzielnie dokonuje oceny swego życia i jego jakości, po drugie jego współpraca może poprawić efektywność opieki medycznej i pozamedycznej, której wymaga stan pacjenta.

Jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową jest definiowana jako stan samopoczucia, składającego się ze zdolności radzenia sobie z codziennymi zadaniami oraz z satysfakcji pacjenta z jego funkcjonowania na wszystkich poziomach, z kontroli nad chorobą, objawami związanymi z zastosowaną metodą leczenia. Badacze jakości życia w chorobie nowotworowej są zgodni co do tego, że podstawowe elementy jakości życia pacjenta to: stan somatyczny, funkcjonowanie psychiczne [emocjonalne i poznawcze], relacje społeczne [towarzyskie, przyjacielskie, zawodowe], funkcjonowanie w rolach społecznych [rodzinnych, małżeńskich]. Sugerują branie pod uwagę dodatkowe komponenty, zależnie od celu badawczego, np. seksualność, obraz ciała, status ekonomiczny, światopogląd [13, 14, 17, 18].

Mimo braku jednomyślności w kwestii definiowania jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową badacze są zgodni co do tego, że jakość ta podlega ocenie subiektywnej i to ją uważa się za najbardziej istotne źródło informacji. Oceny obiektywne, dokonywane przez postronnych obserwatorów, traktowane są jako informacje dodatkowe. Drugim zagadnieniem, co do którego badacze są zgodni jest to, że jakość życia jest procesem czasowo zmiennym, podatnym na działanie czynników zewnętrznych i wewnętrznych, a nie stabilnym wynikiem, uzyskanym na podstawie dokonanych pomiarów [15].

Celem referowanych poniżej badań jest ujawnienie wpływu spostrzegania kontroli własnego życia w terminalnej fazie choroby nowotworowej na przeżywane uczucia oraz ocenę jakości życia przez pacjentów z zaawansowanym rakiem.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na Oddziale Onkologicznym Szpitala im. St. Leszczyńskiego w Katowicach, od maja 2006 do lutego 2008 r. Badanych było 200 pacjentów z zaawansowanym rakiem [100 kobiet i 100 mężczyzn]. Typ choroby nowotworowej nie był kontrolowaną zmienną pośredniczącą. Średnia wieku badanych osób wyniosła 62,5 lat. W badaniu posłużono się ilościowymi narzędziami badawczymi: a/ dla zmiennej niezależnej – kontrola życia – Kwestionariuszem Spostrzeganej Kontroli Życia F. Bryanta [9]; b/ dla zmiennych zależnych – uczucia i jakość życia – HADS [19] oraz Kwestionariuszem QLQ-30 [20]. Dla weryfikacji modelu badawczego wykorzystano analizę ścieżek. Wpływ zmiennych demograficznych i medycznych na 6 obszarów życia oraz na przeżywane uczucia pacjentów z zaawansowanym rakiem badano za pomocą korelacji r Pearsona i analizy wariancji ANOVA.

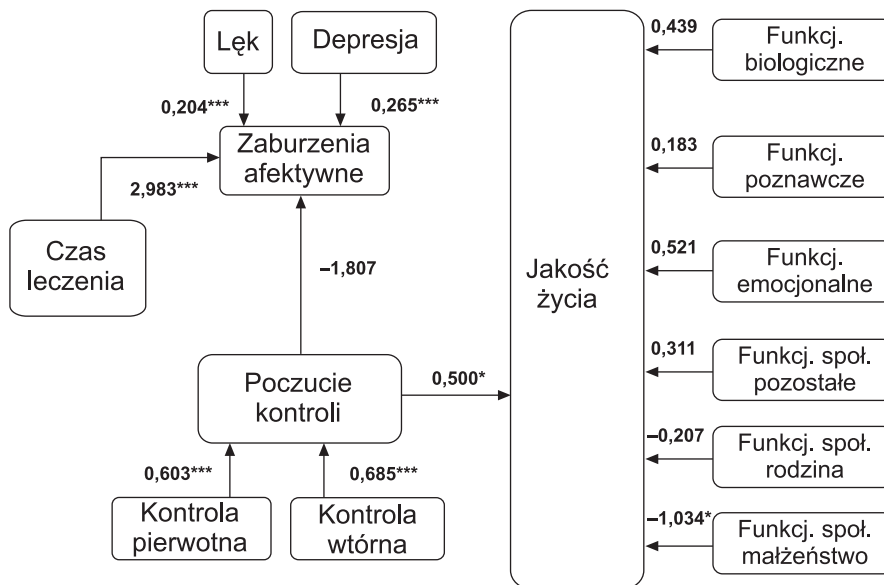
Wyniki badań i omówienie

Poniżej na rysunku 1 i 2 przedstawiono wyniki analizy ścieżek w obu badanych grupach pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Analiza ścieżek w grupie badanych kobiet (Rys. 1) pokazuje, że: a) spostrzegana kontrola życia wpływa na poziom ich zaburzeń afektywnych, zaś brak problemów behawioralnych i poznawczych zmniejsza poziom ich lęku i depresji; b) wysiłki kobiet, ukierunkowane na wprowadzanie zmian w świecie otaczającym oraz własnych uczuciach, mają istotny wpływ na jakość życia, przede wszystkim na funkcjonowanie w małżeństwie; c) kobiety z zaawansowaną chorobą nowotworową doświadczają rozbicia planów życiowych, celów małżeńskich oraz marzeń, związanych z rolą „rodziców” i/lub „dziadków”.

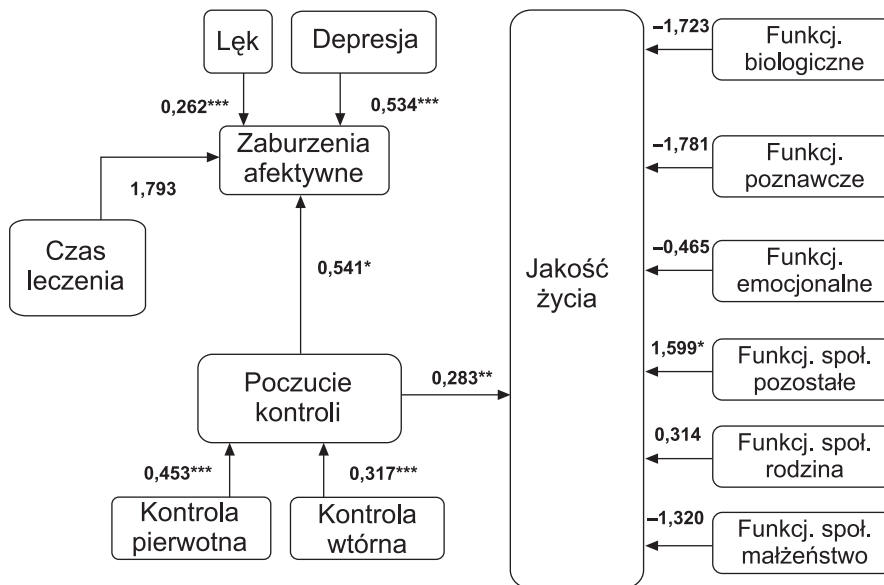
Analiza ścieżek w grupie mężczyzn z zaawansowaną chorobą nowotworową (Rys. 2) pokazuje, że: a) spostrzegana kontrola życia wpływa w stopniu istotnym statystycznie na poziom ich depresji, a konsekwentne, stanowcze przeciwdziałanie negatywnym skutkom choroby [silnie związane z kontrolą behawioralną – pierwotną] zmniejsza lęk u badanych mężczyzn, jednak niski poziom kontroli własnych emocji [kontroli wtórnej] zwiększa nasilenie ich depresji; b) kontrola własnego życia nie

Rys. 1. Analiza ścieżek w grupie kobiet z zaawansowanym stadium raka



Poziom istotności (p) * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

Rys. 2. Analiza ścieżek dla grupy mężczyzn z zaawansowanym stadium raka



Poziom istotności (p) * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

wpływa istotnie na ocenę mężczyzn jakości ich życia; jest ona negatywnie skorelowana z funkcjonowaniem somatycznym, poznawczym, emocjonalnym leczących się mężczyzn; c) brak bliskości, intymności w życiu małżeńskim znacząco obniża ocenę jakości życia badanych mężczyzn, natomiast dobre, otwarte, częste relacje z kolegami, sąsiadami oraz innymi mężczyznami leczącymi raka podnoszą ocenę tej jakości.

Tabela 1. Wpływ wieku pacjentów z zaawansowanym rakiem na wyszczególnione obszary jakości ich życia oraz uczucia

Wiek	Funkcj. biologiczne	Funkcj. poznawcze	Funkcj. emocjonalne	Funkcj. społ. pozostałe	Funkcj. społ. rodzina	Funkcj. społ. małżeństwo	Lęk	Depresja
Kobiety	0,300**	0,193*	0,044	0,265**	0,390***	0,084	0,144	0,414***
Mężczyźni	0,105	0,290**	0,206	0,278**	0,431***	0,038	-0,178	0,071

Poziom istotności (p) * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

Wyniki zawarte w tabeli 1 pokazują, że: a) wiek kobiet wpływa znacząco na większość obszarów jakości ich życia; im są starsze w tym większym stopniu doświadczają problemów somatycznych, poznawczych, tym uboższe są ich relacje społeczne oraz tym więcej mają konfliktów i nieporozumień małżeńskich; b) wraz z wiekiem wzrasta także nasilenie ich depresji. Niemniej jednak wiek badanych kobiet nie wpływa istotnie na poziom ich lęku; c) zmienna wieku w grupie badanych mężczyzn nasila ich zaburzenia poznawcze, obniża poziom relacji społecznych i rodzinnych, jednak nie upośledza ich funkcjonowania emocjonalnego.

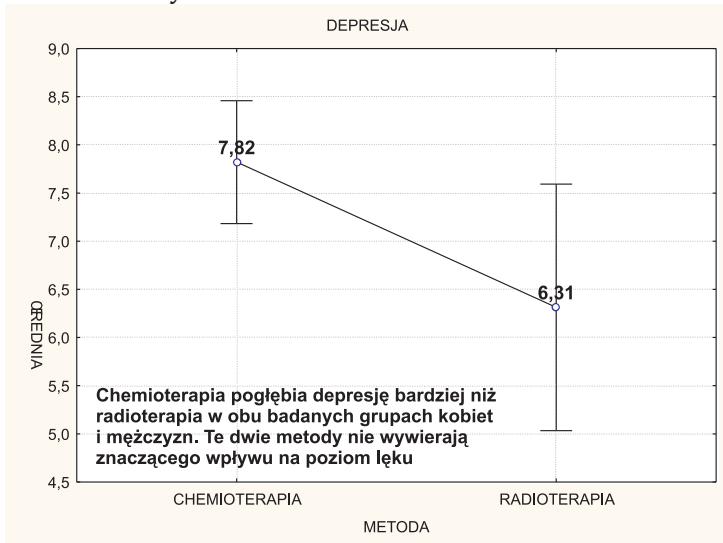
Tabela 2. Wpływ czasu leczenia przeciwnowotworowego na wyszczególnione obszary jakości życia oraz uczucia pacjentów z zaawansowanym rakiem

Czas	Funkcj. biologiczne	Funkcj. poznawcze	Funkcj. emocjonalne	Funkcj. społ. pozostałe	Funkcj. społ. rodzina	Funkcj. społ. małżeństwo	Lęk	Depresja
Kobiety	0,070	-0,112	-0,039	-0,101	-0,063	-0,094	0,151	0,084
Mężczyźni	0,257**	0,202	0,248*	0,056	-0,005	0,075	-0,040	0,196

Poziom istotności (p) * < 0,05; ** < 0,01; *** < 0,001

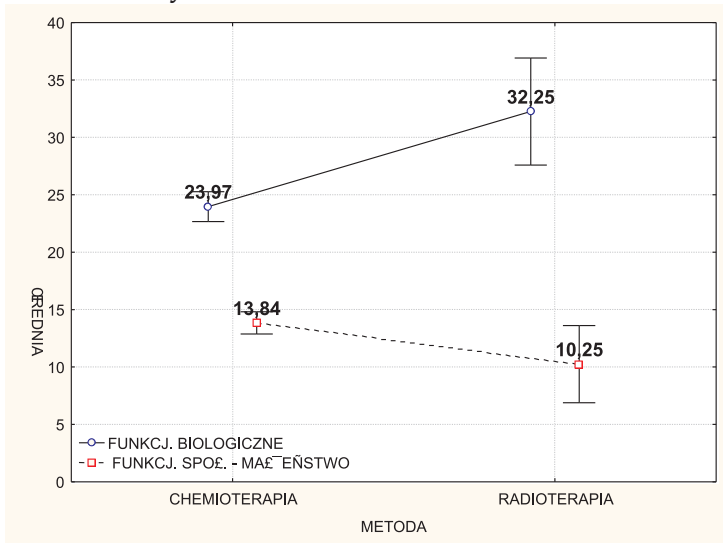
Wyniki zawarte w tabeli 2 ujawniają, że: a) w grupie kobiet z zaawansowaną chorobą nowotworową czas leczenia nie zmniejsza w stop-

Rys. 3. Wpływ metody leczenia na problemy afektywne pacjentów z zaawansowanym rakiem



Depresja $p < 0,05$ $F = 4,29(164)$

Rys. 4. Wpływ metody leczenia przeciwnowotworowego na jakość życia kobiet z zaawansowanym rakiem



Funkcjonowanie biologiczne $p < 0,001$; $F = 15,73(80)$

Funkcjonowanie społeczne-małżeństwo $p < 0,05$; $F = 5,37(80)$

niu istotnym statystycznie jakości ich życia ani nie zwiększa poziomu problemów afektywnych; b) zmienna ta w grupie badanych mężczyzn podnosi jedynie poziom problemów somatycznych i emocjonalnych, ale wpływ ten jest niewielki.

Rysunki 3 i 4 obrazują wpływ metody leczenia na poziom problemów afektywnych oraz jakość życia badanych pacjentów z zaawansowanym rakiem

Wyniki wskazują, że chemioterapia w mniejszym stopniu zmniejsza symptomy fizyczne (zwłaszcza ból) niż radioterapia. Niemniej jednak chemioterapia bardziej niż radioterapia zwiększa liczbę problemów w życiu małżeńskim badanych kobiet. W grupie mężczyzn wpływ metody leczenia przeciwnowotworowego nie ma istotnego wpływu na jakość ich życia i zaburzenia afektywne.

Wnioski

Zdolność zmieniania własnego świata [kontrola pierwotna] pozwala pacjentom z zaawansowanym rakiem dostosowywać swe działania do nowych okoliczności życiowych dzięki rozumieniu sytuacji i swej roli w nich [9]. Zmienianie samego siebie [kontrola wtórna] w terminalnej fazie choroby nowotworowej ma większe znaczenie dla kobiet niż dla mężczyzn. To one, szukając możliwości przeżywania radości, nadziei, uspokojenia [2, 5, 6] doświadczają niższej depresji i lęku niż mężczyźni. Dla badanych mężczyzn zmienianie swych uczuć nie jest ważną umiejętnością, stąd depresja jest u nich poważnym problemem życiowym w badanej fazie raka. Jednocześnie dzięki asertywnym zachowaniom mężczyźni radzą sobie z lękiem lepiej niż badane kobiety [6]. Kobiety tracąc kontrolę poznawczą, emocjonalną i behawioralną nad swym życiem w terminalnej fazie raka doświadczają obezwładniających je zaburzeń afektywnych [4, 14]. Te, które umiejętnie kontrolują swe negatywne uczucia, koncentrują się na problemach do rozwiązania, na ich emocjonalnych i behawioralnych stronach [2, 6, 12]. Mężczyźni wykorzystują przede wszystkim kontrolę pierwotną, zachowują ufność w swą zdolność przeciwdziałania negatywnym zdarzeniom, a podtrzymywania pozytywnych, co skutkuje ich względnie dobrym samopoczuciem w badanej fazie choroby nowotworowej. Niemniej jednak niski poziom kontroli własnych emocji nasila u mężczyzn głębokość depresji [1, 5].

Zaawansowana choroba nowotworowa i jej leczenie narusza wszystkie obszary jakości życia badanych pacjentów [13, 17]. Kobiety dość dobrze radzą sobie z objawami somatycznymi, problemami poznawczymi,

emocjonalnymi, są wystarczająco usatysfakcjonowane swymi relacjami społecznymi. Niemniej jednak brak im zadowolenia z życia rodzinnego i małżeńskiego, co w konsekwencji obniża ocenę jakości ich życia [14, 16]. Mężczyźni dbają o różnorodność i intensywność swych relacji społecznych, które są dla nich podstawowym źródłem wsparcia, podnoszącym poziom ich oceny jakości życia. Niestety dolegliwe objawy somatyczne, problemy poznawcze, emocjonalne, nierozwiązane problemy małżeńskie redukują pozytywność oceny jakości ich życia [14, 16].

Uzyskane wyniki badań potwierdzają główny cel działania osób wspierających pacjentów z zaawansowanym rakiem: *opieka paliatywna musi uwzględniać wszystkie obszary bio-psycho-społecznego funkcjonowania pacjentów onkologicznych* [13] po to, aby wesprzeć ich w *ars moriendi* [1, 6].

Piśmiennictwo

1. Szczeklik A: Kore. Wyd. Znak, Kraków 2007.
2. Brehant J.: Thanatos – chory i lekarz w obliczu śmierci. Wyd. Anchor, Warszawa 1993.
3. Szewczyk K.: Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu. [W:] M. Gałuszka, K. Szewczyk [red.], Umierać bez lęku. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1996, 14–62.
4. Kubler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1979.
5. Ostrowska A.: Śmierć i umieranie. Wyd. Almapress, Warszawa 1991.
6. Nuland S.: Jak umieramy. Świat Książki, Warszawa 1996.
7. Rotter J.: Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. Psychol. Monogr. 1966, 80, 1, 1–28.
8. Seligman M.: Helplessness. Freeman, San Francisco 1975.
9. Bryant F.: A four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining, savoring. J. Personal. 1989, 4, 773–797.
10. Rotbaum F., Weisz J., Snyder S.: Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. J. Personal. Soc. Psychol. 1982, 42, 5–37.
11. Gregory W.: Locus of control for positive and negative outcomes. J. Personal. Soc. Psychol. 1978, 36, 840–849.
12. Pietrzyk A.: Wpływ poczucia koherencji na spostrzeganie kontroli własnego życia u pacjentów onkologicznych w trakcie chemioterapii. Psychoonkol. 2004, 8, 1–7.
13. de Walden-Gałuszko K. Majkowicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Wyd. AM, Gdańsk 2001.

14. de Walden-Gałaszko K.: U kresu. Wyd. MAKmed, Gdańsk 2000.
15. Pietrzyk A.: TA choroba w rodzinie. Psycholog o raku. Wyd. Impuls, Kraków 2006.
16. de Walden-Gałaszko K.: Problemy jakości życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. [W:] J. Meyza J. [red.], Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Centrum Onkologii, Warszawa 1997, 99–104.
17. Cella D.: Quality of life. [W:] J. Holland [ed]: Psychooncology. Oxford University Press, New York, 1998, 1135–1146.
18. Cella D., Bonomi A.: Measuring quality of life. *Oncol.* 1995, 9, 47–60.
19. Zigmond A., Snaith R.: The hospital anxiety and depression [HAD] scale. *Acta Psychiatr. Scan.* 1983, 67, 361–370.
20. Aaronson N., Cull A., Kassa S., Sprangers M.: Modułowe postępowanie Europejskiej Organizacji do Badania i Leczenia Raka [EORTC] do oceny jakości życia chorych na nowotwory. Modyfikacja. [W:] J. Meyza [red.], Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Centrum Onkologii, Warszawa 1997, 13–36.

Krystyna Kurowska¹, Magdalena Zając²

Zapotrzebowanie na relacje wspierające a orientacja życiowa osób chorych na choroby nowotworowe

Wstęp

Choroba nowotworowa jest powszechnie postrzegana jako ciężkie schorzenie zagrażające życiu, budzące lęk i niepokój. Jak człowiek radzi sobie z chorobą, zależy nie tylko od stanu jego zdrowia, a także od czynników psychologicznych i społecznych. W momencie pojawienia się choroby ważnym elementem jest rodzina oraz osoby otaczające chorego, które tworzą warunki sprzyjające powrotowi chorego do zdrowia, co wywiera istotny wpływ na jej przebieg. Częstość pojawiają się takie sytuacje, w których ciężko pogodzić się z chorobą, niepełnosprawnością, czy też nieuniknioną śmiercią. W przypadku rozpoznania choroby nowotworowej sytuacje te są nagminne.

Aaron Antonovsky, twórca koncepcji poczucia koherencji dowiódł, iż człowiek posiada uogólnione zasoby odpornościowe, które mobilizują ludzi do walki z przeciwnościami, jakie spotykają nas w trakcie życia. Niewątpliwie bardzo trudnym wydarzeniem w życiu człowieka jest rozpoznanie choroby nowotworowej i uciążliwe leczenie jej chemioterapią. Zdolność funkcjonowania w tej trudnej sytuacji w oparciu o wykorzystanie zasobów środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, umożliwia osobie z chorobą nowotworową rozpocząć walkę o zdrowie. Silne poczucie koherencji i wsparcie społeczne pozwalają tym ludziom walczyć z chorobą nowotworową i często dotkliwymi skutkami leczenia cytostatykami.

¹ Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, CM w Bydgoszczy, UMK Toruń

² Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Katedra Psychologii Wspomagania Rozwoju, Bydgoszcz

U podstaw salutogenetycznej orientacji lokującej orientację życiową w centrum myślenia o zdrowiu, leży fundamentalne założenie filozoficzne zgodnie, z którym „...organizm ludzi ze swej natury znajduje się w dynamicznym stanie heterostatycznego braku równowagi. Bez względu na to, czy stresory są pochodzenia wewnętrznego, czy zewnętrznego (...) nieustannie spotykamy się w życiu z bodźcami, na które nie mamy gotowej, adekwatnej odpowiedzi adaptacyjnej, na które musimy jakoś zareagować” [1].

Ogólne zasoby odporności określone przez Antonovsky'ego (GRRs) mają za zadanie ułatwić człowiekowi zmaganie się ze stresowymi czynnikami. Antonovsky uważa, iż osoby z wysokim poczuciem koherencji będą prezentować gotowość do wykorzystywania potencjalnych zasobów odpornościowych w przeciwieństwie do osób z niskim poczuciem koherencji. To właśnie osoby o silnym SOC utrzymują bądź poprawiają swoją pozycję na continuum zdrowia – choroba bez względu na jej aktualną lokalizację [2].

Znacznie niższy u chorych niż u zdrowych poziom ogólnego poczucia koherencji i jego składników, zdaniem Skokowskiego, może obrazować zakłócający dla przebiegu procesów orientacyjnych człowieka wpływ przeżyć i doświadczeń związanych z chorobą nowotworową oraz zagrożeń związanych z operacją. Ogólne poczucie koherencji, a zwłaszcza poczucie zrozumiałości, ma zdolności łagodzenia napięcia lękowego u osób z wysokim poczuciem koherencji. Wyniki badań sugerują, iż u osób chorych poczucie koherencji straciło swoją funkcję ochronną polegającą na łagodzeniu napięcia lękowego, nie chroni ludzi chorych przed dezorientacją wynikającą z przekształcenia się napięcia emocjonalnego w stan stresu i szkodliwych dla zdrowia skutkami stresów [3]. Badania Basińskiej dotyczące identyfikacji rodzajów strategii radzenia sobie w konfrontacji stresowej dotyczącej stanu zdrowia u chorych zagrożonych rakiem piersi i rakiem narządów rodnych, niezaprzeczalnie udowadniają zgodność tez zawartych w teorii Antonovsky'ego mówiących, iż w chorobie słabnie poczucie koherencji. Postawę wobec choroby kształtuje ocena czym jest dana sytuacja i jakie zasoby zaradcze są możliwe do sprostania wymaganiom. W sytuacjach dotyczących zdrowia poczucie koherencji było wyższe niż w stanie niepewności [4]. Walka z rakiem to wspólny wysiłek i odpowiedzialność pacjenta, jego najbliższych i zespołu leczącego. To partnerstwo opiera się na uczciwości, komunikatywności, wzajemnej edukacji i woli wypełniania swoich zadań. Lekarze podejmują odpowiedzialność za planowa-

nie najbardziej skutecznego leczenia, jego wdrażanie i wspieranie chorego. Pacjent ma podjąć odpowiedzialność za prawidłowe odżywianie, gimnastykę rehabilitacyjną i właściwe nastawienie psychiczne do leczenia. Realizacja powyższych celów umożliwi zwiększenie zdolności radzenia sobie, wzmoże wolę życia i zapewni więcej wiary i sił w walce z chorobą [5].

Badacze problemów uważają, że dla osoby chorej korzyści ze wsparcia są o wiele większe, niż z niejednej terapii medycznej. W przypadku poważnych chorób somatycznych pacjenci z większym wsparciem szybciej wracają do zdrowia, żyją dłużej. Pacjentom mającym wsparcie społeczne łatwiej jest dostosować się do zaleceń lekarskich, mają oni niższy ogólny poziom napięcia emocjonalnego, co pozytywnie wpływa na ich zdrowie [6].

W sytuacjach, gdy wsparcie społeczne zastępuje człowiekowi inne sposoby rozwiązywania problemów w sytuacjach trudnych, a zwłaszcza gdy występuje to permanentnie, może nastąpić utrata zdolności jednostki do samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, zanik samodzielności i coraz bardziej następuje uzależnienie się osoby od wsparcia i pomocy otoczenia. Wysoki i stały poziom wsparcia otrzymywany przez człowieka od osób go otaczających, może wywierać negatywny wpływ na zdolności adaptacyjne jednostki [7]. Stąd tak istotne wydaje się utrzymanie jego właściwego poziomu.

Wsparcie społeczne rozumiane jest w sposób dwojaki: strukturalnie bądź funkcjonalnie. Wsparcie strukturalne określa obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które różnią się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych i przynależności, pełnią funkcję pomocną dla osób znajdujących się w trudnych sytuacjach. Większość autorów definiuje jednak wsparcie społeczne funkcjonalnie. Wsparcie społeczne określane jest wtedy jako rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej. Niezależnie od różnic definiowania, najczęściej wyróżnia się i poddaje badaniom następujące wsparcia [8]:

- **wsparcie emocjonalne** – polega na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspakajających, odzwierciedlających troskę i pozytywne ustosunkowanie do osoby wspieranej,
- **wsparcie wartościujące** – to zachowania wspierające mające na celu stworzenie poczucia ważności dla osób bliskich i podwyższenie samooceny,

- **wsparcie informacyjne** – wymiana w toku interakcji informacji, które wpływają na lepsze zrozumienie sytuacji, położenia życiowego i problemu,
- **wsparcie instrumentalne** – rodzaj instruktażu polegający na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania, a także forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych. Wsparcie to polega na udzielaniu bezpośredniej pomocy w formie usług, darów lub pożyczek.

Różne sytuacje życiowe modyfikują zarówno rodzaje wsparcia których oczekuje pacjent, jak również ich ilość, to co podkreślane jest w obserwacjach wielu badaczy to fakt, iż sytuacja trudna bądź sytuacja choroby zwiększa zapotrzebowanie chorych na wsparcie o charakterze emocjonalnym. Celem przeprowadzonych badań było ustalenie czy istnieje u chorych terminalnie relacja pomiędzy ich potrzebą wsparcia, jako czynnikiem społecznym a ich orientacją życiową – elementem psychologicznej percepcji świata.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w Oddziale Chemioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 2007–2008. Badaniem objęto grupę 80 pacjentów, wykorzystano Kwestionariusz Wsparcia Społecznego K. Kmiecik-Baran, Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A Antonovsky'ego, ankietę konstrukcji własnej. Założenia badawcze weryfikowano przy użyciu testu Fichera, test F – jednoczynnikowa analiza wariacji na poziomie istotności statystycznej, gdzie $p \leq 0,05$. Do oceny siły współzależności posłużono się współczynnikiem korelacji liniowej Pearsona

Wyniki

Średni wiek badanych pacjentów wynosił 51,3 lat. Najmłodszy pacjent miał 23, najstarszy 83 lata. Odchylenie standardowe równe jest liczbie 11,72 lat. Przeciętnie badane osoby to osoby w wieku 40–62 lata. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety – 54 osoby (67,5%). Mężczyźni stanowili jej 32,5% tj. 26 osób. Zdecydowana większość badanych pochodziła z miasta – 58 osób, natomiast 22 osoby to mieszkańcy wsi. Największą grupę pacjentów stanowiły osoby zamężne – 70%. Osoby rozwiedzione – 11,25%, owdowiali – 7,5%. Jedna osoba deklarowała, że ma stałego partnera, 3 osoby – że są samotne. Większość badanych posiadała wykształcenie średnie. Jest to ponad połowa badanych – 52,5%. Równie liczne 20% były grupy osób z wykształceniem wyższym oraz z wykształ-

Tabela 1. Elementy poczucia koherencji (SOC) (N = 80)

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. Std.
Zrozumienie	44,4	23	67	9,60
Zaradność	38,2	17	65	7,60
Sensowność	31,0	19	53	6,01
SOC globalne	113,7	83	181	16,09

ceniem zawodowym. Niespełna 7,5% badanych posiadała wykształcenie podstawowe. Największą grupę stanowiły osoby utrzymujące się z pracy zawodowej – 45% badanych. Drugą liczną grupą byli emeryci – 28,75%, a niemal 19% to renciści. Pacjenci utrzymujący się z zasiłku lub na utrzymaniu rodziny to nieliczne przypadki – 1,25%. Większość badanych miała za sobą etapy leczenia chirurgicznego i chemioterapię – 50% pacjentów, natomiast 20% pacjentów wyłącznie chemioterapię. Te dwa etapy leczenia stanowiły łącznie 70% grupy badanych. Wszystkie trzy etapy leczenia (radio- i chemioterapia i leczenie chirurgiczne) były przeprowadzone niemal u 18% badanych. Natomiast leczenie radioterapeutyczne i chemioterapeutyczne bez leczenia chirurgicznego dotyczyło tylko jednej osoby. Osoby ankietowane najczęściej mogły liczyć na swoją najbliższą rodzinę, tak deklarowało 43,75%. Występowały różnego typu konfiguracje osób udzielających wsparcia badanym, ale co jest charakterystyczne w większości z nich za każdym razem występuje rodzina ewentualnie rodzina dalsza lub przyjaciele.

W celu określenia poczucia koherencji osób z chorobą nowotworową obliczono jego statystyki opisowe, które zawiera tabela 1. W zakresie zrozumiałości widoczne jest duże zróżnicowanie badanych, ponieważ minimalny wynik to 23 p, maksymalny 67 p. Średnią badani uzyskali w wysokości niespełna 44,5 punktów, podczas gdy jest to skala, która ma najwięcej itemów. Odchylenie standardowe wynosi niemal 10, czyli prawie 25% średniej, można tutaj mówić o dosyć sporym zróżnicowaniu badanych. Zaradność posiadała rozpiętość wyników między (minimum) 17 punktów a (maksimum) 65 p, widzimy tutaj bardzo duże zróżnicowanie, przekraczające 20% średniej, mimo iż wartość odchylenia standardowego jest nieco mniejsza 7,65, jednakże i średnia w tym przypadku jest niższa. Również sensowność posiadała dużą rozpiętość wyników badanych – od 19 do 53 p, ze średnią ponad 31 p i odchyleniem standardowym przekraczającym 6 p, stanowi to ponad 20% udziału w średniej. Globalne SOC

Tabela 2. Statystyki opisowe otrzymywanego wsparcia społecznego (N = 80)

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. Std.
Wartościujące	17,7	12	22	2,04
Emocjonalne	17,3	8	25	4,05
Informacyjne	19,9	6	28	2,70
Instrumentalne	18,9	13	23	1,80

jest na poziomie 113 punktów, z minimalnym wynikiem 83 p a maksymalnym 181 p. Wyraźnie widać, że wyniki te są niższe niż normy określone przez Antonovsky'ego. Wyniki te nie wyczerpują maksimum skali. Odchylenie standardowe równe 16, lokuje się w granicach 15% wartości średnich w związku z czym jest stosunkowo znaczne.

W kolejnym kroku określono, jakimi typami wsparcia charakteryzują się badani, oraz czy typy te różnicują chorych. Tabela 2 zawiera statystyki opisowe typów wsparcia. Zostały w niej umieszczone różne typy wsparcia: wartościujące, emocjonalne, informacyjne i instrumentalne. Ich średnie są podobne, chociaż najwyższy poziom ma wsparcie informacyjne niespełna 20. Zdecydowanie najniższy poziom dotyczy wsparcia emocjonalnego – 17,3 p. Jest to cecha charakterystyczna dla osób chorych, w badaniu istotności różnic pomiędzy typami wsparcia nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy. Wyniki uzyskane dla wsparcia wartościującego z minimum 12 i maksimum 22 p oraz odchyleniem standardowym równym 2,04 oznacza, że wsparcie wartościujące nie różni osób z chorobą nowotworową, są oni stosunkowo zgodni w jego ocenie. Natomiast dla wsparcia emocjonalnego rozpiętość wynosi od 8 do 25 punktów, co jest już zróżnicowaniem zdecydowanie większym, odchylenie standardowe jest większe – 4, co w przypadku średniej równej 17 też stanowi niemal 25% średniej, czyli zróżnicowanie w zakresie wsparcia emocjonalnego jest duże. Wsparcie informacyjne, które posiadało najwyższą ze wszystkich typów średnią wskazuje także najwyższy zakres wyników – od 6 do 28, jednocześnie odchylenie standardowe jest niskie, niespełna 3 punkty co mówiliby, że w przypadku wsparcia informacyjnego badani są homogeniczni w jego ocenie. We wsparciu instrumentalnym widoczna jest średnia na poziomie niemal 19 punktów, z minimum 13 p, i maksimum 23 p, również bardzo małe jest odchylenie standardowe tego typu wsparcia. Można więc uznać, że osoby z chorobą nowotworową różnią

Tabela 3. Związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a wsparciem społecznym u osób z chorobą nowotworową poddawanych chemioterapii

	Zrozumienie	Zaradność	Sensowność	SOC globalne
Wartościujące	-0,0795 p = 0,483	-0,1737 p = 0,123	0,0493 p = 0,664	-0,1117 p = 0,324
Emocjonalne	0,0143 p = 0,900	-0,0298 p = 0,793	0,0523 p = 0,645	0,0139 p = 0,902
Informacyjne	0,1757 p = 0,119	-0,2566 p = 0,022*	-0,0049 p = 0,966	-0,0187 p = 0,869
Instrumentalne	0,0913 p = 0,420	-0,1776 p = 0,115	-0,1629 p = 0,149	-0,0907 p = 0,424

się wsparciem emocjonalnym pomiędzy sobą, natomiast w pozostałych typach wsparcia pozostają względnie homogeniczną grupą.

W kolejnej analizie określano, czy istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi, a poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego u osób z chorobą nowotworową poddawanych chemioterapii. W tym celu określono macierz korelacji zawartą w tabeli 3. Po przeprowadzeniu analizy wyników okazało się, że istnieje jeden jedyny współczynnik istotny statystycznie. Jest to związek pomiędzy zaradnością a wsparciem informacyjnym, jest to związek przeciwny o niskiej sile. Można interpretować go w taki sposób, że im większa zaradność badanych, tym mniej wsparcia o charakterze informacyjnym ci badani otrzymują, co jest uzasadnione teoretycznie. W pozostałych typach związków nie stwierdzono ich istotności statystycznej. Prawdopodobną przyczyną takiego stanu jest ograniczona liczebność próby. Analogiczne badania należałoby przeprowadzić na innej, szerszej grupie osób. Inna interpretacja wskazuje na kierunek podkreślający znaczenie ukrytych zmiennych – o charakterze medycznym bądź socjodemograficznym, wpływających na opisany związek. W celu zobrazowania ich potencjalnego wpływu na zawarte w temacie zmienne, określono wpływ zmiennych socjodemograficznych na zróżnicowanie wsparcia i poziomu SOC. W niniejszym artykule zaprezentowane zostały poniżej pewne wybiórcze tendencje, dotyczące wsparcia społecznego. Tabela 4 zawiera zróżnicowanie badanych ze względu na płeć. Płeć różni badanych pod względem wsparcia informacyjnego, okazuje się że mężczyźni doznają tego wsparcia

Tabela 4. Zróżnicowanie oceny wsparcia badanych ze względu na płeć

	Średnia M	Średnia K	T	P
Wartościujące	17,1	18,00	-1,7572	0,0827
Emocjonalne	17,8	17,05	0,8149	0,4175
Informacyjne	20,9	19,40	2,4342	0,0172
Instrumentalne	19,2	18,70	1,1354	0,2596

Tabela 5. Analiza otrzymywanego wsparcia społecznego ze względu na posiadanie dzieci

	Średnia		T	P
	Posiadający dzieci	Nie posiadający dzieci		
Wartościujące	17,6	18,1	-0,8250	0,4118
Emocjonalne	16,9	19,1	-1,8147	0,0734
Informacyjne	19,6	21,3	-2,0330	0,0454
Instrumentalne	18,7	19,6	-1,5703	0,1203

zdecydowanie więcej niż kobiety. Wsparcie informacyjne u kobiet znajduje się na granicy trendu statystycznego. Niestety kobiety otrzymują mniejszą ilość informacji niż mężczyźni w podobnej sytuacji. Wsparcie wartościujące było również różne, co jest zaskakujące było ono wyższe u kobiet niż u mężczyzn, w publikacjach na ten temat badacze opisują tendencję odwrotną.

W kolejnej analizie ocenie poddano otrzymywane wsparcie ze względu na posiadanie dzieci (tabela 5). Posiadanie dzieci okazało się istotnie różnicować wsparcie informacyjne. Osoby, które mają dzieci uzyskują mniej wsparcia informacyjnego, niż te, które dzieci nie posiadają. Na granicy trendu statystycznego jest również wsparcie emocjonalne. Okazuje się, że ci którzy nie posiadają dzieci otrzymują więcej wsparcia emocjonalnego, jest to również bardzo zaskakujące. Przypuszcza się, że osoby, które posiadają dzieci uważają, że to czego doznają nie jest wsparciem tylko normalnym zachowaniem, nie mającym charakteru wspierającego. Osoby samotne doceniają natomiast w wyższym stopniu to czego doznają od innych.

Tabela 6. Analiza otrzymywanego wsparcia społecznego ze względu na wiek

Wiek	F	P
Wartościujące	2,4613	0,0027
Emocjonalne	0,6940	0,8717
Informacyjne	0,8034	0,7520
Instrumentalne	1,3114	0,1984

Tabela 7. Analiza otrzymywanego wsparcia społecznego ze względu na stan cywilny

Stan cywilny	F	P
Wartościujące	3,1611	0,0121
Emocjonalne	1,4063	0,2319
Informacyjne	0,9256	0,4693
Instrumentalne	3,2425	0,0105

W dalszej analizie badano wpływ wieku na percepcję wsparcia, analizę różnic zawiera tabela 6. Analiza wariancji wskazuje, że wsparcie wartościujące jest istotnie statystycznie różne ze względu na wiek i cechą charakterystyczną jest to, że wraz z wiekiem to wsparcie obniża się ($r = 0,4965$, $p < 0,05$) choć siła związku nie wykracza poza przeciętną. W następnym kroku oceniono wsparcie ze względu na stan cywilny badanych, wyniki zawiera tabela 7. Stan cywilny okazał się różnicować zarówno wsparcie wartościujące jak instrumentalne. W celu prezentacji różnic w tabeli poniżej zawarte są średnie typów wsparcia u osób o różnym stanie cywilnym. Tabela 8 przedstawia średnie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego ze względu na stan cywilny. Analizując ją można by powiedzieć, że stosunkowo niskie wartości mają te osoby, które są samotne w wyniku śmierci partnera czyli wdowa/wdowiec. Dotyczy to wsparcia wartościującego 16,5 p i wsparcia instrumentalnego 17,2 p. Nieco wyższe wyniki ale również niskie ma jedna osoba, która ma stałego partnera 17 p wsparcia wartościującego, również zamężna i żonaty mają niskie wartości w przypadku wsparcia wartościującego. Osoba, która ma stałego partnera ma najwyższy poziom wsparcia

Tabela 8. Średnie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego ze względu na stan cywilny

Stan cywilny	Wartościujące Średnie	Instrumentalne Średnie
Zamężna/żonaty	17,3	18,7
Panna/kawaler	19,2	19,8
Wdowa/wdowiec	16,5	17,1
Rozwiedziona/y	19,4	19,8
Stały partner/partnerka	17,0	21,0
Samotna/y	19,0	20,6

instrumentalnego – 21 p. Osoby samotne posiadają stosunkowo wysoki poziom wsparcia wartościującego podobnie jak panna/kawaler oraz rozwiedziona/rozwiedziony. Natomiast w przypadku panny i kawalera jak i osoby rozwiedzionej poziom wsparcia instrumentalnego jest wysoki, ale jeszcze wyższy u osób, które są samotne – 20,6 p.

Omówienie

Analiza statystyczna danych wykazała, iż badani nie różnią się globalnym SOC, cząstkowe różnice występują w jego składowych oraz w otrzymywanym wsparciu społecznym. W odniesieniu do analizy związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a poziomem otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia społecznego u osób z chorobą nowotworową poddawanych chemioterapii można zaobserwować, że istnieje jeden współczynnik, który okazał się istotny statystycznie. Jest to związek pomiędzy zaradnością a wsparciem informacyjnym, związek przeciwny o niskiej sile. Prawdopodobnie chorzy na nowotwory o wysokim poziomie zaradności, potrafiący radzić sobie z przeciwnościami życia, czym zdecydowanie jest choroba nowotworowa i leczenie chemioterapią otrzymują mniej wsparcia o charakterze informacyjnym. W pozostałych typach związków, te związki okazały się nieistotne statystycznie. Wsparcie informacyjne jest związane w przeciwnym kierunku z SOC globalnym i zrozumieniem. Podsumowując można powiedzieć, iż istnieją pośrednie związki pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a poziomem otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia społecznego.

Wykazano iż istnieją zależności pomiędzy poczuciem koherencji a wsparciem społecznym. Stwierdzono jednak, że istnieją zmienne po-

średniczące, które mają wpływ na poziom otrzymywanego wsparcia społecznego, jak również na poziom poczucia koherencji i jego składowe. Wśród zaprezentowanych powyżej znajdują się głównie zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny czy posiadanie dzieci. Poza wpływem na wsparcie społeczne (co zaprezentowano w niniejszej pracy), wpływają one także na poczucie koherencji.

Wnioski

Rozpoznanie potrzeb w zakresie wsparcia społecznego pacjentów oraz określenie potencjalnych możliwości w zakresie stymulacji rozwoju koherencji daje możliwość ukierunkowania oddziaływań na te sfery życia, które stanowią dla chorego realny problem jego egzystencji. W wyniku badań ustalono iż:

1. Osoby z chorobą nowotworową różnią się pomiędzy sobą wsparciem emocjonalnym, natomiast pozostałymi typami wsparcia nie różnią się w sposób istotny.
2. Osoby z chorobą nowotworową poddawani chemioterapii różni poziom poczucia koherencji i jego składowe. Sytuacja, w której poziom komponentów jest zróżnicowany i mało ustabilizowany ma niekorzystny wpływ na funkcjonowanie chorych.
3. Istnieją pośrednie związki pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a poziomem otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia społecznego, na obie te zmienne oddziałują ponadto zmienne o charakterze demograficznym.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wyd. Fundacja IPN, Warszawa 1995, 34–45.
2. Gruszczyńska A., Worsztynowicz A.: Koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Arona Antonovsky'ego. Wyd. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medyczne, Rocznik VI, 17/1999, 93–105.
3. Heszen-Niejodek I.: Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. Wyd. Psychologia Zdrowia, PWN, Warszawa 1997, 21–39.
4. Jarosz M., Czubalski K., Heszen-Klemens I., Kulczycki M., Łysiak M., Nowakowska M., Sęk H.: Psychologia lekarska. Wyd. PZWL, Warszawa 1983, 23–34
5. Jeziorska A.: Onkologia podręcznik dla pielęgniarek. Wyd. PZWL, Warszawa 2005, 14–18.
6. Kurowska K.: Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekłe chorych. Wyd. Zdrowie Publiczne 2005, 115 (3), 385–390.

7. Kurowska K.: Salutogenetyczny model zdrowia. Wyd. Wiadomości Akademickie 2005, 17, 13.
8. Kułakowska A., Skowrońska-Gardas A.: Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. PZWL, Warszawa 2003, 18–20.

Krystyna Kurowska¹, Magdalena Zająć²

Opiekun osoby chorej terminalnie jako podmiot troski terapeutów

Wstęp

Wśród wielu źródeł wspierania osób chorych terminalnie głównym, nieprofesjonalnym opiekunem/terapeutą jest najbliższa osoba znacząca. Istotą jej oddziaływania jest więź oraz ustawiczność kontaktu, stąd tak istotny jest jej dobrostan psychiczny. Holistyczny model opieki nad pacjentem przekracza dziś ramy opieki skierowanej wyłącznie na niego, ewoluuje w kierunku opieki nad całym środowiskiem osoby w terminalnej fazie choroby.

Rodzina jest pierwotną grupą społeczną, w której uczestnictwa doświadczają prawie wszyscy ludzie na różnych etapach życia, niezależnie od wyznania kulturowego, terytorialnego i dziejowego. Rodzina stanowi najbardziej uniwersalną formę społecznych i osobistych kontaktów człowieka, obejmuje wiele sfer jego życia. Przez wielu autorów jest definiowana jako naturalna i podstawowa komórka społeczeństwa, w której przychodzą na świat dzieci, socjalizowane przez nią do życia społecznego, a jako taka ma prawo do ochrony ze strony społeczeństwa i państwa” (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka art. 16) oraz do „odpowiedniej ochrony społecznej, prawnej i ekonomicznej dla zapewnienia jego pełnego rozwoju” (Konstytucja RP, art. 18).

Podstawowym środowiskiem społecznym człowieka, w którym dochodzi do największej liczby bliskich, wzajemnych kontaktów między jej członkami jest dom rodzinny. Wydarzenie dotyczące któregośkolwiek z członków rodziny, a więc np. wykrycie choroby nowotworowej, niesie

¹ Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, CM w Bydgoszczy, UMK Toruń

² Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Katedra Psychologii Wspomagania Rozwoju, Bydgoszcz

ze sobą daleko idące przemiany w całej jej strukturze. Wydawać by się mogło, że to głównie chory doświadcza lęku, bezradności, konieczność poradzenia sobie w obliczu zachodzących zmian. W rzeczywistości jednak choroba wpływa nie tylko na jednostkę, ale także na jej otoczenie, w tym cały złożony system rodzinny, którego jest ona częścią [1]. Często wpływ ten jest tak samo silny zarówno u chorego, jak i jego najbliższych.

Choroba nowotworowa powoduje znaczące zmiany w funkcjonowaniu rodziny [2]. Zdaniem R. Pawłowskiej, E. Jundziłł, jeśli w rodzinie pojawia się choroba, zagrożenie życia, wszystkie pragnienia ulegają natężeniu, szczególnie miłości i bezpieczeństwa [3]. Zadaniem opieki paliatywnej jest objęcie wszechstronną pomocą nie tylko chorego, ale i jego najbliższych. Ciężka choroba rodzi negatywne emocje, także wśród współmieszkańców pacjenta. Wiele osób z otoczenia chorego podobnie jak on przeżywa lęk przed śmiercią. Rodzi się poczucie bezradności wobec choroby i jej objawów szczególnie wtedy, gdy chory przebywa w domu, wówczas też pojawia się potrzeba uzyskania pomocy z zewnątrz. Potrzeba ta dotyczy nie tylko informacji o chorobie i uzyskania pomocy rzeczowej, ale także wsparcia o charakterze emocjonalnym i wartościującym. Gdy uciążliwa choroba przedłuża się, narasta fizyczne i psychiczne wyczerpanie domowników [4]. Wsparcie rodzin sprawującym w domach opiekę nad umierającymi jest jednym z założeń programowych hospicjów [5]. Efektywność tego wsparcia zależna jest od wielu czynników, wśród których potencjalnie znajduje się także orientacja życiowa opiekunów osób chorych. To właśnie ogólne zasoby odpornościowe, wśród których znajduje się orientacja życiowa, pomagają człowiekowi zmagać się z różnorodnymi czynnikami stresowymi [6]. Czynniki te pełnią nie tylko funkcję buforową (wyhamowania negatywnych oddziaływań patogenów), ale przede wszystkim sprzyjają wypracowywaniu odpowiednich mechanizmów do walki z obciążeniami dnia codziennego [7], więc także radzenie sobie z chorobą najbliższych. Aaron Antonovsky uważa, że ważnym wyznacznikiem pozycji człowieka na kontinuum zdrowie – choroba jest jego specyficzna, względnie trwała właściwość – poczucie koherencji. Poczucie koherencji (SOC) jako złożona zmienna składa się z trzech zasadniczych komponentów: zrozumiałości (*comprehensibility*), zaradności (*manageability*) i sensowności (*meaningfulness*). Komponenty te są ze sobą nierozzerwalnie związane, choć mogą też w pewnym zakresie być autonomiczne. Człowiek, u którego wszystkie trzy wymiary zajmują wysokie pozycje posiada silne poczucie koherencji, a odwrotnie, niskie pozycje warunkują słabe poczucie koherencji [8]. Poczucie koherencji jest względ-

nie trwałą właściwością człowieka i osiąga poziom charakterystyczny dla danej jednostki we wczesnym okresie dojrzałości w momencie osiągnięcia pewnego rodzaju stabilizacji życiowej – około 30 roku życia [7, 8]. Poglądy Antonovsky'ego na kwestie trwałości poziomu poczucia koherencji ewaluowały. Ostatecznie autor skłania się ku twierdzeniu, że pozycja człowieka na kontinuum poczucia koherencji może zmieniać się nie tylko pod wpływem bardzo radykalnych i długotrwałych zmian w życiu, lecz także poprzez drobne, niedramatyczne wydarzenia, które nakładają się na siebie uruchamiają nowy, odmienny od wcześniejszych wzorcowo doświadczeń mogący zaciążyć na zdrowiu człowieka [8]. Dzięki takiemu pogładowi możliwe staje się kształtowanie orientacji życiowej w kierunku jego wzmacniania poprzez psychoedukację.

Ludzie różnią się między sobą poziomem koherencji, jak i wielkością zasobów (potencjałów odpornościowych). Od ich wymiaru i ukształtowania zależy efektywność radzenia sobie rodzin jako opiekunów i potrzeba oraz poziom różnych form wsparcia dla nich podczas opieki nad pacjentem terminalnie chorym. Celem przeprowadzonych badań było ustalenie czy bezpośredni opiekunowie osób chorych w fazie terminalnej sygnalizują potrzebę wsparcia z zewnątrz oraz czy różnią się oni własną orientacją życiową. Ustalano także, czy te podstawowe zmienne są ze sobą powiązane oraz czy istnieją także inne czynniki wpływające na poczucie koherencji i wsparcie opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w latach 2007–2008 w domach rodzin pacjentów objętych domową opieką hospicyjną przez Zespół Opieki Domowej w Domu Sue Ryder w Bydgoszczy. Do realizacji celów badawczych zastosowane zostały: Kwestionariusz Wsparcia Społecznego K. Kmiecik-Baran, Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego oraz ankieta konstrukcji własnej.

Wyniki

Badaną grupę stanowiło 81 opiekunów osób będących w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Średni wiek badanych opiekunów wynosił 48,4 lat. Najmłodszy opiekun miał 20 lat, natomiast najstarszy 85 lat. Odchylenie standardowe równe było 14,5 roku, co oznacza, że badani zazwyczaj reprezentowali grupę wiekową między 34 r.ż. a 62. Zdecydowana większość badanych członków rodzin opiekujących się osobą

chorą to kobiety – 63 osoby, co stanowi 77,77% badanej próby. Mężczyźni natomiast stanowili jej 22,22% i było ich tylko osiemnastu. W związku z tym można powiedzieć, że opieka nad osobami w terminalnej fazie choroby nowotworowej jest domeną kobiet. Największą liczbę opiekunów stanowiły osoby zamężne, bo ponad 71%. Osoby stanu wolnego to 13% wszystkich badanych, natomiast wdowieństwo deklarowało 4,93% badanych opiekunów. Osoby rozwiedzione będące opiekunami dla swoich bliskich to 7,4%, natomiast bardzo mały procent stanowił konkubinat – 3% oraz osoby samotne 3%. Badani opiekunowie pacjentów będących pod domową opieką hospicyjną posiadają najczęściej wykształcenie zawodowe. Stanowiło ono 37,03% ogółu badanych. Średnie wykształcenie posiadało 35,8%, natomiast podstawowe 14,81% i wyższe 12,34%. Opiekunami pacjentów są najczęściej osoby przebywające na emeryturach – stanowią 30,86%, wiąże się to także z ich bardziej zaawansowanym wiekiem. Liczną grupę opiekunów stanowią osoby pracujące, bo 27,16%. Rencistami – opiekunami jest 16,04% badanych. Osoby posiadające inne typy utrzymania, poza osobami bezrobotnymi bez praw do zasiłku, nie przekraczają 5% badanej grupy. Rozpatrując czas pozostawiania pod opieką hospicyjną (a więc w momencie domowej opieki ze wsparciem zewnętrznym) można zauważyć, iż wyniki są bardzo zbliżone, najwięcej pacjentów jest pod opieką hospicyjną 3 miesiące, co stanowi 37,03% badanej próby, w pozostałych przypadkach (3–6 m-cy, 6–12 m-cy, powyżej roku) oscylują pomiędzy 14 – 25%. Zauważono, że pacjenci przebywający pod opieką hospicyjną od 3–6 m-cy i od 6–12 m-cy i więcej znajdują się w podobnych rozkładach procentowych między 23,45% a 24,69% czyli grupy te są raczej zrównoważone.

W pierwszym kroku analizy ustalono poziom orientacji życiowej badanych. Tabela 1 obrazuje statystyki opisowe zrozumienia, zaradno-

Tabela 1. Statystyki opisowe poczucia koherencji (SOC) i jego składowych (N = 81)

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zrozumienie	44,6	21	65	7,7
Zaradność	38,4	26	62	5,5
Sensowność	30,4	14	43	4,5
SOC globalne	113,5	80	146	10,5

ści, sensowność, czyli podskal poczucia koherencji oraz SOC globalne. Najwyższa średnia dotyczy zrozumienia, mniejsza zaradności, a jeszcze mniejsza sensowności. Cecha charakterystyczną jest to, że zrozumienie jest badane przez większą liczbę pytań, czyli itemów umieszczonych w kwestionariuszu niż zaradność i sensowność, stąd też nie można wprost porównywać wyników podskal SOC. Minimalny wynik dla zrozumienia równy 21, a maksymalny 65 świadczy o tym, że rozpiętość tych wyników jest zdecydowanie większa niż w przypadku zaradności wynoszącej minimum 26 i maksimum 62. Zdecydowanie mniejszy zakres obserwuje się w sensowności od minimum 14 do maksimum 43. Analizując wynik średniej zrozumienia – 44,66 p, a odchylenia standardowego 7,77 możemy wnioskować, że zróżnicowanie zrozumienia w danej grupie badanych jest duże, ponieważ stanowi niemal 20% średniej, czyli zrozumienie różni badanych w sposób znaczący. Zróżnicowanie jest znaczne również w zaradności, ponieważ średnia wynosi 38,44p, a odchylenie standardowe 5,58, co wskazuje, że udział odchylenia standardowego w średniej wynosi niemal 15%. Analizując składową poczucia koherencji – sensowność to średnia wynosi 30,43p, a odchylenie standardowe 4,56 co także wskazuje na zróżnicowanie tej podskali w grupie badanych podobne do podskali zaradności. Globalny poziom poczucia koherencji wynosi 113,54, minimalny wynik równa się 80, a maksymalny 146, zatem można uznać, że badani mają niższe wyniki, niż określone normy przez Antonovsky'ego (130–160) [9]. Badani nie osiągnęli tego minimum. Odchylenie standardowe równe niemal 11 mówiliby o tym, że globalne zróżnicowanie poziomu poczucia koherencji waha się w granicach 10%, czyli nie jest znaczne.

Kolejna analiza pozwoliła na określenie poziomu doznawanego przez opiekunów osób chorych wsparcia. W tabeli 2 zostały porównane różne

Tabela 2. Statystyki opisowe wsparcia społecznego opiekunów osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej (N = 81)

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Wsparcie wartościujące	18,0	13	24	2,0
Wsparcie emocjonalne	16,7	6	26	4,9
Wsparcie informacyjne	20,7	14	27	2,3
Wsparcie instrumentalne	19,0	14	27	1,7

typy wsparcia: wartościujące, emocjonalne, informacyjne i instrumentalne. W kwestionariuszu użytym w badaniach każdy typ wsparcia posiada taką samą skalę, w związku z czym można określić, jaki typ wsparcia dominuje u badanych, a jakiego doświadczają najmniej. Najwyższy poziom wsparcia otrzymują badani w zakresie wsparcia informacyjnego, nieco mniej instrumentalnego i wartościującego, a najmniej emocjonalnego. W przypadku wsparcia wartościującego minimalny wynik równa się 13, a maksymalny 24, natomiast odchylenie standardowe wynosi 2,06. W związku z tym można powiedzieć, że odchylenie standardowe wynosiło nieco ponad 10% i w przypadku tego typu wsparcia nie możemy wnioskować, aby ono różnicowało rodziny opiekujące się chorym. Podając analizie wsparcie emocjonalne, gdzie średnia jest równa 16,74, a odchylenie standardowe wynosi 4,97 można zaobserwować, że jego zróżnicowanie jest bardzo duże, przekracza 29% średniej. Wnioskować można zatem, że w przypadku wsparcia emocjonalnego badani mocno różnią się w jego ocenie. Wyniki uzyskane w zakresie powyższego wsparcia emocjonalnego zawarte są w przedziale od 6 do 26, czyli niemal wyczerpują skalę (6–30p), potwierdza to obserwacje dotyczące braku spójności wśród badanych w jego ocenie. Analizując wsparcie informacyjne, gdzie średnia jest najwyższa i wynosi 20,77, a odchylenie standardowe równe jest 2,31 nie można mówić o istotnym zróżnicowaniu ponieważ stosunek odchylenia standardowego do średniej stanowi nieco ponad 11%. Średnia wsparcia instrumentalnego wynosi 19,09 zarówno wynik minimalny we wsparciu instrumentalnym i informacyjnym wynosi 14 oraz maksymalny we wsparciu instrumentalnym i informacyjnym wynosi 27. Jednak odchylenie standardowe we wsparciu instrumentalnym jest zdecydowanie niższe i wynosi 1,75 nie stanowiąc nawet 10% średniej. Można zatem stwierdzić, że wsparcia instrumentalnego doświadczają badani w bardzo zbliżonej ilości, nie różni ich ono istotnie.

Dalsze analizy dotyczyły określenia współzmienności orientacji życiowej i poczucia koherencji. W tym celu określono macierz korelacji (tabela 3). Po przeprowadzeniu analizy wyników można stwierdzić, że zrozumienie nie jest istotnie związane ze wsparciem wartościującym, emocjonalnym i informacyjnym, natomiast wyniki wykazują zdecydowanie istotny statystycznie związek ze wsparciem instrumentalnym. Jest to związek przeciwny, jednak jednocześnie jest związkiem słabym co oznacza, że im wyższe zrozumienie posiadają badane osoby, tym mniej wsparcia instrumentalnego doświadczają. Zaradność nie okazała się być istotnie związana z żadnym typem wsparcia, podobnie jak sensowność. Globalne

Tabela 3. Związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji (SOC) a wsparciem społecznym

	Wsparcie wartościujące	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne
Zrozumienie	0,0127 p = 0,910	-0,1677 p = 0,135	-0,0743 p = 0,510	-0,2471 p = 0,026*
Zaradność	-0,0398 p = 0,724	0,1464 p = 0,192	-0,0019 p = 0,986	-0,1968 p = 0,078
Sensowność	-0,1360 p = 0,226	0,1309 p = 0,244	-0,0310 p = 0,783	0,1005 p = 0,372
SOC globalne	-0,0704 p = 0,532	0,0105 p = 0,926	-0,0691 p = 0,540	-0,2421 p = 0,029*

Zaznaczone * istotne statystycznie związki na poziomie $p < 0,05$

poczucie koherencji jest związane ze wsparciem instrumentalnym, dokładnie w taki sam sposób w jaki było związane zrozumienie. Czyli wyższy poziom wsparcia instrumentalnego uzyskują zwykle osoby, u których poziom poczucia koherencji jest niższy. Wyższe SOC globalne sprzyja niskiemu wsparciu instrumentalnemu. Interpretacja uzyskanych powyżej wyników wiedzie ku stwierdzeniu, że być może osoby posiadające wyższy poziom SOC oraz wyższe zrozumienie postrzegane są przez własną społeczność jako świetnie radzące sobie w sytuacji opieki nad chorym na nowotwór. Brak istotności statystycznej w zakresie pozostałych wyników spowodowany jest prawdopodobnie przez ograniczony rozmiar próby. Możliwe jednak, iż na postrzeganie wsparcia oraz SOC wpływają także inne czynniki – takie, jak czas choroby – wtedy też zgodnie z teorią Antonovsky’ego doświadczają wielu nietraumatycznych doświadczeń związanych z chorobą, które mogą wpływać zarówno na wsparcie, jak i SOC. W literaturze opisano jednak także wpływ wykształcenia na poziom SOC, a także płci na typy i poziom doznawanego wsparcia, stąd do kolejnych analiz wybrano te właśnie czynniki – płeć, wykształcenie i czas objęcia opieką paliatywną, jako wyznacznik czasu trwania choroby. Tabela 4 zawiera analizę wariancji poziomu poczucia koherencji oraz typów wsparcia ze względu na czas opieki. Czas objęcia opieką paliatywną pacjenta w domu przez zespół hospicyjny nie różnicował osób badanych w sposób istotny statystycznie. Jedynie dla sen-

Tabela 4. Analiza poczucia koherencji (SOC) oraz wsparcia społecznego ze względu na czas objęcia pacjenta opieką hospicyjną w domu

Czas objęcia opieką paliatywną pacjenta	F	P
Zrozumienie	0,0604	0,9804
Zaradność	1,1394	0,3385
Sensowność	2,1747	0,0977
SOC globalne	1,4372	0,2384
Wsparcie wartościujące	0,5713	0,6355
Wsparcie emocjonalne	0,8239	0,4846
Wsparcie informacyjne	0,3400	0,7964
Wsparcie instrumentalne	1,0755	0,3645

Tabela 5. Analiza poczucia koherencji (SOC) oraz wsparcia społecznego ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	F	P
Zrozumienie	0,7605	0,5196
Zaradność	0,6648	0,5761
Sensowność	0,0207	0,9958
SOC globalne	0,0845	0,9682
Wsparcie wartościujące	1,6717	0,1800
Wsparcie emocjonalne	3,2897	0,0250*
Wsparcie informacyjne	1,5173	0,2167
Wsparcie instrumentalne	3,0797	0,0323*

sowności widoczna jest różnica na poziomie trendu statystycznego. Nie sposób jednak wnioskować wprost, by poczucie koherencji bądź poziom wsparcia był zależny od czasu, przez jaki ich najbliższy pozostaje pod opieką hospicyjną. W tabeli 5 zawarta jest analogiczna analiza uwzględniająca wykształcenie badanych. Wykształcenie nie różnicowało u badanych poziomu poczucia koherencji, natomiast różnicowało w istotny sposób wsparcie emocjonalne i instrumentalne. Charakter tego zróżnicowa-

Tabela 6. Średnie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie instrumentalne
	Średnie	Średnie
Podstawowe	16,5	18,5
Zawodowe	15,7	18,5
Średnie	18,7	19,6
Wyższe	14,0	19,8

nia widoczny jest w średnich dla poszczególnych grup wykształcenia (dane zawarte w tabeli 6).

Analizując wsparcie emocjonalne można stwierdzić, że jest ono charakterystycznie wyższe dla osób ze średnim wykształceniem, natomiast co zaskakujące spada u osób z wyższym wykształceniem. Stosunkowo wysoki poziom wsparcia emocjonalnego mają badane osoby z wykształceniem podstawowym w stosunku do osób z wykształceniem wyższym. W typie wsparcia instrumentalnego można zaobserwować sytuację, że im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższy poziom wsparcia instrumentalnego doświadczają badane osoby. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym miały porównywalny poziom wsparcia instrumentalnego 18,5, natomiast osoby z wykształceniem średnim i wyższym przekraczały 19 punktów. Interpretacja uzyskanych wyników wskazuje, iż osoby z coraz wyższym poziomem wykształcenia lepiej formułują i komunikują swoje potrzeby w zakresie wsparcia skonkretyzowanego, rzeczowego. Jednak co charakterystyczne, tam gdzie potrzeba wspierania oparta jest o przesłanki zaspakajania potrzeb psychicznych, a więc nie wyrażone wprost, wyniki osób z wyższym wykształceniem okazują się być najniższe. Prawdopodobnie osoby te postrzegane są jako silne, zmotywowane i zintegrowane w obliczu walki o dobrostan najbliższych. Ciekawym zagadnieniem jest wpływ płci na poziom poczucia koherencji i wsparcia. Brak w literaturze doniesień dotyczących różnic w SOC między kobietami i mężczyznami, istnieją natomiast teorie opisujące odmienne spostrzeganie wsparcia w zależności od płci badanych. W tabeli 7 zawarto więc jednoczynnikową analizę wariancji wsparcia i SOC ze względu na płeć badanych. Płeć nie okazała się czynnikiem różnicującym poczucie koherencji, ani jego podskal, co jest zgodne z wiedzą na

Tabela 7. Analiza poczucia koherencji (SOC) oraz wsparcia społecznego ze względu na płeć badanych opiekunów

Płeć	F	P
Zrozumienie	1,2903	0,2594
Zaradność	0,7393	0,3924
Sensowność	0,6894	0,4088
SOC globalne	2,7730	0,0998
Wsparcie wartościujące	7,2937	0,0084*
Wsparcie emocjonalne	0,5360	0,4662
Wsparcie informacyjne	0,0527	0,8189
Wsparcie instrumentalne	2,2442	0,1380

Tabela 8. Średnie wsparcia wartościującego ze względu na płeć opiekunów

Płeć	Średnia Wsparcia wartościującego
Kobiety	17,7
Mężczyźni	19,1

temat tego konstruktów. Płeć różnicowała natomiast otrzymywane wsparcie wartościujące badanych. Charakter zróżnicowania prezentuje tabela 8. Kobiety doznawały zdecydowanie mniej wsparcia wartościującego, niż jednocześnie w tym samym czasie mężczyźni. Związane jest to zapewne z percepcją roli społecznej – tradycyjnie kobiety zajmują się opieką, także nad domem i chorymi, natomiast mężczyźni są doceniani za własne poświęcenie w analogicznej sytuacji.

Omówienie

Rodziny osób ze schorzeniami onkologicznymi, objęte domową opieką hospicyjną różni poziom poczucia koherencji w zakresie składowych zrozumienia i zaradności, jednak globalny SOC u badanych jest zbliżony. Stwierdzono, że spośród wszystkich typów wsparcia opiekunów osób z chorobą nowotworową uzyskali najwyższy poziom w zakresie wsparcia informacyjnego, nieco mniej instrumentalnego, warto-

ściującego, najmniej w zakresie wsparcia emocjonalnego. Jednocześnie poziom wsparcia emocjonalnego niezwykle mocno różni badanych. Natomiast zróżnicowanie wsparcia wartościującego, informacyjnego i instrumentalne nie stanowi nawet 10% średniej, w związku z czym nie można stwierdzić jego istotności. Potwierdzono pośrednie związki pomiędzy wsparciem społecznym a poczuciem koherencji. Wsparcie instrumentalne jest związane z globalnym poczuciem koherencji badanych osób i podskalą zrozumienia, natomiast w pozostałych typach wsparcia (wartościującego, emocjonalnego, informacyjnego) nie udało się ustalić zależności. Brak zależności wydaje się wynikać raczej z liczebności próby, niż jednoczesnego stałego wpływu innych zmiennych zarówno na SOC, jak i wsparcie. Zmienne te albo nie różnicowały zmiennych (długość opieki hospicyjnej) bądź różnicowały tylko pewne aspekty – płęć wsparcie wartościujące, natomiast wykształcenie – wsparcie emocjonalne i instrumentalne.

Wnioski

1. Opiekunowie osób w terminalnej fazie choroby nowotworowej charakteryzują się obniżonym i zróżnicowanym poczuciem koherencji.
2. Badani doznawali najmniejszej ilości wsparcia o charakterze emocjonalnym, natomiast największej wsparcia instrumentalnego.
3. Wsparcie społeczne jest związane z poczuciem koherencji, ale także wybiórczo z płcią i wykształceniem badanych.

Uzyskane wyniki prowadzą do wniosku, iż wspieranie orientacji życiowej opiekunów oraz zwiększenie wsparcia emocjonalnego w istotny sposób może poprawić jakość ich funkcjonowania w obliczu choroby bliskich osób, a więc poprawić opiekę domową nad chorymi terminalnie. Zaspokojenie potrzeb emocjonalnych jest tym ważne, że funkcjonowanie opiekunów osób chorych nie tylko poprawia ich samopoczucie i zdrowie, ale także wpływa bezpośrednio na emocje osób terminalnie chorych.

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A.: Poczucie koherencji jako determinant zdrowia. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red). W: Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 1995, 24–30.
2. Kawczyńska-Butrym Z.: Problemy osób niepełnosprawnych. Raport z badań. IFiS PAN, Warszawa, 1994, 35–40.
3. Pawłowska R., Jundziłł T.: Pedagogika człowieka samotnego. Wyższa Szkoła Humanistyczna w Gdańsku; Gdańsk 2000, 111.

4. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia Św. Jacka, Katowice 2000, 101–112.
5. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. PAN, Instytut Filozofii i Socjologii, Warszawa; 1991, 186.
6. Antonovsky A.: Rozwikłanie Tajemnicy Zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, 31–46.
7. Dolińska-Zygmunt G.: Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.). Podstawy Psychologii Zdrowia, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, 23–29.
8. Gruszczyńska E., Worsztynowicz A.: Koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aarona Antonovsky'ego. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, VI (17), 1999, 95–105.
9. Koniarek J., Dudek B., Makowska Z.: Kwestionariusz Orientacji Życiowej. W: Przegląd Psychologiczny, 4/1996, 36, 491–502.

Zofia Musiał¹, Anna Kliś-Kalinowska^{1,2},
Izabela Chmiel¹, Grażyna Puto¹, Bogumiła Baran-Osak¹,
Iwona Pieniążek², Jan Iwaszczyszyn²

Problemy opiekunów osób terminalnie chorych

Wstęp

Wpływ choroby na życie i samopoczucie nie ogranicza się tylko do osoby pacjenta, dotyczy także członków jego rodziny, opiekunów i przyjaciół. Patrzenie, jak bliska osoba cierpi wywołuje współczucie, lęk, przygnębienie oraz poczucie bezradności wobec tego, co wkrótce nastąpi. Szczególnie trudnym okresem dla wszystkich jest terminalna faza choroby. Myśl o odejściu bliskiej osoby oraz mającej wkrótce nastąpić rozłące to źródło ogromnego cierpienia.

Wiele osób lęka się śmierci i rozmów z nią związanych. Członkowie rodziny od momentu, gdy w domu pojawi się osoba chora zmieniają swój styl życia, przyzwyczajenia i plany życiowe. Szczególnego znaczenia nabiera funkcja usługowo-opiekuńcza. Dzięki jej realizacji chory może liczyć nie tylko na opiekę pielęgnacyjną, ale także na zaspokojenie potrzeb emocjonalnych; miłości, szacunku, uznania i bezpieczeństwa [1]. W szczególności trudnej sytuacji są bezdzietne małżeństwa lub rodzice, których dzieci z powodu różnych przyczyn, np. zamieszkania w innej miejscowości nie są w stanie objąć opieką. Opiekunami tych chorych stają się najczęściej ich dalsi krewni, przyjaciele lub znajomi [2].

Wielogodzinna opieka oraz czuwanie przy chorym trwające wiele dni, tygodni czy miesięcy może doprowadzić opiekuna do wyczerpania fizycznego i psychicznego. U sprawujących opiekę obserwuje się stany zniecierpliwienia i rozdrażnienia oraz poczucie winy za własne słabości,

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu CMUJ – Kraków

² Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy ZOL – Kraków

myśli i pragnienia, „aby to się już skończyło” [3]. Często dochodzą do tego jeszcze kłopoty finansowe związane z wydatkami na leczenie. Zdolność opiekunów do radzenia sobie ze stresem zależy od ich kondycji psychicznej i fizycznej oraz od wsparcia otrzymanego od otoczenia. Nieuleczalna choroba burzy ustalony porządek, zakłóca istniejący ład społeczny chorej osoby i jej rodziny [3]. W lepszej sytuacji są rodziny duże, silnie związane ze sobą oraz takie, których członkowie stanowią dla siebie nawzajem źródło wsparcia [3].

Materiał i metody

W badaniach przeprowadzonych w 2007 roku w województwie małopolskim wzięło udział 64 opiekunów osób z chorobą terminalną.

Materiał badawczy zebrano drogą korespondencyjną za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Kwestionariusz zawierał 20 pytań obejmujących następujące kategorie: dane demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania), dane dotyczące źródeł wiedzy opiekunów na temat choroby ich podopiecznych, stosowanych metod pielęgnowania, problemów, z którymi spotykają się podczas opieki oraz określenie zakresu pomocy, jakiej potrzebują do sprawowania opieki w warunkach domowych.

Celem badań było zdobycie informacji dotyczących problemów, z którymi spotykają się opiekunowie osób z chorobą terminalną.

W analizie zebranego materiału dokonano procentowych obliczeń częstotliwości odpowiedzi na pytania.

Wyniki badań

W badaniu wzięło udział 64 opiekunów osób z chorobą terminalną, 49 (76%) kobiet i 15 (24%) mężczyzn.

Najliczniejszą grupę – 21 (33%) stanowiły osoby w przedziale wiekowym 46–60 lat, zbliżone liczebnie były grupy badanych w przedziałach wiekowych 31–45 lat oraz powyżej 60. roku życia i wynosiły odpowiednio – 15 (23%) vs. 16 (25%). Najmniejszą grupę stanowili badani do 30 r. ż – 12 (19%).

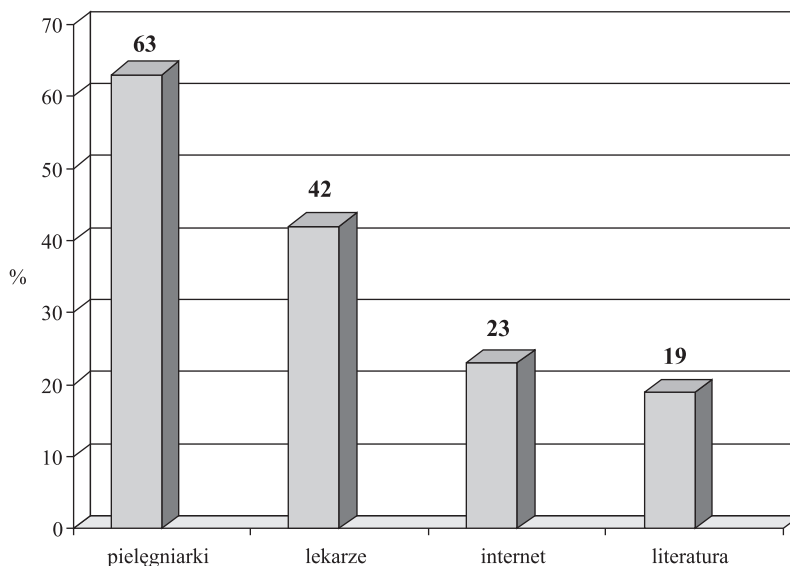
Opiekę nad chorymi sprawowały: dzieci – 34 (53%), współmałżonkowie – 14 (22%), rodzice – 11 (17%) oraz dalsi krewni – 5 (8%).

Opiekę nad chorymi, u których rozpoznano chorobę terminalną w przedziale czasu 6–12 miesięcy sprawowało najwięcej, bo 29 (46%) badanych osób, natomiast opiekę nad chorymi, u których chorobę rozpoznano ponad 12 miesięcy temu sprawowało – 20 (31%) opiekunów.

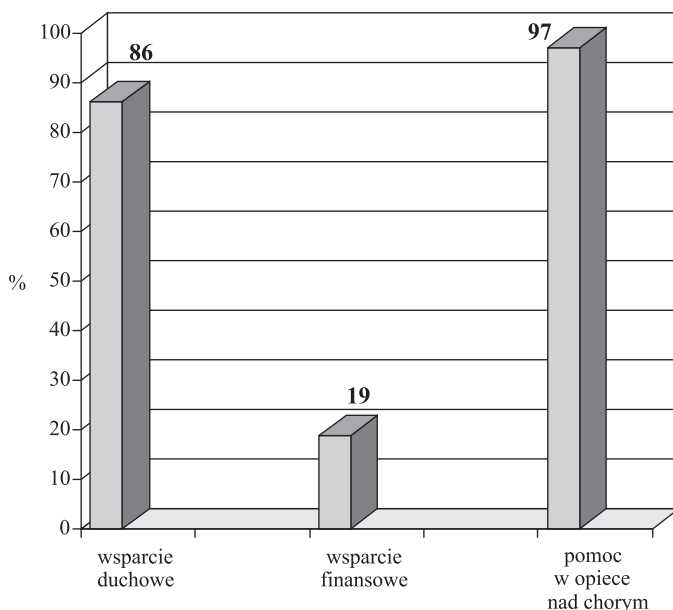
Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej

Grupa badanych osób		Ogółem N = 64	
		N	[%]
Wiek badanych w latach	do 30 roku życia	12	19
	31–45	15	23
	46–60	21	33
	powyżej 60 roku życia	16	25
Stopień pokrewieństwa opiekunów	rodzice	11	17
	współmałżonkowie	14	22
	dzieci	34	53
	dalsi krewni	5	8
Okres otoczenia chorych opieką	do 6 miesięcy	15	23
	6–12 miesięcy	29	46
	powyżej 12 miesięcy	20	31

N – liczba osób

Ryc. 1. Źródła wiedzy ankietowanych na temat choroby i pielęgnowania

Ryc. 2. Rodzaje pomocy, jaką otrzymywali ankietowani



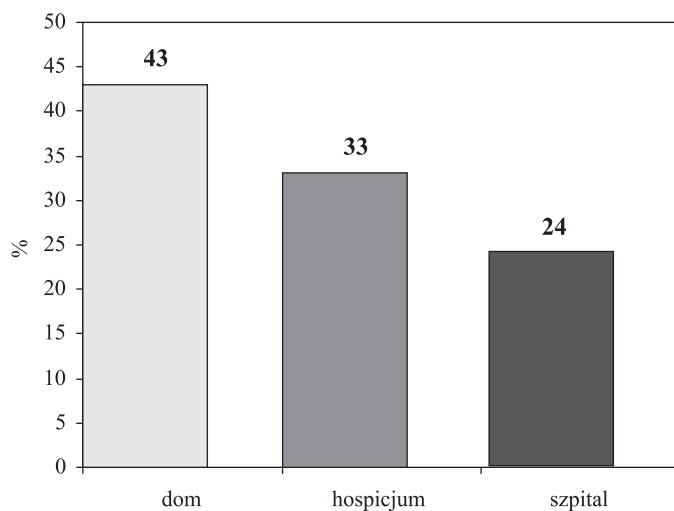
Najmniejszą grupę stanowili opiekunowie chorych, u których zdiagnozowano chorobę przed upływem 6 miesięcy – 15 (23%) (Tabela 1).

Badane osoby wiedzę dotyczącą istoty choroby oraz metod pielęgnacji nabywały z rozmów z pielęgniarkami – 40 (63%) i lekarzami – 27 (42%) oraz z Internetu – 20 (31%) i literatury fachowej – 12 (19%) (Rycina 1).

Według badanych osób najważniejszym problemem w opiece nad chorymi jest walka z bólem – 34 (53%), w dalszej kolejności badani wymienili zabiegi pielęgnacyjne – 16 (25%) oraz zaspokojenie potrzeb duchowych – 14 (22%).

Badane osoby deklarowały, że otrzymywały pomoc od rodziny oraz przyjaciół w postaci wsparcia: duchowego – 55 (86%), finansowego – 12 (19%) oraz pielęgnacyjnego – 62 (97%) (Rycina 2).

Prawie tak samo liczne były grupy osób, które otrzymywały pomoc raz w tygodniu i sporadycznie, wynosiły odpowiednio – 32 (50%) vs. 30 (47%). Nikt z badanych osób nie deklarował, że na pomoc może liczyć codziennie. Dwie osoby (3%) nie otrzymywały pomocy od nikogo. Według badanych osób połowa – 32 (50%) korzystała z pomocy wolontariuszy z hospicjum, 14 (22%) badanych miała możliwość wypożyczenia z hospicjum niezbędnego sprzętu.

Ryc. 3. Miejsce najbardziej odpowiednie dla chorego w stanie terminalnym

Zdecydowana większość, sporadycznie 2–3 razy w miesiącu, czyli 58 (90%) badanych zwracała się o pomoc do pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej. Pozostali badani – 6 (10%) nie zwracali się o pomoc do nikogo, gdyż sami radzili sobie ze sprawowaniem opieki.

Poproszono ankietowanych o wyrażenie opinii na temat możliwości zregenerowania sił i odpoczynku podczas sprawowania opieki nad chorymi. W badanej grupie sporadycznie odpoczywało – 45 (70%) ankietowanych, natomiast dosyć często – 13 (20%) badanych. Wypoczynek badanych osób najczęściej polegał na wyjściu na spacer – 23 (37%) oraz do znajomych – 34 (53%). Nie odpoczywało wcale „bo czuwało 24 godziny na dobę” – 7 (10%) badanych. Z powodu sprawowanej opieki nad chorymi terminalnie zmęczenie odczuwało – 20 (31%) badanych. Różne dolegliwości odczuwało, ale nie miało czasu, aby zadbać o własne zdrowie – 21 (33%) badanych. Pozostałe osoby – 23 (36%) nie odczuwały żadnych dolegliwości.

Badani deklarowali, że w swojej pracy z chorym terminalnie napotykać codziennie na szereg trudności i przeszkód. Najczęściej są to przeszkody natury ludzkiej – obojętność oraz niewystarczająca w stosunku do potrzeb pomoc ze strony urzędników i pracowników medycznych – 15 (23%). Badani zwrócili także uwagę na przeszkody związane z nieodpowiednią infrastrukturą budynków, brakiem podjazdów, wind i udogodnień dla chorych i niepełnosprawnych – 25 (39%) oraz niedosta-

teczne zasoby finansowe na stworzenie choremu optymalnych warunków w domu – 20 (31%).

Według badanej grupy 27 (43%) osób uznało dom za najlepsze miejsce do opieki nad chorym terminalnie. Na miejscach następnym badani umieścili hospicjum – 21 (33%), a na ostatnim miejscu szpital – 16 (24%) (Rycina 3).

Omówienie

Zmiany w strukturze rodzin, jakie nastąpiły w ostatnich latach, takie jak: jednopokoleniowe rodziny, rozbite rodziny, wydłużenie ilości godzin pracy na dobę, migracja ludności w poszukiwaniu pracy nie sprzyjają realizacji roli opiekuńczo-pielęgniacyjnej rodziny. Pomimo tych coraz powszechniej obserwowanych zjawisk, rola rodziny w opiece nad chorym członkiem rodziny była, jest i powinna być znacząca.

Członkowie rodzin starali się zdobyć wiedzę i umiejętności, aby móc opiekować się bliskimi w domu. W tym celu rozmawiali z personelem medycznym: pielęgniarkami i lekarzami, czytali literaturę fachową oraz przeglądali strony internetowe.

Wsparcie emocjonalne, społeczne czy materialne rodziny chorego jest częścią opieki nad terminalnie chorym [1]. To, czy rodzina poradzi sobie z własnymi trudnymi problemami zależy od tkwiących w niej samej możliwości, od potencjału, jakim dysponuje, a także od zewnętrznej pomocy, zwłaszcza w sferze, w której czuje się bezradna. Badanie dowiodło, że członkowie rodzin wspierali się emocjonalnie i duchowo, udzielali sobie nawzajem pomocy finansowej oraz pomagali w opiece nad chorymi. Dostępnym często mogli liczyć na pomoc wolontariuszy oraz pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. Część z nich, jednakże, spotkała się z obojętnością ze strony urzędników i pracowników medycznych oraz przeszkodami związanymi z barierami architektonicznymi niedostosowanymi do potrzeb chorych.

Opiekunowie rodzinni odgrywają główną rolę w zapewnieniu dobrego samopoczucia większości chorych. Dlatego ważne jest zwracanie uwagi na ich potrzeby i doświadczenia. Interwencje psychospołeczne mogą pomóc chorym i ich rodzinom w radzeniu sobie z chorobą na wszystkich jej etapach [4].

Wnioski

1. Pielęgniarki i lekarze są głównym źródłem wiedzy dla rodzin opiekujących się chorymi terminalnie.

2. Źródłem wsparcia emocjonalnego, duchowego i finansowego dla opiekunów osób terminalnie chorych jest rodzina.
3. Utrudnieniem w opiece nad terminalnie chorymi są ludzka obojętność, bariery architektoniczne oraz niedostateczne zasoby finansowe.

Piśmiennictwo

1. Kawczyńska-Butrym Z.: *Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze*. Uniwersytet Warszawsko-Mazurski, Olsztyn 2001.
2. De Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. PZWL, Warszawa 2005.
3. De Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: *Podstawy opieki paliatywnej*. PZWL, Warszawa 2005, s. 25–52.
4. Catane R., Cherny N., Kloke M., Tanneberger S., Schrijvers D.: *Podręcznik postępowania w zaawansowanej chorobie nowotworowej*. Medipage, Warszawa 2007, s. 241.

Iwona Kluczek¹, Andrzej Krupienicz¹

Reakcje emocjonalne pielęgniarek z powodu śmierci pacjenta i sposoby redukcji doświadczanego stresu na podstawie badań własnych

Wstęp

Człowiek znajdujący się u kresu życia nigdy nie może być pozostawiony samemu sobie. W chwili przejścia na „drugą stronę” powinni towarzyszyć mu bliscy. Najczęściej jest to rodzina, która skupia się wokół umierającego po to, by nie czuł się samotnie, ale jeśli jej zabraknie, ta rola przypada w udziale pielęgniarce.

Pielęgniarki przyjmują przywilej towarzyszenia swoim chorym w procesie umierania i śmierci, jako kolejne zadanie zawodowe tyle tylko, że już w ostatnim etapie życia pacjenta. Jest to jeden z najpoważniejszych momentów pracy zawodowej pielęgniarki, kiedy większość działań profesjonalnych okazuje się bezskuteczna, a swoją troskę i zainteresowanie chorym można okazać jedynie za pomocą osobistej postawy. Dominuje tu przede wszystkim postawa towarzyszenia przy łóżku umierającego, towarzyszenia poprzez słowo czy wspólne milczenie, gdy wszystko już zostało powiedziane. Czasami wystarczy dotyk lub uścisk dłoni by pacjent łatwiej mógł pokonać „most dzielący dwa światy”. Sytuacjom tym zazwyczaj towarzyszą olbrzymie emocje, nierzadko są one przyczyną doświadczania przez aktywne zawodowo pielęgniarki lub położne, sytuacji stresowej negatywnie wpływającej na ich życie zawodowe i pozazawodowe.

Rodzina zmarłego korzysta z przywileju żałoby, aby pogodzić się ze śmiercią bliskiego. Okres ten pozwala złagodzić negatywne emocje, daje członkom rodziny prawo do opieki i wsparcia innych, pozawala na stopniowe pogodzenie się z odejściem i ostateczne pożegnanie zmarłego.

Niestety pielęgniarce, która nie jest członkiem rodziny przywilej żałoby formalnie nie przysługuje. Jest zmuszona poszukiwać własnych spo-

¹ Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Warszawski Uniwersytet Medyczny

sobów i metod redukcji stresu, by dalej móc w pełni profesjonalnie wykonywać swój zawód, a zatem powstaje pytanie: czy jest przygotowana do radzenia sobie ze śmiercią pacjenta, eliminacją negatywnych emocji i stresu oraz pożegnania zmarłego pacjenta by bez obciążeń zająć się dalszą pracą?

Cel pracy

Celem pracy było poznanie reakcji emocjonalnych doświadczanych przez pielęgniarki z powodu śmierci chorego oraz metod i sposobów redukcji stresu, będącego wynikiem częstego uczestniczenia w „rozstaniu się” ze zmarłym pacjentem.

Material i metody

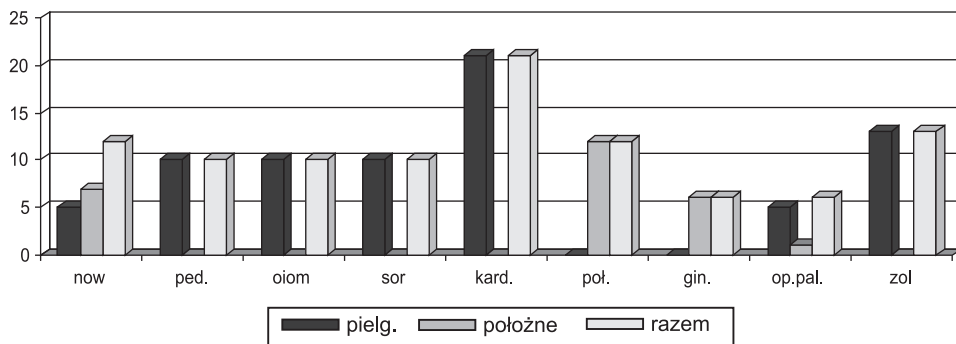
Badaniu poddano 100-osobową grupę aktywnych zawodowo pielęgniarek (74) i położnych (26) zatrudnionych w oddziałach szpitalnych, opiece paliatywnej i zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Respondenci zróżnicowani byli pod względem wieku i stażu pracy w zawodzie. Najliczniejszą grupę – 51% badanych stanowiły pielęgniarki i położne w przedziale wieku 41 lat i więcej. Staż pracy objętych badaniem przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Badani wg wykonywanego zawodu i stażu pracy

Lp.	Zawód	Liczba badanych		Wiek w latach										Staż pracy w zawodzie							
		n	%	20–25		26–30		31–35		36–40		41 i ↑		5–10		11–15		16–20		21 i ↑	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Pielęgniarka	74	74	1	1	3	3	12	12	24	24	34	34	10	10	15	15	19	19	30	30
2.	Położna	26	26	0	0	1	1	4	4	4	4	17	17	1	1	3	3	13	13	9	9
Razem		100	100	1	1	4	4	16	16	28	28	51	51	11	11	18	18	32	32	39	39

Źródło: badania własne

Respondenci reprezentowali różne placówki ochrony zdrowia. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki i położne wykonujące zawód w lecznictwie zamkniętym – 71% (oddziały szpitalne), 6% to pielęgniarki zatrudnione w opiece paliatywnej, 13% w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Szczegółową charakterystykę zatrudnienia przedstawia histogram 1.

Histogram 1. Badani wg miejsca pracy

Źródło: Badania własne

Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły pielęgniarki kardiologiczne – 21%, najmniejszą po 6% pielęgniarki i położne zatrudnione w opiece paliatywnej i oddziale ginekologicznym.

W badaniach własnych wybraną metodą był sondaż diagnostyczny. Technika sondażu wykorzystaną dla celów tej pracy była technika ankiety, a narzędziem badawczym zastosowanym w badaniach był autorzski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz zawierał 23 pytania. Wśród nich 4 pytania charakteryzowały populację badanych, pozostałe 19 pytań służyło do uzyskania odpowiedzi na główny problem badawczy, w tym było: 17 pytań zamkniętych i 2 pytania otwarte dotyczące sytuacji, w której pielęgniarka najtrudniej pogodzić się ze śmiercią pacjenta oraz opisu własnych metod rozstania się ze zmarłym pacjentem. Do analizy i opracowania materiału badawczego wykorzystano program komputerowy MS Excel 2003.

Wyniki

Konstruktywne przekonania na temat śmierci i umierania reprezentuje 75% badanych, przekonania destrukcyjne przejawia 25% respondentów (12 położnych i 13 pielęgniarek).

W opinii 6% badanych ukończona szkoła medyczna w pełni przygotowała ich do kontaktu ze śmiercią i umieraniem, 52% określa stopień przygotowania do tej sytuacji jako częściowy, 42% badanych pielęgniarek i położnych twierdzi, że nauka w szkole medycznej nie przygotowała ich do kontaktu ze śmiercią chorego.

55% badanych (45 pielęgniarek i 10 położnych) uczestniczyło w śmierci pacjenta podczas samodzielnie pełnionego dyżuru, 45% respon-

dentów do chwili przeprowadzania badań nie doświadczyło tej sytuacji. Obraz śmierci „pierwszego swojego pacjenta” trwale przechowuje w pamięci 63% badanych. U 37% respondentów obraz ten został zatarty lub usunięty z pamięci. W obecnym miejscu pracy na częsty kontakt ze śmiercią narażonych jest 46% badanych (są to tylko pielęgniarki), dla 54% respondentów kontakt ze śmiercią chorego jest na poziomie średnim.

72% badanych pielęgniarek i położnych twierdzi, że nie posiada umiejętności rozmowy z pacjentem umierającym, natomiast 28% respondentów uważa, że jest wystarczająco przygotowana do podjęcia takiej rozmowy.

89% badanych nie rozmawia na temat śmierci z pacjentami będącymi u kresu życia, tylko 11% badanej populacji (11 pielęgniarek) podejmuje się takiej rozmowy.

Rozmowę z rodziną pacjenta na temat śmierci podejmuje 13% badanych, czasami – 34%. 28% respondentów unika tego tematu, zachęcając rodzinę do kontaktu z lekarzem, a 25% w ogóle nie rozmawia z rodziną chorego na temat jego śmierci.

Po usłyszeniu słów pacjenta „siostró, ja umieram” 26% badanych podejmuje rozmowę z pacjentem na temat śmierci, 24% czuje się zmieszanych sytuacją, po 12% respondentów nie podejmuje tematu lub skupia się na swoich czynnościach, odwracając uwagę chorego, 11% badanych zmienia temat rozmowy (tabela 2).

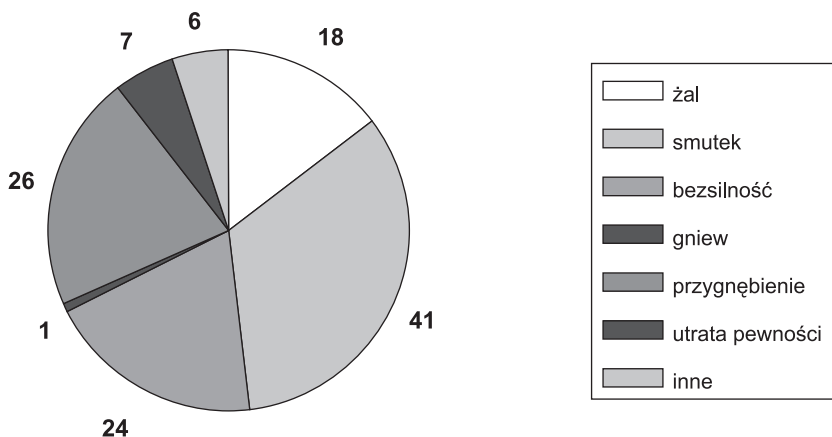
Tabela 2. Reakcja badanych na słowa pacjenta „ja umieram”

Lp.	Opis reakcji	Liczba badanych (n)	Procent badanych (%)
1.	Próbuję zmienić temat	11	11
2.	Nie podejmuję rozmowy	12	12
3.	Czuję się zmieszana	24	24
4.	Skupiam się na swoich czynnościach, chcąc odwrócić uwagę chorego	12	12
5.	Zaczynam rozmawiać z chorym na ten temat	26	26
6.	Inne	15	15
Razem		100	100

Źródło: Badania własne

Po śmierci pacjenta u objętych badaniem pielęgniarek i położnych dominują następujące uczucia: smutek – 41% badanych; 26% respondentów odczuwa przygnębienie, 24% bezsilność, 18% badanej populacji czuje żal, u 7% dominuje utrata pewności siebie i wiary w prawidłowe postępowanie (szczegółowe dane zawiera diagram 1).

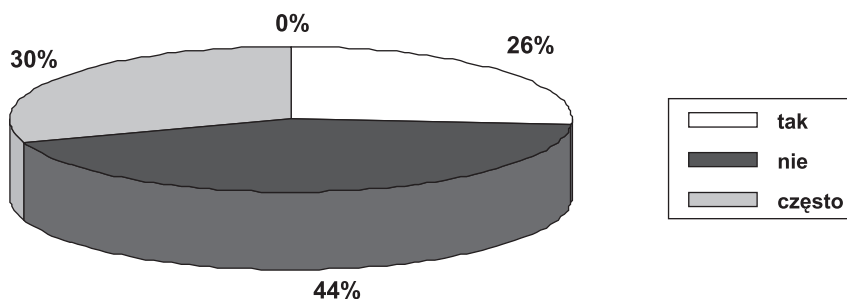
Diagram 1. Uczucia doświadczane przez badanych po śmierci pacjenta



Źródło: Badania własne

U 26% badanych zgon pacjenta na dyżurze wpływa negatywnie na funkcjonowanie poza pracą, często sytuacja ta ujawnia się u 30% respondentów, dla 44% badanych pielęgniarek i położnych sytuacja śmierci chorego nie wpływa na ich funkcjonowanie poza pracą (diagram 2).

Diagram 2. Wpływ zgonu pacjenta na funkcjonowanie poza pracą



Źródło: Badania własne

W sytuacji doświadczania negatywnych zmian w funkcjonowaniu poza pracą zawodową z powodu śmierci pacjenta, badani czasami nieświadomie korzystają z następujących mechanizmów obronnych: racjonalizacja 13% badanych, po 6% korzysta z unikania lub tłumienia, 5% badanej populacji stosuje wyparcie, 2% zaprzeczenie; 68% respondentów nie potrafi określić, z jakiego mechanizmu korzysta (tabela 3).

Tabela 3. Mechanizmy obronne występujące u badanych po śmierci chorego

Lp.	Mechanizm obronny	Liczba badanych (n)	Procent badanych (%)
1.	Zaprzeczenie	2	2
2.	Wyparcie	5	5
3.	Racjonalizacja	13	13
4.	Unikanie	6	6
5.	Tłumienie	6	6
6.	Nie potrafię określić	68	68
Razem		100	100

Źródło: Badania własne

84% badanych uważa, że zastosowanie mechanizmów obronnych nie przynosi trwałej ulgi i „uodpornienia na ludzką śmierć”, 16% respondentów uważa, że przynoszą ulgę i wyciszenie.

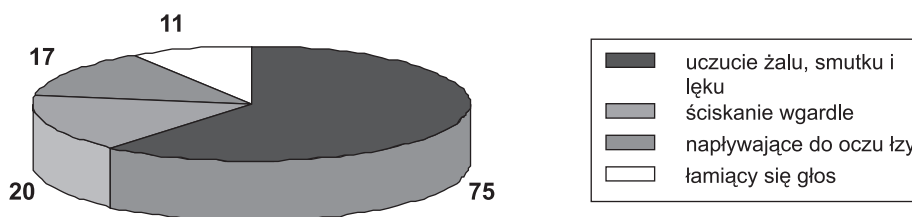
W sytuacjach kolejnych doświadczeń ze śmiercią badani obserwują u siebie następujące reakcje: 75% uczucie żalu, lęku i smutku; 20% respondentów czuje ściskanie w gardle, u 17% pojawiają się łzy, a 11% badanej populacji ma łamiący się głos (diagram 3).

100% badanych stwierdziło, że niezależnie od przyczyny śmierci najtrudniej jest im pogodzić się ze śmiercią dziecka i młodej osoby.

Poddane badaniu pielęgniarki i położne swoje emocje po śmierci chorego odreagowują w różny sposób: 40% respondentów poprzez rozmowę, 38% poprzez wyciszenie, 11% szuka wsparcia u koleżanek, po 6% ucieka w modlitwę lub sięga po papierosa, 2% odreagowuje płaczem (diagram 4).

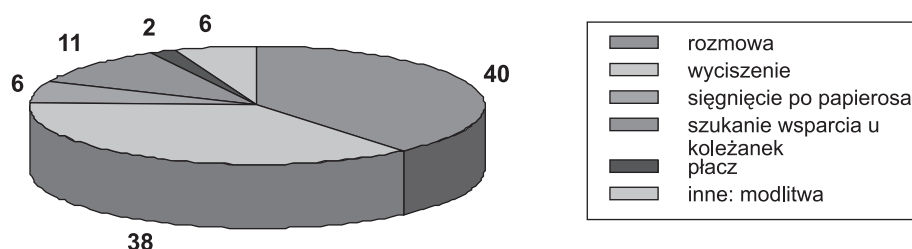
92% badanych nie posiada własnych sprawdzonych sposobów pożegnania się ze zmarłym pacjentem, co umożliwiłoby im łatwiejsze po-

Diagram 3. Reakcje obserwowane u badanych przy kolejnym obcowaniu ze śmiercią chorego



Źródło: Badania własne

Diagram 4. Sposoby odreagowywania emocji po śmierci chorego wg badanych



Źródło: Badania własne

godzenie się ze śmiercią chorego i złagodziło objawy doświadczanego stresu, tylko 8% badanych uważa, że posiada metodę na zwalczanie doświadczanej traumy i jest nią modlitwa.

75% badanych uznaje za konieczne wprowadzenie dodatkowych szkoleń dla aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych z zakresu radzenia sobie z sytuacją traumatyczną jaką jest śmierć pacjenta, 20% respondentów nie ma zdania w tej kwestii, a 6% uznaje, że nie ma takiej potrzeby. Deklaracje skorzystania ze szkolenia potwierdza 70% badanych, 12% nie czuje takiej potrzeby, a 18% zdecydowanie nie skorzysta ze szkolenia.

Omówienie

Pielęgniarki i położne biorące udział w badaniu w 75% reprezentują konstruktywną postawę wobec śmierci. Postawa ta pozwala przyjąć śmierć chorego ze spokojem i pogodzeniem się, jako naturalnym biegiem zdarzeń i ważnym etapem życia człowieka, choć może towarzyszyć nam przy tym wzruszenie. Mając to na uwadze moglibyśmy oczekiwać, że profesjonalizm i osobista postawa wobec śmierci są gwarancją, że pielę-

gniarki nie ulegają negatywnym emocjom i uczuciom w chwili śmierci pacjenta, które powodowałyby pojawienie się zachowań destrukcyjnych.

Rzeczywistość okazuje się mało pocieszająca, choć nie prowadzono w tym zakresie badań na szeroką skalę, badania własne dowiodły, iż ponad 2/5 badanych uważa, że ukończona szkoła medyczna nie przygotowała ich do obcowania ze śmiercią i umieraniem, dlatego też nie zawsze potrafią rozstać się z umierającym. Ponad połowa badanej populacji miała już za sobą bezpośredni kontakt ze śmiercią pacjenta. Niepokojącym jest fakt, że 63% z nich nadal pozostawiło w pamięci obraz śmierci pierwszego pacjenta, co potwierdza, że śmierć chorego wywiera na pielęgniarki tak silne i trwałe wrażenia, które nawet po latach nie zacierają się w naszej świadomości. Mogą być one ciągle odtwarzane, co staje się powodem pogłębiania doświadczanego wcześniej stresu.

W obecnym miejscu pracy aż 46% badanych jest narażonych na bardzo częsty kontakt ze śmiercią chorego, do grupy tej należą wyłącznie pielęgniarki.

Największym problemem dla pielęgniarek/położnych w kontakcie z pacjentem umierającym i jego rodziną jest brak umiejętności nawiązania rozmowy z chorym lub członkami jego rodziny, aż 89% nie podejmuje się nawet próby takiej rozmowy. Wynikający z tego faktu brak możliwości nawiązania kontaktu słownego z chorym znajdującym się w sytuacji granicznej pozostawia niedopowiedzenia, które często stają się przyczyną niepotrzebnego stresu i doszukiwania się pomyłek we własnym działaniu.

Dominującymi emocjami u badanych po śmierci pacjenta są: smutek, przygnębienie, bezsilność, żal. Dla 26% pielęgniarek śmierć pacjenta na dyżurze negatywnie wpływa na funkcjonowanie poza pracą zawodową. Tylko 32% pielęgniarek/położnych objętych badaniem w celu redukcji doświadczanego stresu korzysta z następujących mechanizmów obronnych: racjonalizacja, unikanie, tłumienie, wyparcie, zaprzeczenie; aż 68% nie korzysta lub nie potrafi określić co im pomaga zredukować doświadczany stres.

Według opinii badanych wykorzystywane mechanizmy obronne nie przynoszą trwałej ulgi i wyciszenia. Przy każdej kolejnej śmierci chorego u 75% badanych pojawia się uczucie żalu, lęku i smutku. 100% badanych stwierdziło, że niezależnie od przyczyny śmierci najtrudniej jest im pogodzić się ze śmiercią dziecka i młodej osoby.

Negatywne emocje po śmierci chorego badani odreagowują głównie poprzez: rozmowę, wyciszenie, wsparcie koleżanek, modlitwę, zapalenie papierosa lub płacz. 92% badanych nie posiada własnych sprawdzonych

sposobów pożegnania się ze zmarłym pacjentem, dla 8% badanych modlitwa w intencji zmarłego jest najlepszym sposobem pożegnania pacjenta.

3/4 badanych uznaje za konieczne wprowadzenie dodatkowych szkoleń dla aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych z zakresu radzenia sobie z sytuacją traumatyczną jaką jest śmierć pacjenta, bo tylko wtedy będziemy mogli przyjąć śmierć chorego ze spokojem i bez paniki. Nie będzie potrzeby stosowania mechanizmów obronnych dla złagodzenia doświadczanych uczuć negatywnych. Dzięki temu w pełni możemy zaangażować się w towarzyszenie umierającemu pacjentowi, a po jego śmierci być gotowym na podjęcie kolejnych spotkań z człowiekiem cierpiącym oczekującym na naszą pomoc.

Wnioski

1. W czasie towarzyszenia pacjentowi umierającemu pielęgniarki/położne doświadczają negatywnych uczuć i emocji, głównie: smutku, przygnębienia, bezsilności i żalu oraz utraty pewności siebie i wiary w prawidłowe postępowanie.
2. Poddane badaniu pielęgniarki i położne nie posiadają wypracowanych metod redukcji doświadczanego w chwili śmierci pacjenta stresu oraz sposobów pożegnania się ze zmarłym.
3. Istnieje pilna potrzeba wprowadzenia szkoleń dla pielęgniarek i położnych z zakresu metod łagodzenia stresu z powodu śmierci chorego i sposobów rozstawania się ze zmarłym pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R., Książek J., Grabowska H., Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym, [w:] Krajewska-Kułak E. (red.), Problemy terapeutyczno-pielęgniacyjne pacjenta od poczęcia do starości, tom II, Akademia Medyczna, Białystok 2007.
2. Kübler-Ross E., *Życiodajna śmierć*, Poznań 2005.
3. Kübler-Ross E., *Dzieci i śmierć*, Poznań 2007.
4. Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 2007.
5. Nyklewicz W., *Metody rozstawania się ze zmarłym pacjentem*, [w:] Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W. (red.), *W drodze do brzegu życia*, tom I, Akademia Medyczna, Białystok 2006.
6. Tolarczyk A., *Postawy wobec śmierci pielęgniarek hospicyjnych i anestezyjologicznych*, [w:] Krajewska-Kułak E. (red.), *Problemy terapeutyczno-pielęgniacyjne pacjenta od poczęcia do starości*, tom II, Akademia Medyczna, Białystok 2007.

Mirosława Kram¹, Andrzej Kurylak¹,
Jolanta Czajkowska-Fesio¹, Alicja Przybysz¹,
Ewa Barczykowska¹, Aneta Zreda-Pikies¹, Mariusz Wysocki²

Lekarze, pielęgniarki i rodzice wobec śmierci dziecka z chorobą nowotworową

Wstęp

Choroby nowotworowe u dzieci i młodzieży występują w każdym wieku – od okresu noworodkowego do młodzieńczego. Pod względem obrazu klinicznego stanowią niejednorodną grupę chorób. Nowotwory złośliwe występują w innych niż obserwowane w populacji dorosłych narządach i charakteryzują się innymi typami histologicznymi. Występują znacznie rzadziej, ok. 100 razy w stosunku do populacji dorosłych.

U dzieci wyróżnia się 12 głównych diagnostycznych nowotworów [1]: białaczki (ostra białaczka limfoblastyczna, ostra i przewlekła białaczka szpikowa), chłoniaki (choroba Hodgkina, chłoniak nieziarniczny), mózgu i rdzenia kręgowego (gwiazdziak, wyściółczak, medulloblastoma – rdzeniak zarodkowy, układu nerwowego współczulnego (neuroblastoma – nerwiak zarodkowy), retinoblastoma (siatkówczak złośliwy), guzy nerek (guz Wilmsa – nephroblastoma – nerczak złośliwy, rak nerki), guzy wątroby (hepatoblastoma – wątrobiak zarodowy, rak wątroby), nowotwory kości (osteosarcoma – kostniakomięsak, sarcoma Ewing – mięsak Ewinga) mięsaki tkanek miękkich (rabdomyosarcoma – mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy, fibrosarcoma – włókniakomięsak), guzy gonad (germinalne) – (nasieniak, rozrodczak), nabłonkowe – raki (b. rzadkie u dzieci), inne, np. histiocytoza – LCH.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

W Polsce rejestruje się ok. 1100 – 1300 nowych zachorowań rocznie. Najczęściej u dzieci występują: białaczki, które stanowią 28,7% wszystkich nowotworów, następnie guzy ośrodkowego układu nerwowego – 16,3% oraz chłoniaki – 14,3%, co razem daje 59,35% wszystkich nowotworów. Pozostałe nowotwory pod względem częstości występowania to: nowotwory kości – 8,2%, układu współczulnego – 6,9%, tkanek miękkich – 6,6%, nerek – 6,5%, gonad i zarodkowe – 5,8%, siatkówczak – 2,7%, wątroby – 1,5%, raki – 1,3%, inne – 1,3% [2]. Rodzaj oraz częstotliwość występowania nowotworów złośliwych u dzieci i młodzieży różni się w sposób zasadniczy od nowotworów u dorosłych. Odmienny rodzaj guzów, w większości pochodzenia dysontogenetycznego, odmienna dynamika choroby, są uwarunkowane przede wszystkim odrębnością biologiczną ustroju rosnącego oraz odmienną jego reakcją na toczący się proces chorobowy i zastosowane leczenie.

Współczesne leczenie chorób nowotworowych opiera się na stosowaniu skojarzonych metod postępowania oraz intensywnych protokołach terapeutycznych. Sprawilo to, że na przestrzeni minionych 20–30 lat poprawiły się wyniki leczenia chorób nowotworowych u dzieci i młodzieży, nadal jednak zgony są nieuniknione. Niezależnie od częstości zgonów dzieci z powodu choroby nowotworowej i miejsca w którym przebywa umierające dziecko należy zapewnić mu komfort umierania i godną śmierć. Takie są wymogi współczesnej medycyny.

Cel pracy

Poznanie struktury umieralności (typ nowotworu, wiek, płeć, przyczyna zgonów) dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy na przestrzeni 10 lat tj. 1997–2007 r.

Przedstawienie programu edukacyjnego dla członków zespołu terapeutycznego. Program edukacyjny dotyczy opieki paliatywnej skierowanej na sferę fizyczną, psychiczną i duchową dziecka i jego rodziny.

Pacjenci i metodyka

Częstość występowania nowotworów w materiale własnym ustalono na podstawie danych przekazywanych corocznie z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii do Krajowego Rejestru Nowotworów Dziecięcych. Częstość i przyczyny zgonów ustalono na podstawie rejestru zgonów prowadzonego w Klinice.

Wyniki

Zgony dzieci i młodzieży z nowotworem

Choroby nowotworowe stanowią drugą, po zatruciach, wypadkach i urazach przyczynę zgonów u dzieci powyżej 1 roku życia. Pomimo, że w Polsce dokonano znacznego postępu w leczeniu chorób nowotworowych, przychodzi moment kiedy chemioterapia, radioterapia przestają być skuteczne. Proces nowotworowy ulega progresji i w konsekwencji następuje śmierć dziecka.

W okresie od 1 stycznia 1997 roku do 31 grudnia 2007 roku w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Bydgoszczy rozpoznano choroby rozrostowe u 724 pacjentów w wieku od 0 do 19 roku życia (tab. 1). W analizowanym okresie zgony stanowiły średnio 25% zachorowań na nowotwory złośliwe.

Tabela 1. Częstość zachorowań na nowotwory złośliwe i częstość zgonów w materiale własnym

Rok		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Suma
Chłopcy		32	37	49	37	29	36	33	30	34	29	32	378
Dziewczęta		29	29	51	27	38	28	34	16	32	27	35	346
Nowotwory ogółem	N	61	66	100	64	67	64	67	46	66	56	67	724
Chłopcy		6	8	9	8	9	11	6	8	6	7	8	90
Dziewczęta		5	6	7	12	9	12	7	9	5	5	11	84
Zgony ogółem	N	11	14	16	20	18	23	13	17	11	12	19	174
	%	18,0	21,2	16,0	31,3	26,9	35,9	19,4	37,0	16,7	21,4	27,9	24,7

W całej badanej grupie przewagę stanowili chłopcy (90 vs 84 zgonów u dziewczynek). Jedynie w grupie dzieci 5–9 lat odnotowano przewagę zachorowań wśród dziewczynek, w trzech pozostałych kategoriach wiekowych dominowała płęć męska.

W analizowanych kategoriach wiekowych najwyższą ilość zgonów na nowotwory złośliwe odnotowano wśród dzieci 0–4 letnich (30%), a najmniej w przedziale wiekowym 5–9 lat 20%. Liczba zgonów w tych latach była zmienna (od 11 do 23 przypadków rocznie), a ich procentowy udział

w stosunku do ogólnej liczby nowotworów w danym roku kalendarzowym wahał się od wartości najniższej w 1999 roku (16,0%) do najwyższej w roku 2004 (37,0%) (tabela 2).

Tabela 2. Podział zgonów na płeć i grupy wiekowe

Wiek	0–4 lat	5–9 lat	10–14 lat	15–19 lat	Razem
Chłopcy	28	16	20	26	90
Dziewczynki	24	18	19	23	84
Razem	52	34	39	49	174
Procent	30%	20%	22%	28%	100%

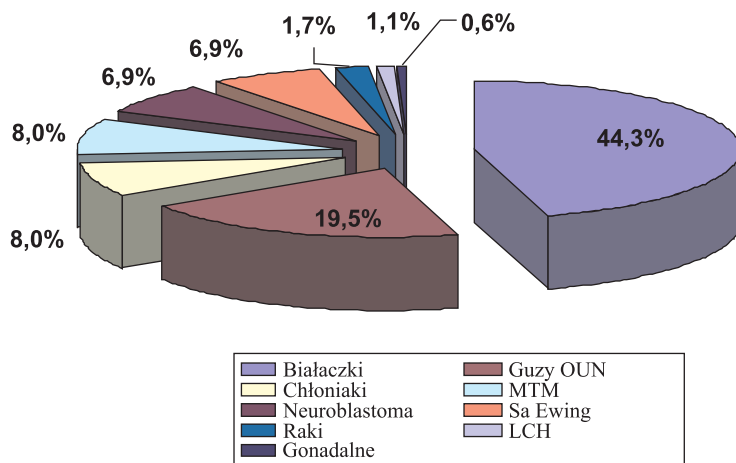
Wśród zmarłych pacjentów z nowotworami złośliwymi najliczniejszą grupę stanowiły dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną – 47 zgonów (27,0%). Łącznie z ostrą białaczką szpikową, których było 24 (13,8%) i przewlekłą białaczką szpikową – 6 zgonów (3,4%). Nowotwory układu krwiotwórczego stanowiły 44,3% wszystkich nowotworów. Drugą, co do liczebności grupę tworzyli pacjenci z guzami ośrodkowego układu nerwowego 34 przypadki (19,5%), w dalszej kolejności znalazły się dzieci z nowotworami tkanki chłonnej – 14 zgonów (8,0%) i mięsakami tkanek miękkich – 14 zgonów (8,0%). U 12 pacjentów (6,9%) przyczyną zgonu był nowotwór układu współczulnego – neuroblastoma, taka sama ilość zgonów była u dzieci z nowotworem nerek – Sa Ewing. Pozostałe typy nowotworów złośliwych były reprezentowane sporadycznie: nowotwory nabłonkowe – 3 (1,7%), histiocytoza komórek Langerhansa (LCH) – 2 (1,1%), gonad – 1 (0,6%) (wykres 1).

Miejsce i przyczyny zgonów

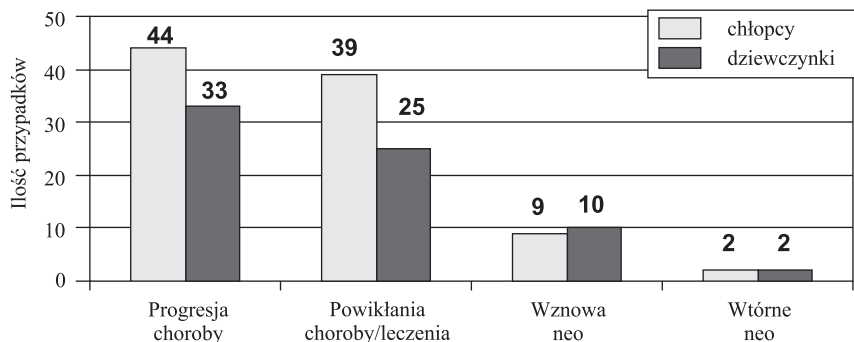
Umieranie w przeciwieństwie do śmierci, jest procesem rozciągniętym w czasie. Umieranie może obejmować ostatnie godziny, dni, tygodnie życia ciężko chorego dziecka. Jest to okres różny co do czasu i intensywności przeżywania cierpień fizycznych i psychicznych. Niezależnie od miejsca, w którym przebywa umierające dziecko – dom rodzinny, szpital, klinika, hospicjum należy mu zapewnić komfort umierania i godną śmierć.

Dla lekarzy leczących i pacjentów /rodziców najtrudniejszy jest okres, w którym u pacjentów całkowicie kończą się możliwości skutecznego

Wykres 1. Struktura zgonów z powodu nowotworu złośliwego w latach 1997–2007



Wykres 2. Struktura przyczyn zgonów dzieci i młodzieży



leczenia przeciwnowotworowego i następuje przejście do okresu opieki paliatywnej.

Miejscem zgonów dla 50/174 dzieci był oddział intensywnej terapii, w następnej kolejności klinika PHiO/OTS/szpital (rejonowy) – 46/174, dom rodzinny – 36/174, klinika neurochirurgii – 7/174, chirurgii dziecięcej 4/174, 2/174 – hospicjum. Pod domową opieką hospicyjną było 7 dzieci. Wobec 30 dzieci, w rejestrze nie zanotowano miejsca zgonów. Strukturę przyczyn zgonów w badany materiale przedstawiono na wykresie 2.

Dla 77 (52,3%) dzieci przyczyną zgonu była progresja choroby nowotworowej, dla 74 (42,5%) dzieci – powikłania choroby nowotworowej. U 19 (10,9%) dzieci przyczyną zgonu była wznowa nowotworu i związany z tym brak odpowiedzi na zastosowane leczenie, u 4 (2,3%) wtórny nowotwór i powodujący zgon dziecka.

Lekarze i pielęgniarki wobec śmierci dziecka w klinice onkologii dziecięcej

Każdy człowiek wie, że jest istotą śmiertelną, a mimo to konfrontacja z realnością śmierci wywołuje emocje, z którymi jest sobie ciężko poradzić, także gdy doświadcza się tego zawodowo. Dla ludzi śmierć jest czymś co przeraża, co wywołuje ogromne poczucie żalu i niesprawiedliwości, zwłaszcza gdy śmierć jest nagła lub dotyczy dziecka. Śmierć dziecka, w jakimkolwiek jest ono wieku, odbiera się jako zdarzenie wbrew naturze. Nawet nie ma słowa by wyrazić stratę dziecka – takie jest to nie-naturalne [3]. Stratę rodzica określa się jako pólseroctwo, stratę małżonka – wdowieństwo, stratę dziecka?

Pielęgniarki, także lekarze, nie mogą pogodzić się z faktem ograniczeń i bezradności medycyny wobec niektórych stanów chorobowych i śmierci dziecka.

Na podstawie literatury przedmiotu w klinice wypracowano podstawowe zasady postępowania wobec umierającego dziecka [4, 5, 6, 7, 8]. Ich znajomość i przestrzeganie czyni, że ciężar psychiczny i stres związany z umieraniem i śmiercią dziecka staje się łatwiejszy do udźwignięcia. Zasady te są one następujące:

Nigdy nie pozostawia się dziecka samego zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym. Dziecko umiera wśród najbliższych sobie osób. Zawsze jest to matka, czasem oboje rodzice, rzadko towarzyszy którejś z rodzeństwa.

Każda z osób opiekujących się umierającym dzieckiem – rodzice, pielęgniarki powinna być świadoma, że dziecku należy zapewnić spokój i ciszę. Z reguły dziecko przebywa (na ile pozwalają aktualne warunki w klinice) w pokoju jednoosobowym. Leki przeciwbólowe podawane są regularnie do samego końca, nawet gdy dziecko jest nieprzytomne.

Łagodzenie lęku to pozwolenie umierającemu dziecku na mówienie i słuchanie go. Zawsze należy tworzyć możliwość wypłakania się, wyżalenia, okazania gniewu. Niekiedy dziecko zaskakuje pytaniem: „Jak długo będę żył?”, „Kiedy umrę?”. Zanim podejmie się próbę odpowiedzi, do-

brze jest powtórzyć pytanie, dodając: „Zastanawiasz się kiedy umrzesz, dlaczego o to pytasz?”. W ten sposób zyskuje się na czasie i można lepiej przemyśleć odpowiedź. Jeśli dziecko konsekwentnie domaga się odpowiedzi na te czy inne pytania, można powiedzieć, zastrzegając, że w medycynie zdarzają się sytuacje trudne do przewidzenia. Podtrzymywanie, a nie „ucinanie” kontaktu i podtrzymywanie nadziei to także jedne z podstawowych zasad.

Wzbudzanie nadziei. Nadzieję określa się jako stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego, pozytywnego. Nadzieja mobilizuje do działania. Póki dziecko jest na świecie nie wolno mu jej odbierać. W religii chrześcijańskiej istnieją trzy cnoty boskie: Wiara, Nadzieja, Miłość. Podtrzymywanie nadziei, to przekonanie dziecka i rodziców, że nie rezygnuje się z leczenia paliatywnego i pielęgnowania.

U chorych terminalnie pojawia się niekiedy niepokój związany z tym „Co jest po drugiej stronie?”. Należy wtedy umożliwić spotkanie z kapłanem. Poważnym błędem jest wówczas odmowa odwiedzin księdza. „To go załamie”, „On pomyśli, że to już naprawdę koniec” – takie słyszy się nieraz argumenty rodziców. Najczęściej więcej oporów ma z tym rodzina niż samo chore dziecko. Umierające dziecko tego rodzaju propozycję przyjmuje ze spokojem i zrozumieniem. Tym bardziej, że w klinice opiekę duszpasterską zapewnia kapłan szpitalny – ks. Darek, którego wszystkie dzieci i ich rodzice doskonale znają.

Bardzo istotne jest posługiwanie się ciszą. Z dzieckiem nie zawsze trzeba prowadzić rozmowę za wszelką cenę. Jeśli dziecko nie wykazuje chęci do rozmowy, powinno odstąpić się od niej. Można także spędzić czas milcząc.

Rodzice w obliczu śmierci swojego dziecka

Okres przedłużającego się umierania jest dla rodziców szczególnie ciężki. Duże obciążenie stanowią zwykłe dolegliwości dziecka. Na ból czy duszność opiekunowie reagują lękiem i przygnębieniem. Silne emocje wywołują także występujące niekiedy zaburzenia psychiczne umierającego. Zmiany zachowania „pozbawiają” opiekunów nagrody w postaci dobrego kontaktu z dzieckiem.

Sposoby porozumiewania się rodziców, rodzeństwa z umierającym dzieckiem to bardzo poważny i trudny temat. Jeśli nawet mówi się o chorobie, zna się prognozę, to większość ludzi stara się unikać rozmów o śmierci. Część osób mówi: „Nie czuję się na siłach mówić z nim o chorobie, umieraniu. Bliscy nie wiedzą często o czym rozmawiać. Nie wiedzą

co go rozweseli, co go zasmuci. Czy powinno się mówić o tym, co kiedyś robił, co chciał? Można wtedy po prostu powiedzieć: „Nie wiem o czym z tobą mówić. Czy chcesz porozmawiać o wczorajszym filmie, czy o leczeniu przeciwbólowym?”

Pytani o swój stan zdrowia rodzice częściej odpowiadają: „Och nieważne, teraz nie mam czasu myśleć o sobie – byle jemu można było pomóc”. A przecież opiekunom też należy się chwila wytchnienia – spacer, wyspanie się, chwile samotności. Nie warto i nie należy odrzucać pomocy innych osób, które z powodzeniem mogą zastąpić na kilka godzin rodziców. Każdy członek rodziny, także dziecko – rodzeństwo może być włączane do opieki na miarę swoich możliwości – może poić, karmić, trzymać za rękę, poczytać, być obecnym.

W momencie śmierci rodzice zwykle zadają pytanie „Czy to już?”. Nie trzeba mówić głośno, wystarczy skinąć głową.

Zmarłe dziecko przekazuje i oddaje się rodzicom po przywróceniu normalnego wyglądu, tj. po usunięciu drenów, opatrunków, krwi, wydzielin – czyste i zadbane.

Rodzicom umożliwia się pożegnanie ze zmarłym dzieckiem – przybliża ono realność śmierci, ułatwia proces żałoby. Rodzice dzieci na ogół pozostają przy zwłokach, modlą się i żegnają się.

Nie ma słów pociechy dla rodziców, którzy stracili dziecko. Nie da się zaprzeczyć rzeczywistości. Można im pomóc oferując swoją obecność.

Śmierć dziecka jest największą stratą, jakiej doznają rodzice w życiu. Proces żałoby jest czasochłonny i nie można go przyspieszać. Wspominanie zmarłego dziecka, wspólne rytuały – przeglądanie zdjęć, czytanie listów, odwiedzanie cmentarza pomagają rodzinie w procesie żałoby. Z rodzeństwem zmarłego dziecka, rodzice powinni rozmawiać o śmierci i żałobie dostosowując rozmowy do wieku. Ważne jest, aby rodzice starali się zachować poprzedni rytm życia, pokazując dzieciom, że życie trwa nadal.

Wnioski

1. W naszym kręgu kulturowym przeważa obecnie brak zgody na rezygnację z leczenia przyczynowego. Świadczy o tym liczba zgonów – niemal 1/3 dzieci z chorobą nowotworową umiera w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej.
2. W Klinice, ze strony pielęgniarek istnieje zapotrzebowanie na organizowanie szkoleń z zakresu udzielania wsparcia/pomocy psychologicznej umierającemu dziecku i jego rodzicom. Najbardziej pożą-

daną osobą prowadzącą szkolenie jest psycholog kliniczny mający doświadczenie w pracy z chorymi umierającymi.

3. Podczas umierania dziecka najważniejsza jest obecność rodziców, choć bolesna, bezradna, ale będąca dowodem głębokiej miłości.

Piśmiennictwo

1. Kramarova E., Ferlay J., Parkin D. M., Draper G. J., Michaelis J., Neglia J. i in.: International Classification of Childhood Cancer. Lyon, 1996 IARC Technical Report No 29.
2. Kowalczyk R. J., Dudkiewicz E., Balwierz W., Bogusławska-Jaworska J., Rokicka-Milewska R., Incidence of childhood cancer In Poland In 1995–1999. *Medical Ścieńce Monitor* 2002; 8: 587–90.
3. Szotowa W.: Zagadnienia medycyny społecznej w pediatrii. W: Górnicki B., Dębiec B., Baszczyński J.: *Pediatrics tom 1*. WL PZWL Warszawa 2002, 20–38.
4. Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.): *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. WL PZWL Warszawa 2005.
5. Kubler-Ross E.: *Dzieci i śmierć. Jak dzieci i ich rodzice radzą sobie ze śmiercią*. Media Rodzina. Poznań 2007.
6. Winch B., Nitach-Osuch A., Życińska K., Wardyn K.: Komunikacja z pacjentem z chorobą nowotworową. *Family Medicine & Primary Care Review* 2006, 8, 1150–1155.
7. VI Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej Hospicjum 2006. IV Ogólnopolskie Forum Onkologii i Psychoonkologii. Toruń 2006.
8. Rogiewicz M.: *Umieranie, śmierć dorosłych, dzieci i młodzieży*. W: *Opieka paliatywna* (red.) Krajnik M., Rogiewicz M. Wyd. Akademii Medycznej. Bydgoszcz 1998.

Grażyna Stadnicka¹, Grażyna Iwanowicz-Palus¹,
Mariola Kicia¹

Psychospołeczne aspekty opieki nad pacjentką z nowotworem narządu rodneg w terminalnej fazie choroby

Wstęp

Sprawowanie opieki nad kobietą z nowotworem narządu rodneg w terminalnej fazie choroby wymaga od pielęgniarki, a także i położnej szerokiej wiedzy z zakresu ginekologii, onkologii, psychologii, farmakologii, jak również chorób internistycznych oraz pielęgniarstwa ogólnego. Nowotwór złośliwy jest chorobą wnikającą we wszystkie sfery życia pacjentki – fizyczną, psychiczną, jak również społeczną, poprzez dotykanie jej najbliższego otoczenia, czasami zupełnie dezorganizującego wcześniejsze relacje i wspólne plany [1]. Choroba nowotworowa wykryta późno łączy się z długim, wyniszczającym organizm leczeniem i prowadzi często do nieuchronnej śmierci. Rozwój wiedzy o nowotworach rozwiewa nadzieję na szybki przełom, który uczyni te choroby całkowicie wyleczalnymi. Wszystkie działania lecznicze prowadzone przez ośrodki onkologiczne nie przynoszą pożądanych efektów, zwłaszcza w zakresie obniżenia umieralności z powodu nowotworów złośliwych narządu rodneg późno zdiagnozowanych [2, 3].

Najczęściej występującym nowotworem złośliwymi u kobiet jest rak piersi. Zachorowalność na raka piersi wzrasta wraz z wiekiem (szczyt zachorowań przypada na 50–70 rok życia). Na drugim miejscu pod względem częstości występowania znajduje się rak szyjki macicy, który każdego roku atakuje 4000 Polek. Połowa z nich umiera, bo zgłosiła się zbyt późno do lekarza. Za najgorzej rokujące nowotwory narządu rodneg kobiety, uznawane są nowotwory złośliwe jajnika. Głównym powodem tego faktu

¹ Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

jest bezobjawowy przebieg choroby w jej wczesnej fazie, brak łatwych do rozpoznania zmian przedrakowych, brak swoistych i czułych badań przesiewowych [2, 4].

Nowotwory narządu rodniego powodują ogromny stres i obciążenie psychiczne. Wynika to niekiedy ze specyfiki złośliwych nowotworów narządu rodniego (rak jajnika) i upowszechnionego przekonania o nieuleczalności choroby. Poza tym kobiety obawiają się kalectwa oraz utraty swojej atrakcyjności, co rzutuje na ich relacje z otoczeniem. Nowotwory narządu rodniego, zwłaszcza w terminalnej fazie choroby, wpływają nie tylko na funkcjonowanie pacjentki w wymiarze fizycznym, ale również na jej samopoczucie psychiczne i społeczne. Dlatego najczęstsze potrzeby kobiet w tym okresie sprowadzają się do trzech płaszczyzn. Pierwsza to potrzeba fizycznego komfortu osiąganego przez dobrą kontrolę objawów, a wyrażająca się znacznym złagodzeniem lub całkowitym usunięciem dolegliwości. Druga to potrzeba społeczna ujawniona przez pragnienie bliskości i ciepłej, pełnej zrozumienia obecności drugiego człowieka. Kolejna bardzo ważna potrzeba własnej wartości i godności oczekuje spełnienia przez uznanie i szacunek dla chorego wyrażony mu przez otoczenie [5, 6].

Opieka paliatywna w przypadku nowotworów narządu rodniego jest również działaniem, które poprawia jakość życia chorych stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą. Obejmuje zapobieganie i zwalczanie cierpień, wczesne stawianie rozpoznań, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów – fizycznych, psychosocjalnych i duchowych [1, 7]. Właściwie sprawowana integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki, oferuje system pomocy pozwalający chorej żyć do końca tak aktywnie, jak to jest tylko możliwe, jednocześnie poprawiając jej jakość życia, co może pozytywnie wpływać na przebieg choroby. Charakteryzuje się również działaniem zespołowym w rozwiązywaniu problemów chorych oraz ich rodzin podczas choroby i w okresie żałoby [5].

Komunikowanie się z pacjentką umierającą

Człowiek cierpiący na rozwijający się nowotwór złośliwy, stale powodujący utratę kondycji psychofizycznej i prowadzący w konsekwencji do nieuchronnej śmierci, wkraczając w ostatnią fazę życia zmienia swój status z chorego na umierającego (chorego terminalnego). Trudnym zadaniem jest określenie momentu, w którym rozpoczyna się proces umierania. Trwa on różnie długo, może nastąpić nagle lub trwać od kilku do kilkunastu miesięcy, ale zawsze kończy się śmiercią [1, 5].

Pielęgniarka a także położna opiekując się pacjentką w terminalnej fazie choroby nowotworowej poprzez psychoterapię stara się łagodzić napięcia i negatywne emocje wywołane chorobą, jej powikłaniami oraz stosowanymi metodami leczenia. W działaniach ukierunkowanych na usunięcie napięcia, obaw i niepokoju pacjentki, ważna wydaje się pomoc polegająca na przeciwdziałaniu poczuciu zagrożenia oraz bezradności poprzez dostarczenie środków, dzięki którym chora może poczuć się bardziej samodzielna i lepiej kontrolować swoją sytuację [5, 8].

Innym istotnym elementem psychoterapii jest wykorzystanie dobrego kontaktu z podopieczną do zmobilizowania jej sił obronnych i uruchomienie ogromnych możliwości, jakimi dysponuje psychika każdego człowieka. Zawiera ona różne formy psychologicznego wsparcia, obejmujące zarówno dodanie pacjentce otuchy, okazanie zrozumienia dla dręczących ją uczuć, okazanie empatii by ułatwić pacjentce emocjonalną adaptację do sytuacji, z którą przyszło się je zmierzyć. Kolejnym zadaniem położnej jest unikanie jatrogenii, czyli tych wszelkich urazowych sytuacji, których źródłem bywa czasem personel medyczny [9, 10].

Osoby sprawujące opiekę nad chorą umierającą muszą nauczyć się postępować tak, aby pacjentka czuła ich życzliwość, wyrozumiałość, szacunek i zaufanie. Pielęgniarka, położna powinna pełnić rolę doradcy chcącą zrozumieć problemy emocjonalne pacjentki. Warunkiem skutecznej pomocy pacjentce jest dobra komunikacja z chorym. Oznacza ona przekazywanie informacji i zarazem uzyskanie odpowiedzi [1, 9].

Sprawne i efektywne komunikowanie się między ludźmi jest umiejętnością niezbędną w pracy pielęgniarki, położnej. Aby nawiązać właściwy kontakt z pacjentką, powinno się znać sposoby i strukturę procesu komunikowania się przy pomocy metod werbalnych i niewerbalnych. Niewerbalna komunikacja jest równie ważna jak werbalna, a w niektórych sytuacjach nawet bardziej znacząca. Dokonuje się poprzez postawę ciała, wygląd, mimikę, sposób poruszania się i gestykulacji, dystans przestrzenny, dotyk, kontakt wzrokowy, ton głosu, tempo wypowiedzi, głośność, chwile ciszy pomiędzy wypowiedziami, chrząknięcia to komunikaty parawerbalne, które są dodatkową informacją przesyłaną w trakcie wypowiedzi, oprócz samych słów. Odbiorca odczytuje treść informacji i odpowiednio na nią reaguje [11].

Dla ułatwienia zrozumienia tego, czego dowiadujemy się od chorych, by udzielić skutecznie wsparcia psychicznego, potrzebna jest znajomość procesów emocjonalnych zachodzących u pacjentów chorych na nowotwory złośliwe. Według E. Kuebler-Ross w obliczu śmierci wynikającej

z niepomysłnego rokowania choroby, pacjentka przechodzi następujące etapy tzw. świadomego umierania:

- I etap to zaprzeczenie i izolacja,
- II etap – gniew,
- III etap – negocjacja – na tym etapie chory „zawiera układy” z losem lub Bogiem, które przedłuża mu życie,
- IV etap – depresja – świadomość nieuchronnej śmierci sprawia, że pacjentka wpada w stan depresji reaktywnej lub przygotowawczej,
- V etap – akceptacja – chora nie ma już sił walczyć o życie, dochodzi do momentu pogodzenia się ze śmiercią, osiąga spokój i wycisza się [1, 12].

Dlatego też w tym szczególnym okresie pacjentka potrzebuje od położnej nie tylko opieki koncentrującej się na zaspokajaniu potrzeb biologicznych, lecz w szczególności wsparcia psychicznego [13].

Opieka nad pacjentką w terminalnej fazie choroby w szczególnie dobitny sposób wskazuje na potrzebę dobrej komunikacji pomiędzy personelem medycznym, w tym pielęgniarką/położną a chorą i jej rodziną. Niezbędne jest zaangażowanie rodziny, polegające na wspieraniu psychospołecznym, duchowym chorej, jak również na przyjęciu znacznej części zabiegów pielęgnacyjnych.

Problemem w opiece paliatywnej jest nie tylko sposób przekazywania złych informacji o rozpoznaniu, rokowaniu, możliwościach leczenia przyczynowego, ale także uzyskanie pewności, że przekazywane informacje o chorobie, proponowanym sposobie sprawowania opieki są zrozumiałe dla chorego, odpowiadają jego priorytetom i uzyskują akceptację.

Pielęgniarka/położna powinna mieć zawsze czas by wysłuchać chorą, porozmawiać z nią, jednak to pacjentka ma decydować, czego rozmowa będzie dotyczyć. Większość pacjentów od lekarza, pielęgniarki, położnej podczas rozmowy oczekuje informacji o tym: jak choroba będzie oddziaływać na ich życie, jaki jest dalszy przebieg choroby i jej rokowanie, wystąpienie dolegliwości pogarszających jakość życia (pojawienie się bólu, duszności, nudności, wymiotów), a tylko dla około 20% chorych istotna jest wiedza o metodach leczenia danej jednostki chorobowej (stanu), wynika to z badań przeprowadzonych przez Butto-
wa i wsp. [10].

Według Glasera i Straussa wyróżniamy cztery modele tzw. koncepcji kontekstów świadomościowych:

- **model zamkniętej świadomości** – pacjent nie wie i nie domyśla się, że jest umierający, natomiast wie o tym jego otoczenie,

- **model podejrzenia** – pacjent domyśla się że jest umierający, natomiast personel i rodzina starają się nie dopuścić do ujawnienia diagnozy,
- **model wzajemnego udawania** – pacjent, rodzina i personel wiedzą o zbliżającej się śmierci, ale udają że się nic nie dzieje,
- **model otwartej świadomości** – zarówno personel, rodzina, jak i sam pacjent wiedzą o niekorzystnym rokowaniu, i mówią o tym wprost [14].

Rolą zespołu terapeutycznego (lekarz, pielęgniarka, położna) jest rozpoznanie czy pacjentka rzeczywiście chce znać prawdę czy woli żyć w niewiedzy. Obecnie przeważa pogląd, że chory powinien znać prawdę o swojej diagnozie. Ponieważ tylko jawne i uczciwe informowanie może sprzyjać nawiązywaniu dobrych kontaktów i zdobyciu zaufaniu. Pełna informacja daje szansę pacjentce przygotować się do śmierci, pożegnać z bliskimi, zakończyć życiowe sprawy oraz jak najlepiej przeżyć czas, który jej pozostał.

Poznanie prawdy o chorobie może zmobilizować pacjentkę do podjęcia intensywnej walki z chorobą i/lub jej objawami, wiadomość o nadchodzącej śmierci może jednak u niej wywołać depresję czy frustrację. Dlatego poinformowanie pacjentki o niekorzystnej diagnozie nie powinno być traktowane jako odbieranie nadziei, ale jako oferowanie naszego wsparcia, towarzyszenie, a każdy człowiek ma prawo do przeżywania umierania na swój własny sposób. Przekazywanie niekorzystnej diagnozy wymaga od lekarza, położnej taktu, rzeczowości i jednocześnie zachowania empatii wobec pacjentki z jednoczesnym dostosowaniem ilości i rodzaju udzielanych informacji o możliwościach dalszego leczenia do aktualnego stanu psychicznego pacjentki [1, 5].

Aby pielęgniarka, położna mogła sprawować efektywną opiekę nad pacjentką umierającą, musi najpierw skonfrontować własną osobowość, osobiste wartości i stosunek do życia, przyjmując jednocześnie postawę psychoterapeutyczną charakteryzującą się akceptacją, empatią, autentycznością oraz asertywnością. W obcowaniu z chorą terminalnie powinno się pozbyć „maski profesjonalizmu”, postępowanie powinno opierać się na szczerym porozumiewaniu się, skromności, cierpliwości, empatii oraz akceptacji chorego, jego stanu oraz jego rodziny. Podjęcie rozmowy z chorym wymaga od personelu wielkiej cierpliwości, zrozumienia i opanowania własnego stresu. Rozmowy o śmierci należy prowadzić w sposób przyjazny, łagodny i stopniowo podawać prawdę, jednocześnie ciągle dostarczając wsparcia i otuchy. W momencie, gdy pacjentka mówi o swoich

odczuciach, problemach nie należy jej przerywać, a jedynie potakiwać wyrażając w ten sposób akceptację. Aby chorą zachęcać do rozmowy należy jej zadawać pytania otwarte. W przypadku, gdy pacjentka lub jej rodzina reaguje krzykiem, agresją, złością, płaczem należy pozwolić choremu na „wyrzucenie” wszystkiego, co go boli [5, 11].

Konsekwencją złej komunikacji z pacjentką w terminalnej fazie choroby nowotworowej jest ograniczenie możliwości leczenia bólu i innych objawów fizycznych, problemów psychicznych, takich jak lęk, depresja, przystosowanie się do życia z chorobą. Zła komunikacja utrudnia lub uniemożliwia podejmowanie decyzji przez chorą, a decyzje podejmowane na podstawie niepełnych lub błędnych informacji są często nierealne, złe a tym samym niekorzystne dla pacjentki [5, 14].

Reagując w sposób terapeutyczny w odpowiedzi na stan i zachowanie pacjentki, jak i jej rodziny pielęgniarka, położna spontanicznie odwołuje się do swojej wrażliwości, intuicji i doświadczenia zawodowego. Jednak jej działania powinny być poparte refleksją i mieć charakter zamierzonych i świadomie stosowanych metod. Jedną z metod psychoterapeutycznych jest aktywne słuchanie [1, 5, 11, 14].

Aktywne słuchanie chorego

Metodę aktywnego słuchania stosujemy wszędzie tam, gdzie zależy nam na nawiązaniu lub pogłębieniu kontaktu z pacjentką. Rozumiejące milczenie zwykle traktowane jest jako dowód dużego zainteresowania i zachęca do dalszych wypowiedzi. Pacjentka, która przeżywa problem (np. konieczność hospitalizacji), potrzebuje również potwierdzenia, że jest słuchana, rozumiana i akceptowana. To właśnie zapewnia metoda aktywnego słuchania, a co więcej – ułatwia pacjentce lepsze zrozumienie swojego problemu i samodzielne poszukiwanie rozwiązań [15].

Potwierdzenie odbioru informacji jest naszą reakcją na zachowanie i wypowiedzi rozmówcy (pacjentki), dowodzi to, że interesuje nas zarówno ona sama, jak i to, o czym mówi. Technika ta może przyjmować formę werbalną. Zawierają się w niej wypowiedzi bardzo proste, takie jak: „tak”, „aha”, „hm”, „to ciekawe”, „to interesujące”, jak również bardziej rozwinięte, np. w formie pytań nawiązujących do tego, o czym mówił rozmówca. Potwierdzenie odbioru może mieć także charakter pozawerbalny. Potakiwanie, patrzenie w oczy i okazywanie wyrazem oczu, gestami, mimiką, postawą ciała, że to co słyszymy jest dla nas interesujące, bardzo mocno wpływa na gotowość pacjentki do zwierzeń i chęci wypowiedzenia się.

Każda pielęgniarka, położna opiekująca się pacjentką umierającą musi nauczyć się cierpliwie słuchać podopiecznej, jak i jej rodziny, i to nie tylko w kwestii dolegliwości somatycznych, ale głównie w zakresie emocji oraz bólu duchowego. Słuchając chorej, można dowiedzieć się, jaki jest jej stosunek do własnych dolegliwości, śmierci. Pomaga to pielęgniarce / położnej w skutecznym łagodzeniu cierpienia emocjonalnego [1, 8, 15].

Psychoterapia w leczeniu bólu

Zwalczanie dokuczliwych objawów choroby stanowi niezbędny warunek poprawy jakości życia. Leczenie objawowe powinno być stosowane na każdym etapie choroby, jednocześnie z leczeniem przyczynowym lub niezależnie od niego. Pielęgniarka/położna powinna wspierać chorą w czasie, gdy pogarsza się jej stan fizyczny, i gdy jest zmuszona do zrezygnowania ze wszystkiego, co stanowiło jej dotychczasowe życie [1, 4].

Leczenie objawowe jest kluczowym zagadnieniem medycyny paliatywnej. W okresie znacznego zaawansowania choroby nowotworowej ilość objawów znacząco wzrasta, wpływając niekorzystnie na stan psychospołeczny pacjentki. Głównymi dolegliwościami są: uczucie ciągłego znużenia (astenia) – odczuwa je około 90% chorych, nudności dotyczą 90% pacjentek, utrata łaknienia – 85%, ból – 80%, zaparcia – 65% oraz depresja – stwierdzono u około 25% chorych [1, 5, 8, 13, 16].

Ból odczuwa ponad 80% pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej a 90% –100% pacjentów boi się bólu związanego z chorobą nowotworową. Na jego odczuwanie mają wpływ zarówno doświadczenia z przeszłości, jak i aktualny stan fizyczny, psychiczny oraz tzw. próg bólowy danej osoby. Ból jest potęgowany przez zmęczenie, strach, gniew, depresję, smutek, brak snu i poczucie izolacji. Ta sama osoba może reagować różnie na podobne do siebie bodźce bólowe. Osoba w stanie silnego pobudzenia psychicznego lub szoku może otrzymać silny bodziec bólowy, a reakcja na ten bodziec może być nieadekwatnie mała. I odwrotnie – mały bodziec bólowy w sytuacjach przewlekłego stresu może być przyczyną ciężko odczuwanego bólu. Należy więc pamiętać, że ból jest zależny od tego, co odczuwa pacjent. Leczenie przeciwbólowe stanowi istotną i integralną część terapii choroby nowotworowej. Nie tylko, aby ulżyć cierpieniu, ale także by zapobiec destrukcyjnemu wpływowi bólu na tryb życia chorego i jego rodziny. Ból ogranicza życie prywatne i często uniemożliwia prowadzenie normalnego życia zawodowego. Pacjent nie może ani na moment zapomnieć o chorobie i traci wiarę w skuteczność prowadzonego leczenia.

Do skutecznego leczenia bólu przewlekłego konieczne jest właściwe rozpoznanie. Istotne jest określenie: początku bólu, czasu jego trwania, czynników nasilających oraz dotychczasowe leczenie i ocena natężenia bólu za pomocą skali VAS. Ważne jest również, by uzyskać od pacjentki informacje o innych dolegliwościach, takich jak nudności, wymioty, bezsenność, brak apetytu [1, 17, 18].

Celem leczenia przeciwbólowego jest doprowadzenie do stanu, w którym chory jest wolny od bólu, nie jest senny i jest zdolny do aktywności umysłowej i fizycznej odpowiadającej jego możliwościom intelektualnym i zasobowi sił. Obecnie standardem leczenia bólu nowotworowego jest podawanie leków przeciwbólowych wg tzw. trójstopniowej drabiny analgetycznej opracowanej przez WHO. Ponadto w każdym stadium choroby nowotworowej znajduje zastosowanie tzw. leczenie wspomagające.

Leczenie bólu nowotworowego, jak i opieka nad chorą w terminalnej fazie choroby nowotworowej stanowią integralną całość oraz wymagają od pielęgniarki, położnej większego zaangażowania i poświęcenia jej więcej czasu niż innym chorym. Ale najważniejsze jest stworzyć chorej poczucie bezpieczeństwa, poprzez kompetentne leczenie i staranną opiekę pielęgniarską, do której poza pielęgniarką/położną należy włączyć odpowiednio poinstruowaną rodzinę [19].

Podsumowanie

Warunkiem skutecznej opieki nad pacjentką terminalnie chorą na nowotwór złośliwy narządu rodowego jest jej całościowy holistyczny charakter. Opieka ta powinna dążyć do zaspokojenia wszystkich potrzeb chorej: somatycznych, społecznych i duchowych oraz wsparcie jej bliskich [1, 5, 15, 19, 20].

Znając problemy somatyczne osoby umierającej, pielęgniarka/położna powinna zawsze podjąć rozmowę na wszystkie ważne dla pacjentki tematy, gdyż w innej sytuacji pogłębia cierpienie psychiczne i potęguje jej samotność i ból. Jednak ofiarowanie pomocy nie może być jednoznaczne z narzucanie sugestii osób opiekujących się. Ważnym problemem jest sposób przekazywania niepomyślnych informacji i pomoc w radzeniu sobie z ich emocjonalnymi konsekwencjami. Informując pacjentkę o niepomyślnej diagnozie, zawsze należy starać się dać jej nadzieję na pomyślne rokowanie w określonym stanie klinicznym, tak by chora uwierzyła w to, że będzie w stanie pokonać swój problem. Myślenie pozytywne stwarza znacznie większą szansę na skuteczność leczenia oraz poprawę jakości ich życia w terminalnej fazie choroby [5, 8,]. Natomiast brak informacji

może być źródłem lęku u pacjentki i spowodować utratę zaufania do personelu medycznego. Pielęgniarka/położna w rozmowie z pacjentką powinna podjąć próbę uzyskania odpowiedzi na pytanie – jakie są jej reakcje emocjonalne na postrzegana sytuację. Czy wyrażony przez pacjentkę smutek, lęk, czasem bunt i rozzalenie są tymi „normalnymi” uczuciami z którymi człowiek sobie radzi, czy też one swoim nasileniem i długo-trwałością prowadzą depresji i/lub uniemożliwiają odzyskania psychicznej równowagi. Depresja, lęk, gniew to uczucie odczuwane przez chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej, które znacznie obniżają próg bólowy czyniąc go totalnym, wszechobecnym. Natomiast poczucie bezpieczeństwa, życzliwość, współczucie, aktywne wsparcie psychiczne, duchowe i społeczne, które podwyższają próg bólowy powinny być częścią leczenia nie tylko przeciwbólowego, ale również leczenia wszystkich chorych z zaawansowanym procesem nowotworowym [15, 17, 19].

Piśmiennictwo

1. Jarosz J.: Opieka paliatywna w onkologii. Przegląd Urologiczny 2006, 7, 3, 37–38.
2. Emeirich J. W.: Profilaktyka i leczenie nowotworów jajnika. Medipress Ginekologia 1998, 5, 4, 15–19.
3. Bidzan, M., Pater-Prais, M.: Jakość związku małżeńskiego u kobiet leczonych z powodu raka szyjki macicy. Psychoonkologia 2004, 8, 1–5.
4. Kozakiewicz B. Nowotwory złośliwe narządu rodowego. Nowa Medycyna – Onkologia VI 2003, 3, 23–25.
5. De Walden-Gałuszko K. Jak skutecznie pomagać chorym umierającym – problemy wsparcia psychologicznego. Nowa Medycyna 2004, 2, 67–68.
6. Cherny N. I., Catane R.: Kosmidas and Members of ESMO Palliative Working Group. ESMO policy on supportive and palliative care. World Health Organization 2002.
7. Górecki A.: Hospicjum w służbie umierających. Wydawnictwo Akademickie „Zak”, Warszawa 2000.
8. Back A., Baile W.: Communication skills; myths, realities, and new developments. J. Support. Oncol 2003, 1, 169–171.
9. Janiszewska J.: Dobra komunikacja warunkiem wsparcia psychicznego chorych umierających. Nowa Medycyna 2004, 2, 69–70.
10. Buttow P. N., Kazemi J. N., Beeney L. J.: When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. Cancer 1996, 77, 2630–2637.
11. Grajcarek A. (red.): Sztuka rozmowy z chorym. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2001.

12. Fryback P. B., Reinert B. R.: Spirituality and people with potentially fatal diagnoses. *Nursing Forum*, 1999, 34, 1; 13–23.
13. Bruera E: The growth of palliative care worldwide presents ongoing challenges. *Innovations in End-of-Life Care* 1999, 1, 5.
14. Krasuska M., Krystosiak B.: Rola wsparcia chorych w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej w opinii rodziny. *Psychoonkologia*, 2005, 9, 1–8.
15. Jankowiak B.: Komunikowanie z pacjentem umierającym, [w]: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. (red.) Kwiatkowska A., Krajewska-Kulał E., Panek W. Wyd. Czelej. Lublin 2003.
16. Wysocka M.: Wyniszczenie nowotworowe – przegląd możliwości terapeutycznych. *Nowa Medycyna* 2002, 6, 35–38.
17. Abraham J.: Leczenie bólu u umierających. *Medycyna po Dyplomie* 2002, 11, 2, 97–111.
18. Lewandowski T.: Ból w chorobie nowotworowej. *Nowa Medycyna – Onkologia VI* 2003, 3, 26–27.
19. Wirsching M.: Wokół raka. Pacjent – rodzina – opieka medyczna GWD, Gdańsk 1994.
20. Ćwierko K.: Możliwości pomocy psychologicznej rodzinom osób umierających. *Nowa Medycyna* 2004, 2, 71–72.

Bożena Kirpsza¹, Renata Sierżantowicz¹,
Katarzyna Łagoda¹, Hanna Bachórzewska-Gajewska¹

Rola pielęgniarki we wsparciu psychicznym pacjenta z rakiem jelita grubego

Wstęp

Rak jelita grubego jest drugim co do częstości występowania i umieralności nowotworem złośliwym w Polsce, przy czym zachorowalność wciąż wzrasta [1]. Leczenie raka jelita grubego ewaluowało w przeciągu ostatnich 30 lat, jednak nadal podstawową metodą leczenia jest leczenie chirurgiczne. Mimo obserwowanego na świecie ograniczenia wskazań do wykonywania stomii, możliwego dzięki wprowadzeniu nowych technik i metod leczenia, a także dzięki rozwojowi metod diagnostycznych, znaczna część przypadków leczonych operacyjnie kończy się wytworzeniem przetoki jelitowej. W Polsce występuje około 20 tysięcy osób ze stomią [2]. W przypadkach zaawansowanego raka jelita grubego leczenie chirurgiczne ma charakter paliatywny, które ma zapewnić łagodzenie wszystkich objawów związanych z postępującym procesem nowotworowym zarówno fizycznych, jak i psychicznych.

Nowotwory złośliwe należą do chorób, w których zarówno leczenie, jak i sama choroba wiążą się w poszczególnych okresach jej trwania, z licznymi i wielostronnymi konsekwencjami dla chorego i jego rodziny, doprowadzając do szeregu zmian w funkcjonowaniu i jakości życia [3]. W szczególnie trudnej sytuacji znajduje się chory, u którego w wyniku leczenia chirurgicznego raka jelita grubego nastąpiła utrata narządu i fizjologicznych funkcji organizmu. Operacje zakończone wytworzeniem przetoki jelitowej stanowią krytyczne wydarzenie życiowe i dają poczucie niepełnosprawności. Wymagają objęcia chorego profesjonalną troskliwą opieką pielęgniarską, ukierunkowaną na poprawę jakości życia. Większość chorych doświadcza objawów stresu emocjonalnego, doznaje lęku,

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

gniewu, uczucia bezradności. Charakter pracy pielęgniarki powoduje, że spędza ona z chorym najwięcej czasu, jest często z nim dłużej i bliżej niż pozostali członkowie zespołu terapeutycznego, wobec tego ma większe możliwości w działaniach wspierających pacjenta. Skuteczność podejmowanych działań uwarunkowana jest rzetelną wiedzą i etyczną postawą pielęgniarki. Powinna ona rozumieć sytuację psychologiczną pacjenta, znać mechanizmy obronne i strategie wykorzystywane w walce ze stresem nierozzerwalnie związanym z chorobą nowotworową, nauczyć się dojrzałego podejścia do śmierci jako zakończenia drogi życiowej każdego człowieka i wobec tego znać metody i rodzaje wsparcia psychicznego na poszczególnych etapach przebiegu choroby.

Reakcje pacjenta na rozpoznanie choroby nowotworowej

Diagnoza choroby nowotworowej, niezależnie od wieku czy płci, jest zawsze szokiem dla pacjenta. Najczęściej pacjent automatycznie reaguje zaprzeczeniem dopatrując się pomyłki w rozpoznaniu. Jest to reakcja jak najbardziej naturalna, nawet jeżeli pacjent był wcześniej zaniepokojony swoim stanem zdrowia. Moment przekazywania diagnozy jest dość specyficznym momentem i wymaga od lekarza szczególnej wagi. Może się zdarzyć tak, że pacjent kiedy usłyszy, że cierpi na nowotwór, nie jest już w stanie przyjąć żadnych innych informacji, po prostu jest w takim stanie psychofizycznym, że jego racjonalny umysł po prostu chwilowo się wyłącza, na rzecz emocji. Można powiedzieć, że życie pacjenta z rozpoznaniem choroby nowotworowej dzieli się na dwie fazy: życie przed i życie po diagnozie choroby nowotworowej.

Według amerykańskiej lekarki Elizabeth Kübler-Ross, autorki książki „Rozmowy o śmierci i umieraniu”, można wyróżnić pięć stadiów choroby od diagnozy do umierania:

1. **Zaprzeczenie** – jest jednym ze sposobów samoobrony; daje czas na psychiczne przygotowanie do przyjęcia diagnozy i jeśli nie trwa zbyt długo należy je oceniać jako reakcję zdrową.
2. **Złość** – kiedy do pacjenta dociera, że jest chory, pojawiają się pytanie; dlaczego ja? Gniew przejawia się w takich zachowaniach, jak złośczenie się, pretensje wobec Boga, lekarzy, członków rodziny, przyjaciół. Gniew zazwyczaj nie trwa zbyt długo.
3. **Targowanie się** – pacjent szuka sposobów zmiany swojego położenia uciekając się do prób zawierania układów z Bogiem, lekarzami lub czymkolwiek, co może stać się źródłem nadziei na powrót do zdrowia.

4. **Załamanie**, czasem depresja (smutek, żal, rozpacz) – kiedy pacjent jest w pełni świadomy zbliżającej się nieuchronnie śmierci i rozważa wszelkie aspekty swojego odejścia z tego świata. Kübler-Ross zaleca, aby rodzina i personel medyczny zaakceptowali depresję pacjenta, podzielali jego smutek i w razie potrzeby byli dla niego źródłem wsparcia, ponieważ etap ten uważa za niezbędny warunek ostatecznego pogodzenia się z kresem życia.
5. **Akceptacja** (pogodzenie się z sytuacją) – pacjent jest w stanie ze spokojem spojrzeć w oczy śmierci [4].

Fazy te są umowne, nie muszą występować u pacjentów w takiej kolejności, nie każdy pacjent przejdzie przez wszystkie te stadia, różny może być czas trwania poszczególnych etapów. Tworzą one jednak pewien schemat, według którego może przebiegać proces chorowania danej osoby i być może, dzięki któremu łatwiej jest czasem zrozumieć zachowanie się pacjentów.

Diagnoza może wywołać całą gamę różnych, przeplatających się, nawet skrajnych emocji, nie są niczym złym, są naturalną reakcją na tak trudną sytuację. Pacjenci mogą czuć niedowierzanie, żal, rozpacz. Mogą czuć zazdrość w stosunku do osób zdrowych. Niektóre osoby mogą myśleć życzeniowo, obiecywać poprawę, mogą próbować targować się z życiem. Niezależnie jednak od rodzaju reakcji pacjentowi po rozpoznaniu choroby towarzyszy lęk.

Część pacjentów w krótkim czasie jest w stanie przyjąć do wiadomości diagnozę i przejść do kolejnego etapu „chorowania”. Istnieje jednak grupa osób, które będą zaprzeczać chorobie dłużej i ani rodzina, ani nikt inny nie może na siłę mu tłumaczyć, że jest chory. Może być tak, że w danej chwili pacjent po prostu nie jest jeszcze w stanie zmierzyć się z prawdą, może potrzebować więcej czasu, aby świadomie przyjąć, że teraz jego sytuacja całkowicie się zmieniła. W skrajnych przypadkach zaprzeczenie chorobie może trwać nawet do samego końca – śmierci pacjenta, wtedy pacjent odchodzi nie pogodzony ze swoim losem. Jednak nie jest to rolą ani rodziny, ani zespołu terapeutycznego, aby „na siłę” uświadamiać pacjenta, że odchodzi. Chory do końca decyduje o swoim życiu, o tym czy chce wiedzieć czy nie.

Jeżeli pacjent oswoi się z diagnozą, świadomie przyjmie do wiadomości, że ma chorobę nowotworową, może się pojawić różne podejście do chorowania. Niektórych pacjentów charakteryzuje bezradne nastawienie, przekonanie, że to już koniec i ich życie jest przesądzone. Odczuwają lęk, przygnębienie, ale zachowują się biernie. Niestety, wedle badań jest

to najgorzej rokująca grupa osób [5]. Należy w takim wypadku podejmować próby motywowania pacjenta do walki z chorobą, do znajdowania celów życiowych, dla których warto być zdrowym.

Pacjenci nastawieni na walkę, aktywni i optymistyczni, niejako mobilizują samych siebie i swoje organizmy do walki, do przeciwstawiania się obcym, chorym komórkom. A wiadomo, że nastawienie psychiczne pacjenta może mobilizować jego układ immunologiczny i wzmacniać jego pracę, a co za tym idzie zwiększać prawdopodobieństwo pomyślnego przebiegu procesu leczenia.

W każdym z etapów chorowania niezwykle ważna jest rola wsparcia, jakie udziela choremu jego rodzina i najbliżsi. To oni, nieraz, są czynnikiem motywującym, początkowo do zgłoszenia się do lekarza w ogóle, a następnie do walki z chorobą. W trudniejszej sytuacji są osoby samotne, nie mające bliskich znajomych czy przyjaciół. Wtedy należy szukać innych źródeł wsparcia.

Stres pacjenta związany z chirurgicznym leczeniem raka jelita grubego

Konieczność hospitalizacji jest dla pacjenta źródłem stresu. Pacjent znajduje się w obcym otoczeniu, rozstaje się z najbliższymi ludźmi, przestaje pełnić dotychczasowe role i w pewnym stopniu traci autonomię w decydowaniu o sobie. Widok cierpienia innych pacjentów, a także oczekiwanie na zabieg operacyjny dodatkowo potęgują stres związany z chorobą. Brak informacji na temat przebiegu choroby, stosowanego leczenia lub też niedostosowanie ich do możliwości percepcyjnych pacjenta wzmacnia poziom stresu i poczucia zagrożenia [6].

Leczenie chirurgiczne niesie ze sobą stres związany z możliwością zdiagnozowania rozległych przerzutów oraz brakiem możliwości usunięcia zmiany nowotworowej na skutek zaawansowania procesu nowotworowego. Często pacjenci uważają, że zabieg operacyjny może przyspieszyć rozwój nowotworu. Stres związany z zabiegiem operacyjnym wiąże się również z okaleczeniem ciała (wyłonienie stomii), a co za tym idzie wiąże się ze zmianą dotychczasowego życia osobistego i zawodowego.

Zabieg operacyjny może być jednym z etapów leczenia nowotworu jelita grubego, terapia może być uzupełniana chemio- i radioterapią. Uciążliwe skutki uboczne obu terapii często są dodatkowym źródłem stresu [7].

Pojęcie wsparcia psychicznego w kategorii psychoterapii elementarnej

Dla każdego, kto zajmuje się leczeniem lub pielęgnowaniem, dość oczywistym wydawać się musi twierdzenie, że oba te rodzaje działań nie mogą być pozbawione elementu terapeutycznego. Jeszcze bardziej jest ono oczywiste dla samego pacjenta, dla którego opieka lekarska, czy pielęgnarska to nie tylko medyczno-instrumentalne działanie o ściśle technicznym charakterze, ale także kontakt dający oparcie psychiczne, a wraz z nim uspokojenie, troskę, zrozumienie, nadzieje, potrzebne rady i wyjaśnienia.

W szerszym rozumieniu psychoterapia elementarna obejmuje każdy pozytywny kontakt z pacjentem wywierający pozytywny wpływ na jego stan i samopoczucie. Chodzi tu bardziej o sprzyjającą leczeniu postawę osoby opiekującej się chorym, tworzącej klimat bezpiecznego i budzącego zaufanie kontaktu, niż o terapię jako taką. Do określenia właśnie tego psychologicznego aspektu działań lekarzy, pielęgniarek i innych członków zespołu terapeutycznego, stosowane bywają zamiennie takie terminy, jak: psychoterapia przy łóżku chorego, psychoterapia wspierająca, psychoterapia elementarna, pomoc psychologiczna lub funkcja ekspresyjna [8].

Za podstawowy cel psychoterapii elementarnej należy uznać łagodzenie napięć i negatywnych emocji wywołanych sytuacją choroby i stosowanymi metodami leczenia. W działaniach ukierunkowanych na usunięcie napięcia, obaw i niepokoju pacjenta, najważniejsza wydaje się pomoc polegająca na przeciwdziałaniu poczuciu zagrożenia (wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa) oraz bezradności (dostarczenie środków, dzięki którym chory może poczuć się bardziej samodzielny i lepiej kontrolować własną sytuację).

Innym ważnym elementem psychoterapii elementarnej jest wykorzystanie dobrego kontaktu z chorym do zmobilizowania jego sił obronnych i uruchomienia ogromnych możliwości, jakimi dysponuje psychika każdego człowieka. Wymaga to nie tylko koncentracji na problemach chorego, co na silnych i pozytywnych stronach jego osobowości oraz pobudzenie jego nadziei i wiary. Niezwykle ważne jest wytworzenie u pacjenta pozytywnego nastawienia psychicznego i kierowanie jego wyobraźnią w pożądanym kierunku. Nasycona lękami i obawami wyobraźnia działać będzie na jego szkodę, natomiast wypełniona pozytywnymi obrazami, przez autosugestię, sprzyjać będzie zdrowieniu. Bardzo przydatna okazuje się tu między innymi metoda wizualizacji, polegająca na kreowaniu w wyobraźni pacjenta pozytywnych obrazów związanych z przebiegiem

procesów leczniczych zachodzących w organizmie oraz uzyskiwaniem pomyślnych wyników leczenia [9].

Trzecim, ogólnym celem psychoterapii jest unikanie „jatrogeni”, czyli tych wszystkich urazowych sytuacji, których źródłem bywa czasem personel medyczny, w tym także pielęgniarki. Mają tu miejsce również działania zmierzające do poprawy współpracy z pacjentem w procesie pielęgnacji i leczenia.

Najważniejszym elementem wsparcia psychicznego jest zdolność do przyjęcia wobec pacjenta odpowiedniej postawy, ułatwiającej nawiązywanie dobrych i przyjaznych kontaktów. Istnieją trzy zasadnicze determinanty postawy:

- akceptacja (ciepło emocjonalne, serdeczność, życzliwość)
- empatia (zdolność do wczuwania się w sytuację emocjonalną drugiego człowieka)
- autentyczność (spontaniczność, bycie sobą w kontaktach z innymi) [10].

Oprócz wymienionych powyżej cech prawidłowej postawy nie należy zapominać o kształtowaniu w sobie umiejętności i technik aktywnego słuchania oraz o znaczeniu dotyku w kontakcie z pacjentem.

Wsparcie psychiczne w okresie przygotowania przedoperacyjnego

Opieka przedoperacyjna nad pacjentem z rakiem jelita grubego rozpoczyna się w chwili poinformowania przez lekarza o konieczności operacji i ewentualnym wytworzeniu stomii. Od sposobu przygotowania chorego do operacji w znacznym stopniu zależy powodzenie zabiegu i pomyślny przebieg pierwszych dni pooperacyjnych. Przygotowanie instrumentalne powinno być poprzedzone przygotowaniem psychicznym. Szczególnego znaczenia nabiera wsparcie informacyjne, dzięki któremu chory może lepiej zrozumieć swoją sytuację i zaakceptować poszczególne etapy procesu terapeutycznego. Ważną rolę w opiece nad pacjentem ze stomią odgrywa pielęgniarka stomijna, która posiada specjalistyczne kwalifikacje z zakresu pielęgniarstwa klinicznego. Przygotowanie psychiczne do zabiegu operacyjnego powinno być uzależnione od wiedzy pacjenta i jego doświadczeń w zakresie operacji i stomii, i powinno polegać na:

- poinformowaniu pacjenta o dacie i godzinie zabiegu operacyjnego,
- zapoznaniu chorego z metodami znieczulenia,
- przedstawieniu pacjentowi kolejnych etapów przygotowania do zabiegu operacyjnego,

- omówieniu zasad i celu przygotowania przewodu pokarmowego do zabiegu operacyjnego,
- wyjaśnieniu istoty zabiegu operacyjnego, nazewnictwa medycznego,
- przedstawieniu możliwości normalnego życia ze stomią,
- ustaleniu wspólnie z chorym planu postępowania pooperacyjnego (konieczność odżywiania dożylnego, możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych, uruchamianie, przygotowanie do samoopieki),
- wyjaśnieniu pacjentowi konieczności wyznaczenia miejsca stomii, umożliwienie pacjentowi zapoznania się ze sprzętem stomijnym,
- udzieleniu pacjentowi odpowiedzi na jego pytania [11].

Ważnym źródłem wsparcia dla pacjenta, obok personelu medycznego i rodziny, mogą być inni chorzy będący na podobnym etapie leczenia i stanowiący pozytywny przykład radzenia sobie z chorobą.

Wsparcie psychiczne w okresie pooperacyjnym

Okres pooperacyjny jest najtrudniejszy dla pacjenta, ponieważ często niweluje jego ostatnie nadzieje związane z uniknięciem stomii. W tym okresie pacjent powinien być otoczony troskliwą opieką zespołu terapeutycznego i rodziny. Właściwie zorganizowana opieka w okresie pooperacyjnym poprawia jakość życia chorego, skraca pobyt w szpitalu oraz zmniejsza ilość powikłań pooperacyjnych [12]. W procesie readaptacji chorego ze stomią ważną rolę odgrywa edukacja. Stanowi ona o przygotowaniu chorego do samodzielnego i aktywnego życia w środowisku domowym oraz kształtuje prawidłowe zachowania zdrowotne [13]. Do zadań pielęgniarki opiekującej się pacjentem należy zapewnienie bezpiecznego przebiegu okresu pooperacyjnego, wczesne rozpoznanie powikłań i zapobieganie im oraz udzielanie pacjentowi wsparcia psychicznego poprzez szeroko prowadzone działania edukacyjne.

Pielęgniarka dokonuje oceny reakcji pacjenta na stomię, ukazuje, wzmacnia pozytywne strony chorego i życia ze stomią. Ustala plan przygotowania pacjenta do samoopieki, oceniając możliwości, przy użyciu odpowiednich metod i środków [13]. Udziela pacjentowi wskazówek na temat pielęgnacji sprzętu stomijnego, zaopatruje pacjenta w broszury, ulotki i próbki sprzętu stomijnego. Pacjent ze stomią ma prawo dokonywać wolnego wyboru sprzętu spośród dostępnego w danym kraju, bez jakiegokolwiek przymusu, skrepowania i ograniczeń. Pielęgniarka uczy pacjenta samodzielności w zakresie zaopatrzenia stomii, a także obserwacji i możliwości profilaktyki niektórych powikłań. Przedstawia pacjentowi zasady prawidłowego odżywiania i zwraca uwagę na konieczność samoobserwa-

cji funkcjonowania przewodu pokarmowego w zmienionych warunkach. Wyjaśnia wątpliwości chorego i udziela odpowiedzi na wszelkie zadawane pytania. Ważnym elementem w procesie readaptacji jest wskazanie pacjentowi grup wsparcia, organizacji, gdzie chory uzyska poradę i pomoc, a także jeżeli zachodzi taka konieczność proponuje włączenie do współpracy psychologa oraz najbliższą rodzinę.

Zaangażowanie rodziny w podstawową pomoc podczas zabiegów pielęgnacyjnych oraz zachęcanie najbliższych do udzielania wsparcia emocjonalnego pacjentowi po zabiegu operacyjnym z powodu nowotworu jest bardzo potrzebne, ponieważ warunkuje jego efektywność oraz daje wiarę choremu. Jeżeli relacje między członkami rodziny są prawidłowe, zazwyczaj pacjenci przekładają ich wsparcie psychiczne ponad inne źródła wsparcia.

W codziennych kontaktach z pacjentem pielęgniarka powinna pamiętać o formach przekazu pozawerbalnego (dotykanie, głaskanie, okazywanie cierpliwości), aktywnym słuchaniu, powinna również wykazywać zrozumienie negatywnych emocji u chorego po operacji (złość, płacz, zniecierpliwienie i niechęć do życia).

Oprócz wsparcia psychicznego ze strony rodziny i zespołu terapeutycznego pacjent może otrzymać również wsparcie z innych źródeł. Są nimi organizacje pozarządowe, grupy wsparcia. Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO jest towarzystwem, którego głównym celem są działania zmierzające do pełnej rehabilitacji i readaptacji społecznej, czyli do osiągnięcia pełni aktywności życiowej osób ze stomią. Pacjenci poprzez towarzystwo otrzymują pomoc w zaopatrzeniu w sprzęt stomijny, a także pomoc psychologiczno-terapeutyczną ze strony wolontariuszy.

Podsumowanie

Rak jelita grubego stanowi dla pacjenta poważne zagrożenie zdrowia i życia. Podstawową metodą leczenia jest leczenie operacyjne, w tym zabiegi wyprowadzenia stomii jelitowej, jak i operacje paliatywne. Leczenie chirurgiczne wiąże się z okaleczeniem ciała (stomią), a co za tym idzie z koniecznością zmiany dotychczasowego życia. Kolejne etapy leczenia wyzwalają u pacjenta objawy stresu emocjonalnego w postaci lęku, gniewu, uczucia bezradności. Istotnym elementem terapii jest udzielenie pacjentowi i jego rodzinie wsparcia psychicznego. Pomoc taka może być udzielana przez specjalistów, jak i pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Pielęgniarka jest tą osobą, która spędza przy łóżku pacjenta najwięcej czasu i jest z nim najbliżej. Jej zadaniem jest rozpoznawanie

problemów pielęgnacyjnych (fizycznych i psychicznych) pacjenta i podejmowanie interwencji. Stan psychiczny pacjenta wywiera poważny wpływ na jego zdrowie i podejście do procesu leczenia. Pielęgniarka wspiera pacjenta w pokonywaniu kolejnych etapów leczenia, wzbudza motywację i chęć walki z chorobą, a także towarzyszy w fazie terminalnej choroby. Efektywność wsparcia psychicznego pacjenta z chorobą nowotworową opiera się na rzetelnej wiedzy i etycznej postawie pielęgniarki.

Piśmiennictwo

1. Korniluk J., Wcisło G., Nurzyński P. i wsp.: Epidemiologia raka jelita grubego. *Współcz. Onkol.* 2006; 10: 136.
2. Nowacki M.: Metody leczenia chirurgicznego. W: Nowacki M. (red.). *Nowotwory jelita grubego. Wiedza i życie*, Warszawa 1996: 206–232.
3. de Walden Gałuszko K.: Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory. *Onkol. Pol.* 1998; 3–4; 149–152.
4. Kübler-Ross E.: *Życiodajna śmierć*. Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 2005.
5. Salmon P.: Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. *Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne*, Gdańsk 2002.
6. De Walden-Gałuszko K., Majkovicz M. (red.): *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 1994.
7. De Walden-Gałuszko K.: *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
8. Simonton C., Matthews-Simonton S., Creighton C.: *Triumf życia*. Wydaw. Med. Warszawa 1993.
9. Formański J.: *Psychologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
10. Motyka M.: *Pielęgowanie, a pomoc psychiczna w chorobie*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
11. Kózka M., Bielecki K.: Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Proktologia* 3 (02), 302–4.
12. Snarska J., Puchalski Z., Majewska G.: Model opieki stomijnej – doświadczenia własne. *Valetudinaria* 2004; 9 (2): 128–32.
13. O'Shea H.: Teaching the adult ostomy patient. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2001; 28: 47–54.

Krystyna Kurowska¹, Magdalena Zając¹

Stres w domowej opiece paliatywnej – strategie radzenia sobie ze stresem u osób z nowotworem w trakcie terapii

Wstęp

Wystąpienie choroby nowotworowej, pomimo systematycznego postępu w zakresie możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, ciągle jeszcze jest często traktowane jako wydarzenie niezwykle dramatyczne. Choroba nowotworowa należy do najgroźniejszej choroby XXI wieku. Jest ona często traktowana jako punkt przełomowy w życiu człowieka, wpływający w sposób istotny na jego funkcjonowanie, ze względu na nadawane jej znaczenie i częsty dramatyczny przebieg. Nowotwory złośliwe są grupą chorób, których leczenie, jak i sama choroba, powoduje duże zmiany w wyglądzie chorego i w jego psychice. Rozpoznanie raka może prowadzić także do głębokich zmian emocjonalnych. Nowotwór sprawia, że ufność w dalszy rozwój człowieka ulega zachwianiu. Coraz częściej zamiast pytać o przyczynę chorób, zadaje się pytanie, jak ludzie radzą sobie ze znośnieniem tak trudnej sytuacji. Każda choroba, szczególnie nieuleczalna, w bezpośredni sposób zagraża wewnętrznej równowadze człowieka. Ludzie uruchamiają zatem strategie w radzeniu sobie z tym zagrożeniem.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, co decyduje o tym, że jedne osoby zachowują zdrowie i długie życie, inne zaś stosunkowo łatwiej zapadają na choroby i żyją krócej, Antonovsky sformułował swoją koncepcję salutogenezy, w której najważniejszym pojęciem jest poczucie koherencji.

¹ Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, CM w Bydgoszczy, UMK Toruń

² Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Katedra Psychologii Wspomagania Rozwoju, Bydgoszcz

U podstaw tej koncepcji leży założenie, że pomiędzy zdrowiem a chorobą istnieje kontinuum stanów, które należy rozumieć całościowo, jako dynamiczny proces równoważenia wymagań i zasobów w toku konfrontacji ze stresem. Zasadą, za pomocą której można wytłumaczyć, zdaniem autora, funkcjonowanie uogólnionych zasobów odpornościowych, jest globalna orientacja życiowa, nazwana przez Antonovsky'ego poczuciem koherencji [1]. Model salutogenetyczny pojawił się jako alternatywa do obowiązującej wcześniej, a także i dziś orientacji patogenetycznej. W publikacjach można spotkać stwierdzenie, że jest on uzupełnieniem dotychczasowej wiedzy o przyczynowości chorób [2, 3]. Pojęcie stresu należy do kluczowych pojęć współczesnej psychologii, jest on postrzegany jako istotny czynnik wpływający na równowagę biologiczną i społeczną człowieka. Wielkiej popularności tej problematyki towarzyszy równie duża różnorodność znaczeń przypisywanych pojęciu. Istnieje wiele medycznych, jak i psychologicznych koncepcji stresu. Zagadnienia dotyczące stresu cieszą się zainteresowaniem zarówno w aspekcie praktycznym oraz jako zagadnienie badawcze. Stres jest stałym elementem towarzyszącym naszej codzienności. Dotyczy nie tylko silnych przeżyć, które określa się mianem „traumy”, ale też codziennych obciążeń, na które zazwyczaj nie zwraca się uwagi jako źródła stresu. Skutki takich sytuacji mogą dotyczyć relacji społecznych, rodzinnych czy zawodowych. Ulegają one zazwyczaj pogorszeniu, które spowodowane jest permanentnym uczuciem zmęczenia, rozdrażnienia, trudnościami z koncentracją uwagi, obniżonym nastrojem [4] powodują także określone skutki w funkcjonowaniu organizmu.

Pojęcie stresu jest związane z nazwiskiem Hansa Selyego, twierdzącego, iż stres wyzwala mechanizm mobilizujący energię obronną drzemiąca w organizmie człowieka. Selye twierdzi, że stres jest naturalną biologiczną reakcją każdego żywego organizmu, naturalnym fizjologicznym zjawiskiem związanym z procesami życia. Brak reakcji stresowej oznacza śmierć organizmu. Przy zwiększonym obciążeniu organizm przychodzi nam z pomocą, daje więcej siły, pozwala wytrzymać obciążenie, daje radość, zadowolenie. Wbrew powszechnej opinii Selye mówi także, że nie powinniśmy unikać stresu. Możemy go przetrzymać skutecznie i z pożytkiem, jeśli znamy jego mechanizm i jeśli dostosujemy naszą filozofię życiową do niego [5]. Wśród czynników składających się na sytuację stresową wyróżnia się trzy zasadnicze grupy, do których należą: zakłócenie, zagrożenie i deprywacja. Zagrożenie wywołują czynniki, które dają poczucie niebezpieczeństwa, o charakterze fizycznym lub psychicznym. Jeśli napotykanne przeszkody są zbyt duże i uniemożliwiają nam dojście

do głównego celu, wtedy mamy do czynienia z sytuacją deprywacji. Taką właśnie jest choroba i frustracja. Sytuacja stresowa wywołuje zmiany w reakcji organizmu. Pierwotnie występuje ogólne pobudzenie, mobilizacja sił i chęć przełamania przeszkód, a dopiero później usiłowanie pokonania napotkanych wcześniej trudności. Jeżeli niedogodności te zostaną usunięte, wtedy sytuacja stresowa znika. W przypadku nie usunięcia ich powstają zakłócenia w człowieku i może doprowadzić to do załamania i rezygnacji. Lipowski uważa, że choroba nowotworowa może być traktowana przez człowieka chorego jako wyzwanie, jako wróg, czy też kara, bądź jako słabość lub ulga, jako strategia, nieodwracalna strata i jako wartość [6]. Wraz ze zmianą postrzegania zmienia się także typ reakcji na stres wywołany chorobą – od koncentracji na niej jako zadaniu, ale także jako obciążenia emocjonalnego z koncentracją na emocjach czy reakcji wycofania z koncentracją na innych, nieznaczących elementach życia.

Zagadnienie wpływu stresu na efektywność terapii u osób z chorobami nowotworowymi jest elementem budowania skutecznej współpracy na linii pacjent – terapeuta. Skierowanie aktywności pacjenta na walkę z chorobą to potencjalna możliwość wykorzystania stresu do osiągnięcia sukcesu w psychoterapii i lepszego funkcjonowania w terapii. Wyzwaniem dla naukowców i terapeutów jest jednak ustalenie, od jakich czynników zależy typ reakcji na stres związany z chorobą. Celem przeprowadzonych badań było ustalenie czy strategia radzenia sobie z długotrwałym obciążeniem psychicznym wynika wyłącznie z sytuacji zdrowotnej chorego, czy też warunkują ją inne czynniki endogenne.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w roku 2007 wśród 75 chorych leczonych chemioterapeutycznie. Do realizacji celów badawczych zastosowane zostały: Kwestionariusz CISS (pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych), Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego (pomiar poczucia koherencji), ankieta konstrukcji własnej.

Wyniki

Przeciętny wiek badanych wynosił 51,5 roku. Najmłodsza osoba miała 23 lata, najstarsza 73 lata. Odchylenie standardowe wynosi 12,5 p, więc przeciętny badany pacjent był między 40 a 62 rokiem życia. Kobiet było 32 osoby (42,7%), natomiast mężczyzn 43 (57,3%). Najwięcej badanych osób zamieszkuje w miastach, ta grupa stanowi 61,3% badanej populacji. Osoby zamieszkujące w środowisku wiejskim stanowiły 38,7% osób bada-

nych. Osoby objęte badaniem najczęściej pozostawały w związkach małżeńskich, była to grupa 78,7% badanych, natomiast 5,3% stanowiły osoby, które owdowiały. Samotni lub rozwiedzeni łącznie stanowili 16% badanych. Znacząca większość badanych posiadała dzieci, (82,7%), a tylko 17,3% było bezdzietnymi. Niespełna 9,3% miało wykształcenie podstawowe. Niemal tak samo rzadkie, jak wykształcenie podstawowe było wyższe, posiadało je tylko 16% ogółu badanych. Natomiast większość badanych miała wykształcenie średnie lub zawodowe. Osób z wykształceniem zawodowym było 33,3%, jednak najwięcej było osób z wykształceniem średnim – 41,3%. Największa część badanych osób utrzymuje się z pracy zarobkowej (41,3%). Osoby na rencie stanowiły 20% próby, na emeryturze 24%, ale gdyby razem zliczyć osoby, które są na rencie i emeryturze, to one będą liczniejszą mimo wszystko grupą, stanowiącą 44%. Natomiast osób mających jakieś źródło utrzymania na zasadzie świadczeń jest łącznie 8,1%, a nie mających własnego źródła utrzymania kolejne 6,7%. Można powiedzieć, że prawie 60% badanych nie pracowało w momencie badania.

Najczęściej badani przechodzili leczenie złożone: chirurgiczne i chemioterapię, tą liczną grupę stanowi 50% badanych. Leczenie tylko chemioterapeutyczne deklarowało prawie 18% badanych. Natomiast leczenie chirurgiczne, radio- i chemioterapeutyczne wskazywało niespełna 15% badanych. Pojedyncze osoby wskazywały na leczenie i chirurgiczne, i radioterapeutyczne – tylko 2,7% badanych, tak samo mało, jedynie 5,4% badanych wskazywało leczenie radio- i chemioterapeutyczne. Podsumowując wyniki, można powiedzieć, że metodą chemioterapii ogólnie leczonych było prawie 90% badanych.

W pierwszym etapie analiz ustalano, jakimi typami stylu radzenia sobie ze stresem charakteryzują się badani. Z analizy tabeli 1 widać, że styl zadaniowy jest najczęstszym stylem u badanych. Średnia stylu zadaniowego 54,38 p jest najwyższą średnią. Natomiast odchylenie standardowe równe 9,89 p świadczy o dużym zróżnicowaniu stylu zadaniowego. Analizując styl emocjonalny, gdzie najniższy wynik był równy 16 p a maksymalny 69 p ze średnią 12,33 p, co świadczy o bardzo dużym rozrzucie, można powiedzieć, że badani różnią się tym stylem radzenia sobie. Styl unikowy również znacząco różni badanych. Analizując wyniki w stosowaniu czynności zastępczych i kontaktów towarzyskich widzimy, że również tu występuje spore zróżnicowanie. Tak więc, mimo iż u badanych dominuje styl skoncentrowany na zadaniu, a więc prawidłowy, to jednak duże zróżnicowanie wskazuje, że pacjenci poddawani chemioterapii nie

Tabela 1. Statystyki opisowe stylu radzenia sobie ze stresem w badanej próbie (N = 75)

Style radzenia	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenia standardowe
Zadaniowy	54,3	26	73	9,8
Emocjonalny	40,2	16	69	12,3
Unikowy	46,0	20	62	8,1
Czynności zastępcze	28,9	13	44	5,4
Kontakty towarzyskie	17,1	5	25	4,1

Tabela 2. Statystyki opisowe poczucia koherencji (SOC) u osób badanych (N = 75)

	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenia standardowe
Zrozumienie	44,7	17	65	10,06
Zaradność	37,0	24	53	5,6
Sensowność	30,6	13	52	5,7
SOC globalne	112,4	57	169	15,6

stanowią jednej, homogenicznej grupy. W związku z tym poszukiwano innych czynników wpływających na funkcjonowanie pacjentów w obliczu stresu.

Prezentowana poniżej analiza ustala, jaka jest orientacja życiowa badanych chorych, by w dalszym kroku sprawdzić, jaki jest jej związek z radzeniem sobie ze stresem. Tabela 2 prezentuje statystyki opisowe poczucia koherencji i jego składowych. Rozpatrując stopień zrozumienia widzimy, że zróżnicowanie wewnątrz grupy badanych jest duże, bo przekracza 20% średniej. Jednocześnie widoczna jest wyższa przeciętna zrozumienia niż zaradności i sensowności, natomiast poczucie zaradności jest wyższe niż sensowność. Można także powiedzieć, że zarówno zaradność, jak i sensowność są to skale, które zdecydowanie różnią badanych. Globalny wskaźnik poczucia koherencji – SOC globalne, stanowiące 112,40 p, jest dużo niższe niż normy zakładane przez Antonovsk'ego. Jednak maksymalny wynik 169 wskazuje na to, że potencjał do posiadania wysokiego poziomu SOC jest dla osób badanych dostępny. Natomiast stosunek od-

Tabela 3. Macierz korelacji poczucia koherencji (SOC) i radzenia sobie u chorych z chorobą nowotworową po chemioterapii

Style radzenia	Zrozumienie	Zaradność	Sensowność	SOC globalne
Zadaniowy	0,0274 p = 0,821	0,1070 p = 0,375	-0,0344 p = 0,776	0,0433 p = 0,720
Emocjonalny	-0,4500 p = ,0001*	0,1510 p = 0,209	0,2340 p = 0,050*	-0,1457 p = 0,225
Unikowy	-0,1473 p = 0,220	-0,1126 p = 0,350	-0,0787 p = 0,514	-0,01634 p = 0,173
Czynności zastępcze	-0,2610* p = 0,028	-0,1220 p = 0,311	-0,0509 p = 0,674	-0,2289 p = 0,055
Kontakty towarzyskie	0,0529 p = 0,661	-0,0611 p = 0,612	-0,0879 p = 0,466	-0,0208 p = 0,863

chylenia standardowego do średniej nie przekracza 15% co oznacza, że osoby badane różnią się między sobą poziomem poczucia koherencji, jednak zróżnicowanie to nie jest znaczące.

Kolejna tabela 3 wskazuje czy istnieje związek między poziomem poczucia koherencji i jego składowymi a stylami radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest choroba nowotworowa. Skorelowane pomiędzy sobą wyniki, na podstawie współczynnika korelacji liniowej Pearsona, pokazują, że styl zadaniowy nie jest związany istotnie z jakąkolwiek podskalą poczucia koherencji. Styl emocjonalny okazał się być skorelowany ujemnie, przeciętnie ze zrozumieniem, czyli im wyższy poziom zrozumienia, tym rzadziej występował styl emocjonalny. Analizując sensowność można powiedzieć, że im wyższa sensowność, tym częściej wśród badanych stosowany był styl emocjonalny. W przypadku stylu unikowego nie ma takiej tendencji, czyli istotnej statystycznie, natomiast w stylu unikowym czynności zastępcze współczynnik korelacji jest ujemny $-0,26$ i można tu powiedzieć, że jest to korelacja słaba, ale istotna statystycznie. Podsumowując, im wyższy jest stopień zrozumienia, tym rzadziej są stosowane czynności zastępcze. Rozpatrując kontakty towarzyskie, w żaden sposób nie okazały się one być czynnikiem, który różnicuje badanych. W powyższej analizie zastanawiająca jest współzmiennność stylu emocjonalnego i poczucia sensowności. Korelacja dodatnia wskazywałaby na fakt,

Tabela 4. Wpływ czasu chorowania na poziom poczucia koherencji (SOC) i jego składowych oraz sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową

Czas chorowania	F	P
Zrozumienie	2,5349	0,0103*
Zaradność	0,7945	0,6445
Sensowność	2,4503	0,0130*
SOC globalne	2,1835	0,0267*
Zadaniowy	4,1988	0,0001*
Emocjonalny	5,7056	0,0003*
Unikowy	5,6954	0,0003*
Czynności zastępcze	6,4801	0,0001*
Kontakty towarzyskie	4,2624	0,0009*

Zaznaczone * istotne statystycznie związki na poziomie $p < 0,05$

iz osoby mające wyższą sensowność, które zgodnie z oczekiwaniami Antonovsky'ego potrafią lepiej organizować swoje funkcjonowanie i wzmocnić pozostałe elementy poczucia koherencji, są jednocześnie osobami stosującymi niekorzystny, angażujący emocje styl radzenia sobie, skoncentrowany na stronie emocjonalnej. Przyczyn takiego zjawiska można upatrywać w stosunkowo mało licznej grupie badanych oraz w potencjalnych innych zmiennych wpływających jednocześnie na SOC oraz style radzenia sobie. Dlatego też w kolejnych analizach poszukiwano czynnika, który okazałby się istotnie różnicować podstawowe badane zmienne. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji prezentuje tabela 4. Stwierdzono, że zarówno poczucie koherencji, jak i style radzenia sobie są związane ze zmiennymi medycznymi, a przede wszystkim z długością chorowania, ponieważ długość chorowania różnicuje wszystkie badane zmienne poza zaradnością. W kolejnym kroku ustalono, jak silny jest związek istotnych zmiennych z czasem chorowania. Stwierdzono, że osoby, które dłużej chorują mają nieznacznie niższy poziom zrozumienia ($r = -0,1564$, $p = n.i.$). W przypadku zaradności takiej istotnej różnicy również nie zauważono ($r = -0,0856$, $p = n.i.$). Dłużej chorujące osoby mają niższy poziom sensowności, choć tendencja ta nie ma charakteru istotności statystycznej ($r = -0,1386$, $p = n.i.$) oraz niższy poziom SOC globalnego ($r = -0,1824$, $p = n.i.$). Zauważono, że osoby, które dłużej chorują mają wyższe wyniki w stylu zadaniowym ($r = 0,4669$, $p = 0,0001$), emocjonalnym ($r = 0,4747$,

Tabela 5. Wpływ radzenia sobie z powikłaniami na poziom poczucia koherencji (SOC) i jego składowych oraz sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową

Radzenie sobie z powikłaniami	F	P
Zrozumienie	1,6609	0,2444
Zaradność	2,0228	0,1694
Sensowność	0,3294	0,9314
SOC globalne	1,0237	0,4871
Zadaniowy	2,7265	0,0887
Emocjonalny	0,6216	0,7417
Unikowy	3,5294	0,0466*
Czynności zastępcze	0,9818	0,5100
Kontakty towarzyskie	2,0166	0,1704

$p = 0,0001$), w stylu unikowym ($r = 0,4872$, $p = 0,0001$), w czynnościach zastępczych ($r = 0,4929$, $p = 0,0001$) oraz kontaktach towarzyskich ($r = 0,4559$, $p = 0,0001$). Poniższe wyniki można interpretować w sposób następujący: siła związku pomiędzy długością chorowania a stylami radzenia sobie za każdym razem jest siłą przeciętną, wskazuje jednak, iż wraz z trwaniem choroby badani uruchamiali swoje zasoby i mechanizmy obronne przed skutkami długotrwałego stresu.

Długość chorowania wiąże się nieuchronnie z częstością powikłań, dlatego też w kolejnej analizie sprawdzano, czy radzenie sobie w sytuacji powikłań zdrowotnych jest związana z radzeniem sobie ze stresem oraz SOC, wyniki zawiera tabela 5. Radzenie sobie z powikłaniami w znakomitej części nie różnicuje badanych w zakresie SOC i jego podskal oraz części stylu radzenia sobie ze stresem. Jednak okazuje się, że różnicuje ono styl unikowy. Nie stwierdzono jednocześnie, by sposób radzenia sobie z powikłaniami różnicował istotnie typy reakcji unikowych. W celu przybliżenia relacji między sposobami radzenia sobie z powikłaniami w chorobie a unikowym stylem radzenia sobie ze stresem obliczono średnie stylu unikowego dla różnych metod radzenia sobie z powikłaniami (tabela 6). Można powiedzieć, że osoby, które mają wysoki poziom stylu unikowego radzą sobie z powikłaniami głównie optymizmem, ale także reakcjami odsuwającymi problem – spacerami, czytaniem książek. Zdecydowanie mniejsza jest grupa osób, które preferują zdrowe nawyki żywie-

Tabela 6. Sposoby radzenia sobie z powikłaniami w chorobie a unikowy styl radzenia sobie ze stresem

Radzenie z powikłaniami	Styl unikowy – średnie arytmetyczne
Sposoby własne	28
Optymizm	55
Wsparcie	46
Zdrowa żywność, życie bez stresu	38
Leki	46
Leki, rezygnacja z nałogów	53
Wypoczynek, dieta	43
Dieta	49
Spacer, książki	59
Ogół grup	47,4

niowe, stosowanie leków. Grupa osób z wysokim stylem unikowym nie wypracowuje własnych schematów walki z powikłaniami, stosuje czynności zastępcze, być może także związane z kontaktami towarzyskimi. Zaskakującym jest stosunkowo wysoki wynik osób wybierających jako sposób radzenia sobie z powikłaniami leki i rezygnację z nałogów. Charakter badań uniemożliwił jednak kontrolę wykonania tychże sposobów, stąd uznać należy, iż część z nich (także w przypadku nałogów) miała charakter deklaracyjny.

Omówienie

W wyniku przeprowadzonych badań otrzymano obraz statystyczny, pozwalający na opis stanu, w jakim znajdują się osoby badane. Aby dokonać takiej analizy przebadano grupę 75 osób z chorobą nowotworową poddawanych chemioterapii. Badana próba była wewnętrznie zróżnicowana ze względu na: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, aktywność zawodową, zasoby materialne i posiadanie dzieci, jak również zmienne medyczne: diagnoza, rodzaj leczenia i długość chorowania. W wyniku badań stwierdzono zależność między poziomem poczucia koherencji i jego składowymi, a stylami radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest choroba nowotworowa. Osoby charakteryzujące się wysokim poziomem poczucia koheren-

cji preferowały styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu, rzadziej emocjonalnie podchodziły do zaistniałego problemu. Podsumowując, im wyższy jest stopień zrozumienia, tym rzadziej są stosowane czynności zastępcze.

W powyższej analizie zastanawiająca była współzmiennność stylu emocjonalnego i poczucia sensowności. Być może, osoby mające wyższą sensowność, które zgodnie z oczekiwaniami Antonovsky'ego potrafią lepiej organizować swoje funkcjonowanie i wzmacniać pozostałe elementy poczucia koherencji, a jednocześnie koncentrują się na emocjach. Jednak wyniki te skłaniają do dalszych poszukiwań innych istotnych, ukrytych czynników wpływających na style radzenia sobie ze stresem. Wśród nich znaczącą rolę odgrywają zmienne medyczne, takie jak czas chorowania czy radzenie sobie z powikłaniami.

Wnioski

1. Badana grupa prezentowała przeciętny poziom poczucia koherencji, dominował u niej zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem.
2. Osoby, które miały wysoki poziom SOC częściej stosowały styl zadaniowy i jednocześnie rzadziej stosowały styl emocjonalny, mimo iż zależności te nie były istotne statystycznie.
3. Poczucie koherencji i style radzenia sobie są związane ze zmiennymi medycznymi, a przede wszystkim z długością chorowania. Stwierdzono również, że radzenie sobie z powikłaniami różnicuje styl unikowy. Osoby, które mają wysoki poziom stylu unikowego radzą sobie z powikłaniami stosując strategie deprywujące znaczenie choroby lub wręcz maskując jej znaczenie optymizmem.

Sposób, w jaki człowiek reaguje w sytuacji stresowej jest związany z jego orientacją życiową, jednak zmienia się także pod wpływem innych czynników – takich jak długość trwania w chorobie, ich wspólne interakcja mogą stanowić podstawę do wspierania prawidłowej mobilizacji organizmu w sytuacji stresowej.

Piśmiennictwo

1. Zając L.: Psychologiczna sytuacja człowieka starego oraz jej determinanty. [W:] J. Strelau. Psychologia. Podręcznik Akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000, 3, 462.
2. Wrońska I., Kurowska K., Zając M., Fołtyn B.: Konstelacje poczucia koherencji chorych a ich zachowania zdrowotne. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 1 (12)/2005, 57–60.

3. Obuchowski K. (red.): *Starość i osobowość*. Wyd. Akademii Bydgoskiej im. K. Wielkiego. Bydgoszcz 2002, 59–109.
4. Farnik M. :Teoria stresu i radzenia sobie. W: *Świat Medycyny i Farmacji*, 1/2005, 55–57.
5. Selye H.: *Stres okiełzany*. PIW, Warszawa 1977, 34–60.
6. Wardaszko-Łyskowska H.: *Wprowadzenie do zagadnień psychologii w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL. 1975, 12–34.

Beata Dobrowolska¹, Tomasz Cuber¹, Zofia Kostrzanowska¹,
Dorota Kozak¹, Joanna Girzelska¹, Violetta Mianowana¹

Opieka nad umierającym pacjentem a stres zawodowy realizujących ją pielęgniarek i lekarzy

Wprowadzenie

Lekarze i pielęgniarki należą do tych zawodów, które od zawsze znajdowały się w centrum zainteresowania badaczy problematyki wypalenia zawodowego [1]. Istnieje wiele definicji wypalenia zawodowego, w zależności od tego, co autorzy uznają za przyczynę zaistnienia tego stanu. Jednym z najbardziej znanych określeń jest to zaproponowane przez Christine Maslach, przedstawicielkę psychologii społecznej, współautorkę najczęściej na świecie używanego kwestionariusza do pomiaru wypalenia zawodowego (*Maslach Burnout Inventory*) [2, 3]. Według niej, za wypalenie zawodowe uznaje się „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z ludźmi w pewien określony sposób” [3, s. 15]. Wyczerpanie emocjonalne to poczucie danej osoby, że jej zasoby emocji zostały umniejszone w znacznym stopniu. Depersonalizacja objawia się poprzez negatywne traktowanie innych ludzi, najczęściej odbiorców opieki. Obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia własnych kompetencji [3].

Zdaniem Heleny Sęk, wypalenie pojawia się na skutek działania przewlekłego stresu, jaki charakteryzuje zawody społeczne. Ów stres związany jest przede wszystkim z bliskimi kontaktami interpersonalnymi oraz z dużym zaangażowaniem emocjonalnym w wykonywane zadania [4].

Do najczęstszych sygnałów ostrzegawczych wskazujących na ryzyko wypalenia zawodowego zalicza się: niechęć związana z wychodzeniem do pracy, poczucie przepracowania, poczucie izolacji od świata, iryta-

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

cja, negacja, drażliwość (także w domu), częstsze choroby bez rozpoznawalnych przyczyn, negatywne kontakty z klientami, inicjowanie konfliktów w pracy, ucieczka przed decyzjami, brak poczucia identyfikacji z zawodem [5, 6].

Twierdzi się, że pielęgniarki i lekarze zajmujący się umierającymi pacjentami są szczególnie narażeni na wypalenie zawodowe i zespół ten można najczęściej stwierdzić właśnie w tej grupie zawodowej [7, 8, 9, 10]. Choć funkcjonują także i takie głosy np. E. Kübler-Ross, że syndrom wypalenia zawodowego w pracy z człowiekiem u kresu życia stanowi skutek nienaturalnego lęku pracowników służby zdrowia przed śmiercią, czy skutek własnych niezałatwionych spraw. Uporanie się z własnymi lękami i traktowanie śmierci jako naturalnego etapu naszego życia może wyeliminować zjawisko wypalenia zawodowego [11]. Dlatego celem niniejszej pracy było zbadanie opinii pielęgniarek i lekarzy na temat zależności między opieką nad umierającym pacjentem a stresem (wypaleniem) zawodowym oraz odpowiedź na pytanie o przyczyny tego stresu. Inaczej mówiąc, celem naszych dociekań nie było zbadanie samego zjawiska wypalenia zawodowego, ile opinii pracowników ochrony zdrowia na temat występowania tego zjawiska w grupie pielęgniarek i lekarzy pracujących z człowiekiem u kresu życia.

Postawiono następujące pytania szczegółowe:

- czy opieka nad umierającym może stanowić problem dla pielęgniarek i lekarzy oraz co respondenci uważają za przyczynę tego problemu?
- w jakim stopniu częsty kontakt ze śmiercią może stanowić przyczynę stresu zawodowego?
- czy istnieje zależność między wykształceniem, wiekiem i stażem pracy pielęgniarek i lekarzy a uznaniem opieki nad umierającym za przyczynę wypalenia zawodowego oraz oczekiwaniem wsparcia społecznego?

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety i objęto nimi 222 (100%) aktywnych zawodowo pielęgniarek ($n = 124$) i lekarzy ($n = 98$) pracujących w lecznictwie zamkniętym miasta Lublina oraz okolic. Materiał badawczy zebrano w okresie styczeń – maj 2007 roku. Zebrane dane poddano analizie statystycznej wykorzystując program STATISTICA. Zależności pomiędzy zmiennymi analizowano testem Chi-kwadrat. Za istotny statystycznie uznano wynik $p < 0,05$.

Projekt badawczy uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej AM w Lublinie nr KE-0254/244/2006.

Charakterystyka badanej grupy

Badani pracownicy służby zdrowia to 166 kobiet (74,77%) i 52 mężczyzn (23,42%). Przedział wiekowy respondentów wynosił 23–53 lat, średnia wieku 38,42, odchylenie standardowe 7,49. Połowa z nich zamieszkiwała miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców – 113 osób, reszta pochodziła z miast do 100 tysięcy mieszkańców – 72 osoby (32,43%) oraz ze wsi – 37 osób (16,66%). Zdecydowana większość badanych pozostawała w związku małżeńskim – 177 osób (79,72%).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Lp.	Charakterystyki socjodemograficzne lekarzy i pielęgniarek	N	%	
1	Płeć*	Kobiety	166	74,77
		Mężczyźni	52	23,42
2	Stan cywilny*	Wolna/y	35	15,76
		Zamężna/zonaty	177	79,72
		Wdowa/wdowiec	5	2,25
		Rozwiedziona/y	4	1,80
3	Wykształcenie	Piel. dyplomowana	88	39,63
		Lic. pielęgniarstwa	15	6,75
		Mgr pielęgniarstwa	21	9,45
		Lekarz medycyny	98	44,14
4	Miejsce zamieszkania	Wieś	37	16,66
		Miasto do 100 tys. mieszkańców	72	32,43
		Miasto pow. 100 tys. mieszkańców	113	50,90
5	Staż pracy w zawodzie	Do 3 lat	23	10,36
		3–5 lat	15	6,75
		5–10 lat	42	18,91
		10–20 lat	88	39,63
		Pow. 20 lat	54	24,32

* nie uzyskamy 100% ponieważ nie wszyscy respondenci odpowiadali na te pytania

Ankietowane pielęgniarki legitymowały się przeważnie średnim wykształceniem zawodowym (pielęgniarka dyplomowana) – 88 badanych (39,63%). Reszta respondentów to magistrowie pielęgniarstwa – 21 osób (9,45%) i licencjaci pielęgniarstwa – 15 osób (6,75%). Badani lekarze w 100% legitymowali się tytułem lekarza medycyny.

Większość badanych lekarzy i pielęgniarek posiadała wieloletni staż pracy w zawodzie. Najwięcej, bo 88 osób (39,63%) pracuje w swoim zawodzie od 10 do 20 lat. Natomiast 54 osoby (24,32%) ponad 20 lat. Najmniejsza grupa pracowników służby zdrowia mieściła się w przedziale od 3 do 5 lat – 15 osób (6,75%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Najliczniej reprezentowane przez ankietowanych oddziały to neurologia (19,81%), chirurgia (16,66%), interna (16,66%), kardiochirurgia (5,85%) i kardiologia (4,05%). Najrzadsze oddziały to OIOK (0,45%), noworodki (0,45%), hospicjum (0,45%).

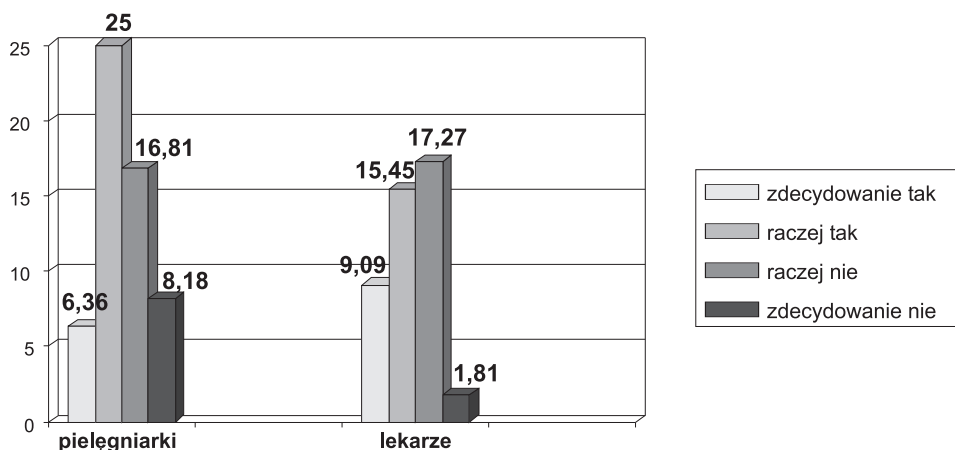
Wyniki

Ponad połowa badanych pracowników służby zdrowia – 114 (51,35%) ma w swojej pracy zawodowej częsty kontakt z umierającym pacjentem. Wśród nich zdecydowaną większość stanowiły pielęgniarki – 77 (34,68%), tylko 1/3 lekarzy – 37 osób (16,67%). Szczegółowe dane prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Częstość kontaktu ze śmiercią w pracy pielęgniarek i lekarzy

Respondenci	W ogóle		Bardzo rzadko		Rzadko		Często		Bardzo często		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piel. dyplomowane	0	0,00	2	0,90	8	3,60	61	27,48	17	7,66	88	39,64
Lic. pielęgniarstwa	1	0,45	3	1,35	3	1,35	7	3,15	1	0,45	15	6,76
Mgr pielęgniarstwa	0	0,00	2	0,90	5	2,25	9	4,05	5	2,25	21	9,46
Lekarz medycyny	6	2,70	20	9,01	31	13,96	37	16,67	4	1,80	98	44,14
Razem	7	3,15	27	12,16	47	21,17	114	51,35	27	12,16	222	100,00

Ponad 50% badanych twierdzi, że opieka nad człowiekiem u kresu życia sprawia im trudność. Przy czym „raczej tak” odpowiedziało 89 osób (40,09%), zaś „zdecydowanie tak” – 34 osoby (15,31%). Badana trudność była podkreślana najwidoczniej w grupie pielęgniarek z wykształceniem licencjackim ($p = 0,02$). (Rycina 1)



Ryc. 1. Opieka nad umierającym jako trudność dla pielęgniarek i lekarzy

Wśród problemów opieki nad umierającym wymieniano najczęściej: fakt śmierci jako zjawisko samo w sobie trudne – 55,28% wskazań; opiekę nad sferą psychiczną umierającego – 52,03% wskazań; reakcję bliskich pacjenta na jego umieranie – 46,34% wskazań; opiekę nad sferą duchową umierającego – 33,33% wskazań.

Prawie wszyscy ankietowani uważają, że częsty kontakt ze śmiercią pacjentów może stanowić przyczynę stresu zawodowego – 191 osób (86,03%). Najczęściej wskazywały tak osoby w przedziale wiekowym między 30 a 50-tym r.ż. ($p = 0,05$). Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie liczonej testem Chi-kwadrat z wykształceniem i stażem pracy ankietowanych ($p > 0,05$). Wśród najczęstszych przyczyn tego stresu wymieniano: porażkę medycyny, że nie udało się uratować życia pacjentowi – 81 wskazań (42,40%); brak umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami w konfrontacji ze śmiercią – 80 wskazań (41,88%); brak przygotowania do pracy z umierającym pacjentem – 63 wskazania (33%). Nie stwierdzono istotnych różnic w rozkładach procentowych wymienianych powodów stresu między lekarzami i pielęgniarzami (tabela 3).

Dlatego też, zdecydowana większość respondentów twierdzi, że opieka nad pacjentem umierającym stanowi przesłankę do organizacji systemu wsparcia społecznego dla osób prowadzących opiekę – 181 osób (81,53%). Blisko 100% badanych pracowników służby zdrowia oczekiwałoby takiego wsparcia – 192 osoby (86,48%). Nie stwierdzono zależności testem Chi-kwadrat między oczekiwaniem na wsparcie a wykształceniem, wiekiem i stażem pracy badanych ($p > 0,05$). Jako najczęstszy rodzaj

Tabela 3. Przyczyny stresu zawodowego wśród badanych pielęgniarek i lekarzy

Lp.	Przyczyny	N	%*
1	Brak przygotowania do pracy z umierającym pacjentem	63	33,00
2	Brak przygotowania do pracy z rodziną umierającego	52	27,22
3	Brak umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami w konfrontacji ze śmiercią	80	41,88
4	Porażka medycyny, że nie udało się uratować życia pacjentowi	81	42,40
5	Złe rozwiązania organizacyjne w oddziale uniemożliwiające zapewnienie godnych warunków umierania	52	27,22
6	Brak personelu, który mógłby dzielić się obowiązkami	31	16,23

* uzyskane wyniki nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

wsparcia, którego oczekiwali by badani lekarze i pielęgniarki wymieniano wymianę doświadczeń z innymi członkami zespołu terapeutycznego – 135 wskazań, następnie wsparcie psychiczne – 107 wskazań i wsparcie duchowe – 52 wskazania.

Zapewne właśnie ów stres zawodowy wynikający z opieki nad umierającym powoduje, że ponad połowa badanych – 119 (53,60%) nie byłaby w stanie podjąć pracy w placówce paliatywno-hospicyjnej. W tej grupie znajdowało się 45,96% pielęgniarek i 63,26% lekarzy.

Dyskusja

Badania Beisert na grupie 138 pielęgniarek pokazują, że możemy wyróżnić w środowisku pielęgniarek grupy o wysokim i o niskim poziomie wypalenia zawodowego. Wśród tych pierwszych znajdują się właśnie pielęgniarki onkologiczne, a także pediatryczne i psychiatryczne. Natomiast wśród drugich mamy przełożone pielęgniarek, położne i pielęgniarki internistyczne [7]. Potwierdzają to badania innych, np. Ullrich badając lekarzy i personel pomocniczy oddziałów onkologicznych, stwierdził częste skargi na wyczerpanie psychiczne, bóle głowy, pleców, dolegliwości żołądka i jelit [5]. Wyniki te mogą sugerować, że charakter problemów opiekuńczych, na jakie napotyka pielęgniarka w swojej pracy może mieć wpływ na powstawanie zespołu wypalenia zawodowego. Częsty kontakt z nieuleczalną chorobą i śmiercią można więc uznać za czynnik przyczyniający się do zaistnienia objawów wypalenia. Jednocześnie, z badań

Beisert wynika, że w grupie pielęgniarek onkologicznych nie występuje zależność między wypaleniem zawodowym a wysokim obciążeniem stresem. Przeciwnie, pielęgniarki z tej grupy deklarowały, że jest ono niskie [7]. W badaniach własnych zdecydowana większość ankietowanych uważa, że częsty kontakt ze śmiercią pacjentów może stanowić przyczynę stresu zawodowego – 191 osób (86,03%). Najbardziej osoby w przedziale wiekowym między 30 a 50-tym r.ż. ($p = 0,05$).

Za najczęstsze przyczyny tego stresu ankietowani uznali: porażkę medycyny, że nie udało się uratować życia pacjentowi; brak umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami w konfrontacji ze śmiercią; brak przygotowania do pracy z umierającym pacjentem. Widzimy więc, że śmierć ciągle jeszcze stanowi w świadomości pracowników służby zdrowia największą przegraną medycyny, przekonanie iż w obliczu śmierci już nic więcej nie można dla pacjenta zrobić. Okazuje się natomiast, że właśnie w okresie umierania rola pracownika ochrony zdrowia jest niezastąpiona. Powinien on zatem przyjąć do wiadomości, że śmierć stanowi naturalny etap naszego życia, a pacjentowi należy zapewnić godne umieranie [12]. Prezentowanie takiej postawy wymaga jednak odpowiedniego przygotowania zawodowego, w ramach którego trzeba również uwzględnić naukę radzenia sobie z emocjami w obliczu śmierci. Zdaniem Sęk, konieczne jest wypracowanie umiejętności nazywanej „zdytansowaną troską”, która wiąże się ze zdolnością połączenia zaangażowania w sprawy pacjenta i troski o niego z pewnym dystansem emocjonalnym [1]. Jest to jednak bardzo często nieosiągalny ideał [3].

Ankietowani lekarze i pielęgniarki stwierdzili, że opieka nad pacjentem umierającym stanowi przesłankę do organizacji systemu wsparcia społecznego dla osób prowadzących opiekę – 181 osób (81,53%). Bliżko 100% badanych pracowników służby zdrowia oczekiwałoby właśnie takiego wsparcia. Fakt, że wsparcie społeczne stanowi jeden z podstawowych sposobów zapobiegania wypaleniu zawodowemu, jak i radzeniu sobie z nim podkreślany jest przez wielu badaczy tego zagadnienia. Przy czym, z badań wynika, że lekarze częściej poszukują i korzystają ze wsparcia, natomiast pielęgniarki częściej próbują zmienić warunki pracy [1]. Wśród różnych źródeł wsparcia, z których korzystają lekarze i pielęgniarki wymienia się najczęściej własną rodzinę oraz profesjonalistów, jak np. współpracowników, przełożonych, psychologów. Analizy Beisert pokazują, że często przecenia się wsparcie rodzinne u osób wysoko wypalonych. Nie oznacza to, że nie ma ono wartości, ale prawdopodobnie

nie niweluje napięć powstałych w toku wykonywania obowiązków zawodowych. Pozytywne efekty przynosi natomiast wsparcie otrzymywane od profesjonalistów. Być może dlatego właśnie, że są to osoby dysponujące znajomością problemów zawodowych [7]. W badaniach własnych, lekarze i pielęgniarki również zgłaszali najczęściej potrzebę wymiany doświadczeń z innymi członkami zespołu terapeutycznego – 135 wskazań, następnie potrzebę wsparcia psychicznego – 107 wskazań i wsparcia duchowego – 52 wskazania.

Zapobieganie powstawaniu wypalenia zawodowego może się odbywać na trzech poziomach: indywidualnym, indywidualno-instytucjonalnym i instytucjonalnym. Wśród różnych propozycji interwencji przeciwdziałających wypaleniu wymienia się po pierwsze, organizowanie warsztatów antywypaleniowych, których treści zapoznawałyby z istotą problemu, objawami oraz sposobami radzenia sobie z nimi. Po drugie, wprowadzanie konkretnych rozwiązań organizacyjnych poprawiających warunki pracy, tj.: przyporządkowanie pracownikom optymalnej liczby pacjentów, odpowiednia liczba przerw w pracy, rotacyjna zmiana personelu, skrócenie czasu pracy, odpowiednie przygotowanie stanowisk pracy, wspieranie rozwoju grup wsparcia, organizacja spotkań problemowych i inne [2]. Można więc powiedzieć, posługując się słowami Heleny Sęk, że „w zawodach polegających na pomaganiu innym trzeba troskę o innych uzupełnić troską o siebie” [1, s. 98]. W ramach owej troski o siebie zwraca się szczególną uwagę na umiejętność utrzymania równowagi między życiem zawodowym i osobistym, rozwijanie pasji, spędzanie czasu z rodziną i bliskimi, przejawianie aktywności fizycznej, czyli dbanie o tzw. higienę psychiczną [2, 13].

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na fakt, iż ponad 50% badanych, w tym zdecydowana większość lekarzy (63,26%) przyznała, że nie zdecydowałaby się na pracę w placówce opieki paliatywno-hospicyjnej. Wyniki badań Pirogowicz pokazują, że 36,8% ankietowanych studentów ostatnich lat Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu ($n = 133$) wyklucza taką specjalizację medyczną, w ramach której mieliby wyłącznie styczność z ciężko chorymi i umierającymi pacjentami [14]. Poszukując powodów unikania takiej specjalizacji można przypuszczać, że ma to związek po pierwsze, z uznaniem opieki nad człowiekiem u kresu życia za zbyt duże wyzwanie dla pracowników służby zdrowia, szczególnie zaś dla lekarzy, którzy za cel swoich zawodowych starań stawiają sobie wyleczenie pacjenta; a po drugie, z wyczerpaniem emocjonalnym, jakie towarzyszy częstym kontaktom z cierpieniem i śmiercią ludzi.

Wnioski

1) Opieka nad umierającym pacjentem sprawia trudność ponad połowie respondentów (55,40%). Najczęściej wymienianymi powodami tych trudności były: porażka medycyny, że nie udało się uratować życia pacjentowi; brak umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami w konfrontacji ze śmiercią; brak przygotowania do pracy z umierającym pacjentem.

2) Blisko 90% badanych uważa, że częsty kontakt ze śmiercią może stanowić przyczynę stresu zawodowego. Szczególnie ankietowani w przedziale wiekowym między 30 a 50-tym r.ż. ($p = 0,05$).

3) Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek i lekarzy oczekiwałaby z tego powodu wsparcia społecznego (81,53%), najczęściej ze strony zespołu współpracowników. Nie stwierdzono zależności testem Chi-kwadrat między oczekiwaniem na wsparcie a wykształceniem, wiekiem i stażem pracy badanych ($p > 0,05$).

Piśmiennictwo

1. Sęk H.: Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14 (2): 93–98.
2. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14 (2): 67–77.
3. Maslach Ch.: Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. W: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, red. H. Sęk, PWN Warszawa 2004, s. 13–31.
4. Sęk H.: Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, red. H. Sęk, PWN Warszawa 2004, s. 83–112.
5. Fengler J.: Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej. Tł. K. Pietruszewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
6. Kamrowska A.: Wypalenie zawodowe. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2007, XXIII, 136: 317–319.
7. Beistert M.: Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, red. H. Sęk, PWN Warszawa 2004, s. 182–215.
8. Tomašević Z., Jelić S., Radosavljević D., Jezdić S.: Burn-out syndrome among medical staff in the Institute for Oncology and Radiology of Serbia. *Archive of Oncology* 2000; 8 (sup1): 5–6.
9. Dębska G., Cepuch G.: Uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004; 6 (sup 1): 93–96.
10. Mojs E., Głowacka M. D.: Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74 (2): 238–243.

11. Kübler-Ross E.: *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*. Tł. Stahre-Godycka E., Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 1998, s. 48–49.
12. Zaraś-Andrzejewska M., Życińska K., Wardyn K. A.: Chory terminalnie w praktyce lekarza rodzinnego – główne problemy medyczne oraz pielęgnacyjne. *Family Medicine & Primary Review* 2006; 8, 3: 1156–1160.
13. De Valk M., Oostrom Ch.: Burnout in the medical profession. Causes, consequences and solutions. *Occupational Health at Work* 2007; 3 (6): 1–5.
14. Pirogowicz I., Hoffmann K., Gwiazda E., Widejko K., Mess E., Pirogowicz P., Steciwko A. Śmierć i nieuleczalna choroba jako problem w komunikacji z pacjentem w praktyce lekarskiej. *Onkologia Polska* 2006; 9, 4: 166–171.

Magdalena Lewicka¹, Magdalena Bąk¹, Anna Wiktor-Stoma⁴,
Katarzyna Kanadys¹, Irena Wrońska³, Henryk Wiktor^{1,2}

Ocena poziomu depresji u kobiet leczonych operacyjnie

Wstęp

Poinformowanie pacjentki o potrzebie leczenia operacyjnego przyczynia się do wystąpienia u niej wielu obaw oraz podwyższenia poziomu lęku i depresji. Dlatego kobiety w okresie okołoperacyjnym poza typowo fachową opieką medyczną wymagają różnego rodzaju wsparcia, zwłaszcza informacyjnego i emocjonalnego. Zdaniem Salmon [1] personel medyczny powinien poświęcić najwięcej uwagi chorym, u których dominują emocje negatywne, takie jak: lęk i depresja.

Operacje ginekologiczne zazwyczaj prowadzą do naruszenia dotychczasowego obrazu ciała kobiety i mogą łączyć się z brakiem wyrozumiałości kobiety dla własnej ułomności fizycznej spowodowanej leczeniem operacyjnym. Kobiety operowane z powodów ginekologicznych zwykle uzależniają swoje dalsze plany życiowe od zakresu operacji i wyniku badania histopatologicznego. Dlatego w okresie okołoperacyjnym często obserwuje się u nich nasilenie depresji [2, 3, 4, 5].

Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dokonał kategoryzacji zabiegów operacyjnych w ginekologii biorąc pod uwagę rodzaj i zakres operacji. Wyróżniono następujące kategorie zabiegów operacyjnych:

¹ Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa, Położniczo-Ginekologiczny Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Oddział Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie

³ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴ Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

1. zabiegi operacyjne połączone z niewielkim urazem tkanek (drobne zabiegi ginekologiczne, wykonywane w ramach procedur chirurgii jednego dnia),
2. zabiegi operacyjne połączone z miernym urazem tkanek (zabiegi ginekologiczne w jamie brzusznej bez konieczności otwierania jamy otrzewnej),
3. zabiegi operacyjne połączone ze znacznym urazem tkanek (zabiegi operacyjne w jamie brzusznej połączone z koniecznością otwarcia jamy otrzewnej),
4. zabiegi operacyjne połączone z rozległym urazem tkanek (zabiegi operacyjne dotyczące jednocześnie więcej niż jednej jamy oraz zabiegi rekonstrukcyjne po znacznych urazach) [6].

Ustalenie sposobu leczenia operacyjnego w ginekologii jest wynikiem zestawienia celów medycznych i zgody chorej oraz indywidualnej oceny stanu zdrowia i oczekiwań kobiety [7].

Celem badań było określenie nasilenia depresji u kobiet w okresie okołoperacyjnym oraz ustalenie charakterystyki pacjentek, które powinny być objęte szczególną opieką przed i po operacji.

Material i metody

Badaniami objęto 232 kobiety leczone operacyjnie z różnych powodów ginekologicznych w 2007 i 2008 roku, u których wcześniej nie stwierdzono zaburzeń psychicznych. U 167 (71,98%) objętych badaniami pacjentek przeprowadzono operację związaną ze znacznym urazem tkanek, głównie z powodów onkologicznych. Natomiast u 65 (28,02%) badanych leczenie operacyjne łączyło się z miernym urazem tkanek.

Wiek badanych wahał się w granicach od 21 do 76 lat. W wieku do 40 lat było 78 (33,6%) badanych, 74 (31,9%) w wieku 41 do 50 lat, zaś 80 (34,5%) badanych w wieku powyżej 50 lat. Wśród objętych badaniami kobiet było 55 (23,7%) z wykształceniem podstawowym i zawodowym, 115 (49,6%) ze średnim, zaś 62 (26,7%) z wykształceniem wyższym. W badanej grupie było 157 (67,7%) mężatek oraz 75 (32,3%) kobiet samotnych (panny, rozwódki, wdowy).

Badania przeprowadzono w dwóch etapach: w dniu poprzedzającym operację oraz w trzeciej dobie po operacji. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

Pomiaru nasilenia depresji dokonano stosując Inwentarz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI), przyjmując następujące kryterium oceny nasilenia odczuć depresyjnych: 0–9 – brak depresji lub minimalna

depresja (*no or minimal*), 10–14 – pogranicze depresji (*on the border of a depression*), 15–20 słaba depresja (*mild*), 21–30 – depresja w stopniu lekko umiarkowanym (*mild-moderate*), 31–40 – depresja w stopniu umiarkowanie znacznym (*moderate-severe*), 41–63 – depresja w stopniu znacznym (*severe*) [8, 9].

Wyniki badań poddano analizie statystycznej testem *t-Studenta*. Za prawdopodobieństwo popełnienia błędu przyjęto wartości $p = 0,05$, $p = 0,02$, $p = 0,01$ lub $p = 0,001$. Do analizy statystycznej wykorzystano program oparty na procedurach systemu statystycznego SPSS/PC.

Wyniki badań

W tabeli I przedstawiono analizę ogólną wyników badania stopnia nasilenia depresji przed i po operacji.

Tabela 1. Inwentarz Depresji Becka (BDI) – wyniki ogólne

	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD
Przed operacją	232	0	38	1,271	1,219	6,00	7,70	7,78
Po operacji	232	0	38	3,130	1,656	4,00	6,44	7,38
t	2,519							
p	< 0,02							

Badania wykazały, że średni poziom depresji (BDI) w badanej grupie kobiet przed operacją osiągnął większą wartość, aniżeli po operacji i wynosił: przed operacją 7,70, zaś po operacji 6,44. Zaobserwowana różnica osiągnęła istotność statystyczną na poziomie zaufania większym niż 98%. Wartości średnich sytuują badaną grupę pacjentek w przedziale minimalnej depresji w okresie okołoperacyjnym (Tab. 1).

W Tabeli 2 przedstawiono analizę poziomu depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym zależnie od wieku pacjentek.

Wartość średnia wskaźnika poziomu depresji przed operacją w grupie badanych w wieku do 40 lat wynosiła 6,30 i była istotnie mniejsza ($p < 0,01$) od wynoszącego 9,20 w grupie badanych w wieku powyżej 50 lat. Natomiast w grupie badanych w wieku 41–50 lat wskaźnik ten wynosił 7,22 i był istotnie mniejszy ($p < 0,05$) od stwierdzonego w grupie pacjentek w wieku powyżej 50 lat.

Badania wykazały, że średni wskaźnik poziomu depresji (BDI) przed operacją u pacjentek w wieku powyżej 50 lat jest większy, aniżeli u pa-

Tabela 2. Współzależność pomiędzy poziomem depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym a wiekiem badanych pacjentek

Wiek	Poziom BDI przed operacją										
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD	Istotność różnic		
									t	t	t
Do 40 lat (I)	78	0	27	0,601	1,014	5,50	6,30	6,18	I-II	1,180	NS
41-50 lat (II)	74	0	31	1,890	1,331	5,00	7,22	7,34	I-III	3,617	< 0,01
Powyżej 50 lat (III)	80	0	38	0,268	0,962	8,00	9,50	9,20	II-III	2,392	< 0,05
	Poziom BDI po operacji										
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD	Istotność różnic		
										t	p
Do 40 lat (I)	78	0	26	4,210	1,684	3,00	4,31	4,89	I-II	3,291	< 0,01
41-50 lat (II)	74	0	36	2,832	1,606	5,00	6,70	7,57	I-III	4,971	< 0,001
Powyżej 50 lat (III)	80	0	38	1,615	1,296	7,00	8,24	8,62	II-III	1,662	NS

cjentek w wieku poniżej 40 lat oraz w wieku 41–50 lat. Zaobserwowane w badaniach własnych zwiększenie wartości średniej wskaźnika depresji wraz z wiekiem badanych kobiet przed operacją wskazuje, że w grupie kobiet operowanych przed 40. rokiem życia, oraz w wieku 41–50 lat mamy do czynienia zaledwie z minimalną depresją, natomiast w grupie kobiet operowanych po 50. roku życia z pograniczem depresji.

Średni wskaźnik poziomu depresji po operacji w grupie badanych w wieku do 40 lat wynosił 4,31 i był istotnie mniejszy ($p < 0,01$) od wynoszącego 6,70 w grupie badanych w wieku 41–50 lat. Natomiast w grupie badanych w wieku powyżej 50 lat wskaźnik ten wynosił 8,24 i był wysoce istotnie większy ($p < 0,001$) od stwierdzonego w grupie pacjentek w wieku do 40 lat.

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych stwierdzono, że średni wskaźnik poziomu depresji (BDI) po operacji u pacjentek w wieku poniżej 40 lat jest niższy aniżeli u pacjentek w wieku 40–50 lat oraz w wieku powyżej 50 lat. Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika depresji po operacji zależnie od wieku badanych kobiet wskazują na brak depresji lub minimalną depresję w okresie pooperacyjnym (Tab. 2).

Tabela 3. Współzależność pomiędzy poziomem depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym a wykształceniem badanych pacjentek

Wykształcenie	Poziom BDI przed operacją										
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD	Istotność różnic		
										t	p
Podstawowe lub zawodowe (I)	55	0	28	0,132	1,099	4,00	7,09	8,41	I-II	1,769	NS
Średnie (II)	115	0	38	1,160	1,196	7,00	8,82	8,43	I-III	1,000	NS
Wyższe (III)	62	0	20	-0,445	0,655	5,00	6,18	5,47	II-III	3,152	< 0,02
	Poziom BDI po operacji										
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD	Istotność różnic		
										t	p
Podstawowe lub zawodowe (I)	55	0	36	3,517	1,923	1,00	5,37	8,15	I-II	2,290	< 0,05
Średnie (II)	115	0	38	2,591	1,542	6,00	7,49	7,89	I-III	0,090	NS
Wyższe (III)	62	0	20	0,053	0,867	4,00	5,45	5,15	II-III	2,592	< 0,05

W Tabeli 3 przedstawiono analizę poziomu depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym zależnie od wykształcenia pacjentek.

Średnia wartość wskaźnika poziomu depresji przed operacją w grupie badanych z wykształceniem wyższym wynosiła 6,18 i była istotnie mniejsza ($p < 0,02$) od wynoszącego 8,82 w grupie badanych z wykształceniem średnim. Natomiast w grupie badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wskaźnik ten wynosił 7,09 i jego wartość liczbową nie różniła się istotnie ($p > 0,05$) od uzyskanych w grupie kobiet z wykształceniem średnim i wyższym.

Badania wykazały, że średni wskaźnik poziomu depresji (BDI) przed operacją u pacjentek z wykształceniem średnim jest większy, aniżeli u pacjentek posiadających wykształcenie podstawowe i zawodowe oraz wyższe. Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika depresji przed operacją zależnie od wykształcenia badanych pacjentek wskazują na brak depresji lub minimalną depresję w badanych grupach kobiet w okresie przedoperacyjnym.

Wartość średnia wskaźnika poziomu depresji po operacji w grupie badanych z wykształceniem podstawowym i zawodowym wynosiła 5,37 i była istotnie mniejsza ($p < 0,05$) od wynoszącego 7,49 w grupie badanych

z wykształceniem średnim. Natomiast w grupie badanych z wykształceniem wyższym wskaźnik ten wynosił 5,49 i był istotnie mniejszy ($p < 0,05$) od stwierdzonego w grupie pacjentek z wykształceniem średnim.

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych stwierdzono, że średni wskaźnik poziomu depresji (BDI) po operacji u pacjentek z wykształceniem średnim jest większy, aniżeli u pacjentek z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz wyższym. Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika depresji po operacji zależnie od wykształcenia badanych kobiet wskazują na brak depresji lub minimalną depresję w badanych grupach kobiet w okresie pooperacyjnym (Tab. 3).

Analizę poziomu depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym zależnie od stanu cywilnego badanych przedstawiono w Tabeli 4.

Tabela 4. Współzależność pomiędzy poziomem depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym a stanem cywilnym badanych pacjentek

Stan cywilny	Przed operacją							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD
Samotne	75	0	38	0,540	1,204	5,00	8,68	9,79
Mężatki	157	0	27	0,347	0,882	7,00	7,23	6,61
t	1,889							
p	NS							
	Po operacji							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD
Samotne	75	0	38	2,325	1,578	4,50	7,03	8,39
Mężatki	157	0	36	3,567	1,657	4,00	6,16	6,84
t	1,180							
p	NS							

W badaniach własnych zaobserwowano, że średnia wartość wskaźnika poziomu depresji przed operacją w grupie badanych samotnych wynosiła 8,68, natomiast w grupie kobiet zamężnych – 7,23. Różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Badania wykazały, że średni wskaźnik poziomu depresji (BDI) przed operacją w grupie pacjentek samotnych jest większy, aniżeli w grupie pacjentek zamężnych. Zaobserwowane w badaniach własnych wartości

średnie wskaźnika depresji przed operacją zależnie od stanu cywilnego wskazują na brak depresji albo minimalną depresję w badanych grupach kobiet w okresie przedoperacyjnym.

Średni wskaźnik poziomu depresji po operacji w grupie badanych samotnych wynosił 7,03, zaś w grupie mężatek 6,16. Różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Badania wykazały, że wskaźnik poziomu depresji (BDI) po operacji u pacjentek zamężnych jest większy, aniżeli w grupie kobiet samotnych. Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika depresji po operacji zależnie od stanu cywilnego badanych wskazują na brak depresji lub minimalną depresję w badanych grupach kobiet w okresie pooperacyjnym (Tab. 4).

Analizę poziomu depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego w Tabeli 5.

Tabela 5. Współzależność pomiędzy poziomem depresji (BDI) w okresie przed- i pooperacyjnym a kategorią zabiegu operacyjnego

Kategoria zabiegu operacyjnego w ginekologii	Przed operacją							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD
Mierny uraz tkanek	65	0	31	1,892	1,360	5,00	6,73	7,20
Znaczny uraz tkanek	167	0	38	1,114	1,170	6,00	8,07	7,99
t	1,666							
p	NS							
	Po operacji							
	N	Min	Max	Kurtoza	Skośność	Mediana	M	SD
Mierny uraz tkanek	65	0	36	5,219	2,169	2,00	5,66	7,49
Znaczny uraz tkanek	167	0	38	2,591	1,480	5,00	6,76	7,33
t	1,440							
p	NS							

Wartość średnia wskaźnika poziomu depresji przed operacją w grupie badanych, które przeżyły operację z miernym urazem tkanek wynosiła 6,73, natomiast w grupie kobiet po operacji ze znacznym urazem tkanek – 8,07. Różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Badania wykazały, że średni wskaźnik poziomu depresji (BDI) przed operacją u pacjentek, u których wykonano operację ze znacznym urazem

tkanek jest większy aniżeli u pacjentek, które przebyły operację z miernym urazem tkanek. Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika depresji przed operacją zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego wskazują na brak depresji lub minimalną depresję w badanych grupach kobiet w okresie przedoperacyjnym.

Średnia wartość wskaźnika poziomu depresji po operacji w grupie badanych kobiet, u których wykonano operację z miernym urazem tkanek wynosiła 5,66, zaś w grupie badanych, które przebyły operację ze znacznym urazem tkanek – 6,76. Różnica ta nie osiągnęła istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych stwierdzono, że średni wskaźnik poziomu depresji (BDI) po operacji u pacjentek ze znacznym urazem tkanek jest większy aniżeli u badanych, u których wykonano operację z miernym urazem tkanek. Zaobserwowane w badaniach własnych wartości średnie wskaźnika depresji po operacji zależnie od kategorii zabiegu operacyjnego wskazują na brak depresji lub minimalną depresję w badanych grupach kobiet w okresie pooperacyjnym (Tab. 5).

Omówienie

Depresja jest pojęciem szerokim, obejmującym zarówno zmiany nastroju, jak i złożony zespół kliniczny.

Depresja, rozumiana jako zmiana nastroju, charakteryzuje się smutkiem, upośledzoną zdolnością do przeżywania radości, poczuciem winy, beznadziejności i bezwartościowości.

Depresja, rozpatrywana w kontekście złożonego zespołu klinicznego, jest zaburzeniem wielowymiarowym, w którym dominują: zmiany nastroju, nieprawidłowości ekspresji słownej, upośledzenie czynności poznawczych, zaburzenia motywacji, objawy neurovegetatywne (sen, łaknienie, popęd płciowy) [10, 11, 12].

Przebieg depresji, nasilenie jej poszczególnych cech i objawów wykazują dużą różnorodność. Zespół depresyjny może wystąpić nagle w okresie kilku dni (czasem jednej doby) osiągając znaczne nasilenie, jak również podobnie szybko może ustąpić [2].

Przeprowadzone badania własne wykazały, że u kobiet leczonych operacyjnie z powodów ginekologicznych jest brak depresji albo występuje minimalna depresja i pogranicze depresji w okresie okołoperacyjnym. Uzyskane wyniki badań własnych pozostają w zgodności z badaniami Jawor i wsp. [14], którzy powołując się na badania innych auto-

rów, podają, że zaburzenia depresyjne występują u około 70% kobiet, które miały wykonaną operację wycięcia macicy. Autorzy ci donieśli, że występowanie zaburzeń depresyjno-lękowych po operacji jest związane z występowaniem tych zaburzeń w okresie przedoperacyjnym.

Ponadto stwierdzono, że poziom depresji po operacji jest niższy od stwierdzonego w okresie przedoperacyjnym. Wójtowicz-Chomicz i wsp. [13] donieśli, że w okresie poprzedzającym operację chorzy stają się bardziej wrażliwi i skłonni do analizowania sensu życia oraz choroby. W opinii tych autorów przyczynia się to do wystąpienia oznak lęku i depresji w okresie przedoperacyjnym. Uzyskane wyniki badań własnych pozostają w zgodności z doniesieniem tych autorów. Ponadto badania Wójtowicz-Chomicz i wsp. mogą tłumaczyć stwierdzony w badaniach własnych wyższy poziom depresji przed operacją, aniżeli w okresie pooperacyjnym.

Zaobserwowany w badaniach własnych wyższy poziom depresji przed operacją, aniżeli w okresie pooperacyjnym pozostaje w zgodności z badaniami Reronia i Huras [15], którzy stwierdzili, że operacyjne leczenie mięśniaków macicy związane jest ze wzrostem częstości występowania zaburzeń depresyjnych. Ponadto autorzy ci zaobserwowali, że wycięcie macicy z przydatkami związane jest z największym odsetkiem zaburzeń depresyjnych w okresie przedoperacyjnym oraz po 6 miesiącach od operacji.

Badania własne wykazały, że zakres i rodzaj operacji nie warunkuje poziomu depresji w okresie okołoperacyjnym. Jednakże w badaniach własnych stwierdzono, że w grupach kobiet operowanych po 50. roku życia, samotnych oraz z wykształceniem średnim są najwyższe wartości wskaźnika depresji, co wskazuje na potrzebę objęcia tych pacjentek szczególną opieką psychoprophylaktyczną w okresie okołoperacyjnym.

Ponadto wczesne rozpoznanie zaburzeń nastroju u kobiet przygotowywanych do leczenia operacyjnego umożliwia wyselekcjonowanie grupy chorych wymagających niezwłocznego zintensyfikowania działań psychoterapeutycznych.

Zapewnienie pacjentce odpowiedniego wsparcia w okresie okołoperacyjnym może przyczynić się do lepszej współpracy pacjentki z personelem medycznym, co niewątpliwie warunkuje uzyskanie dobrego wyniku leczenia. Ponadto zapewnienie pacjentce odpowiedniego wsparcia może przyczynić się do zwiększenia satysfakcji pacjentki z uzyskanej pomocy medycznej i dobrej oceny zakładu udzielającego świadczeń medycznych. Jest to szczególnie ważne z uwagi na brak możliwości uniknięcia konku-

rencji pomiędzy poszczególnymi jednostkami służby zdrowia w zakresie jakości świadczonych usług medycznych.

Wnioski

1. Badania wykazały, że u kobiet leczonych operacyjnie z powodów ginekologicznych jest brak depresji albo występuje minimalna depresja i pogranicze depresji w okresie okołoperacyjnym.
2. Poziom depresji po operacji jest niższy od stwierdzonego w okresie przedoperacyjnym.
3. Zakres i rodzaj operacji nie warunkuje poziomu depresji w okresie okołoperacyjnym.
4. W grupach kobiet po 50. roku życia, samotnych oraz z wykształceniem średnim są najwyższe wartości wskaźnika depresji, co wskazuje na potrzebę objęcia tych pacjentek szczególną opieką psychoprophylaktyczną w okresie okołoperacyjnym.

Piśmiennictwo

1. Salmon P.: *Psychologia w medycynie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
2. Pietrzyk A.: *Obraz siebie a seksualne funkcjonowanie w małżeństwie kobiet po hysterektomii. Perspektywa pacjentek i perspektywa ich zdrowych mężów*. Ginekologia Onkologiczna 2006, 4 (3), 160–176.
3. Lindberg C. E., Nolan L. B.: *Women's decision making regarding hysterectomy*. J Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 2001, 30 (6), 607–616.
4. Hawighorst S., Schoenefuss G., Fusshoeller C., Franz C., Seufert R., Kelleher D. K., Vaupel P., Knapstein P. G., Koelbl H.: *The physician – patient relationship before cancer treatment: a prospective longitudinal study*. Gynecol. Oncol. 2004, 94 (1), 93–97.
5. Ghulam A. T., Kessler M., Bachmann L. M., Haller U., Kessler T. M.: *Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey in Switzerland*. Mayo Clin. Proc. 2006, 81 (3), 307–312.
6. *Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii i położnictwie część pierwsza: leczenie bólu po zabiegach ginekologicznych*. Lubelski Biuletyn Ginekologiczno-Położniczy, 2007, 2 (4), 35–43.
7. Skręt A.: *Współczesne operacje ginekologiczne*. W: Spaczyński M. (red.): *Postępy w ginekologii i położnictwie*. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań 2006.
8. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961, 4, 53–63.
9. Vandeputte M., de Weerd A.: *Sleep disorders and depressive feelings: a global survey with the Beck depression scale*. Sleep Medicine, 2003, 4, 343–345.

10. Haummen C.: Depresja, modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
11. Edwards V.: Depresja. KDC, Warszawa 2004.
12. Cummings J. L., Mega M. S.: *Neuropsychiatry*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005.
13. Wójtowicz-Chomicz K., Wójtowicz A., Gruszczak A., Kowal M., Kowalska M., Borzęcki A.: *Depression and anxiety disorders among patients subjected to operative procedures*. Polish J. Environ. Stud. 2006, 15 (2b), 1708–1710.
14. Jawor M., Dimter A., Marek K., Dudek D., Wojtyś A., Szproch A.: *Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – badania własne*. Psychiatria Polska 2001, 35 (5), 771–780.
15. Reroń A., Huras H.: *Operacyjne leczenie mięśniaków macicy a zaburzenia depresyjne*. Ginekologia Polska 2006, supl. 1, 127.

Dorota Joanna Kondzior², Beata Krysiewicz¹, Elżbieta Krajewska-Kułał^{2,3},
Krystyna Kowalczyk², Krystyna Klimaszewska²,
Katarzyna Ostapowicz Van-Damme², Cecylia Łukaszuk^{2,3},
Beata Kowalewska^{2,3}, Hanna Rolka^{2,3}, Barbara Jankowiak^{2,3}

Zespół wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej

Wstęp

Praca odgrywa coraz większą rolę w życiu współczesnego człowieka, gdyż jest on coraz bardziej skłonny czerpać z niej poczucie sensu swojej egzystencji [1].

Wypalenie zawodowe dotyczy ludzi, którzy oddali się służeńiu innym, poświęcają się im, wspierają, doradzają, wychowują, prowadzą terapię, opiekują się nimi, uczą, pielęgnują.

Domy pomocy społecznej nie są zakładami opieki zdrowotnej, ale świadczą niektóre usługi medyczne. Z tego też względu, aby zapewnić dla przebywających w nich mieszkańców podstawową formę opieki zdrowotnej w placówkach tych są zatrudnione pielęgniarki [2].

Istnieje wiele objawów i sygnałów, które wspólnie tworzą syndrom wypalenia się. Poniższe symptomy powinny być traktowane jako zbiór potencjalnych sygnałów ostrzegawczych przed syndromem ZWZ:

- wyczerpanie fizyczne – chroniczne zmęczenie bez widocznej przyczyny; widoczna może być utrata wagi czy apetytu,
- bezsensowność,
- napięcie mięśniowe – różnorodne bóle bez wyraźnej przyczyny,
- migrenowe bóle głowy,
- niezdolność do podejmowania decyzji – podjęcie najprostszej decyzji wymaga coraz większego wysiłku,
- utrata entuzjazmu – mechaniczne reagowanie na zadania; często pojawia się nuda, przy czym nudzenie może być pozorne,

¹ Dom Pomocy Społecznej w Białymstoku

² Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

- niecierpliwość i wybuchy irytacji [3].

Objawy zespołu wypalenia zawodowego odnoszą się do emocjonalnych, poznawczych, fizycznych i behawioralnych aspektów życia człowieka.

Objawy emocjonalne to płaczliwość, obniżony nastrój, niepokój, napięcie. Osoba dotknięta wypaleniem łatwo irytuje się, jest nadwrażliwa, przygnębiona, „wycofująca się”.

Objawy poznawcze polegają na poczuciu bezradności, beznadziejności, braku możliwości mobilizacji i trudnościach w koncentracji.

Objawy fizyczne dotyczą skarg na bóle głowy i mięśni, nudności, tiki. Może pojawić się hiperwentylacja, wahania wagi ciała, uczucie zmęczenia.

Nadużywanie alkoholu, nikotyny, leków uspokajających, narkotyków, objadanie się to objawy behawioralne wypalenia [4].

Wypalenie zawodowe jest problemem nie tylko egzystencjalnym, ale i etycznym. Jest to dramat wewnętrznego zagubienia się w relacji z samym sobą i ze światem, problem utraty nadziei i zamknięcia się w lęku. Utraty zdolności twórczego odkrywania świata i rozpaczliwych prób ocalenia stanu swego intelektualnego i duchowego posiadania – poprzez zatrzymanie w sobie, unieruchomienie. Wypalenie zawodowe jest rodzajem choroby duszy i intelektu [5].

Cel pracy

Przedstawione zjawisko wypalenia zawodowego jest doświadczeniem obciążającym zarówno dla pracodawcy, jak i dla osoby świadczącej pomoc, a także dla tej, która tę usługę odbiera. Dlatego ważne jest identyfikowanie tego problemu, by móc lepiej go poznać, walczyć z nim lub mu zapobiegać. Możliwe jest podjęcie skutecznych działań we wczesnych fazach ZWZ zanim jeszcze nie dojdzie do pełnej „destrukcji” osobowości człowieka. Ale do tego, by podjąć walkę potrzebna jest znajomość symptomów i dynamiki procesu, która pomoże zdiagnozować „wroga” i podjąć z nim walkę. Dlatego tak ważne jest podnoszenie świadomości społecznej, jak i samych środowisk zagrożonych ZWZ.

Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytania:

1. Czy wśród pielęgniarek pracujących w DPS występują symptomy Zespołu Wypalenia Zawodowego?
2. Jakie sytuacje w pracy są najbardziej obciążające i stresujące?
3. Jakie przedsięwzięcia ograniczające stres zawodowy według ankietowanych są najskuteczniejsze?
4. Czy ankietowane czują potrzebę dokształcania zawodowego?

Material i metody

Badaniem objęto 30 pielęgniarek pracujących w dwóch domach pomocy społecznej: w Domu Pomocy Społecznej w Białymstoku przy ul. Świerkowej oraz w Domu Pomocy Społecznej w Zaściankach. Placówki, w których przeprowadzono badania miały różny profil. Były to Domy Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku i osób upośledzonych umysłowo.

Wszystkie ankietowane były płci żeńskiej. Respondentki zapewniono o anonimowości badania oraz podano krótką instrukcję dotyczącą wypełnienia ankiety. Badanie przeprowadzono w styczniu i lutym 2008 r. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który składał się z 25 pytań (23 pytania zamknięte i 2 pytania półotwarte).

Kwestionariusz skonstruowano w oparciu o teorię wielowymiarową C. Maslach oraz teorię egzystencjalną A. Pines.

Pytania w części ogólnej dotyczyły danych pielęgniarek (płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, stażu pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza).

Pytania diagnostyczne w części zasadniczej dotyczyły 4 wiązek:

- wyczerpania emocjonalnego,
- depersonalizacji,
- obniżenia poczucia dokonań osobistych,
- egzystencjalnej.

Wyniki

Charakteryzując badaną grupę pielęgniarek oparto się na takich danych, jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, staż pracy w zawodzie.

Pierwszą przyjętą determinantą był wiek respondentek – przedstawiony w tabeli 1.

Tabela 1. Struktura wieku badanych

Przedział czasowy (lata)	Pielęgniarki
30–40	12
41–50	15
Powyżej 50	3
Razem	30

Jak przedstawia tabela 1 w grupie badanych pielęgniarek 50% stanowiły osoby w wieku 41–50 lat. Nieco mniejszą grupą (w liczbie 12) były pielęgniarki w wieku 30–40 lat. Najmniej liczną grupę, bo tylko 3 ankietowane były w wieku powyżej 50 lat.

Kolejną badaną zmienną był staż pracy w zawodzie. Wśród pielęgniarek ze stażem pracy 10–15 lat było 5 osób, najwięcej, bo aż 10 osób było ze stażem pracy 16–20 lat, 8 osób ze stażem 21–25 lat, natomiast 6 osób ze stażem 26–30 lat. Tylko 1 osoba była ze stażem powyżej 30 lat. Spośród ankietowanych pielęgniarek wyższe wykształcenie miały 2 osoby, pozostałe miały wykształcenie średnie medyczne.

Spośród całej badanej grupy 23 osoby rzadziej w ostatnim czasie odczuwały radość myśląc o pracy, a u niemal 2/3 badanych pielęgniarek praca powoduje uczucie psychicznego wyczerpania. Jako główne powody, które najbardziej obciążają psychikę podają złe stosunki międzyludzkie (atmosferę w pracy), natomiast za najbardziej stresujące sytuacje – kontakty z rodziną podopiecznego.

Na zadane pytanie: „Czy praca powoduje uczucie fizycznego wyczerpania” 18 ankietowanych odpowiedziało twierdząco, połowa badanej grupy pielęgniarek zauważyła pogorszenie swojego stanu zdrowia w ostatnim czasie. Najczęściej wymieniane dolegliwości to bóle głowy oraz bóle kręgosłupa.

Spośród wszystkich ankietowanych prawie połowa (14 osób) ma coraz mniej chęci i siły na sprostanie wymaganiom zawodowym. Podobna grupa badanych (13 osób) na pytanie: „Czy ostatnio czujesz się zbyt przytłoczona swoimi obowiązkami zawodowymi i coraz trudniej ci się z nimi uporać” odpowiedziało, że tak, a 18 ankietowanych coraz częściej czuje się zirytowana i zniecierpliwiona w pracy.

Z całej grupy badawczej niemal 2/3 uważa, że podopieczni są bardziej dokuczliwi niż kiedyś, a 50% respondentek, że podopieczni nie potrafią docenić ich zaangażowania w pracę, mimo to 22 osoby twierdzą, że są tak samo zaangażowane w pracę jak kiedyś.

Mniejsza część ankietowanych (11 osób) odnosi wrażenie, że jest niedoceniana w pracy przez przełożonych, dla 18 osób jest to podstawowe źródło samorealizacji i gdyby straciły pracę czułyby się skrzywdzone i wykorzystane, pomimo tego są tak samo zaangażowane w pracę jak kiedyś (22 osoby) oraz aż 27 ankietowanych jest zadowolona z efektów swojej pracy i tylko 5 osobom niepowodzenia w pracy powodują, że trudno im docenić inne aspekty życia.

80% badanych czuje potrzebę doksztalcania zawodowego, np. uczenie

się technik skutecznego radzenia sobie ze stresem, edukację w zakresie asertywnego komunikowania się.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Niemal 2/3 pielęgniarek odczuwa psychiczne i fizyczne wyczerpanie spowodowane pracą.
2. 50% ankietowanych zauważyła u siebie pogorszenie swojego stanu zdrowia.
3. Wśród badanych pielęgniarek 18 osób uważa, że podopieczni są bardziej dokuczliwi, natomiast połowa uważa, że nie potrafią docenić ich zaangażowania w pracy.
4. Ponad połowa badanych pielęgniarek uważa złe stosunki międzyludzkie (atmosferę w pracy) za najbardziej obciążające sytuacje w pracy, natomiast za najbardziej stresujące sytuacje – kontakty z rodziną podopiecznego.
5. Za najskuteczniejsze przedsięwzięcia ograniczające stres zawodowy około 1/3 badanych wymienia edukację w zakresie asertywnego komunikowania się, uczenie się w szkole technik skutecznego radzenia sobie ze stresem i umożliwienie korzystania z porad psychologa w miejscu pracy. Tylko 2 osoby za skuteczne uznaje tworzenie grup wsparcia w środowisku pracy.
6. Prawie wszystkie pielęgniarki, bo aż 24 osoby odczuwają potrzebę doksztalcania zawodowego.

Zjawisko wypalenia zawodowego jest nieuchronną konsekwencją destrukcji zachodzącej w psychice osób nadmiernie eksploatujących się w dawaniu siebie innym. Jest to choroba „nadmiernego zaangażowania się”. Najbardziej niezawodnym sposobem zapobiegania wypalenia zawodowego jest odpowiedni styl życia, którego naczelnym hasłem powinno być – ZWOLNIJ, PORUSZASZ SIĘ ZBYT SZYBKO!

Piśmiennictwo

1. Pines A. M. Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej, [w]: Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Sęk H. (red). Wyd Nauk PKWN. Warszawa 2000.
2. Janusz S.: Rola pielęgniarki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Nr 4, 2005.
3. <http://www.ciop.pl/5917> pobrano dnia 25.04.2008.

4. Schaufeli W., Enzmann D.: *The burnout companion to study and practice – a critical analysis*. Taylor & Francis. London 1998.
5. Karoń-Ostrowska A.: Wypalenie zawodowe, czyli o „ludziach z kryjówek”. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (2), 2005.

Spis treści

Humanistyczny wymiar śmierci

Elżbieta Krajewska-Kułak, Wojciech Kułak, Cecylia Łukaszuk, Antigoni Chadzopulu, Anna Baranowska, Barbara Jankowiak, Katarzyna Krajewska, Jolanta Lewko, Wojciech Nyklewicz, Hanna Rolka, Krystyna Klimaszewska, Dorota Joanna Kondzior, Beata Kowalewska, Krystyna Kowalczyk, Matylda Sierakowska, Agnieszka Szyszko-Perłowska, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Joanna Chilińska, Agata Gołębiwska, Krystyna Wróblewska – <i>Po drugiej stronie tęczy</i>	15
Renata Świdorska – <i>Śmierć jako próba wielkiej miłości</i>	27
Ewa Wiśniewska, Ewa Sendeczka†, Małgorzata Marcysiak – <i>Oblicza śmierci</i>	35
Grzegorz Kazberuk – <i>Śmierć w filmie fabularnym</i>	47
Zygmunt Pucko – <i>Ludyczny sposób osławiania dzieci ze śmiercią w ujęciu Kornela Makuszyńskiego</i>	67
Ks. dr Andrzej Proniewski – <i>Godność osoby cierpiącej i umierającej</i> . .	77
Hanna Rolka – <i>Choroba jako zmiana w biegu życia</i>	91
Antigoni Chadzopoulou, Elżbieta Krajewska-Kułak, Eleni Theodosopoulou, Irena Wrońska, Wojciech Kułak, Cecylia Łukaszuk – <i>Tajemnice Anastenariów</i>	95
Krzysztof Sobczak – <i>O pocieszeniu, jakie daje śmierć</i>	109
Agata Gołębiwska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Barbara Jankowiak, Wojciech Kułak, Krystyna Wróblewska, Beata Kowalewska, Joanna Chilińska, Hanna Rolka, Krystyna Klimaszewska, Krystyna Kowalczyk, Cecylia Łukaszuk – <i>Czy przegrała mecz życia?</i>	121
Emilia Kramkowska, Małgorzata Halicka – <i>Śmierć – temat tabu współczesnego świata?</i>	131

Ks. Adam Skreczko – <i>Śmierć jako sprawdzian dla żyjących</i>	141
Jan Iwaszczyszyn, Agnieszka Kwiecińska, Anna Kliś-Kalinowska, Izabela Chmiel, Maria Ogarek – <i>Cierpienie psychiczno-duchowe chorego na tle sporu o kształt bioetyki</i>	151
Jan Iwaszczyszyn, Agnieszka Kwiecińska, Anna Kliś-Kalinowska, Izabela Chmiel, Maria Ogarek – <i>Modele wzajemnych relacji lekarz–chory na tle różnych postaw etyczno-filozoficznych</i>	157
Agata Janaszczyk – <i>Przyczynek do aporematycznego ujęcia fenomenu śmierci w wybranych elementach dyskursu etyczno-społecznego na przykładzie problematyki eutanatycznej</i>	163
Jolanta Olszewska, Aleksandra Gaworska-Krzemińska, Agnieszka Czerwińska, Jarosław Olszewski, Justyna Kamińska, Beata Frankowicz-Gasiuł, Marzena Zydorek – <i>Współczesne postawy położnych wobec aborcji jako problemu etycznego</i>	175
Małgorzata Rutkowska – <i>Etyczna ocena transplantologii</i>	189
Hanna Rolka, Helena Mroczkowska, Cecylia Łukaszuk, Elżbieta Krajewska-Kułał, Katarzyna Ostapowicz-Vann Damme, Beata Kowalewska, Agata Gołębowska, Barbara Jankowiak, Dorota Joanna Kondzior, Krystyna Klimaszewska, Krystyna Kowalczyk – <i>Przez śmierć ofiarowanie daru życia – opinie studentów kierunku zarządzanie i marketing PWSI i P w Łomży na temat przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych</i>	201

Psychoonkologia

Jacek Łuczak – <i>Cierpienie duchowe a somatyczne u chorych w schyłkowym okresie życia</i>	213
Iwona Pieniążek, Anna Kliś-Kalinowska, Izabela Chmiel, Jan Iwaszczyszyn, Zofia Musiał, Bogumiła Baran-Osak, Iwona Fąfara – <i>Psychologiczne aspekty osierocenia i żałoby w opiece paliatywnej</i>	219
Krystyna Wróblewska, Anna Chojnowska, Elżbieta Krajewska-Kułał, Joanna Chilińska, Marian Jaszewski, Barbara Jankowiak, Ewa Sieniawska, Małgorzata Góralczyk – <i>Postawy rodzin wobec śmierci i umierania najbliższych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży</i>	229

Agata Wojcierowska, Agnieszka Renn-Żurek, Maria Dziedziczak-Buczyńska, Barbara Barczyńska – <i>Doświadczenie wartości cierpienia u osób terminalnie chorych</i>	239
Małgorzata Zagroba, Grzegorz Staśkiewicz, Joanna Zielińska, Ewa Sendecka† – <i>Wpływ choroby nowotworowej na zmiany zachowań w rodzinie w opinii pacjentów</i>	253
Agnieszka Pietrzyk, Sebastian Lizińczyk – <i>Spoglądanie w oczy śmierci. Co się wtedy dzieje z kontrolą życia, uczuciami i jakością życia pacjentów z zaawansowanym rakiem?</i>	263
Krystyna Kurowska, Magdalena Zajac – <i>Zapotrzebowanie na relacje wspierające a orientacja życiowa osób chorych na choroby nowotworowe</i> .	275
Krystyna Kurowska, Magdalena Zajac – <i>Opiekun osoby chorej terminalnie jako podmiot troski terapeutów</i>	287
Zofia Musiał, Anna Kliś-Kalinowska, Izabela Chmiel, Grażyna Puto, Bogumiła Baran-Osak, Iwona Pieniążek, Jan Iwaszczyszyn – <i>Problemy opiekunów osób terminalnie chorych</i>	299
Iwona Kluczek, Andrzej Krupienicz – <i>Reakcje emocjonalne pielęgniarek z powodu śmierci pacjenta i sposoby redukcji doświadczanego stresu na podstawie badań własnych</i>	307
Mirosława Kram, Andrzej Kurylak, Jolanta Czajkowska-Fesio, Alicja Przybysz, Ewa Barczykowska, Aneta Zreda-Pikies, Mariusz Wysocki – <i>Lekarze, pielęgniarki i rodzice wobec śmierci dziecka z chorobą nowotworową</i>	317
Grażyna Stadnicka, Grażyna Iwanowicz-Palus, Mariola Kicia – <i>Psychospołeczne aspekty opieki nad pacjentką z nowotworem narządu rodnego w terminalnej fazie choroby</i>	327
Bożena Kirpsza, Renata Sierzantowicz, Katarzyna Łagoda, Hanna Bachórzewska-Gajewska – <i>Rola pielęgniarki we wsparciu psychicznym pacjenta z rakiem jelita grubego</i>	337
Krystyna Kurowska, Magdalena Zajac – <i>Stres w domowej opiece paliatywnej – strategie radzenia sobie ze stresem u osób z nowotworem w trakcie terapii</i>	347

Beata Dobrowolska, Tomasz Cuber, Zofia Kostrzanowska, Dorota Kozak, Joanna Girzelska, Violetta Mianowana – <i>Opieka nad umierającym pacjentem a stres zawodowy realizujących ją pielęgniarek i lekarzy</i>	359
Magdalena Lewicka, Magdalena Bąk, Anna Wiktor-Stoma, Katarzyna Kanadys, Irena Wrońska, Henryk Wiktor – <i>Ocena poziomu depresji u kobiet leczonych operacyjnie</i>	369
Dorota Joanna Kondzior, Beata Krysiewicz, Elżbieta Krajewska-Kułałak, Krystyna Kowalczyk, Krystyna Klimaszewska, Katarzyna Ostapowicz Van-Damme, Cecylia Łukaszuk, Beata Kowalewska, Hanna Rolka, Barbara Jankowiak – <i>Zespół wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej</i>	381

Numer IV tomu: ISBN 978-83-89934-34-5