

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

prof. dr hab. n. med Elżbiety Krajewskiej-Kułak

dr n. med. Cecylii Reginy Łukaszuk

dr n. med. Jolanty Lewko

Tom VIII

W drodze do brzegu życia

Tom VIII

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom VIII

Praca zbiorowa pod redakcją
Prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak
Dr n. med. Cecylii Reginy Łukaszuk
Dr n. med. Jolanty Lewko

Białystok 2011

Recenzenci:
Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Dr hab. n. med. Marek Szczepański

ISBN 978-83-89934-14-7
Tom VIII: ISBN 978-83-89934-66-6

Wydanie I
Białystok 2011

Opracowanie graficzne:
Agnieszka Kułak

Skład i łamanie:
Stanisław Żukowski

Druk:
„Duchno” Piotr Duchnowski, 15-548 Białystok, Zaścianańska 6

*Tolerancja jest to gotowość przyznania
przedstawicielowi innego światopoglądu
tej samej dozy inteligencji i dobrej woli,
co sobie*

Karl Rahnel

Szanowni Państwo!

Kolejny tom monografii *W drodze do brzegu życia* jest zbiorem prac przedstawicieli różnych dziedzin nauki i sztuki, zachęcających czytelnika do przemyśleń o umieraniu i śmierci, o problemach bioetyki i wielokulturowości w medycynie...

Nie wstydz się, że chcesz, by Cię nauczano, czego nie wiesz. Chwałą jest wiedzieć coś, wstydem – nie chcieć niczego się nauczyć (Disticha Catonis, Liber IV,29).

W związku z tym, w tomie VIII poruszane są tematy najbardziej dramatyczne, najbardziej intymne i mamy nadzieję, że można w nim znaleźć odpowiedź na wiele trudnych pytań.

Czym jest eutanazja? Czy jest to pozbawienie człowieka decyzji na temat tego, czy chce żyć? Czy jest litością dla człowieka, czy czymś, co jest karygodne? Czy lekarz powinien umożliwić śmierć choremu, gdy sam chory podejmie taką decyzję o własnej śmierci? Czy rację ma Maria Szyszkowska twierdząc, że *prawne zezwolenie na eutanazję nikogo nie zmuszałoby do jej popełnienia, bo możliwość nie jest przymusem*, czy Ryszard Fenigsen uważając, że *samobójstwo i „dobrowolna eutanazja” nie są spełnieniem absolutnej wolności człowieka, ale wolność tę zabijają, a tylko ktoś, kto żyje może być wolny. Umarły jest całkowicie i na zawsze wszelkiej wolności pozbawiony?*

Czy jesteśmy tolerancyjni?

Czy prawdziwe są słowa Nemer Ibn El Baruda *w świecie nie istnieje cień, który byłby bardziej cieniem od innych*, czy też słowa Wiechowskiego *Nie będzie w Polsce wolności, postępu ani tolerancji, dopóki się nie wytlucze 30 milionów katolików, prawicowców i innych faszystów?*

Jak daleko sięga nasza tolerancja?

Czy akceptujemy ludzi o innym ubarwieniu skóry, odmiennej orientacji seksualnej, innej religii, czy subkultury?

Mamy nadzieję, że dzięki treściom zawartym w tomie VIII monografii stworzymy przedstawicielom różnych dziedzin nauki i sztuki okazję do dialogu i możliwości poznania opinii lekarza i filozofa, duchownego i artysty, dziennikarza i pielęgniarki, socjologa i położnej, chorego i pedagoga, psychologa i rodziny chorego.

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Dr n. med. Cecylia R. Łukaszuk

Dr n. med. Jolanta Lewko

Recenzja wydawnicza tomu VIII *W drodze do brzegu życia*

Przedłożona mi do recenzji monografia pt.: *W drodze do brzegu życia* tom VIII pod redakcją prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kuślak, dr n. med. Cecylii Reginy Łukaszuk, dr n. med. Jolanty Lewko, to opracowanie zbiorowe, które powstało przy udziale doświadczonego zespołu naukowo-dydaktycznego z wiodących ośrodków akademickich w kraju i w Europie.

Składa się z czterech rozdziałów: Problemy bioetyczne w medycynie, Problemy wielokulturowości w medycynie, Zagrożenia zawodowe oraz Edukacja/Edukacja zdrowotna, łącznie 34 podrozdziały.

Wiodącą problematyką tego tomu są wybrane problemy z szerokorozumianych problemów bioetyki w medycynie, w tym z zakresu bólu, cierpienia, eutanazji i transplantologii.

Poruszana jest także bardzo ważna tematyka związana z problemami wielokulturowości w medycynie.

Opracowanie zawiera szereg ważnych przemyśleń i refleksji, co jednoznacznie wskazuje, że nie można oddzielić humanistyki od medycyny.

Tom VIII jest kontynuacją cyklu monografii pod jednobrzmiącym tytułem, ma charakter nowatorski, napisana jest w oparciu o aktualną, dobrze dobraną literaturę.

Przedłożoną mi do recenzji monografię oceniam w pełni pozytywnie pod względem merytorycznym oraz edytorskim.

Będzie ona z pewnością cennym źródłem wiedzy dla profesjonalistów z zakresu nauk medycznych oraz dziedzin pokrewnych, a także studentów kierunków medycznych.

*Prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii
UMK CM w Bydgoszczy*

Recenzja wydawnicza tomu VIII *W drodze do brzegu życia*

Z dużym zainteresowaniem skupiłem się nad poszczególnymi podrozdziałami VIII tomu monografii pod redakcją prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk, dr n. med. Cecylii Reginy Łukaszuk, dr n. med. Jolanty Lewko pt. *W drodze do brzegu życia*, poświęconej najtrudniejszym zagadnieniom związanym z opieką medyczną.

Monografia składa się z czterech rozdziałów: Problemy bioetyczne w medycynie, Problemy wielokulturowości w medycynie, Zagrożenia zawodowe oraz Edukacja/Edukacja zdrowotna.

Szczególnie interesujące są podrozdziały poświęcone problemom bioetycznym, ze zwróceniem uwagi na zagadnienia sztarpane, klasyczne, do których należą problemy eutanazji, uciążliwej długotrwałej terapii, czy pobierania narządów do transplantacji. Bioetyka, jako odrębna dyscyplina naukowa ma już 40-letnią historię, rozwija się szczególnie dynamicznie w ostatnim dwudziestoleciu, zwiększając w kolejnych latach krąg dyskutowanych problemów. Ten właśnie rozwój bioetyki zauważa się również w zagadnieniach, które są poruszane w monografii.

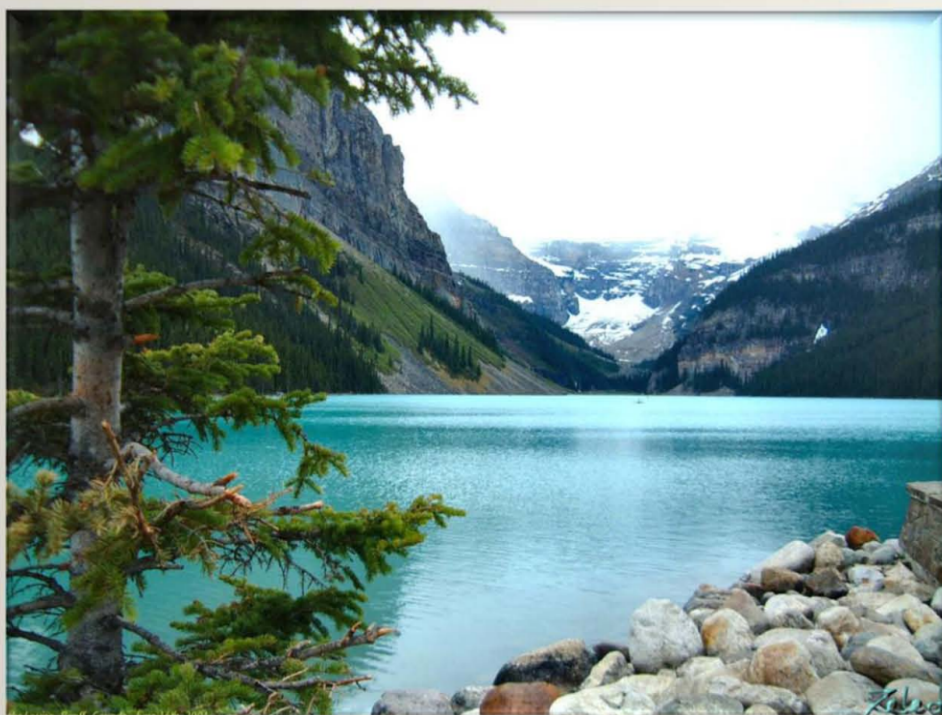
Rozwój nauk medycznych, możliwości diagnostycznych pozwala na podjęcie wyzwań i leczenie pacjentów, którym jeszcze kilka lat temu nie dawano żadnych szans nie tylko na zdrowie, ale również na przeżycie. Ten niewątpliwy postęp rodzi jednak nowe problemy, z którymi muszą zmierzyć się osoby sprawujące opiekę nad ciężko chorymi pacjentami. Decydowanie o momencie zakończenia uciążliwej terapii, zakresie opieki paliatywnej, resuscytacji noworodka urodzonego na granicy przeżycia pozostawia zawsze ślad w psychice osoby, która podejmuje taką decyzję.

Lektura tej interesującej monografii nie tylko skłania do refleksji, inspiruje, ale też pozwala zdobyć nową wiedzę niezwykle pomocną w codziennej, często wypalającej pracy.

Na podkreślenie zasługuje również dostrzeżenie najnowszych problemów bioetycznych wynikających ze złożonych relacji międzyludzkich w społeczeństwach wielokulturowych. Współistnienie różnych grup społecznych wyznających różne systemy normatywne, poglądy filozoficzne czy religijne wymaga poszanowania godności każdego człowieka. Stąd poruszenie w monografii problemów związanych z godnością człowieka w cierpieniu, bólu, chorobie, poszanowaniu prawa do bycia innym, jest szczególnie ważne.

dr hab. n. med. Marek Szczepański
Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

PROBLEMY BIOETYCZNE W MEDYCYNIE



Ks. Bogusław Block fDP¹, Iwona Niewiadomska¹

Dynamika wewnętrznej walki zmagającego się z rakiem Hioba XXI wieku – analiza psychologiczna

„Nie mamy wpływu na długość życia,
ale mamy wpływ
na jego szerokość i głębokość.”

M. J. Taylor

Księga Hioba powstała ok. 400 lat przed Chr. Podejmuje jednak zagadnienia, które mimo upływu czasu nic nie straciły ze swojej aktualności. Do dziś u wielu osób choroba nowotworowa budzi lęk i przerażenie. Sytuacja psychospołeczna, w jakiej znalazł się Hiob bardzo przypomina sytuację chorych terminalnie. Podobnie jak Hiob dotknięty nieuleczalną chorobą, tak współcześnie chorzy terminalnie stawiają często te same – trudne pytania, jakie postawił Hiob wprawiając w zakłopotanie osoby próbujące nieść ulgę choremu. Księga Hioba przedstawia dramat zmagania się niewinnie cierpiącego człowieka. Historia Hioba stanowi próbę rozwiązania dręczącego ludzkość problemu – cierpienia człowieka sprawiedliwego, który stracił wszystko oprócz wiary i życia, jednak nie załamuje się. W sposobie przeżywania swojego cierpienia pomaga mu jego wiara – system przekonań, system wartości, w które głęboko wierzy. Próbując przedstawić zmiany w systemie wartości człowieka chorego terminalnie można przyjrzeć się procesowi dojrzewania wiary Hioba, która ulega zasadniczym przemianom pod wpływem narastającego i długotrwałego cierpienia.

Prezentowana analiza psychologiczna fragmentów Księgi Hioba jest próbą odpowiedzi na następujące pytania: Jaka jest wzajemna relacja między narastającym cierpieniem a zmianami systemu wartości człowieka chorego terminalnie? W jaki sposób cierpienie dynamizuje zmiany systemu wartości człowieka umierającego? W jaki sposób zmiany zachodzące w systemie wartości wpływają na sposób przeżywania cierpienia? Jakie znaczenie ma empatia osób towarzyszących w łagodzeniu cierpienia i pokonywaniu dylematów egzystencjalnych w procesie umierania?

¹ Instytut Psychologii KUL

I. Cierpienie człowieka o zintegrowanym systemie wartości

Obsypał Hioba trąd od stóp aż do wierzchu głowy. Hiob wziął więc skorupę, by się nią drapać siedząc na gnoju. Rzekła mu żona: jeszcze trwasz mocno w swej prawości? Złorzecz Bogu i umieraj! Hiob jej odpowiedział: mówisz jak kobieta szalona. Dobro przyjęliśmy z rąk Boga. Czemu zła przyjąć nie możemy? (Hb 2, 7–10).

Chociaż żona odeszła i Hiob został sam w swoim cierpieniu, to w imię wiary nie złorzeczy Bogu i nie odrzuca swego losu. Początkowo chory nie doświadcza osamotnienia duchowego, któremu może towarzyszyć depresja, poczucie winy, lęk, gniew, agresja, rozczarowanie lub poczucie nieszczęścia. Dzięki zintegrowanemu systemowi wartości chory nie doświadcza osamotnienia (Seramat 1978, 1980; Rokach 1988). Wiara czyni Hioba świadomym własnych ograniczeń, ale nasilanie się objawów choroby w warunkach pozbawiających godności i oddzielenia od bliskich powoduje stopniowy wzrost osamotnienia (Rokach 1984–85 s. 229–230). Hiob przeżywając osamotnienie w cierpieniu przechodzi od postawy „być” związanej z realizacją własnych potencjalności i umiejętnością przyjęcia utraty tego, co do tej pory było najbardziej bliskie do postawy „mieć”, którą charakteryzuje poczucie „rzucenia na pastwę losu” oraz bierność wobec zaistniałych wydarzeń (Makselon 1996, s. 62–66).

Obserwatorami zmian zachodzących w psychice chorego są przyjaciele, którzy przybyli, aby go pocieszać, ale widok rzeczywistego cierpienia skłania ich do głębokiego milczenia.

Usłyszeli trzej przyjaciele Hioba o wszystkim, co na niego spadło... Porozumieli się, by przyjść, boleć nad nim i pocieszać go. Skoro jednak spojrzeli z daleka, nie mogli go poznać. Podnieśli swój głos i zapłakali. Każdy z nich rozdarł swe szaty...Siedzieli z nim na ziemi siedem dni i siedem nocy, nikt nie wyrzekł słowa, bo widzieli ogrom jego bólu (Hb 2, 11–13).

II. Cierpienie człowieka, który przeżywa dezintegrację systemu wartości

Przyjaciele czekali aż Hiob w bólu zaczął przeklinać dzień swojego urodzenia: *Po co się daje życie strapionym, istnienie złamanym na duchu, co śmierci czekają na próżno, szukają jej bardziej niż skarbu w roli, cieszą się, skaczą z radości, że doszli do grobu. Człowiek swej drogi jest nieświadomy. Bóg sam ją przed nim zamyka. Płacz stał mi się pożywieniem. Jęki moje płyną jak woda, bo spotkało mnie czegom się lękał, bałem się, a jednak przyszło. Nie znam spokoju ni ciszy, nim spocznę, już wrzawa przychodzi (Hb 3, 20–26).*

W rozmowie z przyjaciółmi Hiob nie jest już tym samym człowiekiem, który na początku choroby godzi się ze swoim losem. Narastanie cierpienia powoduje, że nastąpiło u chorego załamanie systemu wartości, które pomagał przeciwstawić

się bólowi. Hiob jawi się jako człowiek pokonany przez los. Obserwując żal i gniew chorego, przyjaciele próbują go pocieszyć stosując różne strategie.

Pierwsza strategia pocieszania – zawstydzanie:

Tyś przecież wielu pouczał, wzmacniałeś omdlałe ręce, twe słowa krzepiły słabych, wspierałeś kolana zachwiane. Gdy teraz przyszło na ciebie, tyś słaby, strwożony, gdy ciebie dotknęło. Czy bogobojność już nie jest twą ufnością, a nadzieją – doskonałość dróg twoich (Hb 4, 1–6).

Druga strategia pocieszania – próby racjonalnego wytłumaczenia cierpienia:

Przypomnij, czy zginął kto prawy? Gdzie sprawiedliwych zgładzono? O ile wiadomo, złoczyńca, który sieje nieprawość, zbiera z niej plon (Hb 4, 7–8).

Hiob, mimo ogromu bólu i załamania systemu wartości, nie przyjmuje pocieszeń wypowiedzianych przez przyjaciół, ponieważ nie zgadza się z istnieniem związku przyczynowego między własnym postępowaniem a nieszczęściami, które na niego spadły. Słowa pocieszenia doprowadzają Hioba do gorzkiej refleksji, że zdrowi przyjaciele obawiają się cierpienia (*przeraża was moje nieszczęście* – Hb 6, 21).

Powstaje pytanie, dlaczego osoby będące blisko cierpienia doświadczają lęku? Być może przerażenie wynika z faktu, że w świadomości osób stykających się z cierpieniem świat zaczyna jawić się w sposób o wiele bardziej skomplikowany, nie tak bardzo racjonalny, a przebywanie blisko śmiertelnej choroby budzi niepokój – rozbija precyzyjne racje filozoficzne dotyczące przyczyn cierpienia (Żychiewicz 1986, s. 384).

Słowa przyjaciół nie przyniosły ulgi, cierpiący coraz bardziej pograża się w rozpacz, co potwierdzają słowa: *Bo wy zmyślacie oszustwa, lekarze nic nie warcie. Gdybyście chcieli zamilknąć, byłby to znak roztropności (Hb 13, 4–5).* Kontakt Hioba z przyjaciółmi znowu nie przyniósł ulgi w cierpieniu. Pogłębia się przepaść między nim a światem zewnętrznym. Chory zamyka się jeszcze bardziej w swoim bólu i osamotnieniu. Podejmuje dialog z Bogiem, stawia pytania pełne goryczy i wyrzutów: *Czas leci jak tkackie czółenka i przemija bez nadziei. Czy wzrok swój kiedyś odwrócisz? Pozwól mi choćby ślinę przelknąć. Zgrzeszyłem. Cóż mogłem Ci zrobić? Przecież człowieka przenikasz. Dlaczego na cel mnie wziąłeś?... Czemu to grzechu nie zgładzisz? (Hb 7, 19–21).* Przeżywając cierpienie pozbawione sensu, wartości i nadziei Hiob jest podobny do zwierzęcia osaczonego w pułapce.

Obserwując jego stan, przyjaciel podsuwa kolejną strategię – **pokutę za własne postępowanie**: *Radzę do Boga się zwrócić, o łaskę do Wszechmocnego. Jeśliś jest czysty, niewinny, to czuwać będzie nad tobą (Hb 8, 5–6).* Argument przyjaciela jeszcze bardziej pograża Hioba w pułapce cierpienia pozbawionego jakiegokolwiek sensu: *Tylko czyhałeś na mój grzech, nie chcesz mnie uwolnić od winy (Hb 10, 14).* Skargi Hioba zwiększają dystans między nim i otoczeniem. Przyjaciele oskarżają

go próbując bronić własnej wizji świata, w którym dobro jest zawsze wynagradzane, a zło powoduje doraźną karę. Taka wizja świata jest związana z utrzymaniem poczucia bezpieczeństwa, ponieważ nic złego nie może spotkać ludzi pobożnych i sprawiedliwych. Przyjaciele, którzy mieli pocieszyć Hioba zaczynają go straszyć, karcąc, obrzucać klątwami, odpychać od siebie: *Twoja nieprawość uczy cię mówić, używasz języka bluźnierców. Nie ja – twoje usta cię potępią, twoje wargi są świadkami przeciw tobie* (Hb 15, 5–6).

Analizując relacje między Hiobem i jego przyjaciółmi można stwierdzić, że istnieje między nimi bariera niezrozumienia. Cierpienie chorego nie jest w stanie zburzyć uporządkowanej i bezpiecznej wizji świata człowieka zdrowego. W przedstawionym kontakcie chory – zdrowy następuje zaburzenie potrzeby intymności, które polega na bliskości bez obecności, na bezpośrednim sąsiedztwie bez kontaktu, na zażyłości bez uczucia. Prawdopodobną przyczyną zaburzonego kontaktu z chorym jest brak empatii, przykładanie ludzkiej miary sprawiedliwości w poszukiwaniu sensu cierpienia i lęk przed śmiercią (McGraw 1991 s. 156). Będąc zupełnie osamotnionym, nie zwracając uwagi na obecność ludzi, nie mogąc zrozumieć sensu zaistniałej choroby, doświadczając zwątpienia traconej nadziei (*drzewo ma jeszcze nadzieję, bo ścięte na nowo wyrasta... Gdzie będzie człowiek, gdy zginie?* Hb 14, 7–10), Hiob znowu zaczyna rozmawiać z Bogiem, prosząc jedynie o ulgę w bólu fizycznym i zmniejszenie lęku: *Uczyń mi tylko dwie rzeczy... odejmij ode mnie Twą rękę i spraw, bym nie bał się Ciebie* (Hb 13, 20–21).

III. Cierpienie człowieka przeżywającego wyczerpanie psychiczne

Pogłębiające się cierpienie i brak zrozumienia u innych doprowadza Hioba do smutnej rezygnacji, którą oddają słowa: *Dokąd mnie dręczyć będziecie i gnębić waszymi słowami... Wiedźcie, że Bóg mnie pognębił, swe sieci rozstawił wokóło... Pozbawił mnie całkiem godności... Nadzieję mi podciął jak drzewo* (Hb 19, 1–10).

Na tym etapie choroby, gdy wciąż wzrasta cierpienie i lęk, gdy nie można znaleźć oparcia w sobie, ponieważ rozpadł się system wartości ukształtowany u zdrowego człowieka, Hiob został sam, w związku z tym dokonuje kolejnego wyboru egzystencjalnego w procesie umierania – biernie poddaje się chorobie (Makselon 1996, s. 62–63).

Osobę umierającą bardzo trudno przekonać do jakiegokolwiek aktywności, ponieważ zamyka się ona we własnej słabości i braku chęci do kontaktów ze światem. Chory często czuje się jak przedmiot. Umierający boi się, bo coraz mniej rozumie, wycofuje się z aktywności, zawęży się pole doznań psychicznych, uaktywnia myślenie życzeniowe albo magiczne, a wołanie o uśmiercenie jest krzykiem rozpaczki, poczucia beznadziejności i braku możliwości pokonania zła. Postępująca choroba wyrzuca człowieka z kręgu codziennych spraw i zamyka go w matni zacieśniającej się nocy, której nie odsunie żadne lekar-

stwo ani zabieg chirurga. Ta postać osamotnienia w umieraniu jest bezwzględna próbą człowieczeństwa, o której zdrowi niewiele wiedzą, ponieważ w takich chwilach zamyka się także możliwość komunikowania przeżyć chorego. Niewielu może wypowiedzieć osobistą wizję śmierci, która jest tylko milczeniem (Szczepański 1988, s. 310).

Monolog cierpienia Hioba znowu przerywają jego przyjaciele ponowną próbą pomocy. Wypowiadane słowa mają przynieść ulgę poprzez zrozumienie sensu życia w obliczu zbliżających się kolejnych strat i równoczesnego dojrzewania do śmierci (Łuczak 1997, s. 82). Jeden z nich wymienia fałszywe grzechy Hioba, próbując nimi wytłumaczyć nieszczęście zesłane przez Boga. Myślenie przyjaciela sprowadza się do tezy, że lepsze jest oszczerstwo niż zatrzymanie się u progu tajemnicy (Żychiewicz 1986, 395).

IV. Cierpienie człowieka z wtórnym zintegrowanym systemem wartości

Cierpienia Hioba są dla niego tajemnicą, a obroną przed atakiem przyjaciół jest jego sumienie, potwierdzające wiarę w sensowność świata: *Oto są ślady dróg Jego; jak mało o nim się słyszy! Któż zdoła pojąć ogrom Jego mocy* (Hb 26, 14)? Hiob w swoim cierpieniu, czując się poniżonym bez winy, przeżywając depresję nie umie pozbyć się wiary w mądry porządek wszechrzeczy. Chory nie wie, dlaczego przydarzyła mu się krzywda, doświadcza cierpienia. Nie dostrzega logicznego związku między tym, w co wierzy a realną sytuacją, ale pozbywa się lęku przed przyszłością (Żychiewicz 1986, 397–398). Zawierzenie Stwórcy świadczy o tym, że Hiob na tym etapie choroby znowu rozwiązał ważny dylemat egzystencjalny: Zaufać Bogu czy zdać się na fatum? (Makselon 1996, s. 63–64).

Człowiek umierający nie przechodzi obojętnie wobec religii. W takiej sytuacji albo całkowicie odrzuca wiarę, albo dokonuje zasadniczych przewartościowań dotychczasowego życia religijnego. System wartości, w którym występuje zaangażowanie religijne umożliwia akceptację przemijania, zwiększa aprobatę śmierci jako sytuacji sakramentalnej, pomaga również uporządkować wymiary czasowe ludzkiego życia z tego względu, że rozgrzesza przeszłość, teraźniejszemu cierpieniu nadaje wartość ofiary, natomiast na przyszłość budzi nadzieję.

Przewyciężenie fatalistycznego podejścia do cierpienia i umierania powoduje zmniejszenie bierności i rezygnację z rozbudowanych mechanizmów obronnych w postaci zaprzeczania, ucieczki lub regresji, których wynikiem jest odwracanie się zarówno od życia, jak i od śmierci. Dzięki zawierzeniu Hiob wtórnym integruje system wartości i znowu przyjmuje postawę „być” w doświadczaniu cierpienia. Wtórnie zintegrowany system wartości Hioba łagodzi lęk przed umieraniem, ponieważ przez śmierć, która stanowi połączenie ze Stwórcą następuje spełnienie miłości człowieka do Boga (Szczepański 1988, s. 302).

Sens cierpienia w wymiarze eschatologicznym jest złączony z istotą Boga i naturą wszechświata, ponieważ człowiek stworzony przez Boga jest jego częścią. Człowiek, jako byt przygodny (śmiertelny, o ograniczonych możliwościach poznania) nie potrafi bez Stwórcy zrozumieć sensu swojego istnienia, nie może również bez Boga zrozumieć sensu własnego cierpienia. Bez wiary pozostaje niczym nie wypełnione milczenie.

Rozwiązanie dylematu egzystencjalnego, który polega na zaufaniu Stwórcy sprowadza się do uzyskania nadziei w sytuacji, gdy powstaje pytanie: Dlaczego podejrzewasz, że twoje cierpienie jest rzeczą ostatnią? Odpowiedź sprowadza się do uzyskania nadziei eschatologicznej. Gdy w chorym uciwnie rozpacz, to może spostrzec, że ład we wszechświecie dotyczy również ludzkiego cierpienia (Żychiewicz 1986, 406–407). Odpowiedź Hioba: *Wiem, że Ty wszystko możesz, co zamýślasz, potrafisz uczynić... Dotąd znałem Cię ze słyszenia, obecnie ujrzalem Cię wzrokiem* (Hb 42, 1–5) sugeruje, że nadzieja w chorobie terminalnej jest wyrazem „powtórnego narodzenia”, które jest określane jako nawrócenie lub odnowienie swoich związków z wiarą niegdyś porzuconą.

Nawrócenie religijne może być procesem stopniowym lub nagłym, w wyniku którego rozbite i nieszczęśliwe „ja” staje się zjednoczone, świadomie prawe i szczęśliwe dzięki silnemu oparciu na religijnej rzeczywistości (Tobacyk 1989, s.235). Nawrócenie religijne oznacza konieczność zmiany całej postawy życiowej człowieka. W sytuacji dotkliwego cierpienia motywacja do nawrócenia wyrażana jest słowami: „proszę, pomóż mi”. Jeśli jednak dalszy ciąg apelu brzmi: „nie zmieniaj mnie”, to takie wołanie nie wystarcza, aby przeżyć faktyczną przemianę i porzucić mechanizmy obronne, ponieważ nie wyraża ono koniecznej gotowości do spotkania z Bogiem (Jaworski 1999, s. 48). Hiob osiąga dojrzałość wiary religijnej, która zajmuje centralne miejsce w jego osobowości, tym samym konstytuuje jego światopogląd i hierarchię wartości. Taki system przekonań może pełnić rolę „jednoczącej filozofii życia”, która pomaga przezwyciężyć sytuację trudną, wywołaną np. chorobą terminalną. Taka filozofia życia stanowi strukturę względnie stałą i ma charakter dynamiczny (Płużek 1991, s. 59).

Badania Tobacyka (1989, s. 241) pokazują, że przeżycie religijnego nawrócenia ma charakter centralnej reorganizacji osobowości, zapewnia większe nasilenie samoświadomości i poczucia sensu życia. Dopiero na poziomie głębszego rozwoju świadomości, silniejszych związków uczuciowych i rozwoju hierarchii wartości dochodzi do odczuwania akceptacji własnej śmierci. Osoby towarzyszące śmierci muszą również odczuwać niepowtarzalność związków z umierającym człowiekiem, muszą w sposób nieobojętny zetknąć się z wartością odchodzenia z tego świata, aby zagadnienie sensu życia stanęło przed nimi z całą wyrazistością.

Podsumowując można stwierdzić, że dynamika systemu wartości bohatera Księgi Starego Testamentu przebiega w 4 fazach:

- **Faza I – istnienie zintegrowanego systemu wartości**, dzięki któremu Hiob posiada subiektywną możliwość odpowiedzi na temat praw rządzących wszechświatem, istoty człowieka, posiada własną tożsamość, hierarchię wartości i perspektywy rozwojowe.
- **Faza II – dezintegracja systemu wartości**, spowodowana coraz większym zagrożeniem życia, istotnych potrzeb, zburzeniem związków interpersonalnych. Występujące zagrożenie śmiercią i pogłębiające się cierpienie stawia pod znakiem zapytania indywidualny sens życia, wypracowaną hierarchię wartości i życiowe cele. Pojawiają się wciąż nowe trudności i nowe pytania, na które Hiob uporczywie szuka odpowiedzi.
- **Faza III – wyczerpanie psychiczne**, które powstaje wówczas, gdy Hioba zawiodły wszystkie próby przeciwdziałania cierpieniu oraz brak sensownych odpowiedzi na dręczące go pytania egzystencjalne. Chory czuje się bezradny, wyczerpany, silniej doświadcza dolegliwości somatyczne, ogarnia go poczucie beznadziejności.
- **Faza IV – wtórna integracja systemu wartości**, związana z pozytywnym rozwiązaniem egzystencjalnych sprzeczności, dzięki czemu Hiob osiągnął wyższy poziom dojrzałości psychicznej, wyrażającej się w reinterpretacji porządku wszechświata, sensu istnienia i umierania oraz umocnieniu nadziei.

V. Wnioski. Empatia osób towarzyszących choremu terminalnie jako sposób pomocy w przewyciężaniu cierpienia

Powstaje pytanie, czy ludzie, którzy przyszli towarzyszyć Hiobowi byli jego przyjaciółmi? Żaden z nich nie obmył mu ciała pokrytego trądem. Żaden z nich nie położył mu ręki na głowie i nie pozdrowił go. Żaden z nich nie zapłakał nad losem Hioba. T. Żychiewicz (1986, s. 387) charakteryzując przyjaciół Hioba konkluduje, że są to ludzie z zaspokojoną potrzebą bezpieczeństwa, których nie stać na zrozumienie i empatię. Dla potwierdzenia własnego bezpieczeństwa sądzą człowieka nieszczęśliwego tłumacząc mu to, czego nie można wytłumaczyć. Przyjaciele ci przychodzą z przeświadczeniem, że Bóg nie ma sekretów ani tajemnic.

W kontekście teorii dezintegracji pozytywnej sformułowanej przez K. Dąbrowskiego można stwierdzić, że zaburzenia relacji intymności w kontakcie z chorym wynikają z poziomu integracji osobowości ludzi towarzyszących cierpiącemu:

- U osób na poziomie integracji pierwotnej występuje lęk przed chorym i chorobą, gdyż człowiek jest nakierowany na zaspokajanie swoich potrzeb, nie pyta o cel życia i sens cierpienia; jego myśleniem i postępowaniem kierują silne popędy. Kontakt z chorym jest doświadczeniem bolesnym. Osoba chce uciec od cierpienia, rzadko kontaktuje się z człowiekiem dotkniętym śmiertelną chorobą (Dąbrowski 1989, s. 34).

- U osób na poziomie dezintegracji jednopoziomowej występuje podejrzliwość i niechęć do ludzi. Postawa ta wynika z występowania ambiwalencji i ambivalentencji, sprzeczności w poglądach, zmienności nastrojów, braku jasnej hierarchii wartości. Przeżywane stany doprowadzają do oscylacji między skrajnościami w stosunku do choroby i cierpienia, które przyczyniają się do konfliktów w relacji z chorym (Dąbrowski 1989, s. 35).
- U osób funkcjonujących na poziomie dezintegracji wielopoziomowej występuje duże napięcie psychiczne i negatywny stosunek do siebie. Wymienione cechy mogą powodować powstawanie depresji i przypisywanie sobie winy za cierpienie drugiej osoby (Dąbrowski 1989, s. 35).
- U osób, która funkcjonują na poziomie integracji wtórnej, występuje zdolność do refleksji i empatii. Pojawia się gotowość pomocy w stosunku do innych. Empatia człowieka zdrowego jest w harmonii z „ty” człowieka chorego. Przejawia się coraz częściej i wyraźniej filozofia wolności „ja” i miłości do „ty” (Dąbrowski 1989, s. 37–38).

Brak zrozumienia dla cierpienia wzmaga osamotnienie chorego. Pocieszenie, to danie do zrozumienia cierpiącemu, że nie jest sam ze swoim bólem, że wiernie mu towarzyszymy i pomagamy. Człowiek jest skazany na współżycie i współdziałanie, na branie i dawanie. Rozwój empatii wiąże się z coraz silniejszym traktowaniem innych jako niepowtarzalne podmioty (Dąbrowski 1989, s. 119). Kluczem do odczytania stanów psychicznych innej osoby jest zdolność do odczytania komunikatów niewerbalnych. Funkcjonowanie umysłu racjonalnego przejawia się w słowach, natomiast emocje przekazują zachowania niewerbalne. Kiedy słowa danej osoby nie zgadzają się z tonem jej głosu, gestami czy innymi niewerbalnymi przekazami, to na prawdziwe emocje nie wskazuje to, co osoba mówi, ale to jak mówi (Goleman 1997, s. 161). Znaczenie oparcia emocjonalnego stwierdzono w leczeniu zaawansowanego raka piersi u kobiet na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Stanforda. Chore w zaawansowanym stadium choroby, które uczestniczyły w cotygodniowych spotkaniach z towarzyszkami niedoli, żyły dwa razy dłużej niż inne, będące w takim samym stanie, które same próbowały stawić czoło nowotworowi. Wszystkie kobiety miały standardową opiekę medyczną; jedyna różnica polegała na tym, że część z nich brała udział w grupowych spotkaniach, na których mogły podzielić się swoim lękiem, bólem, złością z kobietami, które rozumiały problem i miały ochotę słuchać wynurzeń. Często było to jedyne miejsce, w którym chore mogły mówić otwarcie o własnych emocjach, ponieważ bliskie im osoby nie podejmowały rozmowy na temat choroby i nieuchronnej, bliskiej śmierci. Przedłużenie życia tych pacjentek o dwadzieścia jeden miesięcy jest rezultatem będącym poza zasięgiem stosowanych obecnie metod leczenia (Goleman 1997, s. 285). Trudności w empatycznym kontakcie człowieka zdrowego z umierającym chorym mogą wynikać z postawy, którą opisuje K. Dąbrowski słowami (1989, s. 68): własna śmierć nie istnieje dla nas, bo w nią nie wierzymy, nie jesteśmy w stanie zrozumieć i odczuć jej ważności. Rozpacz dla nas nie ist-

nieje, bo nie jesteśmy do niej zdolni. Sprzeczności również nie istnieją, bo ich nie rozumiemy i nie odczuwamy. Nasza własna choroba jest bagatelizowana, osłabiana instynktem życia i wygaszaniem czy spłycającym świadomości, co do możliwości negatywnego jej przebiegu. Empatia wyrasta z samoświadomości. Im bardziej jesteśmy otwarci na nasze własne emocje, tym lepiej potrafimy zrozumieć stan psychiczny innych osób. Umiejętność przeżywania uczuć drugiego „ja” jest niezbędna w kontakcie z osobą cierpiącą.

Piśmiennictwo

1. Dąbrowski K. (1979). *Psychoterapia przez rozwój*. Warszawa.
2. Dąbrowski K. (1986). *Trud istnienia*. Warszawa.
3. Dąbrowski K. (1989). *Elementy filozofii rozwoju*. Warszawa.
4. Goleman D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
5. Jaworski R. (1999). *Ku pełni życia*. Płock: IW.
6. *Księga Hioba*. (1980). W: *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*. Poznań – Warszawa: Pallotinum.
7. Łuczak J. (1997). *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*. W: B. Block, W. Otrębski (red.). *Człowiek nieuleczalnie chory*. Lublin: WNS KUL, 68–95.
8. Makselon J. (1996). *Dramat umierania*. W: B. Siwek. *Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna, etyka kresu życia*. Lublin: WNS KUL.
9. McGraw J. (1991). *Samotność a K. Dąbrowskiego teoria dezintegracji pozytywnej – perspektywa interdyscyplinarna*. W: Hołyst B. (red.). *Człowiek w sytuacji trudnej*. Warszawa.
10. Płużek Z. (1991). *Psychologia pastoralna*. Kraków: ITKM.
11. Popielski K. (1996 red.). *Człowiek – wartości – sens*. *Studia z psychologii egzystencji*. Lublin: RW KUL.
12. Popielski K. (2008 red.). *Wartości dla życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
13. Popielski K. (2008). *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
14. Prężyna W. (1988). *Funkcja motywacyjna wartości religijnych w osobowości człowieka*. W: A. Biela, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.). *Wykłady z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim w roku akademickim 1985/86*. Lublin, RW KUL, 235–244.
15. Rokach A. (1984–85). *Theoretical Approaches To Loneliness: From A Univariate To A Multidimensional Experience*. *Review of Existential Psychology & Psychiatry*, 19, 225–254.
16. Sermat V. (1978). *Sources of loneliness*. *Essence*, 2, 271–276.
17. Sermat V. (1980). *Some situational and personality correlates of loneliness*. W: Hartog J., Audy R., Cohen Y. (red.). *The Anatomy of Loneliness*. New York.

18. Szczepański J. (1988). *Sprawy ludzkie*. Warszawa: Czytelnik.
19. Tobacyk J. (1989). Przeżycie nawrócenia religijnego jako mechanizm rozwoju osobowości. W: A. Biela, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.). *Wykłady z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim w roku akademickim 1986/87*. Lublin, RW KUL, 261–276.
20. Żychiewicz T. (1986). *Stare Przymierze*. Kraków: Znak.

Ks. Józef Zabielski¹

Norma personalistyczna jako aksjologiczny imperatyw bioetyki

Rozpoznanie zasad działania stanowi wymóg rozumności ludzkiej natury oraz wyraża osobową godność człowieka i poszanowanie jego podmiotowości. Odnosi się do wszelkich ludzkich działań, gdyż tylko wtedy człowiek zachowuje się w pełni jako podmiot, a jego czyny mają wartość moralnego dobra. Normatyw ten jest wzmocniony w sytuacji, gdy adresatem ludzkich działań jest człowiek, z całą swą osobową godnością. Tego rodzaju przestrzeń działania ukierunkowana jest na ludzkie życie i zdrowie, zawierające w sobie wartość osobową. Zagadnienia te są przedmiotem analitycznych dociekań nowej i dynamicznie rozwijającej się dyscypliny naukowej, jaką jest bioetyka. Jej zadaniem jest rozpoznanie i dookreślenie norm ludzkich działań w ramach troski o zdrowie i życie człowieka. Jest to zadanie niezwykle ważne i trudne, gdyż dotyczy człowieka jako podmiotu i przedmiotu działania. Naczelne miejsce zajmuje tu osoba ludzka oraz jej przyrodzona wartość i godność. Uznanie oraz respektowanie owej wartości i godności stanowi fundamentalną normę etyczną, wyznaczającą szczegółowe sposoby traktowania człowieka w zakresie jego zdrowia i życia.

Uszanowanie osoby ludzkiej poprzez traktowanie jej jako celu działania, a nie środka do celu stanowi fundamentalne założenie normy zwanej personalistyczną. Jej normatywna treść sprowadza się do prawdy, że godność osoby ludzkiej – jako osoby – jest podstawą powinności etycznej. W godności osobowego bytu ludzkiego zakotwiczony jest wymóg uznania i respektowania każdego człowieka. Każdej osobie ludzkiej, jako osobie, należna jest afirmacja ze strony każdej innej osoby. Takie rozumienie wartościującej godności człowieka rodzi konkretne powinności: uszanowania autonomiczności bytu osobowego i wartości życia, zobowiązanie do działania „w polu odpowiedzialności”, respektowanie dobra konkretnych osób oraz całej społeczności ludzkiej. Norma personalistyczna ma szczególne znaczenie w działaniach związanych z ludzkim zdrowiem i życiem, czyli w czynnościach o charakterze bioetycznym. Rozwijając tytułowy

¹ Katedra Teologii Życia Społecznego, UKSW

problem, w niniejszym referacie podjęte zostaną dwa zagadnienia: 1) Norma personalistyczna jako ontologiczna zasada bioetyki. 2) Zakres odniesień normy personalistycznej w ramach działań bioetycznych.

1. Norma personalistyczna jako ontologiczna zasada bioetyki

W czasach współczesnych jesteśmy świadkami rewolucyjnego wprost rozwoju w dziedzinie biomedycyny, będącego skutkiem wielkiego postępu w genetyce. Fakt ten domaga się stałego odniesienia tychże dokonań i nowych możliwości do etyki, odkrywając i zachowując właściwe normy szanujące wartość i godność osoby ludzkiej. Wysiłek ten jest wyrazem dojrzałości człowieka i całej ludzkości, gdyż: „Miarą cywilizacji – miarą uniwersalną, ponadczasową, obejmującą wszystkie kultury – jest jej stosunek do życia”². W kontekście zderzenia współczesnych medyczno-technicznych możliwości z wartościowaniem ludzkiego życia, potrzebna jest „powszechna mobilizacja sumień i wspólny wysiłek etyczny, aby wprowadzić w czyn wielką strategię obrony życia. Dzisiaj świat stał się areną bitwy o życie. Trwa walka między cywilizacją życia a cywilizacją śmierci. Dlatego tak ważne jest budowanie »kultury życia«: tworzenie dzieł i wzorców kulturowych, które będą podkreślały wielkość i godność ludzkiego życia; zakładanie instytucji naukowych i oświatowych, które będą promowały prawdziwą wizję osoby ludzkiej”³. Realizacja tego imperatywu domaga się zwrócenia się do fundamentalnej normy etycznej, jaką jest integralna koncepcja natury osoby ludzkiej oraz niezbywalnej godności i wartości ludzkiego życia. Nie można bowiem tworzyć moralności, szukać szczegółowych rozwiązań bioetycznych, bez odniesienia do wyboru fundamentalnego, które stanowi źródło i uzasadnienie zasad szczegółowych. Fundamentalną zaś zasadą bioetyki ma być traktowanie człowieka zawsze jako cel działania, nigdy zaś jako środek⁴.

Niezwykle niebezpiecznym zagrożeniem tej zasady jest stosowana w bioetyce norma zwana pryncypializmem⁵. W ramach pryncypializmu oraz zbliżo-

² Jan Paweł II, *Homilia w Sanktuarium św. Józefa w Kaliszu*, 04.06.1997 r., w: Jan Paweł II, „Z czym idziemy w nowe tysiąclecie”, Kraków 1997, s. 67.

³ Tamże, s. 68–69.

⁴ Por. J. Ratzinger, *Bioetyka w perspektywie chrześcijańskiej*, „Przegląd Powszechny” 3 (1992), s. 415–416; J. Wolski, *Bioetyka w perspektywie personalizmu*, Łódź 2008, s. 3–4.

⁵ Została ona zapoczątkowana w 1979 roku przez T. L. Beauchampa i J. F. Childressa ich pracą „Principles of Biomedical Ethics”. W latach 80-tych XX wieku została ona poddana ostrej krytyce, co doprowadziło do wyłonienia się konkurencyjnych wobec pryncypializmu metod stosowanych w bioetyce, wśród których szczególne miejsce zajmują: bezstronna teoria reguł (Impartial Rule Theory), kazuistyka (Casuistry) oraz etyka cnót (Virtue Ethic). Bioetyka anglo-amerykańska rozwija się pod wpływem rozwoju medycyny i biotechnologii oraz pod naciskiem potrzeb stawianych przez sądy, rozstrzygające skomplikowane decyzje medyczne. Decydujący jest tu nacisk respektowania autonomii poszczególnych ludzi oraz pluralizmu opinii moralnych. Za

nych koncepcji kazuistycznych ustanawianie norm etycznych nie różni się od demokratycznych procedur stanowienia prawa państwowego. Etyka – w tym także bioetyka – pozostaje na usługach struktur polityczno-państwowych oraz legislacyjno-ekonomicznych, tracąc swoją niezależność i odrębność. Mamy tu do czynienia z prawnym pozytywizmem, który ogarnia także moralność. Celem tak pojmowanej bioetyki jest utrzymanie pokojowych nastrojów wśród negocjatorów, czemu poświęcane jest życie ludzkie, zwłaszcza u jego początków i przy końcu. Wyrazem tego jest otwieranie drogi dla aborcji i eutanazji, gdzie w procedurach negocjacyjnych o prawie do życia, nie bierze udziału człowiek w okresie prenatalnym lub w okresie dzieciństwa, czy też chory terminalnie lub umierający. Lansuje się tutaj zasadę, że bioetyka winna zajmować się poszczególnymi przypadkami, a nie formułowaniem etycznej teorii. Zwolennicy takich poglądów uważają, że poszukiwanie teoretycznych podstaw bioetyki jest zbędnym balastem, utrudniającym sprawność w podejmowaniu konkretnych decyzji. W ich przekonaniu, właściwa metoda podejmowania decyzji bioetycznych nie wymaga rozpoznawania i ustalania tego, co prawdziwe i słuszne, lecz pozwalająca stronom zaangażowanym w konkretnym przypadku przyjąć wspólne stanowisko. Jest to postać tzw. etyki proceduralnej, dająca iluzoryczną niezależność od filozofii, co wyraża się utratą racjonalnego uzasadnienia w rozróżnianiu dobra i zła na rzecz kultury manipulacji. W takim postępowaniu z założenia filozoficznie nie udowadnia się przyjmowanych rozwiązań, odrzuca się moralną prawdę, pozostając na stanowisku relatywizmu, a wszelkie uprawnienia ludzi ustala się na drodze negocjacji w instytucjach społeczno-państwowych. Przyjmowane zasady pomagają w porządkowaniu dyskusji, nie mają zaś stałej treści i nie są hierarchicznie uporządkowane. W konsekwencji, decydenci mają „wolną rękę” w wyborze kolidujących ze sobą zasad i norm. Stąd też przyjmuje się, że np. zabijanie *prima facie* jest złe, jednak w celu ograniczenia bólu, w pewnych okolicznościach może być jedynym sposobem pomocy człowiekowi cierpiącemu⁶.

Przeciwieństwem takiego podejścia do normy etycznej i instrumentalnego traktowania człowieka jest etyka personalistyczna, która proponuje uporządkowanie zasad działań w bioetyce według normy opartej na integralnej teorii osoby ludzkiej. Poznanie tej normy ujawnia się w intuicyjnym doświadczeniu, w bezpośrednich przeżyciach moralnych. Przykładowo, jeśli człowiek zastanawia się, czy powiedzieć prawdę przyjacielowi o jego śmiertelnej chorobie, to podstawą tej decyzji jest przeżycie afirmacji wartości i godności osoby, co jawi się jako

najważniejsze uważa się wypracowanie procedur negocjacji, które służą rozwiązywaniu konfliktów w celu utrzymania społecznego pokoju. Zob. T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, s. 1, http://dsz.katowice.pl/e107_plugins/content/dok/bioetyka/r1_personalizm.html, (data dostępu: 12.08.2010 r.).

⁶ Por. tamże, s. 1–2. Zob. także: A. Vicini, *Auf der Suche nach einer universalen Ethik*, „Concilium” [niem.], 46 (2010), nr 3, s. 339–346.

normatyw oczywisty i bezdyskusyjny. Kategoryczne wezwanie do poszukiwania właściwego działania zakotwiczone jest w afirmacji chorego jako osoby. Doświadczenie tejże godności ukazuje, że wewnętrzny dylemat nie dotyczy norm obyczajowo-kulturowych czy prawno-ekonomicznych, lecz jest dylematem stricte moralnym. Decydująca jest tu norma personalistyczna, wszystkie zaś inne wymogi – medyczne, ekonomiczne, techniczne, prawne czy zasady skutecznego dochodzenia do konsensusu – stanowią tylko uboczne względy w tym zakresie. O wartości – dobroci czynu, wyłącznie decyduje dobro osoby, jego zaś słuszność może być doprecyzowana na bazie wiedzy medycznej, psychologicznej, prawnej czy też innych uwarunkowań ludzkich działań⁷.

Istotną sprawą w rozpoznaniu normy personalistycznej jest problem meta-etyczny, sprowadzający się do pokonania przeszkody postawionej przez D. Hume'a, dotyczącej przejścia od tego, „co jest”, do tego „co być powinno”, czyli od „realnego bytu” do „moralnego porządku”. W koncepcji personalistycznej – wbrew Hume'owskiej tezie – istnieje takie przejście, a jest ono oparte na etycznym doświadczeniu, stanowiącym postać autentycznego źródła etycznego poznania. Doświadczenie to pozwala ustalić elementarny fakt etyczny, dzięki któremu możliwy jest wgląd w wewnętrzną strukturę moralności, a przede wszystkim rozpoznanie miejsca centralnej konstrukcji tworzącej wzajemne powiązania poszczególnych części i pełnionych przez nie funkcji. W personalistycznym rozumowaniu etyczne doświadczenie oznacza wszelkie bezpośrednio poznawcze ujęcie rzeczywistości, które w relacji do moralności polega na przeżyciu bezwzględnej powinności spełnienia (lub nie spełnienia) określonych czynów jako dobre lub złe. Analiza tego przeżycia pozwala sprecyzować jego treściową zawartość, co wyraża się w stwierdzeniu, że jest to afirmacja osoby ludzkiej ze względu na nią samą – ze względu na przysługującą jej wartość i godność. Tak rozpoznaną normę personalistyczną wyrażają sformułowania, niektóre zakotwiczone w filozofii starożytnej: „Homo homini res sacra” (Człowiek człowiekowi jest świętością), „Homo homini summum bonum” (Człowiek człowiekowi jest najwyższym dobrem), przede wszystkim zaś stwierdzenie z czasów scholastyki: „Persona humana est affirmanda propter se ipsum” (Osobę ludzką należy afirmować ze względu na nią samą). Ma to też odniesienie do imperatywu I. Kanta, który stwierdza, że każda osoba ludzka jest dla siebie celem, nigdy zaś środkiem do celu. W każdym z tych ujęć osoba ludzka stanowi przedmiot bezpośredniego ujęcia w aspekcie należnej jej godności, która domaga się bezwzględnej afirmacji – uznania i szacunku. Oznacza to, że osobowa godność każdego człowieka jest aktem intuicyjnego ujęcia jej intelektualnego doświadczenia⁸.

⁷ Por. T. Biesga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, art. cyt., s. 3.

⁸ Por. T. Ślipko, *Spacerem po etyce*, Kraków 2010, s. 205–27; T. Styczeń, *Etyka niezależna?*, Lublin 1980, s. 14–15; T. Biesga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, art. cyt., s. 3; J. B. Martínez Porcell, *L'ontologia della persona come subsistens distinctum secondo san Tommaso d'Aquino*, „Angelicum” 87(2010), vol. 2, s. 383–403.

W swym treściowym ujęciu norma ta została doprecyzowana w personalistycznej koncepcji etyki, którą w Polsce prezentuje zwłaszcza K. Wojtyła. On to zasadę i normę personalistyczną ujmuje następująco: „Norma ta jako zasada o treści negatywnej stwierdza, że osoba jest taki dobrem, z którym nie godzi się używanie, które nie może być traktowane jako przedmiot użycia i w tej formie jako środek do celu. W parze z tym idzie treść pozytywna normy personalistycznej: osoba jest takim dobrem, że właściwe i pełnowartościowe odniesienie do niej stanowi tylko miłość. I tę właśnie pozytywną treść normy personalistycznej eksponuje przykazanie miłości”⁹. Poprawne zrozumienie tak sformułowanej normy oraz jej zastosowanie w konkretnym działaniu, domaga się doprecyzowania pojmowania osoby ludzkiej i jej dobra. Poszukiwania te kierują ku antropologii, w celu wyjaśnienia rozumienia natury osoby oraz jej obiektywnego dobra. Nie wystarcza tu bowiem utylitarne pojęcie doraźnych korzyści, co jest pojęciem pustym, w wymiarze zaś etycznym może prowadzić do kształtowania egoizmu, a nie dobra moralnego. Utylitarne podejście daje technice pierwszeństwo przed etyką. Personalistyczne zaś poszukiwanie obiektywnego dobra osoby chroni medycynę i biotechnologię przed dehumanizacją, przed tendencjami technototalitarnymi, w ramach których człowiek staje się niewolnikiem własnych wytworów technicznych¹⁰.

W koncepcji personalistycznej odkrywanie prawdy o podmiotowości osoby ludzkiej i jej godności dokonuje się w doświadczeniu człowieka. W polu tego doświadczenia człowiek jawi się jako szczególne *suppositum* (podmiot), a równocześnie jako konkretne – jedyne i niepowtarzalne „ja”. W tym doświadczeniu człowiek jawi się jako podmiot i przedmiot, jako ten „kto” doświadcza oraz ten „kogo” doświadcza. Człowiek jest sobie samemu dany jako ten, który istnieje (bytuje) i działa. To doświadczenie jest udziałem wszystkich ludzi. W doświadczeniu własnego „ja” dokonuje się zrozumienie podmiotowości człowieka, obraz osoby jako podmiotu. Chodzi tu jednak o całościowe doświadczenie człowieka, a nie tylko o jakieś elementy – funkcje lub części struktury – bytu osobowego. Rozpoznając w doświadczeniu człowieka jako *suppositum*, równocześnie doświadczamy możliwości i powinności prawidłowego myślenia o nim jako o podmiocie własnego istnienia i działania. Te treści zawierają się w pojęciu *suppositum*, które służy do stwierdzenia podmiotowości człowieka w znaczeniu antropologiczno-metafizycznym. W tym znaczeniu człowiek jest pojmowany „trans-fenomenalnie” czyli „poprzez-zjawiskowo”. Poprzez doświadczenie wszystkich zjawisk (fenomenów) składających się na całokształt istnienia (*esse*) człowieka,

⁹ K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1982, s. 42. Por. R. Guerra, *Repensar la vida moral. Experiencia moral, teoría de la moralidad y antropología normativa en la filosofía de Karol Wojtyła*, „Tópicos. Revista de filosofía”, 2006, nr 31, s. 83–102.

¹⁰ Por. T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, art. cyt., s. 3; Zob. także: R. G. López, *Afirmar a la persona por sí misma. La dignidad como fundamento de los derechos de la persona*, México 2003.

dostrzegamy w nim podmiot, jako jedynie możliwy sposób istnienia i działania. Metafizyczna podmiotowość – *suppositum* – jako podstawowy wyraz doświadczenia człowieka jest równocześnie gwarantem tożsamości tegoż człowieka w jego bytowaniu i działaniu. Stwierdzenie bowiem *suppositum* człowieka równocześnie wyraża jego nienaruszalność, a równocześnie otwartość na wszystko, co wnosi doświadczenie własnego „ja” w rozumienie podmiotowości osoby. Poznając zaś człowieka w jego wymiarze antropologiczno-metafizycznym sięga się korzeni jego bytowania, ale tym samym nie przesłania poszczególnych aspektów tegoż bytu, umożliwiając zrozumienie go w całym bogactwie jego istnienia (*esse*)¹¹.

Rozpoznając w wewnętrznym doświadczeniu swoją naturę i jej działanie, człowiek stwierdza swoją tożsamość i jedność, czyli bytową niepodzielność. Doświadczenie zaś tej jedności wskazuje na tożsame źródło ludzkiej aktywności, zakotwiczone w ludzkim „ja”. Tym źródłem oraz ontyczną podstawą godności człowieka jest obecność pierwiastka duchowego (*ψυχή* – *psyché*), który stanowi centrum tożsamości i niepodzielności ludzkiego bytu oraz transcendencji wobec świat nieosobowy. Doświadczenie jedności i tożsamości działającego „ja” oznacza, że człowiek posiada zdolność decydowania o sobie i o swoim działaniu. Ten świadomie i dobrowolnie działający podmiot jest osobą, czyli owym „ja” rozumnej natury. Koncepcja osoby nie jest bowiem dedukowana z jakiegoś teoretycznego systemu filozoficznego, ale „osoba” jest nam dana w wewnętrznym doświadczeniu bycia człowiekiem. Byt osobowy stanowi punkt wyjścia w rozumieniu człowieka, a nie punkt dojścia egzystencjalnego faktu istnienia osoby. Takie rozpoznanie człowieka stawia go w pozycji wyjątkowej jako tego, który jest przedmiotem poznania i doświadczenia oraz oddziaływania zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego¹².

Zakotwiczona w naturze osobowego bytu człowieka norma personalistyczna poprzedza zasadę autonomii, dobroczynności, sprawiedliwości czy unikania zła. Jest ona *norma normans* (zasada normująca) dla wszystkich pozostałych zasad, gdyż ukazuje, że to osoba jest podstawą ludzkich zachowań moralnych, a nie jakaś bezosobowa rzeczywistość, jak np. nakazy, prawa czy normy społeczno-obyczajowe. Dopiero bowiem po określeniu obiektywnego dobra osoby, można stwierdzić zasadność dobroczynności lub braku szkody, np. w medycynie. Bez ustalenia obiektywnego dobra osoby, za dobroczynność można uznać różne działania antyhumanistyczne i szkodliwe dla człowieka. Wyrazem tego jest argumentacja, że w interesie pacjenta jest jego aborcja czy eutanazja, uważając za

¹¹ Por. K. Wojtyła, *Osoba: podmiot i wspólnota*, „Personalizm” 5(2003), s. 15–52; zob. także: P. S. Mazur, *Doświadczenie wewnętrzne jako podstawa formowania koncepcji osoby*, „Zeszyty Naukowe KUL”, 52 (2010), nr 1 (209), s. 59–68.

¹² Por. J. Zabielski, *Odpowiedzialność za życie*, Białystok 2007, s. 17–23; B. V. Johnstone, *From physicalism to personalism*, „Studia Moralia” 30 (1992), nr 1, s. 83–85. Zob. także: W. Pannenberg, *Was ist der Mensch?*, Döttingen 1968.

dobroczynność uśmiercenie człowieka. Należy przy tym pamiętać, że zasada afirmacji osoby dla niej samej ma szersze znaczenie niż zasada autonomii. Zasada afirmacji dotyczy bowiem także osób z utraconą świadomością lub nie mogących podejmowania decyzji, czego przykładem jest dziecko przed urodzeniem, człowiek z ciężkim urazem powypadkowym lub chory psychicznie. Norma personalistyczna swoim zakresem treściowo-normatywnym obejmuje każdą osobę, każdego człowieka, bez względu na stan jego rozwoju, chorobę czy użyteczność społeczną. Nie można z niej wykluczyć człowieka w okresie prenatalnym, terminalnie chorego, nieprzytomnego czy umierającego. Norma ta przeciwstawia się tzw. selektywnemu humanizmowi, w ramach którego pewnym ludziom przypisuje się prawa osobowe, innym zaś są one odbierane. Norma personalistyczna bowiem nie wywodzi się z biologicznej wartości życia, lecz odwrotnie: to osoba swoim istnieniem sprawia, że jej życie biologiczne, psychiczne, itp. jest wartościowe. W tym wymiarze wartość istnienia osoby, wartość ludzkiego życia nie może być przedmiotem uzgodnień czy społecznego konsensusu, nie może też być nadawana czy odbierana przez medycznych ekspertów, etyczne komisje czy państwo. Życie osoby ludzkiej jest wartością autoteliczną (samą w sobie) i nie podlega żadnemu porównywaniu czy przeliczaniu. Ludzkie życie jest wartością jedyną i niepowtarzalną, tak jak jedyna w swoim rodzaju i niepowtarzalna jest każda osoba ludzka¹³.

2. Zakres odniesień normy personalistycznej w ramach działań bioetycznych

Rozpatrując różne stany życia człowieka, stanowiące problemy natury bioetycznej, najpierw trzeba stwierdzić, że norma personalistyczna jest zasadą działania odnoszącą się do wszelkich sytuacji w ludzkiej egzystencji. Norma ta bowiem, oparta na personalizmie ontologicznym, ujmuje osobę w jej naturze i istnieniu. Należy bowiem pamiętać, że zjawisko świadomości człowieka (*homo cogitans*), jego akty wolnościowe (*homo liber*), posługiwanie się językiem (*homo loquens*), zdolności twórcze (*homo faber*), itp., są objawami istnienia osoby i jej natury. Fakt, że te przejawy ludzkiej aktywności jawią się jako pierwsze w na-

¹³ Por. T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, art. cyt., s. 3–4; Cz. S. Bartnik, *Ontologia personalizmu*, „Personalizm” 5 (2003), s. 77–84; J. Zabielski, *Odpowiedzialność za życie*, dz. cyt., s. 159–188; A. Lendzion, *Koncepcja podmiotu osobowego w personalizmie Jacques’a Maritaina*, „Roczniki Pedagogiczne” 2010, t. 2 (38), s. 5–20. Personalista J. Maritain integralność osoby ludzkiej i jej normatywność charakteryzuje następująco: „Osoba to wszechświat o naturze duchowej, obdarzony wolnością wyboru i stanowiący tym samym całość niezależną od świata. Ani natura, ani państwo nie mają dostępu do tego wszechświata bez pozwolenia. I nawet Bóg, który jest i działa wewnątrz, działa w nim w sposób szczególny i z przedziwną delikatnością, która wskazuje, jak bardzo się z nim liczy: szanuje jego wolność, choć mieszka w jej sercu, pobudza ją, lecz nigdy nie zadaje jej gwałtu”. J. Maritain, *Humanizm integralny: zagadnienia doczesne i duchowe nowego świata chrześcijańskiego*, Londyn 1961, s. 16.

szej obserwacji (*ordo cognoscendi*) nie oznacza, że człowiek w okresie życia prenatalnego, w dzieciństwie, podczas snu czy ciężkiej choroby biologicznej lub psychicznej, nie jest człowiekiem lub jest „mniej człowiekiem” (*ordo essendi*). Faktem bowiem jest, że wszystkie te przejawy ludzkiej egzystencji są wtórne wobec natury osoby, którą ona posiada od swego początku. Zatrzymywanie na nich lub dawanie im pierwszeństwa jest myśleniem wyłącznie fenomenalistycznym lub funkcjonalistyczno-aktualistycznym i nie ujmuje istoty natury osoby ludzkiej. Coraz częściej, niestety, w ramach bioetyki obserwuje się wprost zanik myślenia metafizycznego, co objawia się zacieraniem ontycznej różnicy między człowiekiem a zwierzęciem. Prezentowany w ten sposób witalistyczny monizm przekreśla naturę zwierząt i ludzi, co prowadzi do fatalnych skutków w etyce. Niektórzy – np. P. Singer, Z. Bauman – twierdzą, że nowo narodzone dziecko nie jest rozumnym i samoświadomym istnieniem, zaś istnieje wiele innych istot, których „rozumowanie” i spostrzegawczość oraz zdolność odczuwania są bardziej rozwinięte. Stąd też – twierdzą – życie nowo narodzonego dziecka ma mniejszą wartość niż życie np. psa czy szympansa. W konsekwencji podkreślają, że do eksperymentów medycznych należy używać ludzi z uszkodzonym mózgiem, nie zaś zwierzęta. Embrion ludzki traktują nie jako istotę osobową, ale jako rzecz, noworodki z bezmózgowiem lub zespołem Downa należy uznać za umarłe i użyć do transplantacji. O prawie do życia rozstrzyga bowiem moment „stania się” osobą, który nie jest określony ani czasowo, ani formalnie. Idąc tokiem takiego „rozumowania” można powiedzieć, że ten kto głosi wykluczenie innych ludzi z prawa do życia sam nie jest osobą, gdyż nie posiada cech moralnych wyróżniających istnienie osobowe, a raczej okazuje cechy ujawniające się w świecie zwierząt¹⁴.

Mając na względzie te ontyczne podstawy rozumienia osoby ludzkiej oraz zakotwiczoną w nich normę personalistyczną, zwróćmy uwagę na kilka szczególnych sytuacji ludzkiego życia i bioetycznych problemów z tym związanych. Wszystkie one dotyczą zagrożenia ludzkiej egzystencji oraz sposobów traktowania człowieka. Najogólniej biorąc, życie ludzkie jest dzisiaj najbardziej zagrożone od poczęcia do narodzin oraz dobiegające końca. Uwzględniając charakter oraz ilość owych zagrożeń, często określa się je dzisiaj mianem „zamachów” na ludzkie życie. Wymiar etyczny tego zagadnienia wyraża się w tym, że „w świadomości zbiorowej te zamachy na życie tracą stopniowo charakter »przestępstwa« i w paradoksalny sposób zyskują status »prawa«, do tego stopnia, że żąda

¹⁴ Por. T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce*, art. cyt., s. 4–5; P. Singer, *Practical Ethics*, Cobridge 1979, wyd. pol. *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Warszawa 2003, s. 149–150, 169–173, 192; zob. także: P. Singer, *Animal Liberation*, New York 1975, wyd. pol. *Wyzwolenie zwierząt*, tłum. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Warszawa 2004; Z. Bauman, *Etyka ponowoczesna*, tłum. J. Bauman, J. Tokarska-Bakir, Warszawa 1996, s. 51–110; M. Munzarova, *Dignity, Personhood and Culture: Reflections on Bioethics of today*, „Medicina e morale. Rivista internazionale die Bioetica”, 2010, nr 4, s. 547–556.

się uznania ich pełnej legalności przez państwo, a następnie wykonywania ich bezpłatnie przez pracowników służby zdrowia. Zamachy te uderzają w ludzkie życie, gdy jest ono najsłabsze i całkiem pozbawione możliwości obrony. Jeszcze groźniejszy jest fakt, że w dużej mierze dochodzi do nich w gronie rodziny i za sprawą rodziny, która przecież ze swej natury powinna być »sanktuarium życia«¹⁵.

Wśród wielu i różnorodnych uwarunkowań owych „zamachów” na ludzkie życie, na plan pierwszy wysuwa się kryzys kultury moralnej i zatracanie sensu życia, co z kolei wiąże się z deformacją pojmowania i traktowania człowieka jako osoby ludzkiej. Sytuacja ta sprawia, że „wartość życia ulega dziś swoistemu »przymieniu«, chociaż sumienie nieustannie przypomina o jego świętości i nienaruszalności, czego dowodem jest fakt, że próbuje się przesłaniać niektóre przestępstwa przeciw życiu poczętemu lub zmierzającemu ku naturalnemu końcowi określeniami typu medycznego, które mają odwracać uwagę od tego, że w rzeczywistości zagrożone jest prawo konkretnego człowieka do istnienia”¹⁶. Na takie wartościowanie życia i jego traktowanie wielki wpływ mają współczesne tendencje kulturowo-społeczne oraz polityczno-gospodarcze, gdzie za najwyższe kryterium działania uważa się osobisty sukces i materialny zysk. W konsekwencji, w relacjach międzyludzkich doświadczamy dzisiaj wojny silnych przeciw słabym lub bezsilnym. Wielu współczesnych ludzi uważa, że życie wymagające większej troski i życzliwej opieki, jest bezużyteczne lub jest traktowane jako nieznośny ciężar, co kończy się jego odrzuceniem i zniszczeniem. „Człowiek, który swoją chorobą, niepełnosprawnością lub – po prostu – samą swoją obecnością zagraża dobrobytowi lub życiowym przyzwyczajeniom osób uprzywilejowanych, bywa postrzegany jako wróg, przed którym należy się bronić albo którego należy wyeliminować. Powstaje w ten sposób swoisty »spisek przeciw życiu«. Wciąga on nie tylko pojedyncze osoby w ich relacjach indywidualnych, rodzinnych i społecznych, ale sięga daleko szerzej i zyskuje wymiar globalny, naruszając i niszcząc relacje łączące narody i państwa”¹⁷.

Taka sytuacja światopoglądowo-aksjologiczna ukazuje brak personalistycznego traktowania człowieka oraz wynaturzenie ludzkiej egzystencji. Wyjątkowo rażącym tego dowodem jest dopuszczanie zabijania dzieci nienarodzonych. Jest to przykład szczególnej depersonalizacji, gdzie człowiek dowolnie ustala czas zaistnienia bytu osobowego, odmawiając np. dziecku do 12-tego tygod-

¹⁵ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 11. Por. J. Zabielski, *Odpowiedzialność za życie*, dz. cyt., s. 64.

¹⁶ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 11.

¹⁷ Tamże, nr 12. Por. R. Otowicz, *Ideologiczne zagrożenia daru życia w centrum uwagi współczesnej kwestii społecznej*, w: „Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki »Evangelium vitae«”, red. A. Młotek, T. Reroń, Warocław 1995, s. 193–204; V. Bilasová, *Filozofické problémy medicínskej etiky*, „Parerga. Międzynarodowe Studia Filozoficzne”, 2008, nr 2, s. 141–150.

nia ciąży prawa do życia. Zwolennicy takich poglądów nie liczą się z danymi nauki, które pozwalają dziś jednoznacznie stwierdzić, że pojęcie osoba ludzka „zakłada jedność teźe z indywidualną istotą rozwijającą się w embrionie i obecną od chwili zapłodnienia. Od momentu zapłodnienia embrion przynależy do porządku »być«, nie zaś do porządku »mieć«. Jest on odrębnym bytem ludzkim, który żyje lub żył, czego żadne prawo zmienić nie może. Jest on osobą, a nie rzeczą, »ani materiałem, ani tworem«. [...] Nie ma kolejnych progów stawiania się człowiekiem. Natura ludzka jest obecna wraz ze swymi potencjalnościami, i oznacza to coś zupełnie innego niż być tylko potencjalnie człowiekiem; przecież nie można być bardziej lub mniej rzeczą, bardziej lub mniej osobą. Szacunek dla niej nie ma więc charakteru dowolności”¹⁸.

Filozoficzno-personalistyczne uzasadnienie początku ludzkiego życia oparte jest na danych współczesnych nauk biologicznych, a zwłaszcza genetyki. Odwołując się do tych danych, światowej sławy francuski genetyk prof. J. Lejeune stwierdza: „Obiektywnie istnieje tylko jedna możliwa definicja ludzkiej istoty: istota ludzka jest członkiem naszego gatunku. Jej ludzka natura zostaje określona przez genetyczne dziedzictwo ludzkiego gatunku, jakie otrzymuje od swoich rodziców. Embrion jest więc częścią ludzkiego gatunku. Zapłodnienie wyznacza początek życia, tzn. pojawienie się nowej istoty ludzkiej, jedynej i niepowtarzalnej. [...] W rzeczywistości bowiem, nie ma żadnej różnicy w naturze między embrionem, płodem a dzieckiem po urodzeniu: we wszystkich przypadkach chodzi o tę samą osobę w różnych stadiach rozwoju”¹⁹. Argumentacja tego typu w pełni i przekonująco uzasadnia personalistyczną normę w traktowaniu życia ludzkiego i jego obronę od chwili poczęcia. Tylko ta bowiem norma, jako zasada działań wobec dziecka nienarodzonego, w sposób trwały chroni dobro osoby ludzkiej oraz jej wartość i godność.

Naruszeniem normy personalistycznej, a tym samym zamachem na ludzkie życie jest też sztuczna prokreacja człowieka. Mamy tu do czynienia z destrukcją osoby ludzkiej w postaci braku uznania i uszanowania osobowej natury człowieka w jego prawie do życia i integralności cielesnej od poczęcia do naturalnej śmierci. Wyraża się to zwłaszcza w niszczeniu życia w stanie embrionalnym oraz w czysto instrumentalnym traktowaniu embrionów. Specjaliści od metod zapłodnienia „in vitro” uważają, że tego rodzaju „straty” należy zaakceptować jako cenę pozytywnych rezultatów tego rodzaju poczęcia. W konsekwencji metody zapłodnienia „in vitro” są akceptowane, embrion zaś staje się „rywalem” wobec ludzkich pragnień i życie człowieka w stanie embrionalnym poświęca

¹⁸ J. M. Varaut, *Możliwe, lecz zakazane. O powinnościach prawa*, tłum. S. Szwabski, Warszawa 1996, s. 51. Por. J. Zabielski, *Wolność a prawa człowieka w postmodernistycznej kulturze końca XX wieku*, „Studia Teologiczne” 14 (1996), s. 75–86; J. L. Bruges, *L'ethique dans un monde desenchante*, „Revue Thomiste” 102 (1994), t. 44, nr 2, s. 195–210.

¹⁹ Cyt. za: K. Gawron, *Pierwszy żołnierz Jana Pawła II*, „Niedziela” 15 (1995), s. 6.

się dla ich zaspokojenia²⁰. Naruszeniem osobowej godności i zagrożeniem życia człowieka jest też zamrażanie embrionów i ich utylitarne traktowanie. „Kriokonserwacja jest nie do pogodzenia z szacunkiem należnym embrionom ludzkim: zakłada ich produkowanie *in vitro*; wystawia je na poważne niebezpieczeństwo śmierci albo naruszenia ich integralności fizycznej, ponieważ znaczący ich procent nie przeżywa procesu zamrażania i rozmrażania; pozbawia je, przynajmniej czasowo, możliwości przyjęcia i kształtowania w łonie matki; naraża je na dalsze szkody i manipulacje”²¹. Wyrazem braku szacunku dla wartości i godności życia osobowego jest także wykorzystanie ludzkich embrionów w celach badawczych oraz przeznaczenie ich do celów terapeutycznych, gdzie są traktowane jako tzw. „materiał biologiczny”, skazany na zniszczenie. Takie traktowanie ludzkiego życia stanowi charakterystyczny paradoks współczesności i w sposób niezwykle drastyczny ukazuje przedmiotowe traktowanie osoby ludzkiej w ramach sztucznej prokreacji. Należy więc podkreślić, że „redukcja embrionów jest zamierzoną aborcją selektywną. Jest to bowiem rozmyślne i bezpośrednie zniszczenie jednej lub wielu niewinnych istot ludzkich w początkowej fazie ich istnienia i jako takie stanowi zawsze nieporządek moralny”²².

Brak personalistycznego rozumienia i traktowania ludzkiego życia ma miejsce także w traktowaniu ludzi chorych i umierających. Coraz bardziej dochodzi do głosu taki trend społeczno-kulturowy, „w którym bardzo trudno jest przyjąć i znieść cierpienie, a zatem zwiększa się pokusa rozwiązywania problemu cierpienia, eliminując go u podstaw przez przedwczesne spowodowanie śmierci w momencie uznanym za właściwy”²³. Jest to wyrazem swoistego prometeizmu współczesnego człowieka, który ludzi się, że w ten sposób zapanuje nad życiem i śmiercią; w rzeczywistości zostaje pokonany przez śmierć, w której nie rozpoznaje żadnego sensu i nadziei. Szczególnie tragicznym skutkiem tego myślenia jest rozpowszechnianie się eutanazji zakamuflowanej i pokątnej, bądź też wykonywanej jawnie, a nawet „w majestacie prawa”. W konsekwencji: proponuje się i dokonuje zabijanie noworodków z deformacjami ciała, ludzi z poważnymi upośledzeniami, niepełnosprawnych, starców oraz ludzi nieuleczalnie

²⁰ Por. Kongregacja Nauki Wiary Instrukcja *Dignitas personae*, nr 14–15; J. Zabielski, *Sztuczna prokreacja jako destrukcja osobowej godności człowieka*, w: „Świętość ludzkiego życia”, red. T. Reroń, Wrocław 2009, s. 234–236; K. Wojcisiak, *Relacyjna identyfikacja człowieczeństwa embriomu*, „Colloquia Communia” 2005, nr 1–2, s. 264–265.

²¹ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr 18. Zob. także: J. Gebara, *Betrachtung des Begriffs „menschliche Natur”*, „Concilium” 46 (2010), nr 3, s. 353–358.

²² Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr 21. Zob. także: R. Spaemann, *Menschenwürde und menschliche Natur*, „Communio” [niem.], 39(2010), s. 134–139; J. Zabielski, *Fertilisierung in-Vitro. Die Sicht der Kirche*, w: „Ethisch relevante Techniken der Biologen”, red. A. Laun, A. Marcol, Opole 2003, s. 25–31.

²³ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 15. Zob. J. Zabielski, *Odpowiedzialność za życie*, dz. cyt., s. 69.

chorych. Faktem jest także pobieranie organów do przeszczepów od dawców, zanim zostali jeszcze uznani za zmarłych, bądź też przyspieszanie śmierci. Tolerowane są wprost ekstremalne przejawy nawoływania do zabijania pewnych ludzi, np. przez zespoły muzyczne typu *rap*, co nie jest karalne. Wtórują temu publiczne deklaracje polityczne, powołujące się na względy ekonomiczne. Znaczący tego problemu, prof. R. Fenigsen w jednym ze swoich wystąpień stwierdza: „Gubernator Colorado Richard Law oświadczył, że ludzie starzy mają obowiązek jak najszybciej umrzeć i dać drogę młodszy. W tym samym duchu wypowiedzieli się: znana dziennikarka Kudith Peterson i rektor uniwersytetu bostońskiego John Siver. Bioetyk Daniel Collaghan domaga się w swych książkach, aby osobom, które przekroczyły pewną ustaloną granicę wieku, nie udzielać pomocy lekarskiej w chorobie i w ten sposób przyspieszyć ich śmierć. Zdarzają się wypowiedzi dalej idące. Johnny Vensy i James Brent, członkowie stowarzyszenia *Mensa*, które przyjmuje na członków tylko osoby o tzw. wskaźniku inteligencji powyżej 148, opublikowali w Los Angeles dwa artykuły – bardzo znamienne – »starych, słabych, głupich i nieporadnych; pozbawionych rozumu przez chorobę lub wypadek; a także większość osób bezdomnych uśmiercić w humanitarny sposób«²⁴. Pod wpływem tego typu poglądów i postaw tzw. światowych osobistości, u wielu współczesnych ludzi utrwała się przekonanie, że śmierć jest lepsza od życia, głównymi zaś nieprzyjaciółmi człowieka jest służba zdrowia i stosowane środki techniczne, przed którymi trzeba się zabezpieczać. Tego rodzaju „kultura życia” stanowi wynaturzenie pojmowania człowieka jako osoby oraz wypaczenie personalistycznej koncepcji ochrony ludzkiego życia²⁵.

*

* *

Analizy refleksja nad współczesnymi koncepcjami pojmowania człowieka oraz postawami wobec wartości i godności jego życia nie napawają satysfakcją i radością. Zdobyta wiedza i doświadczenie w tym zakresie ukazują, że zagrożenia ludzkiego życia przybierają coraz większe rozmiary. Najgorsze jest to, jak podkreśla Jan Paweł II, że „»są to zagrożenia zaprogramowane w sposób naukowy i systematyczny. Wiek XX zapisze się jako epoka masowych ataków na życie, jako nie kończąca się seria wojen i nieustanna masakra niewinnych istot ludzkich. Fałszywi prorocy i fałszywi nauczyciele odnieśli w tym stuleciu

²⁴ R. Fenigsen, *Postępy i porażki ruchu na rzecz eutanazji w USA*, fragment referatu wygłoszonego 16.01.1996 r. na KUL w Lublinie, (cytuje według maszynopisu).

²⁵ Por. J. Zabielski, *Odpowiedzialność za życie*, dz. cyt., s. 69–71; J. Troska, *Prawo do życia a prawo do śmierci*, w: „Lekarze wobec kończącego się życia” red. J. Skowronek, Poznań 1996, s. 7–22; R. Brague, *Natürliches und göttliches Gesetz*, „*Communio*” 39 (2010), s. 72–87; M. Casini, *L'indisponibilità della vita umana nella prospettiva del biodiritto*, „*Medicina e morale*” 2010, nr 2, s. 209–226.

największe sukcesy«. Niezależnie od intencji, które bywają różne i mogą się nawet wydawać przekonujące czy wręcz powoływać się na zasadę solidarności, stoimy w rzeczywistości wobec obiektywnego »spisku przeciw życiu«, w który zamieszane są także instytucje międzynarodowe, zajmujące się programowaniem i planowaniem prawdziwych kampanii na rzecz upowszechniania antykoncepcji, sterylizacji i aborcji. Nie można na koniec zaprzeczyć, że również środki społecznego przekazu biorą często udział w tym spisku, utwierdzając w opinii publicznej ową kulturę, która uważa stosowanie antykoncepcji, sterylizacji, aborcji, a nawet eutanazji za przejaw postępu i zdobycz wolności, natomiast postawę bezwarunkowej obrony życia ukazują jako wrogą wolności i postępowi”²⁶. Zmiana takiej postawy wobec ludzkiego życia wymaga przywrócenia człowiekowi właściwej jemu godności, uznając w każdym człowieku – od poczęcia do naturalnej śmierci – byt osobowy, posiadający nienaruszalną wartość. Takie zaś traktowanie człowieka zapewnia uznanie i stosowanie personalistycznej normy w każdym odniesieniu do człowieka.

²⁶ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, nr 17. Por. C. A. Anderson, *Ludzka godność, prawo do życia i konstytucja*, „Znaki Czasu” 2 (1991), s. 55–69.

Ks. Adam Skreczko¹

Eutanazja jako fałszywe miłosierdzie

Można spotkać opinie, że eutanazja jest aktem miłosierdzia². Nawet niektórzy chrześcijanie uważają, że eutanazja jest słuszna wtedy, gdy wynika z miłosierdzia, miłości do bliźniego, troski o niego, współczucia, jakie odczuwamy, gdy jesteśmy świadkami cudzego ekstremalnego cierpienia³. Stąd istnieje potrzeba jasnego rozgraniczenia tych dwóch pojęć: „eutanazji” i „Miłosierdzia”. Potrzebne to jest nie tylko osobom niewierzącym, którzy szafują pojęciem miłosierdzia nie wchodząc w jego istotę, ale również wierzącym, aby nie kierowali się fałszywymi pojęciami, traktując wybiórczo nauczanie Kościoła na ten temat. Tytuł opracowania jednoznacznie określa eutanazję jako „fałszywe miłosierdzie”. Stawia w ten sposób autorowi zadanie udowodnienia tego twierdzenia.

Manipulowanie pojęciami

Wielu ludzi uwierzyło, że eutanazja jest aktem miłosierdzia. Powtarzaj kłamstwo tak długo, aż ludzie uwierzą, że jest prawdą. Ta Goebbelsowska zasada sprawdza się prawie zawsze. Mechanizm zawsze podobny: w mediach pojawia się dramatyczny apel osoby, która chce, by skrócono jej cierpienie, albo prośba (żądanie) opiekuna chorego, by państwo pozwoliło na przerwanie życia, które i tak jest czekaniem na śmierć. Następnie toczy się „debatą”, sprowadzająca się najczęściej do publikacji kilku sondaży, wskazujących jednoznacznie, że większość (lub duża część) społeczeństwa popiera eutanazję w tak skrajnych przypadkach. Podchwytują to aktywni zwolennicy eutanazji i coraz głośniej domagają się

¹ Uniwersytet w Białymstoku

² Zwolennicy eutanazji twierdzą, iż mamy obowiązek łagodzić ból i kości cierpienie innej osoby, nawet jeśli w tym celu trzeba ją pozbawić tego pełnego cierpienia życia. Tak sformułowaną zasadę czasami nazywa się „zasadą miłosierdzia”. Por. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004.

³ Por. *Eutanazja oznaką bożego miłosierdzia*, <http://pl.soc.religia.polski-usenet.pl/Eutanazja-oznaka-bozego-milosierdzia..T44497707.S1>, (28.12.2010).

„zerwania z hipokryzją”, bo przecież „i tak dokonuje się eutanazji w tajemnicy”, a nieuleczalnie chorzy zasługują na godną (dobrą) śmierć. W ten sposób w różnych miejscach na świecie otwierano furtki, co z czasem prowadziło do wyważania całych drzwi i uśmiercania, także bez wiedzy i zgody samych zainteresowanych. Jedno w tym wszystkim jest prawdą: cierpienie chorych i – nierzadko – autentyczne zagubienie i wyczerpanie opiekujących się nimi bliskich. Kłamstwo zaś zawsze polegało na wmawianiu, że jedynym rozwiązaniem jest przerwanie „mało wartościowego” (!) życia. I że mamy prawo decydować o czasie, w którym jego wartość jest „nie do odzyskania”.

Eutanazja jest lansowana jako miłosierdzie, dla ciężko chorych i bardzo cierpiących, lansowana”, bo mało kto wie o prawdziwych intencjach promujących eutanazję. Nagłaśniają oni precedensowe sytuacje, żeby przekonać ludzi do eutanazji jako skrócenia cierpienia.

Informacje o nieuleczalnie chorych zaczynają być tak podawane, żebyśmy mieli poczucie winy, że ci ludzie jeszcze żyją⁴. Można przecież im pomóc w tym cierpieniu. Za tym idzie sugestia, że ich uśmiercenie to akt miłosierdzia. Ale to wyjątkowo pokrętne podejście. Takie myślenie udziela się społeczeństwu, które ma poczucie wypełnionej misji, a firmy ubezpieczeniowe mają poczucie wypełnionych portfeli.

Pragnąc właściwie przedstawić problem eutanazji, należy przede wszystkim dokładnie ustalić pojęcie.

„Etymologicznie *eutanazja* oznaczała w starożytności łagodną śmierć, bez przykrych cierpień. Obecnie nie uwzględnia się już pierwotnego znaczenia tego słowa, lecz bierze się pod uwagę pewien zabieg medyczny, zmierzający do zmniejszenia bólów choroby lub agonii, niekiedy związany nawet z niebezpieczeństwem skrócenia życia. Słowo to jest ponadto stosowane w zawężonym sensie na oznaczenie *zadania śmierci z miłosierdzia*, to znaczy, by wyeliminować cierpienia związane z ostatnimi chwilami życia lub by dzieciom anormalnym, nieuleczalnie chorym, ewentualnie chorym umyślowo skrócić nieszczęśliwe życie, które mogłyby przedłużać się przez wiele lat stając się poważnym ciężarem dla rodziny lub społeczeństwa”⁵.

Eutanazja oznacza czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia. Tak więc eutanazja wiąże się z intencją działającego oraz stosowanymi środkami⁶.

⁴ Por. J. Salij, *Propagowanie eutanazji*, w: J. Salij, *Trud wolności*, Kraków 2001, s. 125–128.

⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji*, Rzym 1980, n. 2.

⁶ Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 293–304.

Czy rzeczywiście eutanazja to dobra śmierć?

Pytanie o eutanazję i celowość uporczywej terapii pada coraz częściej i zapewne będzie tym intensywniej powracać, im mocniej medycyna będzie w stanie ingerować w nasze życie, stawiając opór śmierci⁷.

Zacnę od przedstawienia sytuacji, w której eutanazja bywa rozważana jako czyn miłosierdzia⁸. Lekarz jest człowiekiem współczującym i obeznanym ze śmiercią i umieraniem oraz kimś, kto stoi najbliżej zdesperowanego pacjenta. Czy powinien pomóc zakończyć żywot cierpiącego? W przypadku, gdy już nie da się nic zrobić, człowiek jasno widzi, że jego życie się kończy, może jeszcze tylko wegetować w łóżku, będąc w pełni różnym stopniu świadomy tego, co się z nim dzieje. Lekarze stają wobec tzw. przypadków beznadziejnych, gdzie zwiększona pomoc i współczucie dla chorych i bezradnych nie rozwiązują problemu, a medycyna nie jest w stanie usunąć przyczyny cierpienia. Zadają wówczas pytanie, czy sensowne jest rozwiązanie, jakie niesie eutanazja? Sama natura pokazuje, że śmierć jest niekiedy najlepszym lekarstwem na długotrwałą chorobę. Właściwą pomocą dla bardzo cierpiących osób jest stosowanie środków przeciwbólowych, uspokajających, nasennych, a także za cenę upośledzenia świadomości lub nadmiernego snu. Takie życie może się wydawać jedynie wyczekiwaniem na śmierć. Niektórzy uważają, że taka egzystencja uwłacza ludzkiej godności. Wszak widok kobiety umierającej na zatorowość płuc, która leży pod respiratorem, ma zapalenie gardła i wysoką gorączkę, której żadne środki nie są w stanie usunąć oraz lekarzy ratujących ją zastrzykami z morfiną, pompami i innymi środkami, rodzi współczucie i chęć pomocy. Jeśli nie można przywrócić zdrowia i normalnego funkcjonowania człowiekowi, to czy nieuzasadniona jest w takim przypadku eutanazja? Czy wówczas przejawia się ona jako miłosierdzie? Lekarze stają przed problemem: jak zareagować, gdy chory prosi o śmierć, naprawdę i wytrwale, jak skazaniec o łaskę.

Z drugiej strony patrząc, eutanazja może prowadzić do nadużyć, gdyż lekarz będzie miał prawo „zabijać na wezwanie” nie tylko samego chorego, ale także niecierpliwych spadkobierców lub zawistnych sąsiadów, a karetka pogotowia będzie się kojarzyć ze szwadronem śmierci, który jeździ po mieście i dobija chorych⁹. Jeśli jednak prawo do godnej śmierci zostanie uznane przez kolejne, od Holandii poczynając, kraje, dlaczego miałyby się ono odnosić tylko do cierpiących i umierających. Zaraz pojawiłyby się głosy, że powinno ono być przynależne także zdrowym i silnym, którzy mogliby wybierać czas i sposób swego umiera-

⁷ Por. R. Fenigsen, *W sprawie eutanazji*, „Znak” 2001, nr 12 (559), s. 122–128.

⁸ Por. M. Zielińska-Fazan, *Dobra śmierć – miłosierdzie czy przestępstwo?*, „Prawo i Życie” 2001, nr 1, s. 38–31.

⁹ Por. K. Tukałłow, *Eutanazja czyli morderstwo w majestacie prawa*, „Przewodnik Katolicki” 2001, nr 18, s. 41.

nia. Problem zasługuje jednak na poważniejsze traktowanie. Chociaż dla wielu lekarzy wcale nie istnieje, ponieważ mają oni mocne przekonanie, że ich poczucie moralnych zobowiązań wobec chorych bezwzględnie zabrania im stosowania eutanazji. Ten punkt widzenia musi być szanowany i nie wolno mieć do niego moralnych i filozoficznych zastrzeżeń. Każdy człowiek ma prawo postanowić, że w żadnych okolicznościach, nigdy nie zabije innego człowieka¹⁰.

Zwolennicy eutanazji twierdzą, że tylko zalegalizowana eutanazja zdejmuje z lekarzy moralną i prawną odpowiedzialność za to, co nazywają czynem miłosierdzia, a z drugiej strony pozwalają godnie zakończyć życie osobom cierpiącym ponad granice wytrzymałości.

Takie oto słowa odnośnie do osób zatrudnionych w służbie zdrowia znajdujemy w *Deklaracji o eutanazji* wydanej Świętą Kongregacją Nauki Wiary, 5 maja 1980 roku: „Jeśli chodzi o osoby zatrudnione w służbie zdrowia, to powinny czynić wszystko, by całe swoje doświadczenie zawodowe przeznaczyć dla dobra chorych i umierających. Niech jednak pamiętają, że podopiecznym należy się także inna pociecha, i to o wiele bardziej konieczna, mianowicie wielka dobroć i gorąca miłość. Posługa zaś, jaką świadczą ludziom, jest oddawana także samemu Panu, który powiedział: »Cokolwiek uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili« (Mt 25, 40)».

Jest wiele czynników społecznych wpływających na akceptację eutanazji. Nie sposób ze wszystkimi się zmierzyć, aby zapytać, czy są one miłosierne, a więc szukające prawdziwego dobra rozwiązania. Zwróćmy uwagę na niektóre.

Prawo Boże „Nie zabijaj” zostaje potraktowane przez zwolenników eutanazji jako muzealny zabytek, jako przesąd wywodzący się z naznaczonej magią przeszłości, który współczesnej, racjonalistyczno-technologicznie wyprofilowanej mentalności jedynie przeszkadza¹¹. Na czym polega fenomen tej nowoczesnej mentalności? Otóż współczesną mentalność, którą charakteryzuje odejście od perspektywy chrześcijańskiej najlepiej charakteryzuje Jan Paweł II w „*Evangelium vitae*”.

„U kresu życia człowiek staje w obliczu tajemnicy śmierci. Dzisiaj w wyniku postępu medycyny i w kontekście kulturowym zamkniętym często na transcendencję, doświadczenie umierania nabiera pewnych nowych cech charakterystycznych. Kiedy bowiem zaczyna przeważać tendencja do uznawania życia za wartościowe tylko w takiej mierze, w jakiej jest ono źródłem przyjemności i dobrobytu, cierpienie jawi się jako nieznośny ciężar, od którego trzeba się za wszelką ceną uwolnić. (...) Ponadto człowiek odrzucając swą podstawową więź z Bogiem lub zapominając o niej sądzi, że sam jest dla siebie kryterium i normą oraz uważa, że ma prawo domagać się również od społeczeństwa, by zapewniło mu możliwość i sposoby decydowania o własnym życiu w pełnej i całkowitej autonomii. (...)

¹⁰ Por. S. Olejnik, *Dar. Wezwanie. Odpowiedź. Teologia moralna*, t. 6, Warszawa 1990, s. 230–238.

¹¹ Por. M. Moskwa, *Morderstwo czy miłosierdzie?*, „Wiedza i Życie” nr 11, s. 34–38.

W takim kontekście coraz silniejsza się staje pokusa eutanazji, czyli zawładnięcia śmiercią poprzez spowodowanie jej przed czasem i "łagodne" zakończenie życia własnego i cudzego. W rzeczywistości, to co mogłoby się wydawać logiczne i humanitarne, przy głębszej analizie okazuje się absurdalne i nieludzkie. Stajemy tu w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów »kultury śmierci« szerzącej się zwłaszcza w społeczeństwach dobrobytu, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niesprawnych wydaje się zbyt kosztowna i uciążliwa. Ludzie ci bardzo często są izolowani przez rodziny i społeczeństwo, kierujące się prawie wyłącznie kryteriami wydajności produkcyjnej, wedle których życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości" (EV, 64).

W tej samej Encyklice rozwój kultury śmierci zostaje powiązany z kryzysem wiary: „Osłabienie wrażliwości na Boga i człowieka prowadzi nieuchronnie do materializmu praktycznego, co sprzyja rozpowszechnianiu się indywidualizmu, utylitaryzmu i hedonizmu. Ujawnia się tu także niezmienna prawdziwość słów Apostoła: »A ponieważ nie uznali za słuszne zachować prawdziwe poznanie Boga, wydał ich Bóg na pastwę na nic zdatnego rozumu, tak że czynili to, co się nie godzi« (Rz 1, 28)" ... (EV, 23).

Encyklika pokusę zabicia siebie w eutanazji interpretuje, jako „odrzućenie absolutnej władzy Boga nad życiem i śmiercią, o której tak mówi w modlitwie starożytny mędrzec Izraela: Ty masz władzę nad życiem i śmiercią: Ty wprowadzasz w bramy Otchłani i Ty wyprowadzasz (Mdr 16, 13)" (EV, 65). Encyklika ukazuje też inną drogę: „Pewność przyszłej nieśmiertelności i nadzieja na obiecanie zmartwychwstanie rzucają nowe światło na tajemnicę cierpienia i śmierci i napełniają wierzącego niezwykłą mocą, która pozwala mu zaufać zamysłowi Bożemu" (EV, 67).

Jak wyjaśnić jednak ten nagły wzrost akceptacji dla rozwiązania, którym jest eutanazja? Wydaje się, że pozytywne nastawienie do eutanazji jest efektem medialnej propagandy i przewyżczenie ignorancji w tej dziedzinie może doprowadzić do zmiany orientacji. Gdyby społeczeństwo знаło prawdę o eutanazji, z pewnością liczba entuzjastów „ostatecznego rozwiązania" dalece by się przereździła. O czym nie wie społeczeństwo, jeśli chodzi o eutanazję? Przede wszystkim prawna możliwość eutanazji wcale nie oznacza większej autonomii pacjenta. Jest inaczej. W oparciu o doświadczenia z Holandii wiadomo, że to lekarz staje się panem życia i śmierci człowieka¹².

Człowiek współczesny ceni sobie swobodę decydowania o swoim losie we wszystkich jego wymiarach, również decydowania o swoim życiu. Postępujące wciąż dążenia do perfekcjonizmu i kwestia jakości życia są silnie eksploatowane. Stąd też właśnie eutanazja cieszy się coraz większym przyzwoleniem społecznym.

¹² Por. J. C. Willke, *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji*, Gdańsk 2000.

Współczesne społeczeństwo boi się przemijania, zmarszczek, utraty sił fizycznych. Lansowany przez media kult zdrowia, witalności i młodości sprawia, że choroba i starość stały się czymś wstydliwym. Rozpad rodziny i tradycyjnych więzów powoduje, że słabych, starych i chorych coraz częściej pozostawia się samym sobie. Obserwujemy wpływ hedonizmu i utylitaryzmu, który rzuca na obraz człowieka i jego życia. Zdrowie rozumie się coraz bardziej jako ideał witalności i ważny element w drodze do szczęścia, usprawiedliwiającej wszelkie środki, którymi owe ideały mogą być osiągnięte. Jeżeli więc ciało jest osłabione, bądź uszkodzone w takim stopniu, że człowiek nie może już dłużej żyć w użyteczny sposób, wtedy fizyczna egzystencja wydaje się bezwartościowa i bez jakiegokolwiek znaczenia. Tam, gdzie życie zależy przede wszystkim od pełnych fizycznych oraz intelektualnych możliwości, słaby człowiek zaczyna się wydawać bezużyteczny. Możliwość eutanazji może zatem oznaczać także presję społeczeństwa i opinii publicznej. Im bardziej argument jakości życia jest głęboko zakorzeniony w kulturze, tym bardziej obniża pozytywną samoocenę ludzi słabych i chorych. Życie ludzkie uważane jest za wartość tylko wtedy, gdy związane jest z sukcesami i stanowi źródło przyjemności. Jeśli niesie ze sobą cierpienie i ból, wtedy jawi się jako ciężar, od którego trzeba się za wszelką cenę uwolnić. Gdy zaś nie ma innej możliwości, trzeba położyć kres życiu przez eutanazję. Życie, które jest święte przestaje nim być, gdy jego jakość się obniża. A legalizacja eutanazji daje na to jawne przyzwolenie, daje do zrozumienia, że to jest dobre. Rodzi się pytanie: czy zatem prawo do życia mają mieć tylko osoby młode, zdrowe i bogate?

Przeciwko eutanazji świadczy fakt, iż każdego dnia rodzi się nadzieja na to, że naukowcy opracują lekarstwo na nieuleczalną chorobę lub odnajdą środek przynoszący ulgę cierpieniom pacjentów i wiarę w lepsze jutro. Medycyna zna także przypadki dowodzące tego, że chory został zabity niepotrzebnie. Jeśli tak było istotnie, to lekarz dopuścił się zabójstwa pod pozorem eutanazji¹³.

Potrzeba „wyobraźni miłosierdzia”

Zwolennicy eutanazji często mówią o zapewnieniu „godnej śmierci” osobie cierpiącej. Według nich ta pomoc ma być aktem miłosierdzia. Zwróćmy uwagę, że można mówić o „niemiłosiernej eutanazji”.

Warto zauważyć, że błędnie pojmowane miłosierdzie było powodem do podjęcia przez Hitlera programu eutanazji, jako początku eksterminacyjnej eugeniki. W tej sprawie zawsze jest tak samo – nieszczęśliwi rodzice piszą do władz: zabijcie, albo pozwólcie nam zabić nasze kalekie dziecko.

¹³ Por. M. Graczyk, *Dlaczego nie wobec eutanazji: Moralna ocena eutanazji w kontekście godnej śmierci i umierania*, „Ziarna” 1993, nr 9, s. 14–16.

Grzegorz Górny w swoim artykule: „Bez wyobraźni miłosierdzia” („W Drodze” 2007 nr 4) podaje następujące przykłady nadużyć związanych z eutanazją¹⁴.

Najsłynniejszym na świecie eutanastą jest amerykański anatomopatolog. Kiedyś pewna chora kobieta zwróciła się do Jacka Kevorkiana, najsłynniejszego amerykańskiego eutanasty z prośbą o „dobrą śmierć”. W ostatniej chwili jednak rozmyśliła się i zapragnęła żyć. Nie zważając na jej protesty, doktor Kevorkian założył jej na głowę foliową torebkę, ścisnął na szyi i – mimo rozpaczliwej obrony – pozbawił ją życia. W sądzie tłumaczył się, że w ten sposób okazał chorej miłosierdzie.

Kanadyjska prawniczka profesor Margaret Sommerville z Toronto wspomina spotkanie z pewnym holenderskim lekarzem, który chwalił się, jak wielu dokonał eutanazji, w jego mniemaniu czynów miłosierdzia. Przekonywał ją przy tym, że sytuacja była tak dramatyczna, iż nie miał innego wyjścia. Jeden z przypadków dotyczył 80-letniej pacjentki, która była całkiem zdrowa, ale po śmierci męża czuła się bardzo samotna i przez trzy miesiące, tydzień w tydzień, prosiła lekarza, by ją zabił. W końcu doktor spełnił życzenie chorej uznając, że nie ma innego wyjścia. „A czy zaproponował jej pan, żeby kupiła sobie kota?”, zapytała profesor Sommerville. Lekarz zaprzeczył, po czym zachwycony aż stuknął się w czoło i wykrzyknął: „Ale to rzeczywiście mogło być jakieś rozwiązanie”.

A oto znana historia z naszej polskiej ziemi. Dodam, chyba najbardziej medialna. Przed kilkoma laty Janusz Świtaj, sparaliżowany od wielu lat mężczyzna wystosował do sądu dramatyczny apel z prośbą o wykonanie na sobie eutanazji – od razu znalazło się wielu życzliwych, domagających się spełnienia jego żądań. Powstały nawet strony internetowe, na których solidaryzowano się z nim i zbierano podpisy pod wnioskiem o zalegalizowanie eutanazji. Ich autorzy powoływali się na współczucie, litość, a nawet miłosierdzie dla cierpiącego bliźniego. Poważni publicyści pisali, że wszelkie argumenty przeciwko eutanazji można wyrzucić za okno, kiedy staje się twarzą w twarz z bólem drugiego człowieka. Oto obecna sytuacja Janusza. Dostał specjalny wózek inwalidzki, znalazł pracę w fundacji Anny Dymnej i jego życie zaczęło nabierać barw. Teraz sparaliżowany Janusz Świtaj zdaje maturę i chce rozpocząć studia¹⁵.

Historia Janusza Świtaja stała się symbolem dla osób niepełnosprawnych, skazanych na cierpienie i samotność, walczących o prawo do chwil radości. Jego historia pokazała, że tak naprawdę siła jest w nich samych.

Minęło w sumie niewiele czasu, a Janusz Świtaj stał się człowiekiem pełnym zapału, zaczął marzyć, w jego życie wstąpiła nadzieja. Co takiego się stało? Otóż, jak podkreślają animatorzy ruchu hospicyjnego, prośba o śmierć pojawia

¹⁴ G. Górny, *Bez wyobraźni miłosierdzia*, <http://mateusz.pl/wdrodze/nr405/08-wdr.htm> (28.12.2010).

¹⁵ *Janusz Świtaj będzie studentem*, <http://www.dlaczego.com.pl/news/show/2348>, (28.12.2010).

się najczęściej w momencie depresji, braku poczucia sensu życia, opuszczenia. Człowiek w takim stanie czuje się nikomu niepotrzebny.

Wystarczyło, że włączył się nowy czynnik – troska, opieka, miłosierdzie innych ludzi – a życie chorego, tak pełne do tej pory poczucia bezsensu, nabrało rumieńców. Ciekawe, jak się czują w tym momencie ci, którzy zagrzewali Janusza Świtaja do walki o eutanazję? Powoływali się przecież na miłosierdzie, ale miłosierdzie to nie fabrykowanie łatwych wzruszeń na odległość, które czynią nas lepszymi we własnych oczach, gdyż przejmujemy się losem innych.

Miłosierdzie rzeczywiście wymaga wyobraźni. Określenie to wprowadził Jana Pawła II, który podczas pielgrzymki do Polski w Krakowie mówił o „wyobraźni miłosierdzia”¹⁶. Takie bowiem sytuacje, jak Janusza Świtaja i wielu innych równie doświadczonych przez cierpienie osób, pozwalają przejawić się ludzkim cnotom, solidarności, współczuciu, empatii, miłosierdziu. On prosił o uwagę, a nie „miłosierdzie” w śmiercionośnym zastrzyku. Bez takich ludzi o wiele mniej wiedzielibyśmy o ludzkiej miłości i poświęceniu. Eutanazja to jakby próba wyeliminowania sytuacji, w których możemy okazywać nasze człowieczeństwo.

Troska o właściwie pojęte miłosierdzie w kontekście eutanazji

Najlepszym argumentem przeciw „godnej” śmierci jest prawdziwa godność umierania zapewniona przez najbliższych chorego, a także wydolny system opieki zdrowotnej przy wsparciu wolontariuszy, wiedzionych do umierającego ideałami miłosiernego samarytanina. Warto zwrócić uwagę na fakt, że ludzie widzący pozytywnie eutanazję, jako wyjście najczęściej chcą powiedzieć: „nie chcę być sam, nie umiem żyć niepotrzebny i poniżany przez brak troski, chcę odnaleźć sens cierpienia i życia w takim stanie”. To wielkie wyzwanie dla nas jako społeczeństwa. Mówimy, że chory jest szczególnym skarbem Kościoła. Warto więc stawiać sobie i innym pytania typu: „Jak traktujemy takie skarby z sąsiedztwa? Kiedy ostatnio byliśmy u chorej ciotki, dziadka?”. Każdy z nas powinien sobie odpowiedzieć, czy w obliczu chorego, starszego potrafimy odnaleźć Chrystusa. Jeśli jesteśmy obojętni, po trosze stajemy się winni znieczulicy, której konsekwencją staje się rosnąca aprobata dla eutanazji. Zaczynajmy od odpowiedzi na temu podobne pytania.

¹⁶ Papież zachęcał do „wyobraźni miłosierdzia” i prosił: niech orędzie o Bożym miłosierdziu zawsze znajduje odbicie w dziełach miłosierdzia ludzi. Zachęcając do naśladowania Boga w Jego miłosierdziu i kształtowania takiej postawy w relacjach między ludźmi, wskazywał równocześnie na najważniejsze współczesne znaki czasu, które domagają się ich dostrzeżenia i rozwiązywania dla dobra społeczności i każdego indywidualnego obywatela. Por. Jan Paweł II, *Bądźmy świadkami miłosierdzia*. Homilia podczas Mszy św. beatyfikacyjnej. Błonia krakowskie, 18 sierpnia 2002, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan-pawel.ii/homilie/8pl.blonia_18082002.html (28.12.2010).

Mówiąc o chrześcijańskim miłosierdziu, mamy na myśli czyny, które są moralnie dobre. Teologia nie tylko opisuje ludzkie czyny, ale także podaje kryteria do moralnej ich oceny. Czyn (także myśl ludzka) w życiu każdego człowieka odgrywa bowiem niezwykle ważną rolę, ponieważ kształtuje, tworzy jego osobowość, postawy, wpływa na rozwój życia duchowego lub przeciwnie – poniża, degraduje osobę, hamuje jej rozwój jako człowieka i chrześcijanina. To czyny mówią o tym, kim jest dany człowiek, stanowią o jego dobroci lub złu, one objawiają jego podobieństwo lub niepodobieństwo do obrazu Syna Bożego. Każdy czyn pozostawia w człowieku jakiś ślad, pomnaża dobro lub pomniejsza je, dlatego tak niezwykle ważne są ludzkie wybory, decyzje i działanie.

Prawdziwe miłosierdzie dla drugiego człowieka wzoruje się na miłosierdziu bożym¹⁷. A więc najpierw współczucie, potem poszukiwanie źródła bólu, a potem trwała praca nad czytelnością propozycji poprawy sytuacji.

W Bogu słowa: miłość, wierność, nadzieja, ufność, miłosierdzie spleta się w jedno wielkie „kocham”. My jednak możemy mówić o dwóch stronach miłosierdzia: „dla nas” – ulitowanie się nad naszą słabością, wybaczenie, wyrozumiałość dla niedoskonałości oraz „do nas” – Bóg patrzy na nas w całkowicie pełny sposób. Widzi wszystko, co sprawia nam ból, trudność dużo wcześniej niż my sami.

Wzorując się na Bogu my również możemy realizować miłosierdzie na dwa sposoby: pomoc cierpiącym w ich bólu, fizycznym, czy duchowym oraz przypominanie o ewangelicznym podejściu do cierpienia, które może przynosić zbawienie. Oznacza to w praktyce: zauważenie człowieka potrzebującego i przejęcie się jego losem, trwała wspólnota z człowiekiem potrzebującym, brak stosunku poniżającego, podkreślanie godności człowieka.

Miłosierny jest człowiek, który zatrzymuje się przy cierpieniu drugiego człowieka jakiegokolwiek by ono nie było, jest gotowy (nie ciekawy) do niesienia pomocy, wrażliwy na cudze cierpienie (co świadczy o współodczuwaniu), świadczy pomoc w cierpieniu możliwie skutecznie, angażując swe serce i to co posiada, daje swoje „ja” otwierając je dla drugiego, czyli daje bezinteresowny dar z samego siebie, pomaga „bardziej stawać się” drugiemu człowiekowi. Nie ma w takim podejściu miejsca na eutanazję rozumianą jako czyn miłosierdzia.

Zakończenie

Jezusowi Miłosiernemu spodobało się przypomnieć najważniejszy atrybut Boga na naszej ziemi przez posługę św. s. Faustyny i bł. Ks. M. Sopoćkę. Ufność względem Miłosiernego Boga to jeden fundament duchowości i postawy świętej Faustyny. Drugim jest miłosierdzie względem człowieka. Przy czym mi-

¹⁷ Por. Jan Paweł II, Encyklika *Dives in Misericordia* O Bożym Miłosierdziu, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/dives.html, (28.12.2010).

łosierdzie ludzkie ma być odzwierciedleniem Bożego Miłosierdzia, mającego na uwadze zbawienie wieczne człowieka. Takie pojęcie miłosierdzia względem człowieka niekoniecznie tożsamy jest z filantropią. Otwiera się nie tylko na potrzeby materialne człowieka, ale ma na uwadze przede wszystkim zbawienie duszy.

Może właśnie naszym zadaniem jest pokazanie Europie i światu, że uda nam się oprzeć pokusie eutanazji poprzez praktykowanie miłosierdzia chrześcijańskiego i ludzkiej solidarności. Dbać nie tylko o ciało, ale o duszę drugiego człowieka. Jeśli nie zabraknie wśród nas miłosiernych samarytan, będziemy umieli wzruszyć się głęboko na widok cierpienia oraz umierania i, czuwając, będziemy służyć życiu aż do ostatniego oddechu.

Katarzyna Beata Głodowska¹, Jan Głodowski¹

Eugenika jako podstawa eutanazji w narodowym socjalizmie

Geneza eugeniki

Zadając sobie pytanie, gdzie należy szukać korzeni eugeniki powinniśmy sięgnąć do zamierzczej historii. To właśnie okres epoki ludów pierwotnych pokazuje, iż tylko osobniki najbardziej doskonałe w swojej budowie były w stanie przetrwać w trudnych warunkach życia, w jakim przyszło egzystować naszym pierwszym przodkom [1].

Eliminacja jednostek słabych, wątłych, a także chorowitych, do których możemy zaliczyć niewątpliwie dzieci, osoby starsze bądź chore była okrutna, chociaż wydawała się naturalnym efektem presji grupy, która miała ograniczony dostęp do pożywienia, a przy tym nie mogła pozwolić sobie na dźwiganie ciężaru, jakim było utrzymanie w/w jednostek. Początkowo dzieciobójstwo było jedynie incydentalnymi wypadkami, gdzie dostosowywano ilość pożywienia do ilości jednostek w grupie. Pierwszymi osobami poddanymi takiej eliminacji były osoby niepełnosprawne, następnie dzieci płci żeńskiej. Tego typu bestialska eugenika, która dokonywała selekcji już w chwili narodzin była odpowiedzią grupy na problem ilości i jakości [1].

Starożytność

Myślenie – co więcej postępowanie wedle założeń eugenicznych, nie było obce również starożytnym Spartanom. Według legendarnego władcy Sparty Likurga tylko najsilniejsi mężczyźni byli w stanie spłodzić zdrowe potomstwo. Uważał on, iż małżeństwo może być zawierane tylko przez te pary, które powszechni uważane są za zdrowe, silne i krzepkie. Powodem takiego myślenia było dążenie do posiadania zdrowego społeczeństwa, zatem jedynie pary dobrane wedle tych kryteriów gwarantowały zdrowe potomstwo. Jednak, gdy para doczekała się ułomnego potomstwa było ono wyrzucane poza miasto (na górze Tajget) [1].

¹ Katedra Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Nie tylko starożytni Spartanie podchodzili w ten sposób do polityki zdrowotnej własnego państwa. Należy zauważyć, iż podobnie uważali starożytni Grecy i Rzymianie – urodzenie sprawnego i dorodnego dziecka gwarantuje przetrwanie gatunku. Dzieci niepełnosprawne natychmiast były uznawane za tzw. „gorszych obywateli”. Porzucano także potomstwo urodzone w wyniku kazirodztwa, ze względów obyczajowych czy utylitarno-społecznych. Głównym zaś powodem uśmiercanie dzieci był brak środków w powiększającej się rodzinie, na utrzymanie kolejnego jej członka.

Czasy nowożytne

Największy przełom przychodzi w XIX i XX wieku, gdzie w intelektualnej atmosferze Europy i USA istniało wyraźne przyzwolenie na stosowanie inżynierii społecznej. Pojawienie się nowego estetyzmu w malarstwie, rzeźbie i sztuce filmowej w Niemczech powoduje, iż coraz wyraźniejszym staje się kult ciała, gimnastyki, higieny, któremu towarzyszy przekonanie o pięknej białej rasie, a szczególnie jej nordyckiej odmiany. Daje się zauważyć, iż uwidaczniają się silne odwołania do praw natury, a w szczególności do witalności nordyków, którzy u schyłku starożytności przejęli z rąk Rzymian prawo panowania nad Europą i misję jej obrony przed hordami barbarzyńców z Azji.

Zakończenie I wojny światowej przyniosło narodowi niemieckiemu upadek cesarstwa, okupację, utratę części terytorium i miliony ofiar. Ponadto goryczy przegranej dopełniało poczucie krzywdy, która spotkała Niemcy po przegranej wojnie [1].

Gdy Bernard Shaw snuł swoje proroctwa na temat zastosowania komór gazowych wynalezionych w Anglii do likwidacji bezpańskich zwierząt, syn pastora John Devenport przygotowuje się w USA do eugenicznej rewolucji – jej prawne podstawy zostają uchwalone przez stan Kalifornia – projekt ERO (Eugenics Record Office) [2]. I choć jeszcze Adolf Hitler nie wydał dzieła swojego życia „Mein Kampf”, to jednak nie tracił czasu i zgłębiał wiedzę eugeniczną z książek Madisona Granta, Baura, Lenza czy Fischera.

„Mein Kampf” zawierała w sobie najbardziej radykalne eugeniczne poglądy epoki, nordyckiego rasizmu, jak również antysemityzmu podniesionego do rangi osobistej obsesji. Adolf Hitler pojawił się w momencie, gdy Niemcy potrzebowały nowego lidera, silnego, a zarazem wielkiego przywódcy, który przywróciłby Niemcom świetność i zasłużone zaszczyty [2].

Eugenika w Trzeciej Rzeszy

Największe nadużycia w zakresie wykorzystania założeń eugenicznych daje się zauważyć w nazistowskich Niemczech. Na potrzeby polityki rasowej dopuszcza się uzasadnienie zachowania, gdzie dochodzi do wyeliminowania jednostek

słabych, chorych ze społeczeństwa. To właśnie tego typu założenia upatruje się u podstaw eugeniki, dokładniej jednego z jej rodzajów – eugeniki negatywnej. Coraz częściej do głosu dochodzą uczeni, optujący za przekonaniem, iż należy dokonać usunięcia pewnej puli genów, mogących przyczynić się do powstania osobników chorych – używając określeń powszechnych w tym czasie – osobników niepełnowartościowych, czy też nie spełniających standardów. W ten sposób rodzi się myśl, która staje się podwaliną do zbudowania polityki rasowej nazistowskich Niemiec i propagowanie „higieny rasowej” [3].

W promowanie nowej idei naukowej włączonych było wielu znanych niemieckich uczonych, jak również wielu znakomitych lekarzy, którzy często nadzorowali akcje uśmiercania, mające na celu eliminowanie tzw. „życia niewartego życia”. W ciągu dwunastu lat panowania narodowego socjalizmu eutanazja i sterylizacja stosowane były ze wskazań eugenicznych, w związku z czym nosiły charakter legalny, maskując tym samym nadużycia pod szyldem stosowania prawa [4].

Zastanawiającym zjawiskiem był fakt, iż nazizm był bardzo popularny w środowisku lekarskim. Być może miało to związek ze skłonnością wykorzystywania siły państwa i zamienienia przysięgi Hipokratesa oraz prawa rzymskiego prawem nauki. Wielu lekarzy stawiało się ponad moralnością na wzór starożytnych bogów. Dojście Hitlera do władzy umożliwiło wielu z nich kontynuowanie, a także rozpoczęcie szybkiej ścieżki kariery naukowej. Dobra do tego droga prowadziła przez nazistowski „zakon dobrej krwi”, czyli SS, do którego wstąpiła znacząca grupa absolwentów medycyny, jak również lekarzy o uznanym już w środowisku dorobku naukowym. Okres ten to również dostępność do prowadzenia badań o szerokim doborze próby, eksperymentów o nieznanym dziś zakresie – uzyskiwania wyników z niezliczonych godzin wywiadów z pacjentami, obserwowanie przypadków niespotykanych powszechnie chorób. Wreszcie dowolnie stosowanych metod leczenia i używania nowych środków farmaceutycznych do tego przeznaczonych [4].

Dobrym gruntem na rozpowszechnienie się założeń eugenicznych w Trzeciej Rzeszy dochodzi również przekonanie nazistów o wyższości państwa niemieckiego i jego obywateli – w żyłach których miała płynąć lepsza, nordycka krew – nad obywatelami innych krajów świata, jako zasadniczy element nazistowskiej ideologii.

Daje się zaobserwować, iż stopniowo narastająca nienawiść obywateli hitlerowskich Niemiec do wszystkich narodów i nacji, w ich mniemaniu „gorszych” powoduje, iż następuje przyzwolenie na eliminację ze społeczeństwa jednostek nie pasujących do wizji „czystego rasowo” Niemca [5].

Głównym celem tej polityki stają się przede wszystkim dokonywane ataki na społeczność Żydowską, ale również osoby niepełnosprawne fizycznie (inwalidzi), chorych psychicznie, Romów (po objęciu władzy przez Adolfa Hitlera – rok 1933).

Następuje uchwalenie „Ustawy o zapobieganiu obciążonemu dziedzicznie potomstwu” – dokumentu wprowadzającego przymusową sterylizację osób cierpiących na choroby dziedziczne, schizofrenię, padaczkę, alkoholizm, psychozy afektywne. Przez zastosowanie przepisów w/w ustawy dokonano ok. 350 tys. sterylizacji osób w samych Niemczech [5].

Za ideą eliminacji „elementów zbędnych” z własnego otoczenia, naziści zaczęli dążyć do powiększenia swojej przestrzeni życiowej. Jednym z głównych haseł programu partii hitlerowskiej stało się zdanie:

Domagamy się ziemi i gleby (kolonii) dla wyżywienia naszego narodu i osiedlenia nadwyżki naszej ludności [6].

Powstają również specjalne komisje na terenie Niemiec, wyszukujące wśród ludności jednostki umysłowo chore i ułomne fizycznie. Komisja Rzeszy ds. naukowego rejestrowania ciężkich schorzeń o podłożu dziedzicznym i wrodzonym, do której należeli głównie psychiatrzy [7].

Od sierpnia roku 1939 lekarze i położne musieli zgłaszać wszystkie noworodki oraz dzieci poniżej lat trzech, u których stwierdzono jakikolwiek niedorozwój, paraliż lub „idiotyzm”.

Każda akuszerka, która przyjmowała poród zobowiązana była do natychmiastowego zgłoszenia, iż odebrała poród, gdzie podejrzewało się lub dało się stwierdzić, iż dziecko zostało dotknięte następującymi wadami wrodzonymi:

1. Idiotyzm oraz mongolizm, zwłaszcza przypadki, u których wystąpiła głuchota i ślepotą.
2. Małogłowie, tzw. nieproporcjonalnie małe wymiary głowy, zwłaszcza części mózgowej czaszki.
3. Wodogłowie wysokiego bądź zaawansowanego stopnia.
4. Wszelkiego rodzaju ułomności, brak kończyn, ciężkie rozszczepienie głowy, a także kręgosłupa,
5. Porażenia włącznie z chorobą Littela’a.

Następnie wytypowane dzieci były przewożone do kliniki pediatrycznej, gdzie zostawały poddane specjalistycznym badaniom. Jeśli u danego dziecka stwierdzono powyższe jednostki chorobowe, były kierowane na tzw. szczepienia, w czasie których podawano śmiertelną dawkę morfiny bądź barbituranów. Jednym z pierwszych tego typu ośrodków był ośrodek w Aperbeck. W ramach akcji zostało zabitych około 6 tys. noworodków i dzieci. Na samym początku zabijano dzieci do lat trzech, następnie do ośmiu, później wiek został wydłużony do dwunastego roku życia, zaś na koniec objęto akcją już nawet szesnasto-, czy siedemnastolatków. Ofiarami tych akcji padło minimum 5 000 dzieci na tak zwanych dziecięcych oddziałach specjalnych [7].

Zdobyte doświadczenie w ramach programu eutanazji zostało wykorzystane w czasie trwania innych akcji uśmiercania. Jedną z najgłośniejszych akcji tego

typu była tzw. Akcja T4, gdzie znaczny wkład w realizację tego zadania miał specjalnie dobrany personel medyczny: lekarze, pielęgniarki, sanitariusze.

Nazwa Akcji T4 pochodzi od adresu biura, które znajdowało się przy Tiergartenstraße 4 w Berlinie, ale także jest nazywana „eutanazją” osób upośledzonych (E-Aktion): eliminowanie „mniej wartościowych” niem. „Vernichtung von lebensunwertem Leben” – „likwidacji życia niewartego życia” [7].

Decyzja o wyszukiwaniu wśród ludności cywilnej jednostek umysłowo chorych i ułomnych fizycznie została podjęta w czasie narady w „Grant Hotelu” w Sopocie. Hitler przedstawił plany likwidacji osób, u których wystąpiło podejrzenie występowania choroby psychicznej czy neurologicznej. Do tej grupy zostały zakwalifikowane osoby, u których stwierdzano, między innymi, występowanie następujących jednostek chorobowych: schizofrenii, otępienia starczego, choroby afektywnej dwubiegunowej (psychoza maniakalno-depresyjna), dziedzicznej epilepsji, dziedzicznej płasawicy Huntingtona, dziedzicznej ślepoty, dziedzicznej głuchoty, ciężkiej dziedzicznej deformacji ciała, ciężkiej choroby alkoholowej. Dodatkowo do tej grypy dołączono osoby, u których stwierdzono kiedykolwiek niepoczytalność, chorych przebywających w zakładach opiekuńczych ponad pięć lat, jak również osoby z wrodzonymi zaburzeniami rozwojowymi przeznaczonymi do natychmiastowej likwidacji [7].

W lutym 1940 roku dochodzi do ustalenia sześciu ośrodków, gdzie będzie wykonywana zagłada osób niepełnosprawnych – głównie dorosłych. Osoby te były oznaczone następującymi symbolami „A”, „B”, „Be”, „C”, „D”, „E”. Pierwszym takim ośrodkiem, działającym na terenie jeszcze przedwojennej Rzeszy, był zamek w Grafeneck. Personel medyczny, który pracował w tych zakładach (Brenburg, Branderburg, Grafeneck, Hadamr, Hertheim, Sonnenstein), dokonywał selekcji pacjentów, którzy następnie trafiali na podstawie specjalnych formularzy zaopiniowanych przez lekarzy – ekspertów do jednego z wyżej wymienionego ośrodka [8].

Jeśli na formularzu został oznaczony znakiem „plus” oznaczało to, iż chory został przeznaczony do likwidacji. Po zagazowaniu zwłoki pacjentów były palone w krematorium, proch zaś rozsypywano do urn. Do rodzin wysyłano pismo z biura akcji T4 o śmierci bliskiej osoby. W ramach akcji T4 w Niemczech zginęło 70 272 osób [9].

Od roku 1941 akcja T4 zostaje rozszerzona o ludzi niepełnosprawnych i chorych psychicznie nie – niemieckich więźniów obozów koncentracyjnych. Przyjmując nową nazwę akcja „14f13”, dzięki której dokonuje się realizacji planu masowej likwidacji tzw. „ras niższych” poprzez projekty przymusowych przesiedleń i masowej sterylizacji.

W chwili, gdy informacje o akcji T4 przedostały się do wiadomości opinii publicznej i licznych protestach oficjalnie wstrzymano jej realizację od dnia 24 września 1941 roku, niemniej jednak w niektórych ośrodkach w dalszym ciągu dokonywano zabijania więźniów.

W dniu 17 listopada 1942 roku podjęta zostaje decyzja, iż akcja T4 zostanie ponownie wznowiona. Dwa tygodnie później ukazuje się dyrektywa, w myśl której personel medyczny wszystkich szpitali psychiatrycznych ma za zadanie głodzić pacjentów. Zalecono stosowanie „specjalnej diety” dla „beznadziejnych przypadków”, znajdujących się na terenie wszystkich szpitali psychiatrycznych w Bawarii.

Niektórzy psychiatrzy, poza stosowaniem diety przy likwidacji swoich pacjentów, korzystali m.in. z dosercowych zastrzyków. Ostatnie takie zabójstwo miało miejsce w dniu 29 maja 1945 w szpitalu w Kaufbeuren k. Monachium. Przy pomocy takich zastrzyków dokonano zabójstwa niepełnosprawnego czteroletniego dziecka nazwiskiem Richard Jeanne. Była to prawdopodobnie ostatnia ofiara akcji T4 na terenie nazistowskich Niemiec.

W miarę upływu czasu trwania akcji T4, gdzie pierwotnie zabijanie pacjentów odbywało się za pomocą dosercowych zastrzyków stwierdzano, iż należy wybrać bardziej „humanitarną” metodę dla wykonawców w/w zadania. Wykoncepcowano, iż dużo bardziej efektywnym sposobem likwidacji jednostek „niegodnych życia” będzie użycie gazów trujących, takich jak: tlenek węgla, spaliny samochodowe czy również w późniejszym okresie cyjanowodorek – do likwidacji tak dużej ilości ludzi [10].

Komory gazowe, które były stosowane w ramach akcji T4 zostały umieszczone w piwnicach starych zamków. Pierwszym miejscem, gdzie została taka komora zastosowana, to: Owińska k. Poznania, Świecie nad Wisłą, Kochorowo – Stargard Szczeciński oraz Fort VII w Poznaniu. Tylko do końca 1939 roku w Fortie VII zostało zgładzonych 4500 tys. ludzi. Zaś w Owińskich k. Poznania tylko między październikiem a listopadem 1939 roku zginęło 1000 osób [5].

W trakcie przebiegu akcji T4 stało się jasne, iż masowe morderstwa były technicznie wykonalne. Możliwym też jest oszukiwanie osób, które miały zostać zlikwidowane i zabijanie w komorach gazowych pod przykrywką pomieszczeń prysznicowych. Ponadto udowodniono, że było możliwym zorganizowania ich w taki sposób, by w krótkim czasie unicestwić jak największą ilość osób przy wykorzystaniu jednostek gotowych do zabijania [11].

Aktion T4, E-Aktion (niem.) była pierwszym – na tak dużą skalę – mordem ludności dokonywanej przez nazistowskie państwo. To właśnie dzięki tej akcji wypracowano „technologię” tzw. grupowego zabijania, która później została wykorzystana w nazistowskich obozach koncentracyjnych.

Idea eugeniki spopularyzowana na obszarze Niemiec była wykorzystywana od początku XX wieku dla rozwiązania problemów społecznych w sposób planowy, świadomy i konsekwentny, zakładając konkretne i praktyczne efekty eliminacji osób „małowartościowych”.

Akcja T4 była formą przełamania barier etycznych społeczeństwa niemieckiego, ponieważ miała ona półoficjalny charakter, zwłaszcza wśród niemieckich lekarzy. Mimo, iż władze kościelne protestowały i nie wyrażały zgody na

dokonywanie aktów eutanazji, społeczeństwo niemieckie (w tym również lekarze) akceptowali masowe zabijanie „ze wskazań społecznych”. Działanie to było zaczątkiem do mordowania „obcej rasowo” ludności, a w ostateczności do Holokaustu [5].

Podsumowanie

Wszystkie działania średniego i wyższego szczebla kadry kierowniczej ruchu narodowo-socjalistycznego zmierzały do jednego celu, który zakładał unicestwienie ras obcych, a uszlachetnianie rasy germańskiej.

Dzięki oporowi ludności narodów podbitych nie udało się zrealizować w pełnym zakresie planu hitlerowców usunięcia ze świata „małowartościowych” jednostek i stworzenie rasy panów.

Nie podlega żadnym wątpliwościom fakt ogólnoswiatowego potępienia zbrodni ludobójstwa, które dokonano w okresie okupacji hitlerowskiej, a także II wojny światowej. Ocena ta wypada bardzo surowo dla środowiska medycznego i kładzie się głębokim cieniem na opinii ówczesnych lekarzy i personelu pomocniczego [5].

W akcji T4 zaangażowanych było wielu lekarzy pracujących na rzecz Trzeciej Rzeszy (przeważnie neurologów, psychiatrów i pediatrów), m.in.: prof. Ernst Rüdin, prof. Paul Nitsche, prof. Otmar Freiherr von Verschuer, prof. Max de Crinis, prof. Werner Villinger, Helmuth Ehrhardt, dr Valentin Falthhauser, dr Herbert Linden, dr Josef Mengele, Theo Niebel, dr Friedrich Panse, dr Carl Schneider, Weinier Sengenhof, dr Hermann Pfannmüller, dr Carl Hans Heinze Sennhenn i inni.

Oceniając z punktu widzenia etyki to, czym zajmowali się lekarze, których głównym zadaniem powinna być ochrona ludzkiego życia, to pada pytanie dlaczego tak niewielu lekarzy dręczyły wyrzuty sumienia z powodu swoich poczynań. Negacja wartości humanizmu i wartości jednostki ludzkiej przenikała stopniowo z ideologii hitlerowskiej do medycyny, poprzez niewinną na pozór eugenikę i na wskroś przejrzystą higienę rasową.

Nic nie tłumaczy lekarzy, którzy składając przysięgę Hipokratesa, obiecywali tym samym, iż dbać będą o swoich pacjentów i podopiecznych niezależnie od okoliczności.

Wydaje się niezwykle istotne, by poznając historię medycyny okresu narodowego socjalizmu, nie zapominać o medycynie, jaką usiłowano praktykować w każdym z ośrodków, gdzie uśmiercano osoby „mniej wartościowe”. Studentom Uniwersytetów Medycznych, przyszłym adeptom sztuki lekarskiej, pielęgnarskiej czy farmaceutycznej należy ukazywać nie tylko najnowsze informacje nt. osiągnięć nauki, innowacyjnych metod leczenia i nowoczesnych technik diagnostycznych, ale również dorobek, jaki stanowi historia poszczególnych zawodów, w których są oni kształceni [5].

Nieludzka medycyna, którą praktykowano w tym okresie opiera się na cierpieniu dziesiątek, a nawet setek tysięcy ludzi – w tym również na zbrodniczych eksperymentach prowadzonych na terenie obozów koncentracyjnych. Świadcami, niejednokrotnie również ofiarami tych haniebnych praktyk byli przedstawiciele zawodów medycznych: pielęgniarki, pielęgniarze, lekarze, sanitariusze, położnicy i położne. Relacje byłych więźniów pełne są opisów zdarzeń niewyobrażalnych, zdarzeń, których świadomymi uczestnikami byli niestety również przedstawiciele wyżej wymienionych zawodów.

Niestety, temat niewolniczej pracy i nierównego traktowania jednostki ludzkiej nie traci na aktualności. Pomimo upływu 75 lat od utworzenia pierwszego obozu koncentracyjnego (KL Dachau) na terenie III Rzeszy, do dnia dzisiejszego podobne obozy pracy funkcjonują – chociażby w Korei Północnej czy Chinach. Na podstawie zdjęć z amerykańskich satelitów, poznajemy miejsca do złudzenia przypominające w konstrukcji i układzie budynków, np. były obóz koncentracyjny w Oświęcimiu.

Piśmiennictwo

1. Musielak M., Sterylizacja ludzi ze względów eugenicznych w Stanach Zjednoczonych, Niemczech i w Polsce (1899–1945) [Eugenics-based human sterilization in the USA, Germany and Poland 1899–1945], Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2008.
2. <http://www.dwr.org.pl/eugenika>, date of access 23.09.2010.
3. Schaft E. G., Od rasizmu do ludobójstwa. Antropologia w Trzeciej Rzeszy [From Racism to Genocide. Anthropology in the 3rd Reich], Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
4. Ternon Y., Helman S., Historia medycyny SS czyli mit rasizmu biologicznego [The history of medicine in the SS or the myth of biological racism], Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973.
5. Jaroszewski Z., Zagłada chorych psychicznie w Polsce i w latach wojny. W pięćdziesięciolecie zbrodni: [w] Zagłada chorych psychicznie w Polsce 1939–1945 [The extermination of the mentally ill in Poland during WW2. 50th anniversary of the crime, [in] The extermination of the mentally ill in Poland 1939–1945], Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
6. Gottfried F., Das Programm der NSDAP und seine weltanschaulichen Grundgedanken, München 1932.
7. Sander P., Verwaltung des Krankmordes. Der Bezirksverband Nassau im Nationalsozialismus. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003.
8. <http://www.h-net.org/reviews/showrev.php?id=4067>, date of access 25.09.2010.
9. Mikulski J., Okupacja i medycyna [Occupation and medicine].
10. Rigg B. M., Adamko J., Żydowski żołnierz Hitlera, nieznaną historią nazistowskich ustaw rasowych i mężczyzn pochodzenia żydowskiego w armii niemieckiej [Jewish Nazi soldiers, a unknown history of racial legislation and Jewish males in the German army]. Warszawa, Bellona, Kraków, Wydawnictwo Arkadiusz Wingert 2005.
11. Welzer H., Täter. Wie aus ganz normalen Menschen Massenmörder werden. 3rd edition. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt 2009.

Marta Szabat¹

Uwagi o naturze bólu i cierpienia

W artykule omówione zostały problemy bólu i cierpienia. Są one nie tylko zagadnieniami medycznymi, ale również filozoficznymi, etycznymi i egzystencjalnymi. Najważniejszym celem tekstu jest pokazanie, że natura bólu nie jest wyłącznie fizyczna, ale może ona wiązać się z cierpieniem.

Artykuł został podzielony na dwie części. W pierwszej ból zostaje zdefiniowany, a w drugiej problematyka bólu zostaje pogłębiona o jego wymiar egzystencjalny, jakim jest cierpienie.

1. Czym jest ból?

Współcześnie nikt już chyba nie ma wątpliwości, że Hipokrates miał rację, to znaczy, że ból obejmuje zarówno *somę*, jak i *psyche*. Nie sposób oddzielić dolegliwości cielesnych od duchowych. Człowiek, jako jedność *psycho-somatyczna*, odczuwa ból zarówno za pośrednictwem ciała, jak i psychiki². Jedna sfera wpływa na drugą więc w leczeniu bólu obie brane są pod uwagę [a jeżeli nie są brane, to powinny być]. Ból związany jest z chorobą, z uszkodzeniem ciała, wynika z nieprawidłowego funkcjonowania organizmu. W monografii *Leczenie bólu*, na jednej z pierwszych stron, można przeczytać:

Ból jest doznaniem czuciowym, związanym zarówno z działaniem uszkadzającego bodźca (lub też bodźca, którego działanie może spowodować wystąpienie takiego uszkodzenia), jak i spostrzeżeniem powstającym na podstawie psychicznej interpretacji zachodzących zjawisk, zmodyfikowanym przez wcześniejsze doświadczenia i psychosomatyczne uwarunkowania³.

¹ Zakład Filozofii i Bioetyki, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

² Zob.: De Walden-Gatuszko K.: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996, s. 46.

³ Leczenie bólu, (red.) J. Wordliczek, J. Dobrogowski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, s. 11.

Przywołana definicja bólu pokrywa się z definicją Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu [*International Association for the Study of Pain*], w której ból określony zostaje jako nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne, związane z aktualnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia [*An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*].

Ból może być ostry [*severe pain*]⁴, umiarkowany [*moderate pain*], łagodny [*mild pain*]⁵. Można również wyodrębnić rodzaje bólu ze względu na rodzaj bodźca, który stymuluje proces powstawania odczucia bólowego. Ten rodzaj bólu jest bólem receptorowym i w związku z tym można rozróżnić ból fizjologiczny i kliniczny⁶.

Ze względu na miejsce odczuwania bólu, można go podzielić na: ból zlokalizowany [możemy wskazać miejsce występowania], ból rzutowany czy promieniujący [może być on odczuwany w innym miejscu niż to, w którym rzeczywiście występuje] i ból uogólniony, tak zwany wszechogarniający, który występuje w kilku miejscach równocześnie.

Ból może trwać tymczasowo [przemijający ból fizjologiczny; ból receptorowy lub normalny rodzaj bólu, którego doznaje w trakcie życia każdy człowiek] lub może się przedłużać i wtedy mówimy o bólu przewlekłym [powyżej trzech miesięcy]⁷.

Ból może również przybierać postać patologiczną, czyli niereceptorową. Takimi rodzajami bólu będą: ból neuropatyczny [jest on spowodowany uszkodzeniem układu nerwowego]⁸ i psychogeny⁹. Wydaje się, że ten ostatni rodzaj bólu można, w większym stopniu niż inne, powiązać z cierpieniem, ponieważ związany jest on z osobowością człowieka, czyli z jego stanami emocjonalnymi, ze sposobem życia, postrzegania świata itd. Ból jest więc zjawiskiem złożonym i do pewnego stopnia przewidywalnym.

⁴ „Należy również podkreślić fakt, że około 30% populacji nie odczuwa bólu przez minuty lub nawet godziny po zadziałaniu urazu. Zjawisko to nosi nazwę analgezji wywołanej przez stres (Stress Induced Analgesia) i jest wynikiem aktywacji endogennych układów antynocyceptywnych w następstwie działania szczególnie nasilonych czynników emocjonalnych (sporty walki, wypadki komunikacyjne, »gorączka bitwy«). Medycyna bólu, (red.) J. Dobrogowski, J. Wordliczek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 18; zob. także s. 80–81.

⁵ Zob.: Saunders C., Baines M., Dunlop R.: *Living with dying. A guide to palliative care*, Oxford University Press, Oxford 1995, s. 17–18.

⁶ Ból fizjologiczny powstaje pod wpływem działania bodźca o wysokiej intensywności. Działanie to jednak nie powoduje uszkodzenia tkanek, w przeciwieństwie do bólu klinicznego, charakteryzującego się uszkodzeniem tkanek i pojawieniem się nadwrażliwości, które jest związane ze zmianą właściwości oraz wrażliwości pierwotnych zakończeń nerwowych [sensytyzacja obwodowa], a także ze zmianami w OUN [sensytyzacja ośrodkowa]. Zob.: *Leczenie bólu*, dz. cyt., s. 12–13.

⁷ Zob. m.in.: *Medycyna bólu*, dz. cyt., s. 38.

⁸ Zob.: *Leczenie bólu*, dz. cyt., s. 20–27.

⁹ *Medycyna bólu*, dz. cyt., s. 38.

Zarówno ból ostry, jak i przewlekły powoduje obniżenie jakości życia chorego. Szczególnie ból przewlekły, przedłużający się w czasie, ma znaczący wpływ na jakość życia pacjenta. W wypadku chorych terminalnie, szczególnie chorych nowotworowo¹⁰, ale również wszystkich innych chorych, szczególnie osób starszych chorujących przewlekłe, odczuwających ból i mających świadomość, że stan ten będzie się utrzymywał przez najbliższe dni, tygodnie i miesiące, leczenie bólu może wiązać się nie tylko ze znaczącym obniżeniem jakości ich życia, które ściśle powiązane jest ze zmianami fizjologicznymi, psychologicznymi czy behawioralnymi, ale także bardzo często z różnego rodzaju dylematami moralnymi. Może także prowokować pytania, dotyczące sposobu i sensu znoszenia bólu oraz cierpienia. Obniżenie jakości życia powiązane jest przecież z sytuacją społeczną chorego, z jego osobowością, przede wszystkim ze sposobem, w jaki radzi sobie z bólem.

Czynnik czasu znacząco wpływa na jakość życia chorego. Bardzo trudno jednak udowodnić wpływ tego czynnika na trwałe zmiany psychiczne w osobowości pacjentów. Niewątpliwie jednak perspektywa wyzdrowienia, tudzież jej brak, w wypadku pacjentów nieuleczalnie chorych, ma istotny wpływ na przebieg i skuteczność leczenia. Ból przewlekły, wraz z perspektywą czasową, zapowiadającą jego koniec lub nieustanną ciągłość, może wywoływać różne inne zaburzenia, począwszy od stanów depresyjnych, zaburzeń snu, ociążałość psychoruchową, lęki, strach, permanentne zmęczenie, brak apetytu itp.

Natężenie bólu ma także istotny wpływ na możliwość radzenia sobie z nim, to znaczy na ewentualne zastosowanie różnych typów leczenia, farmakologicznych i niefarmakologicznych [m.in. odpowiednia dieta, zwiększenie aktywności psychoruchowej, prawidłowa pielęgnacja i inne], pozwalających zapanować nad bólem, w tym metod psychologicznych polegających na odwracaniu uwagi od dolegliwości i koncentrowaniu uwagi pacjenta na „tu i teraz”. Z drugiej strony, koncentracja na odczuwaniu bólu, przy jednoczesnym ignorowaniu innych bodźców z otoczenia powoduje jego nasilenie. W literaturze przedmiotu ból przewlekły określa się często jako chorobę samą w sobie¹¹. W przypadku chorych na nowotwór i innych chorych nieuleczalnie, ból przewlekły jest właściwie nieodłącznie związany z ostatnim etapem życia. Można zatem stwierdzić, że sposób radzenia sobie z bólem, jest sposobem radzenia sobie z życiem i jednocześnie sposobem na życie.

Warto jednak podkreślić, że leczenie bólu w chorobie nowotworowej, mimo tego, że wykonywane jest w specjalistycznych placówkach, w których leczenie przeciwbólowe jest nieodłącznie częścią leczenia onkologicznego, nadal wymaga poprawy, ponieważ jego rezultatów nie można uznać za w pełni zadowalające.

¹⁰ W Europie najczęściej przyjmowany jest standard, wyznaczony przez Liverpool Integrated Care Pathway for the Dying Patient [LCP], którego przestrzeganie ma zapewnić właściwą opiekę nad umierającymi na choroby nowotworowe.

¹¹ Zob. Medycyna bólu, dz. cyt., s. 38–39, 84–87; Leczenie bólu, dz. cyt., s. 19.

Leczenie nowotworów raka płuc, piersi, żołądka, jelita grubego, prostaty i innych wymaga nieustannej pracy nad poprawieniem jego skuteczności¹².

Współcześnie leczenie bólu nowotworowego opiera się o tak zwaną trójstopniową drabinę analgetyczną, opracowaną przez WHO. Najniższy stopień charakteryzuje najmniejsze natężenie bólu, a najwyższy największe. Najniższy stopień drabiny analgetycznej odpowiada umiarkowanemu doznawaniu bólu, który może być leczony lekami wspomagającymi, nieopiodowymi, takimi jak na przykład paracetamol. Na drugim stopniu, charakteryzującym się większym natężeniem bólu, wymagane jest już zastosowanie słabych opioidów, takich jak, m.in. tramadol czy kodeina. Trzeci stopień odpowiada bardzo mocnemu natężeniu bólu i wymaga zastosowania silnych opioidów, takich jak: morfina, buprenorfina, fentanyl TTS. Zdarza się, że leczenie wymaga podania śmiertelnej dawki silnych opioidów.

Na wszystkich stopniach drabiny analgetycznej stosuje się leczenie wspomagające, polegające na podawaniu, w miarę potrzeby, odpowiednich dawek środków uspokajających, nasennych, przeciwdrgawkowych, przeciwdepresyjnych, kortykosterydów. Leczenie wspomagające ma na celu łagodzenie ubocznych skutków podstawowego leczenia bólu nowotworowego. Nie trzeba dodawać, że tak, jak w wypadkach każdego leczenia przeciwbólowego, niezwykle istotnym elementem jest obserwacja pacjenta oraz informowanie go o wszelkich zmianach w przebiegu leczenia, łącznie z wyjaśnieniami o możliwych skutkach ubocznych. Zawsze także lekarz musi pamiętać o tym, że pacjent ma prawo odmówić leczenia przeciwbólowego, a jego decyzja, jeżeli jest świadoma i autonomiczna, musi być respektowana i honorowana¹³.

W ocenie bólu stosuje się lub powinno stosować się szczegółowe kryteria, mające dać lekarzowi odpowiednią orientację, dotyczącą sytuacji chorego.

Jeśli mówimy o doznaniach bólowych, mamy świadomość, że ból nie jest prostym odruchem i dlatego też nie ma wprost proporcjonalnego związku między bodźcem wywołującym ból a reakcją. Nie istnieje coś takiego, jak ból „w ogóle”. Podmiotem doznania bólowego jest zawsze osoba doświadczająca bólu, przez co jest to doznanie subiektywne. Na ten subiektywizm składa się bardzo wiele czynników, dotyczących zarówno samej osoby doświadczającej bólu z jej fizycznością, emocjonalnością czy duchowością, jak i jej historii życia i relacji z otoczeniem. W związku z tym nie ma obiektywnych wyznaczników i metod mierzenia bólu, może być on inaczej odczuwany przez każdego człowieka¹⁴.

¹² Zob. m.in.: R. Sierżantowicz, B. Kirpsza, L. Trochimowicz, P. Wojskowicz, A. Kwiatkowska. Ocena bólu u pacjentów z nowotworem jelita grubego leczonych chirurgicznie, [w:] W drodze do brzoży życia, red. E. Krajewska-Kulak, C. Łukaszuk, t. VII, MKJ Druk, Białystok 2009, s. 587–596.

¹³ Zob. m.in.: B. Gert, Ch. M. Culver, K. D. Clouser. Bioetyka. Ujęcie systematyczne, przeł. M. Chojnacki, Słowo/Obraz/Terytoria, Gdańsk 2009, s. 289–320.

¹⁴ Medycyna bólu, dz. cyt., s. 72. Zob. też m.in.: J. Hawthorn, K. Redmond. Pain: causes and management. Blackwell Publishing, 1998, s. 72–73.

Ocena kliniczna bólu, jak już wspominałam, związana jest z diagnozą [ustalenie przyczyny bólu i odpowiedniego leczenia, które obejmuje obserwację stopni natężenia bólu z uwzględnieniem uwag, spostrzeżeń chorego i monitorowanie bólu]¹⁵. Ważna jest tutaj rozmowa z chorym, któremu trzeba pomagać w rozpoznawaniu uczuć towarzyszących przeżywaniu bólu. Chory ma często problemy z precyzyjnym określaniem stopnia natężenia bólu, co związane jest z jego sytuacją społeczną i osobowością. Dlatego niezwykle istotne i bardzo pomocne jest rozpoznanie psychologiczne, pozwalające lepiej poznać przebieg bólu, jego natężenie, zmiany w psychice chorego¹⁶, które wywołują w niektórych wypadkach trudności w kontakcie z chorym¹⁷.

Odczuwanie bólu wiąże się również z jego ekspresją. Każdy ma zaś swój własny sposób wyrażania odczuwanych dolegliwości. Ma on uwarunkowania nie tylko psychologiczne i zależące od osobowości, ale też uwarunkowania kulturowe¹⁸, które mogą wzmacniać lub osłabiać ekspresję bólu. Różnego rodzaju przekonania głęboko zakorzenione w świadomości, wyobrażenia związane z bólem, wyobrażenia na temat sytuacji, w jakiej chory się znajduje, to znaczący sposób rejestrowania i rozumienia sytuacji, znacząco wpływają na natężenie bólu, a tym samym na jakość życia osoby doświadczającej bólu¹⁹.

2. Cierpienie w perspektywie bólu totalnego

W tym podrozdziale chciałabym podjąć problem *bólu totalnego* – wszechogarniającego [ang. *total pain*] i związanego z nim cierpienia. Termin *ból totalny* został wprowadzony przez Cicely Saunders, która w ten sposób określiła całościowy kształt przejawów bólu u chorych w terminalnym stadium choroby. Terminem tym można także określić ból, którego doświadczą personel medyczny, zespół hospicyjny oraz rodzina i bliscy chorego.

W obrębie *bólu totalnego* można wyróżnić:

- 1) aspekt fizyczny, związany z chorobą i jej leczeniem, z niepożądanymi bądź uciążliwymi dla chorego efektami leczenia, takimi jak na przykład bezsenność czy chroniczne zmęczenie;

¹⁵ Tamże, s. 88.

¹⁶ Tamże, s. 94–95.

¹⁷ W wypadku chorych na nowotwór zaburzenia, z jakimi można się spotkać przede wszystkim zaburzenia mowy, których przyczyną mogą być nowotwory szyi i głowy, afazja sensoryczna wywołana uszkodzeniem mózgowych ośrodków mowy czy afazja mieszana. W przypadku zaburzeń wywołanych postępującym rozwojem choroby nie można zaniedbywać alternatywnych dróg porozumiewania się z pacjentem, takich jak: piktogramy, pismo, komunikacja pozawerbalna, monolog, ze zwróceniem uwagi na wszelkiego rodzaju sygnały płynące ze strony chorego.

¹⁸ J. Hawthorn, K. Redmond. Pain: causes and management, dz. cyt., s. 73–74.

¹⁹ Zob.: Medycyna bólu, dz. cyt., s. 74–80.

- 2) aspekt społeczny, związany między innymi z utratą zajmowanej dotąd pozycji społecznej, utratą dotychczasowej pracy i korzyści materialnych z niej płynących, utratą pozycji w rodzinie, lękiem o przyszłość rodziny [względy organizacyjne i ekonomiczne]; niebagatelną rolę ogrywają także oczekiwania chorego wobec opiekującego się nim zespołu [jeżeli będą one wygórowane, choremu trudno będzie osiągnąć satysfakcjonujący go poziom życia];
- 3) aspekt psychologiczny, w którym można wymienić między innymi: złość na niepomysłną diagnozę, w niektórych wypadkach złość na niekompetencję lekarzy i personelu medycznego, niezadowolenie ze zmian w organizmie, wywołanych postępującą chorobą, lęk przed śmiercią i bólem oraz przed nowym miejscem [szpital, hospicjum] lub przed nową sytuacją, spowodowaną czasową bądź stałą opieką medyczną; także złość i niezadowolenie, wywoływane czasami przez nieprawidłową komunikację z personelem medycznym lub spowodowane niepowodzeniem terapii bądź poczuciem osamotnienia itp.;
- 4) aspekt duchowy, który obejmuje między innymi pytania o to, dlaczego to właśnie ja doznaję bólu, cierpię itd., a także wiąże się on z niepewnością tego, co jest „po śmierci”²⁰.

Kontekst dla fizycznego aspektu bólu nakreślony został powyżej, w pierwszym podrozdziale. Kolejne trzy aspekty – społeczny, psychologiczny i duchowy – ściśle wiążą się ze sobą i dotyczą przede wszystkim problemu cierpienia.

Trudno jest wyraźnie odróżnić ból od cierpienia. Ból może być – tak jak mamy w określeniach bólu totalnego – społeczny, psychiczny, duchowy. Terminy te opisują różne wymiary człowieczeństwa, ujmując je w sposób teoretyczny. W praktyce te wymiary przenikają się nawzajem. Gdybyśmy jednak chcieli odróżnić ból od cierpienia, to pierwszą nasuwającą się różnicą jest fakt, że cierpienie może mieć sens lub go nie mieć. W bólu zaś raczej nie szuka się sensu, tylko się go uśmierza, leczy. Co jednak znaczyłoby sformułowanie, że w cierpieniu można szukać sensu lub go negocjować? Sens dotyczy możliwości pytań, odpowiedzi, argumentacji, formułowania myśli, zgodnie z określonymi zasadami gramatycznymi. Sens odnosi się do rozumowania, refleksji. Sensowny, czyli celowy, mający kierunek; w przeciwieństwie do bezsensu, czyli chaosu, braku uporządkowania, celu itp. Marie de Hennezel w książce *Śmierć z bliska* stwierdza:

[...] nie wiedziałam [...], w jakiej mierze bliskość cierpienia i śmierci innych ludzi nauczy mnie żyć inaczej, intensywniej, bardziej świadomie²¹.

²⁰ Podaję za: Tamże, s. 45–58; Twycross R.: *Introducing palliative care*. Radcliffe Medical Press 2003, s. 66; Hawthorn J., Redmond K.: *Pain: causes and management*, s. 71; *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, przeł. J. Kujawska Tenner. Wydawnictwo Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum 1994, s. 25–26.

²¹ De Hennezel M.: *Śmierć z bliska*, przeł. A. i J. Brzozowscy. Społeczny Instytut Wydawniczy ZNAK, Kraków 1998, s. 22.

Cierpienie może nadać sens życiu, ponieważ jest jedną z jego form. Cierpienie jest przejawem życia, to znaczy może przytrafić się tylko istotom, które istnieją i czują. Nie można inaczej poznać jego natury niż przez doświadczenie. Nie sposób ująć cierpienia czysto teoretycznie. Wynika ono z praktyki, jest realnym doświadczeniem żyjących istot, zdolnych do odczuwania go. W tekście koncentrujemy się przede wszystkim na cierpieniu, przeżywanym przez ludzi terminalnie chorych. W związku z tym można powiedzieć, że ma ono twarz²², to znaczy nie jest abstrakcyjne, ale konkretne, wymyka się definicji, jest nieskończone i niemożliwe do zdefiniowania. Cierpienie wydaje się być głębią pojedynczej historii cierpiącego. Poprzez nie ujawnia się coś, co można rozumieć jako istotę, a co jest egzystencją, życiem, konkretnym losem.

Wydaje się, że istota cierpienia nie tkwi wyłącznie w samej egzystencji, czyli życiu lub sensie, jaki możemy mu nadać. Gdyby tak było, to znaczy gdyby istotą cierpienia było samo życie, to wówczas nie byłoby różnicy pomiędzy cierpieniem a szczęściem. Byłyby to tylko dwie odmiany istnienia i nie byłoby sensu ich rozróżniać. Natomiast prawdą jest, że niewielu ludzi godzi się na cierpienie, a już zdecydowana większość wolałaby raczej być szczęśliwymi niż nimi nie być. Można także przypuścić, że gdyby istotą cierpienia był jedynie sens, jaki może ono mieć dla cierpiącego lub dla kogoś, kto uczestniczy w cierpieniu pośrednio, to wtedy byłoby ono wyłącznie rodzajem poznania, a na to zgodzić możemy się tylko częściowo. Cierpienie jest swego rodzaju poznaniem, ale jest również takim rodzajem poznania, któremu towarzyszą emocje i które angażuje całego człowieka, we wszystkich jego wymiarach – intelektualnym, emocjonalnym i duchowym czy psychicznym.

Cierpienie, oprócz tego, że jest doświadczeniem przede wszystkim osobistym, ma również najczęściej szerszy kontekst, to znaczy angażuje, aktualnie bądź potencjalnie, co najmniej kilka osób, pozostających w różnego rodzaju relacjach z cierpiącym. Byty, zdolne do odczuwania cierpienia, mają twarz, to znaczy przeżywają pewnego rodzaju emocje, które zostają przez nie wyrażone, przekazane innym.

Cierpienie może być widoczne nie tylko w samej twarzy, ale w postawie, w gestach, być przekazywane w słowach, może być zauważone w sytuacji czy z niej wynikać itp. W poprzednim podrozdziale zwrócona została uwaga na sposób ekspresji bólu, który ściśle łączy się z przyjętymi normami kulturowymi, umożliwiającymi przeżywanie bólu. To właśnie kulturowy kontekst przeformułuje ból w cierpienie, dzięki temu, że ma już tradycyjne, społecznie akceptowane, sposoby wyrażania go [również wówczas, gdy ekspresja bądź ujmowanie bólu przekracza ustalone kulturowo granice, odnosi się do pewnego historycznie określonego wzorca]. Cierpiący zatem, nawet gdy ma poczucie osamotnie-

²² Zob.: E. Lévinas. *Etyka i Nieskończony. Rozmowy z Philipp'em Nemo*, przeł. B. Opolska-Koszkowska. Wydawnictwo Naukowe PANT, Kraków 1991, s. 49–53.

nia czy, gdy czuje się samotny, przeżywa ból w sposób utrwalony i ustalony przez tradycję. Dlatego można powiedzieć, że istota cierpienia jest zawsze nie tylko jednostkowa, osobista i prywatna. Istota cierpienia jest nie tylko tym, co przeżywa cierpiący. Istotą cierpienia jest przekraczanie prywatności ku temu, co nie jest mną, tym, który cierpi. Emmanuel Lévinas powiedziałby, że jest to transcendowanie w stronę Innego²³. Można także powiedzieć, że przekraczanie naszej prywatności jest głęboko zakorzenione w tym, w jaki sposób zostaliśmy kulturowo ukształtowani i kim jesteśmy jako istoty zdolne do odczuwania bólu i cierpienia. Jak już wyżej zostało zaznaczone, cierpimy dlatego, że została nam dana taka możliwość. Nie każdy przecież żyjący byt cierpi.

Przekraczanie własnego cierpienia jest ściśle związane z tym, czym to ostatnie tak naprawdę jest, czyli z jego naturą. Odnosząc się do wymienionych na początku tego podrozdziału aspektów bólu *totalnego*, to znaczy do aspektu psychologicznego, społecznego, duchowego można zauważyć, że ból ściśle związany jest ze stratą. Cierpimy przecież dlatego, że coś zostało nam odebrane lub dlatego, że utraciliśmy coś, do czego byliśmy przywiązani bądź to, do czego byliśmy przyzwyczajeni. Cierpimy także dlatego, że po stracie będziemy musieli zacząć żyć na nowo, przyzwyczać się do funkcjonowania w inny sposób, co na pewno nie jest sprawą łatwą.

Michel Henry zwraca uwagę na pasywny charakter cierpienia. W tekście *Cierpienie i życie* można przeczytać:

Doświadczenie to jest doświadczeniem fundamentalnej niemocy, niemożności zmienienia samego siebie, działania w oparciu o uczucie tak, że w ten sam sposób, w jaki jest sobie dane, rządzi ta radykalna pasywność, silniejsza od wszelkiej wolności²⁴.

W powyższym fragmencie zasygnalizowany został bardzo ważny wymiar cierpienia, mianowicie *niemoc, pasywność* wobec tego, co boli, a czego nie sposób odwrócić czy zmienić. Nieuleczalne choroby, opuszczenie, nieszczęścia, dotykające żyjące istoty wpływają na sposób, w jaki przeżywają one swoje życie. W naturę cierpienia wpisana jest także niemożliwość zmiany sytuacji, w jakiej aktualnie znajduje się cierpiący. *Niemoc*, na którą wskazuje Henry, umożliwia właśnie rodzaj doświadczenia, w obliczu którego stajemy bezradni, nie mogąc ani pozbyć się uczuć, nastrojów nami targających, ani zmienić sytuacji, w jakiej się znajdujemy. Rozdarcie pomiędzy możliwościami cierpiącego, a tym, czego on doświadcza, przepaść, której nie może on przeskoczyć i znaleźć się poza sytuacją, wywołującą ból, są przyczyną cierpienia. Co więcej, prawie każda istota zdolna do odczuwania cierpienia, w ciągu swojego życia, doświadcza bólu. Można więc

²³ Zdecydowałam się użyć w zapisie słowa „Inny” wielkiej litery, ponieważ ten termin określa w filozofii Lévinasa jednocześnie innego człowieka, Boga oraz wszelkiego typu inność.

²⁴ Henry M.: *O Fenomenologii*, przeł. M. Drwięga. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007, s. 195.

przypuścić, że zdolność do *niemocy* przynależy do natury istot żyjących. Dlatego też, co wydaje się oczywiste, mogą one odczuwać ból i cierpienie, co zostało już wyżej podkreślone.

W tym samym tekście, Michel Henry zwraca również uwagę na ambiwalencję tego doświadczenia. Z jednej strony, cierpienie jest niepożądane, ale z drugiej, może być przyczyną rozkoszy [*jouissance*] dlatego, że pozwala „bardziej”, „mocniej” żyć. Co więcej w naturze cierpienia zawarta jest już możliwość szczęścia, które kończy doświadczenie cierpienia²⁵. Można także dodać, że cierpienie może zostać zakończone niekoniecznie przez doświadczenie przeciwne, jakim jest szczęście, ale może ono przejść w uspokojenie, wyciszenie, uwolnienie się od cierpienia. Niewątpliwie można mówić o dialektyce cierpienia, które, z samej swojej istoty, może przeobrazić się w swoje własne przeciwieństwo, jednocześnie, o ile jest na miarę istoty, która je przeżywa oraz, o ile jest przeżywane świadomie, może pomóc żyć dalej, pozwalając lepiej rozumieć innych cierpiących.

Natura cierpienia ściśle łączy się z czasem. Uczucie cierpienia jest uczuciem trwającym, przedłużającym się w czasie. Długotrwałe cierpienie może nieodwracalnie zmienić osobowość, ukształtować sposób myślenia i zachowania.

Cierpienie ma również swoje granice, po przekroczeniu których może przerodzić się albo w rozpacz, albo zostać przewyciężone i przejść w uspokojenie, potencjalną gotowość na podejmowanie nowych życiowych wyzwań, przeobrazić się w radość, szczęście itp. W wypadku terminalnie chorych cierpienie może ustąpić albo pogodzeniu się ze śmiercią, albo zaprzeczaniu jej²⁶.

Ze względu na granice cierpienia można mówić o odpowiedzialności w cierpieniu, to znaczy o utrzymywaniu się w stanie niepopadania w rozpacz, o nie traceniu nadziei na to, że życie przeze mnie przeżywane może być wartościowe i dobre dla mnie. Utrzymywanie się w granicach cierpienia jest również ważne w kontekście relacji międzyludzkich. Sytuacja rozpaczki bowiem odizolowuje jednostkę od bliskich, przyjaciół, a czasem również od kontekstu kulturowego. Rozpacz jest zatraceniem się w cierpieniu, rezygnowaniem ze świadomego przeżywania go, pozwoleniem na to, aby uczucia i emocje zawładnęły innymi sferami natury cierpiącego. W rozpaczki zatracona zostaje dialektyka cierpienia, a więc niemożliwe jest przeobrażenie go w jego przeciwieństwo czy jego wyciszenie. W rozpaczki porządek przeżywania jest ustanawiany na nowo i nie jest to porządek w sensie harmonijnej struktury, w której przejawiają się wszystkie wymiary istoty zdolnej do cierpienia. Porządek rozpaczki jest oparty na iluzji braku nadziei i na zatraceniu się w poczuciu krzywdy oraz straty.

Granice cierpienia warto zachowywania również w kontekście naszych relacji z innymi ludźmi czy żywymi istotami. Jest to ważne dlatego, że z roz-

²⁵ Tamże, s. 196–199.

²⁶ Według klasyfikacji E. Kübler-Ross postawy wobec śmierci mogą wahać się od zaprzeczenia i izolacji, gniewu, targowania się, poprzez depresję i pogodzenie się z losem.

paczy bardzo trudno jest dawać innym coś z siebie samego. Porządek rozpaczy obezwładnia bowiem wolę, która nie jest w nim kształtowana i kontrolowana przez świadomość, ale służy destrukcji wszelkich pozytywnych pragnień, refleksji, emocji. Zachowywanie granic cierpienia umożliwia więc zwykłe funkcjonowanie w społeczeństwie oraz zachowuje możliwość odbudowania własnego życia w obliczu straty, to znaczy służy nauce życia „na nowo” – w symbiozie z cierpieniem.

Poddając się rozpaczy podejmujemy decyzję o niebyciu w relacji ze światem, w którym do tej pory funkcjonowaliśmy. Decydujemy się na niebranie pod uwagę bliskich, przyjaciół i wszelkich innych potencjalnych relacji, które mogłyby ewentualnie nam się przydarzyć. Decydujemy się nie odpowiadać ani za siebie, ani za innych. Dlatego przekroczenie granic cierpienia w kierunku rozpaczy nie jest, podobnie jak wszelkie inne decyzje, tylko i wyłącznie prywatną sprawą kogoś, kto decyduje się na taki krok. Jest to zawsze decyzja, mająca reperkusje społeczne, psychiczne i duchowe.

Granice cierpienia pomagają również utrzymywać się na poziomie twarzy, to znaczy umożliwiają rozwój własny, który nie jest możliwy bez tego, co inne, bez treści, jaka mnie zmienia i kształtuje. Emmanuel Lévinas podkreśla, że pierwszym słowem twarzy jest *nie zabijaj*²⁷. W literaturze przedmiotu badacze podkreślają wagę doświadczenia Holokaustu w interpretacji tego przesłania twarzy²⁸. Wydaje się jednak, że możliwa jest również inna interpretacja tych słów, mianowicie odczytanie ich w kontekście sensu, jaki zawsze widoczny jest w każdej indywidualnej twarzy, z którą mamy kontakt. Granice cierpienia również ściśle wiążą się z możliwością sensu. Twarz martwa gubi sens, nie sposób odczytać z niej tego, co przeżywa. Rozpacz byłaby właśnie zabiciem swojej własnej twarzy i wydaniem jej temu, co pozostaje poza kontrolą świadomości, a zatem czemuś, co nie ma już sensu, czego nie sposób nazywać, o czym rozmowa staje się niemożliwa.

²⁷ Lévinas E.: Etyka i nieskończony, dz. cyt., s. 51.

²⁸ Zob. m.in.: M. de Saint-Cheron: Rozmowy z Emmanuelem Lévinasem, przeł. K. Kot, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2008, s. 57–73; J. Tischner: Spotkanie z myślą Lévinasa, [w:] Etyka i Nieskończony, dz. cyt., s. 7–10; J. Tischner: Myślenie według wartości. Znak, Kraków 2000, s. 166–180.

Jan Iwaszczyszyn², Anna Kliś-Kalinowska^{1,2},
Izabela Chmiel^{1,2}, Janusz Czekał^{2,3}

Rola filozofii dialogu w poznaniu chorego

Truizmem wydaje się twierdzenie, że lekarz, aby móc leczyć lub pomóc choremu w cierpieniu powinien go poznać, gdyż poznanie chorego jest specyficzną formą i efektem badania lekarskiego. Obejmuje ono nie tylko wywiad oraz badanie przedmiotowe, ale również problematykę przeżyć i doświadczeń życiowych pacjenta, związanych nie tylko z aktualną chorobą lub przebytymi dotychczas, ale także odczuć aktualnie mu towarzyszących.

W klasycznych specjalizacjach medycznych poznanie chorego ma ułatwić ustalenie rozpoznania choroby i ma mniejszy wpływ na wybór metody terapeutycznej. Istnieją jednak również choroby, gdzie mniejszą rolę odgrywa rozpoznanie nozologiczne (ustalenie jednostki chorobowej, zaawansowania i leczenia), a istotne są tzw. **rozpoznanie objawowe**, obejmujące zespoły pewnych symptomów, które leczymy, a mogą wystąpić one w różnych procesach chorobowych. Klasycznymi przykładami są tu choroby psychiczne, gdzie często rozpoznanie określamy przez ukazanie zespołu najcharakterystyczniejszych objawów (np. zespół maniakalno-depresyjny), unikając klasyfikacji nozologicznej (7).

Prócz psychiatrii istnieją sytuacje, gdy w pierwszym zetknięciu się lekarza z chorym wyeksponowany jest główny, dokuczliwy lub groźny objaw mogący występować w różnych jednostkach chorobowych. Objawami tymi są najczęściej: utrata świadomości, ból, duszność, wymioty i inne. Działanie lekarskie, w związku z nagłym się ich pojawieniem i koniecznością szybkiej interwencji, sprowadza się wtedy do doraźnego leczenia, z braku możliwości bez większego wnikania w przyczyny dolegliwości. Ma to miejsce najczęściej w pomocy doraźnej, która szczegółowe przeanalizowanie przyczyn objawów zleca innemu zespołowi – np. lekarzowi pierwszego kontaktu lub lekarzom oddziału szpitalnego, którzy następnie przejmują opiekę nad chorym.

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu CMUJ w Krakowie

² Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej

³ Zakład Ratownictwa Medycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu CMUJ w Krakowie

W drugiej połowie XX wieku powstała idea ruchu paliatywno-hospicyjnego, celem którego była pomoc chorym w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej, przez zwalczanie dokuczliwych objawów występujących podczas jej przebiegu. Ruch paliatywno-hospicyjny był inspiracją nowej, odrębnej specjalności medycznej, której głównym zadaniem jest zwalczanie objawów, a nie leczenie zasadniczej choroby (4). Okazało się, że w tej specjalności medycznej olbrzymią rolę odgrywa, podobnie jak w psychiatrii, poznanie chorego, jego problemów życiowych oraz objawów związanych z chorobą. Głównymi problemami, z jakimi zmagają się medycyna paliatywna są: zespoły bólowe pod różnymi postaciami, duszność, osłabienie, wyniszczenie, zaparcia, zespoły depresyjne i inne (5, 6), oraz inne dolegliwości somatyczne (duszność, wyniszczenie).

Chory zgłaszający się do ośrodków medycyny paliatywnej najczęściej jest już zdiagnozowany nozologicznie i często był już leczony przyczynowo w innych zakładach leczniczych, gdzie jednak nie został wyleczony, a postęp jego choroby warunkuje powstanie różnych dolegliwości. Z objawów wspomnianych najistotniejsze znaczenie posiadają zespoły bólowe oraz tzw. ból wszechogarniający.

Warto pokrótce przypomnieć, że tzw. „ból wszechogarniający” (ang.: „total pain”) stanowią wyżej wspomniane zespoły bólowe związane bezpośrednio z chorobą nowotworową (naciek pierwotny, przerzuty, wznowa), bóle związane z leczeniem (operacje okaleczające, radio i chemioterapia), ponadto spotęgowane bólem psychicznym, duchowym, socjalnym i rodzinnym, które towarzyszą prawie zawsze zaawansowanej chorobie zagrażającej zejściem śmiertelnym (6). Postępy anestezjologii oraz powstanie nowej specjalizacji lekarskiej, przedmiotem, której jest szeroko rozumiany ból, jako objaw, pozwalają na opanowanie dolegliwości bólowych u ponad 90% chorych. Mimo poprawnego postępowania przeciwbólowego (tzw. „drabina analgetyczna”) bardzo często chory skarży się jednak na obecność bólu. Mamy wtedy najczęściej do czynienia z tzw. bólem neuropatycznym lub jakąś formą bólu nie nocyceptywnego. Ponadto negatywne przeżycia chorego związane z zaistniałą sytuacją, warunkują cierpienie psychiczne, duchowe, socjalne lub rodzinne pacjenta. Bardzo istotnym jest tu tzw. **ból egzystencjalny** związany z zaistniałą tzw. „sytuacją graniczną”, wynikłą z niepomyślnych następstw leczenia, negatywnych przeżyć o różnych przyczynach oraz możliwością śmierci pacjenta (6).

Mimo, że cierpienie chorych jest rzeczą oczywistą i powszechnie znaną, bardzo często obserwuje się, że działania terapeutyczne lekarzy ograniczane są tylko do zwalczania właściwych zespołów bólowych (ból somatycznego, trzewnego lub neuropatycznego) bez uwzględnienia komponenty psychicznej czy duchowej, socjalnej lub rodzinnej. Co więcej, w dobie komercjalizacji medycyny niekiedy obserwujemy, że chory poddawany jest wysokospecjalistycznej terapii przeciwbólowej, ale czasem odnosimy wrażenie, że pacjent jest traktowany nie podmiotowo jako osoba, ale jak np. zakończenie nerwowe, receptor lub mediator reakcji bólowej. Poza terapeutycznym działaniem pozostaje wtedy cała głębia

przeżyć egzystencjonalnych, lęk przed cierpieniem, niepewnością, przemijaniem oraz stres wynikający z zagrożenia śmiercią.

Stoimy więc na stanowisku, że w takich sytuacjach należy podjąć szeroko rozumiane działanie, celem **poznania osobowości chorego, jego problemów, przeżyć, zwłaszcza smutnych, obaw i lęków**. Pierwszy zwrócił na to uwagę prof. A. Kępiński w swej monografii „Poznanie chorego” (7). Mimo, że była ona skierowana przede wszystkim do lekarzy psychiatrów – mogła być inspiracją, aby dialog i spotkanie z chorym wykorzystać w innych specjalnościach medycznych. Niewątpliwie może nią być także medycyna paliatywna badająca i lecząca głównie objawy chorobowe pacjenta, a nie właściwą chorobę. Częściej korzysta ona z nauk pokrewnych medycynie, takich jak: socjologia, psychologia, a ostatnio filozofia i etyka.

Naukowe podstawy i znaczenie dialogów w kontaktach międzyludzkich rozbudowane zostały między innymi przez „dialogistów”, czyli filozofów reprezentujących tzw. filozofię spotkania. Jest oczywistym faktem, że jej postulaty mogą być również pomocne w poznaniu chorego.

Filozofia o tym kierunku jest głęboko teistyczna, w dobie kryzysu klasycznej metafizyki subiektywnej, nurt ten oparł swe podstawy na Objawieniu, przeciwstawiając się unifikacji bytów. Filozofia ta eksponuje **podmiotowość drugiej osoby** biorącej udział w dialogu i spotkaniu. W tym ujęciu filozofia powinna być dialogiem z „drugim” (czyli Ja–Ty), a nie tylko „Ja”, jak w dotychczasowej filozofii.

Głównymi przedstawicielami tego nurtu byli Herman Cohen (1842–1918), Franz Rosenzweig (1886–1926), Martin Buber (1878–1965), Ferdynand Ebner (1881–1931) oraz Emanuel Levinas (1906–1995). W Polsce był reprezentowany przez ks. prof. Józefa Tischnera (1931–2000), a wybitnym współczesnym jego znawcą jest prof. Tadeusz Gadacz oraz prof. Jerzy Bukowski (1,3).

Jak wspomniano filozofia dialogu, to odkrywanie drugiego – zarówno innej osoby, jak i Boga. Zatem w tym ujęciu człowiek jest „**osobą dialogiczną**”, związaną z drugim człowiekiem, z którym dochodzi do spotkania. Zatem jest to analiza problemów własnych lub innych osób w świetle wzajemnych powiązań międzyludzkich. Może ona być między innymi wykorzystana również w poznawaniu przeżyć zwłaszcza egzystencjonalnych pacjentów, doznających jakiejś formy cierpienia, w sytuacjach granicznych. W takich więc sytuacjach prawidłowo prowadzony dialog i **spotkanie lekarza z chorym** może pozwolić ustalić przyczyny cierpienia doznawanego przez chorego, jak też znaleźć sposób, aby mu zaradzić. Kontakt lekarza z chorym może przybierać różnego rodzaju „modele” porozumienia. Powszechnie znany jest paternalizm, który jako nieco archaiczny, nie jest stosowany (dominująca jest w nim rola lekarza). Aktualnie w medycynie dominuje model zwany „pryncypializmem”, gdyż kieruje się czterema zasadami („pryncypiami”), tj. autonomią chorego, czynieniem dobra, nieczynieniem zła i sprawiedliwością. Brak ścisłego sprecyzowania zakresu znaczenia tych za-

sad, a zwłaszcza autonomii chorego, która jeśli będzie bezwzględna może być źródłem groźnych następstw zarówno dla chorego, jak i medycyny klinicznej. Mamy tu na myśli tworzenie możliwości domagania się przez chorego postępowania medycznego, niezgodnego z etosem medycyny klinicznej (np. eutanazja, zabiegi okaleczające, zmiana płci, itp.). Zarówno „paternalizm”, jak i pryncypializm nie sprzyja poznaniu przyczyn cierpienia, gdyż przy takich wzajemnych stosunkach lekarz–chory, dialogi nie koncentrują się na objawach somatycznych chorego. Bliski etyce hipokratesowskiej pozostawać może trzeci model kontaktu chory–pacjent. Jest to tzw. „dobroczynność w zaufaniu”. Opiera się on na personalistycznych założeniach, eksponuje godność osoby chorego i lekarza przed ich autonomią, dlatego powinien być polecany w terminalnych okresach choroby. W modelu tym dochodzić może do głębszych rozważań natury psychicznej i duchowej przez ukierunkowanie dialogu i spotkania na dobro i godność pacjenta jako osoby.

Efektywne poznanie problemów chorego może być również następstwem konstruktywnego dialogu **lekarza z rodziną chorego**, która przebywając dłużej z pacjentem, bardziej zna jego problemy i może nam je przybliżyć. Dlatego tak ważny jest poprawny kontakt terapeuty z bliskimi chorego i ich obustronne oddziaływanie. Lekarz poznaje istotę problemów chorego, a rodzina korzysta z wiedzy medycznej w swej adaptacji do choroby członka rodziny.

Medycyna paliatywna rozbudowuje również te kontakty przez tworzenie specjalnych **poradni dla rodzin** chorych leczonych w danym ośrodku paliatywnym. Bliższemu poznaniu psychiki chorego oraz jego problemów czy objawów sprzyja struktura organizacyjna ośrodków opieki paliatywnej, oparta na tzw. **holizmie**, czyli ścisłej współpracy wszystkich członków zespołu, przez wypracowanie jednolitego wspólnego stanowiska odnośnie problemów chorego, w oparciu o założenia medycyny paliatywnej.

Różne rodzaje spotkań-dialogów w medycynie paliatywnej przedstawiono w tabeli 1.

Warto wspomnieć o pozytywnej roli w poznaniu chorego oraz w niesieniu mu pomocy przez wzajemne poprawne **oddziaływanie na siebie poszczególnych członków rodziny chorego**, pod kierunkiem wspomnianej poradni dla rodzin. Istotną rolę odgrywa tu tzw. „osoba kluczowa”, która jakby reprezentowała wszystkich członków rodziny przed leczącym pacjenta lekarzem i udzielała rzeczowego wsparcia choremu po poznaniu nurtujących go problemów.

Również spotkanie oraz **rozmowy chorych na tym samym oddziale**, ułatwiają lekarzowi poznanie chorego. Zwłaszcza zetknięcie się chorego ze śmiercią innego pacjenta może, prócz smutku lub depresji, odsłaniać cechy osobowości chorego, ujawniać jego problemy, często ukrywane i zaadaptować go do zaistniałej rzeczywistości, wynikającej z jego choroby. Spotkania ze śmiercią innych chorych mogą owocować również odkrywaniem tajemnicy Absolutu, mogą być sygnałem dla terapeutów, jak zorganizować pomoc choremu w zbliżeniu się do

Tabela 1. Rodzaje spotkań w medycynie paliatywno-hospicyjnej

RODZAJE SPOTKAŃ (DIALOGÓW) W MEDYCYNIE PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ	
Lekarz	Chory
Chory	Jego rodzina
Lekarz	Rodzina chorego (oraz tzw. „osoba kluczowa”)
Chory	Chory (tego samego oddziału)
Chory	Absolut (Bóg)
Dialog między członkami rodziny chorego	
Dialog między członkami zespołu terapeutycznego	

Boga, jeśli tego pragnie, rozwinąć tzw. nadzieję eschatologiczną oraz otworzyć perspektywę jego transcendencji (2).

Widzimy więc, że „dialogiczne” traktowanie chorych i ich rodzin w oparciu o postulaty filozofii spotkania, jest bardzo pomocnym w poznaniu osobowości, dolegliwości natury psychicznej i duchowej chorego, zwłaszcza w tzw. sytuacjach granicznych. Mogą one właściwie ukierunkować zapobieganie oraz zwalczanie różnych form cierpienia.

Profesor Bukowski, analizując spotkania będące punktem wyjścia do dialogów i wspólnot, wyodrębnił z punktu filozoficznego cztery różne rodzaje takich spotkań (Tabela 2).

Tabela 2. Typy spotkań wg Bukowskiego

TYPY SPOTKAŃ WG BUKOWSKIEGO
<ul style="list-style-type: none"> • Spotkania z dopełnienia • Spotkania wspólnego poczucia braku • Spotkania poczucia godności • Spotkania z Bogiem (z Drugim)

Spotkania te przez swą niezwykłość mogą być „trwałym zespoleniem osobowym podmiotów” biorących w nim udział. Podkreślają one konieczność dialogicznego kontaktu międzypersonalnego typu Ja–Ty, gdyż człowiek, a zwłaszcza chory, często jest odizolowany od społeczności i może przeżywać dramat, gdy

np. jest traktowany przedmiotowo, zwłaszcza w sytuacjach granicznych lub gdy zostaje sam (10). Takie separatystyczne podejście do osoby, wg Bukowskiego, stwarzała metafizyka, oparta o kartezjańską koncepcję, zawartą w swym słynnym „*Cogito ergo sum*”. Człowiek zdany na siebie (tylko „Ja”) miał trudności z wyjściem poza swoje „ego”. Tzw. struktura „*cogito*” może, wg Bukowskiego, rodzić bojaźń, depresję, a nawet agresję wobec innych osób i prowadzić do „pułapki subiektywności” wraz z jej negatywnymi następstwami. Wyjściem z tej sytuacji jest spotkanie z drugim oraz konstruktywny dialog. Analizując zawarte w tabeli 2 formy spotkań łatwo zauważyć, że wszystkie cztery typy możemy doświadczać w medycynie paliatywnej.

Spotkania chorego z lekarzem lub innymi pracownikami mogą odpowiadać spotkaniom z dopełnienia, w których podmioty pozytywnie wzajemnie oddziałują na siebie. Lekarz po poznaniu chorego udziela mu pomocy, usuwa objawy i jakby dopełniał mu zaistniały brak komfortu. Również dla lekarza spotkanie i dialog z chorym to lekcja pokory, spotkanie z rzeczywistym światem, w którym częste jest cierpienie, przemijanie i śmierć. Spotkania te to doświadczenie i dopełnienie oraz lekcja medycyny paliatywnej dla terapeutów (1).

Spotkanie chorego z pacjentami tego samego oddziału mogą być przykładem spotkań z poczucia braku, to jest braku stanu pełnej sprawności i nieobecności objawów choroby. Zagrożenie godności chorego, zwłaszcza w zaawansowanych chorobach i okresie terminalnym może odpowiadać spotkaniom z poczucia godności. Niestety często jeszcze dochodzi do braku godności osobowej chorych w oddziałach geriatrycznych, internistycznych lub psychiatrycznych (1). Mogą one mieć groźne następstwa, a nawet być przyczyną próśb o skrócenie życia (6).

Wreszcie spotkania ze śmiercią drugiego chorego tego samego oddziału może, jak wspomniano, warunkować nie tylko smutek i depresję, **ale zbliżenie się do Boga** i w rezultacie ruch ku wartościom, odkrycie transcendencji i nadziei eschatologicznej, a niekiedy mistyczny kontakt z Absolutem, jako „absolutne dopełnienie” (1).

Warto za prof. A. Kępińskim zwrócić uwagę w poznaniu chorego na symbolikę tzw. „maski”, która w stosunku do chorego kryje u lekarza jego bezosobowość, tani optymizm lub fałsz. Również dialogiści, a zwłaszcza E. Levinas i J. Tischner odwołują się do symboliki „twarzy”, „wstydu” i „maski” w zętknięciu się z drugą osobą. „Wstyd” jest jakby zasłoną twarzy, jest on jakby formą dialogu dysharmonicznego, którego istotą jest odmowa czegoś, udzielona drugiemu, jak też i „ból konieczności skrywania wartości” (10). Wstydzimy się, gdy chory odkryje prawdę, że był okłamany. Przykładem „maski” może być „zmowa milczenia” dotycząca rokowania w chorobie. Paradoks maski polega na tym, że za jej pomocą osiąga się efekt odwrotny od zamierzonego (7). Najczęstszym źródłem maski jest lęk. Intencjonalność maski jest intencjonalnością pokretną. Maską kłamie i stara się stworzyć układy przeciwne do tego,

jak naprawdę jest w życiu (10). W spotkaniu z chorym mamy do czynienia również ze wstydem jak i maską, jako błędnymi stanowiskami (7, 10). Możliwość tzw. „błędu maski” Kępińskiego zwraca nas ku symbolice twarzy. Na twarzy człowieka przemija jego piękno życia. Tu ukazuje się łaża i umieranie, czyli w twarzy objawia się patos egzystencjalny człowieka (10). Podobnie, jak inni dialogiści J. Tischner wskazuje na obecność dialogiczną osób (Ja–Ty), ale jego dialog opiera się na „**filozofii dramatu**” przeżywanego przez osoby biorące udział w spotkaniu tak częstego w medycynie paliatywnej. Sytuacja dramatyczna człowieka (również chorego) wg J. Tischnera analizowana jest agatologicznie przez analizę dobra. Na wysokich stopniach abstrakcji filozoficznej, wg Tischnera dobro, prawda i piękno są zamienne („*conventuntor*”). W codziennym życiu doznajemy jednak konfliktu między tymi wartościami (10). Dramat prawdy nie bywa dramatem dobra, a tym bardziej dramatem piękna. Podobnie jest z dramatem dobra i zła, gdyż zło także może być piękne, a prawda nie zawsze bywa dobra. Człowiek ustawicznie musi wybierać, w czym ma szukać usprawiedliwienia – i na tym polega tragizm egzystencji człowieka. Dramat staje się tragedią, gdy zło zwycięża dobro. Przykładem takiej tragedii w medycynie może być eutanazja (10).

Kończąc rozważania na temat poznania problematyki chorych w zaawansowanym okresie choroby, warto wspomnieć o jeszcze jednym dialogiście, tj. F. Rosenzweigu. W swych rozważaniach, które mogą również dotyczyć chorego, jako „drugiego” (w dialogu Ja–Ty), akcentuje znaczenie doświadczenia śmierci, która to głównie, według jego stanowiska porusza egzystencję człowieka i jest ona bardziej pierwotna niż kartezjańskie „*cogito*”. Życie ciężko chorych jest przede wszystkim życiem w lęku śmierci. F. Rosenzweig eksponuje w swej głęboko teistycznej filozofii tzw. „śmierć zbawczą” („*soterologiczną*”), czyli ofiarowaną symbolicznie dla dobra bliźniego, jako „ureczywistnionej” miłości w stosunku do drugiej osoby. Korespondować to może z koncepcją cierpienia i śmierci ofiarowanej za „drugiego” lub Bogu w teologii chrześcijańskiej.

Jego filozofia jest **myśleniem religijnym**, które może być ucieczką od relatywizmu. F. Rosenzweigh uważa myślenie religijne za uprawniony sposób myślenia, analogicznie jak myślenie historyczne lub filozoficzne, co przeczy powszechnie obowiązującym stanowiskom o odrębności filozofii i teologii (9).

Podsumowując powyższe rozważania pragniemy zwrócić uwagę na istotne znaczenie poznania chorego w sytuacjach granicznych. W dobie komercjalizacji medycyny, również w opiece paliatywnej pojawiają się trendy niwelujące jej odrębność, a zwłaszcza jej roli w zwalczaniu cierpienia psychicznego i duchowego. Geneza i analiza cierpienia i jego wpływu na osobę nie jest możliwa bez właściwego poznania pacjenta, ważną rolę spełniają tu nauki pokrewne medycynie, takie jak psychologia, bioetyka, filozofia dialogu.

Piśmiennictwo

1. Bukowski J.: Zarys filozofii spotkania. Znak 1987, 212.
2. Desmet M.: Spirituality and paliative care. *Polska Medycyna Paliatywna* 2, 251.
3. Gadacz T.: Historia filozofii XX wieku. Tom 2, 503.
4. Iwaszczyszyn J.: Opieka Paliatywna jako optymalne postępowanie w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Przegląd Lekarski* 1999, (55) 7/8, 498.
5. Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A.: Spór o sposób komunikowania się terapeuty z chorym w okresie terminalnym. VIII Konferencja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2003, 110.
6. Iwaszczyszyn J., Kliś-Kalinowska A.: Zafałszowanie nadziei jako przyczyna bólu duchowego chorych w terminalnym okresie choroby. W: Makięłło-Jarża G. (red.), Gajda Z. (red.): Ból i cierpienie. *Acta Academiae Modrevianae*. Kraków 2009, 94.
7. Kępiński A.: Poznanie chorego. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002, 54–101.
8. Kübler-Ross E. :Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media, Poznań 1979.
9. Rosenzweig: Gwiazda zbawienia. Tłumacz T. Gadacz, Kraków 1998.
10. Tischner J.: Filozofia dramatu. Dialogue, Paryż 1990, 23.

Emilia Rozwadowska¹, Elżbieta Krajewska-Kula¹,
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz¹, Krystyna Kowalcuk¹,
Jolanta Lewko¹, Hanna Rolka¹, Anna Baranowska¹, Katarzyna Kaniewska²,
Ewa Kropiwnicka³, Ewa Wiśniewska⁴, Emilia Wiśniewska⁵

Eksperyment medyczny na ludziach w świetle prawa

„Usus magister egregius”
(„Doświadczenie jest znakomitym nauczycielem”)

Pliniusz Młodszy [1]

Podstawowe akty prawne

Problematyka eksperymentu na ludziach nie jest zjawiskiem nowym bądź nieznanym. Regulacje z nią związane występują zarówno na arenie międzynarodowej, jak i krajowej. Do najważniejszych aktów prawnych poruszających owe zagadnienie należą [za 2]:

1. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966 r.
2. Europejska Konwencja Bioetyczna z 1997 r.
3. Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenie Medycznego z 1964 r.
4. Rekomendacja nr R/90/3 Komitetu Ministrów Rady Europy z 1990 r. dotycząca eksperymentów medycznych na istotach ludzkich.
5. Dyrektywa UE z 4 IV 2001 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych przeznaczonych do użytku przez człowieka.

Polska regulacja prawna dotycząca eksperymentu medycznego jest stosunkowo uboga – jedyną szczegółową relację zawiera ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry (rozdział 4) [3]. Poza nią, odniesienia do eksperymentu medycznego można znaleźć w Konstytucji RP z 1997 r. [4], Kodeksie Karnym z 6 czerwca 1997 r. [5], Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz Rozporządzeniu Mini-

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

² Klinika Rehabilitacji UMB

³ UMB

⁴ SKN Wolontariuszy Medycznych działające przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

⁵ Zakład Etyki Współczesnej UKSW

stra Zdrowia z 10 marca 2002 r. w sprawie określenia szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. tylko w art. 39 odnosi się do kwestii eksperymentów – „nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody” [cyt. za 4]. Powyższe stanowisko podkreślił również Trybunał Konstytucyjny w uchwale z 17 marca 1993 r. – „eksperyment biomedyczny na człowieku, nie mający charakteru leczniczego, dokonany bez osobiście wyrażonej zgody osoby poddanej temu eksperymentowi, nie jest prawnie dopuszczalny” [cyt. za 6, 2].

Eksperyment badawczy a leczniczy

Eksperyment badawczy za główny cel ma postawione poszerzenie wiedzy medycznej. Nie ma ograniczenia prawnego do prowadzenia go tylko na osobach zdrowych. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne wówczas, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu [cyt. za 3].

Za Fiutak [7] nie jest to zabieg *sensu stricte* leczniczy, aczkolwiek pośrednio może przynieść korzyść dla zdrowia osoby, która poddaje się takiemu eksperymentowi.

Nestorowicz [2] zauważa, że w nauce prawa są liczne sprzeczności wobec stosowania tego eksperymentu na ludziach. Z uwagi na zastrzone warunki dopuszczalności (brak ryzyka, bądź ryzyko niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji w stosunku do oczekiwanych rezultatów) eksperyment ten powinien zostać poprzedzony próbami laboratoryjnymi bądź na zwierzętach [za 2].

Za Drozdowską [8] eksperyment badawczy powoduje najwięcej dylematów moralnych i prawnych.

Zasadniczym celem eksperymentu leczniczego jest poprawienie zdrowia osoby poddanej takiemu eksperymentowi, ewentualnie spowodowanie zahamowania postępów choroby, poprzez podanie nowych, w ogóle jeszcze nie zbadanych bądź niezbadanych w sposób dostateczny, medykamentów oraz metod terapii [7].

Za Nestorowiczem [2] należy być szczególnie dokładnym przy stosowaniu tego rodzaju eksperymentu. Jest on możliwy tylko wówczas, gdy uznane środki nie są wystarczające do uleczenia pacjenta i mamy do czynienia z tzw. stanem nieuleczalnym oraz gdy możliwe do przewidzenia ryzyko będzie wprost proporcjonalne do spodziewanych korzyści [za 2].

Eksperyment leczniczy nie powinien być stosowany, gdy zamierzone korzyści są niewielkie i istnieje uzasadniona obawa pogorszenia stanu zdrowia chorego oraz jeżeli istniejący stan nie zagraża życiu chorego [cyt. za 2].

Warunki dopuszczalności

Podstawowym wymogiem prawnym, stawianym eksperymentowi medycznemu jest warunek, iż spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane jej osiągnięcie jest zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki lekarskiej [3]. Warunkiem dopuszczalności udziału w eksperymencie medycznym jest nie związane z tym ryzyko albo gdy ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu [8].

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty kładzie bardzo duży nacisk na kwestię poinformowania pacjenta. Uczestnik eksperymentu musi być uprzednio poinformowany o: celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz możliwości odstąpienia od udziału w każdym jego stadium [3, 8]. Kluczowy jest fakt, iż uczestnik eksperymentu może w każdym momencie cofnąć zgodę na udział w nim, natomiast jego organizator nie tylko musi mu taką możliwość zapewnić, ale również o takim prawie poinformować. Lekarz ma obowiązek poinformowania uczestnika eksperymentu o konsekwencjach zdrowotnych wynikających z przerwania eksperymentu [8].

Za Drozdowską [8] lekarz powinien dokładnie przedstawić sposób i warunki przeprowadzenia eksperymentu, nie ma tu możliwości odwołania się do standardowego postępowania przy wykonywaniu zabiegu danego rodzaju [cyt. za 8].

Zgoda uczestnika eksperymentu

We wszystkich aktach prawnych regulujących kwestię eksperymentu medycznego, szczególną uwagę skupia się na jego podstawowej przesłance – zgodzie pacjenta [7, 9]. Z uwagi na związane z każdym eksperymentem ryzyko, którego wielkość nie zawsze jest możliwa do określenia, a całkowita eliminacja – niemożliwa, istotne jest dokładne poinformowanie pacjenta o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz możliwości odstąpienia od eksperymentu w każdym jego stadium. Jest to przesłanka konieczna do uzyskania zgody pacjenta [cyt. za 2].

Przeprowadzenie eksperymentu medycznego wymaga pisemnej zgody jego uczestnika. W razie niemożliwości jej uzyskania za równoważne prawa uważa oświadczenie złożone w obecności dwóch świadków oraz odnotowanie jej udzielenia w dokumentacji lekarskiej [3]. Zgodę własną może udzielić tylko osoba o pełnej zdolności do czynności prawnych (pełnoletnia), która jest w stanie z rozeznaniami wypowiedzieć się w kwestii swojego uczestnictwa [8].

Wymóg zgody uczestnika eksperymentu zakłada również Kodeks Karny, wg którego eksperyment jest niedopuszczalny bez zgody uczestnika, na którym

jest przeprowadzany, należy poinformowanego o spodziewanych korzyściach i grożących mu ujemnych skutkach oraz prawdopodobieństwie ich powstania, jak również o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie na każdym jego etapie [cyt. za 5].

Art. 25 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewiduje szczególne warunki dotyczące wymogu uzyskania zgody uczestnika eksperymentu [za 3, 8]:

- Małoletniego – wymóg pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego, ponadto jeżeli małoletni ukończył 16 lat bądź nie ukończywszy tego wieku jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie – konieczna jest również jego zgoda, tzw. zgoda równoległa
- Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie – wymóg pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego, jeżeli taka osoba jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie – konieczna jest również jej zgoda, tzw. zgoda równoległa
- Osoba mająca pełną zdolność do czynności prawnych, jednak nie mogąca z pełnym rozeznaniem wypowiedzieć się w sprawie swojego uczestnictwa w eksperymencie – zgoda sądu opiekuńczego właściwego według siedziby podmiotu przeprowadzającego eksperyment
- Odmowa przedstawiciela ustawowego na udział chorego w eksperymencie medycznym – zgoda sądu opiekuńczego właściwego według siedziby podmiotu przeprowadzającego eksperyment

W przypadku dopuszczalności udziału osoby niepełnoletniej w eksperymencie medycznym postawiony jest wymóg, by spodziewane korzyści miały bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego, a ryzyko było niewielkie i pozostało w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów [za 8]. Nie jest możliwe przeprowadzenie eksperymentu badawczego z udziałem małoletniego, jeżeli istnieje możliwość przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby pełnoletniej [3].

W przypadkach niecierpiących zwłoki, ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia, możliwe jest przeprowadzenie eksperymentu medycznego bez zgody uczestnika [3, 8].

Jakkolwiek można zaakceptować pogląd, iż w sytuacji nagłości i bezpośredniego zagrożenia życia – o ile pacjent nie może wyrazić zgody (np. jest nieprzytomny lub jak w przypadku małoletniego nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym) – jest możliwe przeprowadzenie eksperymentu leczniczego, o tyle za niedopuszczalne należy uznać przeprowadzenie eksperymentu badawczego [cyt. za 8].

W stosunku do pacjentów poddanych leczeniu w szpitalu psychiatrycznym, nie wolno stosować żadnych badań klinicznych, leków czy materiałów medycznych dla celów czysto badawczych [cyt. za 2].

Prawo medyczne zabrania przeprowadzania eksperymentów w stosunku do: dzieci poczętych, osób ubezwłasnowolnionych, żołnierzy służby zasadniczej oraz osób pozbawionych wolności [3, 8].

Komisja bioetyczna

Polskie prawo uzależnia możliwość przeprowadzenia eksperymentu medycznego od wcześniejszego uzyskania pozytywnej opinii w kwestii eksperymentu od niezależnej komisji bioetycznej [7]. Wnukiewicz-Kozłowska [13] podkreśla, że przepisy dotyczące wymogu uzyskania zgody komisji bioetycznej zabezpieczają przed wykonywaniem eksperymentów, które nie mają naukowego uzasadnienia oraz powodują ewolucyjny rozwój nauki, nie akceptując metod radykalnych [13].

Celem działań komisji bioetycznej jest weryfikacja, czy wszystkie wymagane prawem przesłanki są spełnione [8].

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny, w literaturze często określana jako Europejska Konwencja Bioetyczna, w art. 16 ust. 3 unormowała wymogi europejskie dopuszczalności przeprowadzenia badań na ludziach, jako [4]:

- brak metody o porównywalnej skuteczności, alternatywnej do badań na ludziach;
- ryzyko podejmowane przez osobę poddaną badaniom jest proporcjonalne do potencjalnych korzyści wynikających z tych badań;
- projekt badań został zatwierdzony przez właściwą instytucję w wyniku niezależnej oceny jego wartości naukowej, w tym wagi celu badań i po przeprowadzeniu wszechstronnej oceny, co do jego dopuszczalności pod względem etycznym;
- osoba poddawana badaniom jest informowana o swoich prawach oraz o ochronie gwarantowanej jej w przepisach prawa;
- wymagana zgoda, o której mowa w art. 5, powinna być wyrażona w sposób wyraźny i dotyczyć konkretnego badania oraz powinna być udokumentowana. W każdej chwili można swobodnie zgodę wycofać.

Powyższy wymóg znalazł odzwierciedlenie również w prawie krajowym, wg którego warunkiem koniecznym eksperymentu medycznego jest pozytywna opinia o projekcie niezależnej komisji bioetycznej. Do składu komisji powołuje się osoby posiadające wysoki autorytet moralny i wysokie kwalifikacje specjalistyczne [3]. Komisja bioetyczna wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego w drodze uchwały.

Komisje bioetyczne są powoływane przez [3]:

1. okręgowe rady lekarskie
2. rektora wyższej uczelni medycznej lub wyższej uczelni z wydziałem medycznym
3. dyrektora medycznej jednostki badawczo-rozwojowej

Członkiem komisji powoływanej przez rektora uczelni bądź dyrektora jednostki jest również przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej.

Eksperymentem medycznym może kierować lekarz o odpowiednio wysokich kwalifikacjach [2, 3, 8].

Za Fiutak [7] przeprowadzenie eksperymentu medycznego bez zgody komisji bioetycznej, bądź pomimo uzyskania negatywnej decyzji, który nie spowodował żadnych pejoratywnych implikacji dla uczestników, może powodować tylko odpowiedzialność lekarza za przewinienie zawodowe.

Odpowiedzialność karna

Lekarz podlega odpowiedzialności karnej, jeżeli projekt badawczy nie został przedstawiony komisji bioetycznej bądź uzyskał od niej negatywną opinię oraz nie powiódł się. Wówczas odpowiedzialność lekarza oparta jest na następujących artykułach kodeksu Karnego:

- art. 149 – zabójstwo
- art. 155 – nieumyślne spowodowanie śmierci
- art. 157 – spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia
- art. 160 – narażanie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

Za Zielińską [7, 9] odpowiedzialność karną w powyższych sytuacjach poniesie badacz/lekarz, jeżeli nie przedstawił komisji bioetycznej projektu badawczego do zaopiniowania, bądź uzyskał negatywną opinię komisji i eksperyment nie powiódł się powodując, np. uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, utratę życia bądź jeżeli wystąpiło tylko niebezpieczeństwo utraty życia czy uszczerbku na zdrowiu [za 7, 9].

Kodeks Karny reguluje nie tylko kwestię odpowiedzialności karnej lekarza, ale również jego warunki dopuszczalności. Za Kodeksem Karnym [5] nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu przeprowadzenia eksperymentu poznawczego, medycznego, technicznego lub ekonomicznego, jeżeli spodziewana korzyść ma istotne znaczenie poznawcze, medyczne lub gospodarcze, a oczekiwanie jej osiągnięcia, celowość oraz sposób przeprowadzenia eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy [cyt. za 5].

Organizator eksperymentu medycznego może wykorzystać uzyskaną w jego wyniku informację do celów naukowych bez zgody osoby poddanej temu eksperymentowi, w sposób uniemożliwiający identyfikację tej osoby [za 12].

Za Nestorowicz [2] sprawy z zakresu eksperymentów medycznych rzadko trafiają do sądu. Sąd Najwyższy w wyroku z 6 listopada 1937 r. orzekł, że „lekarz, który przy zastosowaniu nowego sposobu leczenia, ograniczył się do ogólnikowego zapytania chorego, czy godzi się na poddanie eksperymentowi, bez dokładnego poinformowania go, że zamierzony sposób leczenia musi wy-

wołać u niego poważniejsze zaburzenia zdrowia i dotkliwy ból przez dłuższy okres czasu, zaś skutek tego leczenia jest niepewny i wątpliwy, ponosi odpowiedzialność cywilną za wszelkie ujemne skutki leczenia, wynikłe u chorego” [cyt. za 2, 13].

Piśmiennictwo

1. Kalinkowski S., *Aurea Dicta II Złote słowa*, VEDA, Warszawa, 2001, 165.
2. Nestorowicz M., *Prawo medyczne*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „DOM ORGANIZATORA”, Toruń, 2007, 193–204.
3. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty – Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152 ze zm.
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Dz. U. 1997 Nr 78 poz. 483 ze zm.
5. Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 r. – Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553.
6. Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 marca 1993 r. – Dz. U. 1993 Nr 23 poz. 103.
7. Fiutak A., *Prawo w medycynie*, Wydawnictwo C. H. BECK, Warszawa, 2010, 187–189.
8. Drozdowska U., Wojtal W., *Zgoda i informowanie pacjenta*, Biblioteka Eskulapa, Warszawa, 2010, 74–80.
9. Zielińska E., *Eksperyment medyczny – odpowiedzialność karna i zawodowa na tle działalności Komisji Bioetycznych*, Pr. i Med., wydanie specjalne, Warszawa, 2004, 39–51.
10. Wnukiewicz-Kozłowska A., *Eksperyment medyczny na organizmie ludzkie w prawie międzynarodowym i europejskim*, ABC, Warszawa, 2004, 25–26.
11. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny z dnia 19 listopada 1996 r.
12. http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna/hasla/336631,eksperyment_medyczny.html.
13. Wyrok Sądu Najwyższego z 6 listopada 1937 r. – C II 888/37, Zb. O. 1938, poz. 291.

Hanna Rolka¹, Krystyna Klimaszewska^{1,2}, Barbara Jankowiak^{1,2},
Elżbieta Affek³, Beata Kowalewska^{1,2}, Elżbieta Krajewska-Kuślak¹,
Krystyna Kowalczyk^{1,2}, Dorota Kondzior^{1,2}

Opinia społeczeństwa polskiego dotycząca zaprzestania działań w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Wstęp

Wiedza i doświadczenia, jaką dziś dysponujemy oraz postępy w farmakoterapii sprawiają, że możemy i potrafimy skutecznie przedłużać życie człowieka oraz funkcjonowanie jego w sprawności, która jest podstawą do tego, aby zachował pełne poczucie wartości w otaczającym go świecie. W związku z tym pojawiają się problemy natury etycznej, dotyczące zasadności w zakresie podejmowania lub odstąpienia od resuscytacji krążeniowo-oddechowej i właściwej oceny, jaką decyzję podjąć, by była zgodna z etyką i sumieniem decydenta [1, 2]. Z medycznego punktu widzenia uważa się, że resuscytacji nie należy podejmować, kiedy pacjent nie ma szans na przeżycie i świadomą egzystencję [3, 4]. Są to sytuacje, gdy:

- „próby resuscytacji u śmiertelnie chorych mogą zakłócić ich spokój i godność,
- próby resuscytacji podjęte u osób terminalnie chorych z zaburzeniami krążeniowo-oddechowymi mogą potęgować doznawane cierpienie,
- kiedy resuscytacja skazać może pacjenta na życie w stanie „wegetatywnym” [2].

Decyzja „NIE REANIMOWAĆ” musi uwzględniać wiele czynników, do których zalicza się:

- oświadczenie woli pacjenta na wypadek niezdolności do świadomego podejmowania decyzji, tzw. „Deklaracja życia”,
- brak szans na powrót do zdrowia zarówno bezpośredni, jak i odległy,
- stanowisko krewnych i przyjaciół, którzy mogą reprezentować pacjenta podczas jego niezdolności do porozumiewania się [2].

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Instytut Medyczny PWSI i P w Łomży

³ Absolwentka studiów I stopnia Instytut Medyczny PWSI i P w Łomży

Definicja uporczywej terapii wypracowana przez uczestników II Seminarium Ekspertów w ramach projektu „Granice terapii medycznych”, dnia 29 czerwca 2008 roku jest jednoznaczna i brzmi następująco: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”.

Cel pracy

Celem prowadzonych badań było zbadanie opinii społeczeństwa polskiego dotyczącej działań w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej wobec osób dorosłych, znajdujących się w różnych sytuacjach życiowych.

Materiał i metody

Materiał badawczy zebrano metodą sondażu diagnostycznego za pomocą kwestionariusza ankiety skonstruowanego dla potrzeb niniejszego badania. Ankieta składała się z 25 pytań, które dotyczyły zasadności podejmowania działań z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia oraz pytań metryczkowych.

Badaniem objęto 100 losowo dobranych respondentów wywodzących się z różnych środowisk społecznych, w różnym przedziale wiekowym, z różnym wykształceniem oraz w zróżnicowanym środowisku społecznym.

Zadano różnego rodzaju pytania związane ze stanem nagłego zatrzymania krążenia. Dotyczyły one osób dorosłych, zdrowych, jak i przewlekle, nieuleczalnie chorych, nie mających szans na przywrócenie sprawności i prawidłowego funkcjonowania po skutecznej resuscytacji, poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Oceniono także świadomość respondentów dotyczącą rokowań pacjentów po resuscytacji. Każde pytanie zawierało następujące formy stopniowania odpowiedzi: zdecydowanie tak, raczej tak, zdecydowanie nie, raczej nie, nie mam zdania. Przyjęto, że wynik poniżej 20% oznacza brak akceptacji ogółu przebadanych osób dotyczącą kwestii zadanego pytania, 20–50% oznacza średnią akceptację wyrażoną w stosunku do zadanego pytania, powyżej 50% – zdecydowaną akceptację.

Ankietowani zostali poinformowani o celu prowadzenia badań oraz o dobrowolnym charakterze i anonimowości kwestionariusza.

Omówienie wyników badań

Badania dotyczące zaprzestania działań ratowniczych u osób z nagłym zatrzymaniem krążenia, przeprowadzono wśród stu losowo dobranych respon-

dentów, wśród których 57% ankietowanych stanowiły kobiety i 43% mężczyźni. W grupie ankietowanych w wieku 20–25 lat było 13% osób uczestniczących w badaniu, również osoby w wieku 26–30 lat stanowiły 13%, natomiast w przedziale wieku 31–40 lat – 33%, 41–60 lat – 40% i w grupie powyżej 60 lat było tylko 1% respondentów. Wśród ankietowanych wyróżniła się grupa osób z wykształceniem medycznym, która stanowiła 25% wszystkich respondentów. Wykształcenie podstawowe zadeklarowało 3% badanych i były to same kobiety, zawodowe wykształcenie wskazało 4% kobiet i 8% mężczyzn, średnie – 16% kobiet i 23% mężczyzn, wyższe licencjackie – 14% kobiet, 8% mężczyzn oraz wykształcenie magisterskie wskazało 20% kobiet i 4% mężczyzn. Mieszkańcy miasta stanowili grupę 69%, natomiast wsi – 31%.

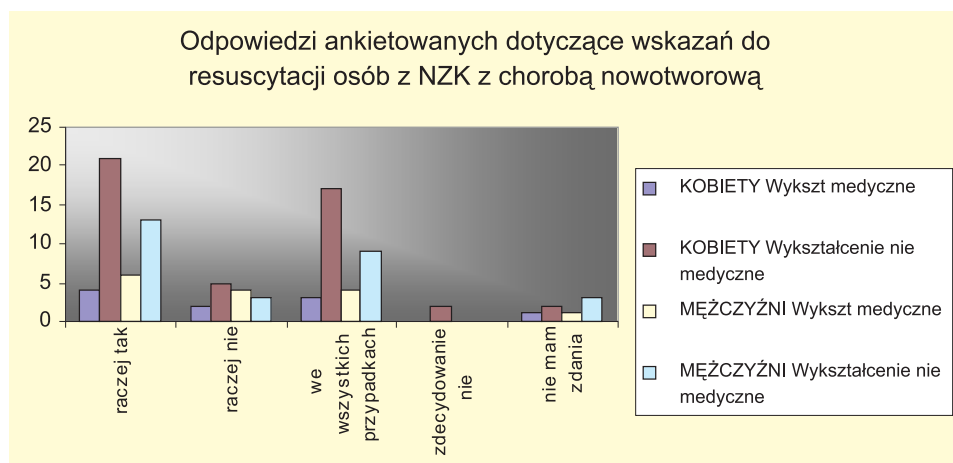
Pierwsze z zadanych w ankiecie pytań dotyczyło opinii na temat, czy resuscytację krążeniowo oddechową należy podejmować w każdym przypadku, u osób z nagłym zatrzymaniem krążenia, niezależnie od ich stanu zdrowia, współistniejących chorób i wieku.

Odpowiedzi kształtowały się w następujący sposób: w grupie osób z wykształceniem medycznym, **zdecydowanie tak** na to pytanie odpowiedziało 13 osób zakwalifikowanych do kategorii wiekowej 20–25 lat, z czego siedem kobiet i pięciu mężczyzn w kategorii 26–30 lat. W podobny sposób wypowiedziało się 5 kobiet i 7 mężczyzn, a więc 12 osób w kategorii wiekowej 41–60 lat. Stanowi to 100% respondentów z wykształceniem medycznym oraz 58% wszystkich ankietowanych, którzy uznali tę odpowiedź za właściwą, ponieważ pozostali respondenci w liczbie 33 osób w wieku 31–40 lat, z czego 16 osób to mężczyźni oraz 9 kobiet w wieku 41–60 lat odpowiedziało podobnie. Badani w liczbie 6 mężczyzn z wykształceniem niemedycznym, mieszkających na wsi było zdecydowanymi przeciwnikami wykonywania resuscytacji u każdego, u którego taki stan wystąpił. Dwie osoby uznały, że raczej nie należy wykonywać resuscytacji, u wszystkich osób z nagłym zatrzymaniem krążenia. Pozostali odpowiedzieli, że czynności resuscytacyjne **raczej** należy wykonywać u wszystkich. Ogólnie zdecydowanie tak lub raczej tak wskazało 89,3% ankietowanych.

W drugim pytaniu zawężono problem, kierując uwagę ankietowanych na osoby dotknięte chorobą nowotworową. Zadano pytanie, czy u tych osób wskazane jest podjęcie działań ratowniczych w przypadku nagłego zatrzymania krążenia.

Ankietowani związani ze środowiskiem medycznym byli zdania by **raczej nie** resuscytować osób z chorobą nowotworową. Uzasadniając swoją odpowiedź cierpieniem człowieka umierającego, a więc brakiem humanitarnej postawy innych wobec osób cierpiących. Jako powód uznawali też stan pacjenta, stadium choroby, w którym się znajduje, czy wszystkie metody i środki lecznicze dostępne w medycynie zostały już wykorzystane. Uważano także, że nie należy reanimować pacjentów w stanie terminalnym na ich własne życzenie uważając, że każdy ma prawo do autonomii i godnej śmierci. Podobnych argumentów

używali ankietowani w grupie spoza środowiska medycznego, w której znaleźli się pedagodzy, ekspedientki, kierowcy, grupa bibliotekarzy, psychoterapeuci. Ich wypowiedzi zbliżone były w argumentacji do siebie. Zdecydowani przeciwnicy na plan pierwszy, jako powód, wysuwali ból związany z terapią, utratę roli społecznej, wycofanie, marginalizację chorego i w związku z tym depresję, niechęć do współpracy w leczeniu oraz wspomniany brak postawy humanitarnej przejawiający się w uporczywym przedłużaniu cierpienia. Dwie osoby – kobiety, spoza środowiska medycznego uznały, że zdecydowanie nie powinno się podejmować resuscytacji u osób z chorobą nowotworową. Zwolennicy udzielania pomocy osobom z chorobą nowotworową nie uzasadniali w ogóle swoich wypowiedzi. Podsumowując wypowiedzi ankietowanych z wykształceniem medycznym, grupa zwolenników resuscytacji osób z chorobą nowotworową stanowiła 68%, natomiast w pozostałej grupie udział zwolenników resuscytacji kształtował się na poziomie 80%.



Rycina 1. Opinia badanych dotycząca resuscytacji osób z chorobą nowotworową

Z założeniem, że nie wszyscy badani świadomi są skutków choroby nowotworowej, leczenia, trudności związanych z terapią i jej powikłaniami, uściślono pytanie do kwestii ratowania życia w chwili wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia, w przypadku znikomych szans na przeżycie i dobrej jakości życia po skutecznej reanimacji. Na pytanie o treści: „Czy uważasz, że resuscytację krążeniowo-oddechową należy podejmować u osób, u których szanse na powrót do zdrowia są znikome?” większość respondentów uznała, że zdecydowanie należy lub raczej należy podejmować działania ratunkowe w przypadku wymienionych pacjentów. Stanowili oni łącznie 60 osób spośród 75 badanych z innym niż medyczne wykształcenie, co jest równe 80% badanych w tej grupie ankietowanych.

Ponad połowa respondentów, którzy wskazali na odpowiedź, że raczej należy ratować tych pacjentów, nie poparła swojej odpowiedzi żadnym argumentem. U zdecydowanych zwolenników ratowania tych pacjentów, argumentem przemawiającym było, że każdy ma prawo do życia, że szanse są zawsze i należy te szanse wykorzystać i że nie ma to nic wspólnego z uporczywą terapią. Wskazywano na fakt, że zdrowie i życie ludzkie jest cenne i najważniejsze. Wśród osób z wykształceniem medycznym tylko jedna kobieta była za podjęciem resuscytacji, co było równe 4% badanych w tej grupie. Przeciwnych temu było 5 kobiet i 7 mężczyzn, stanowili oni 48%, natomiast nie miało zdania 5 kobiet i 8 mężczyzn, co odpowiadało 52% badanych.

Kolejne pytanie brzmiało: Czy wyrażenie woli przez człowieka do niepodejmowania u niego działań ratowniczych stanowi kryterium by od tych czynności odstąpić? Odpowiedzi osób badanych kształtowały się w sposób następujący:

– w grupie badanych wykształconych w innej dziedzinie niż medycyna – **tak** – odpowiedziało 16 kobiet i 1 mężczyzna, co stanowiło 22,7% wszystkich ankietowanych z tej grupy. Swoje odpowiedzi uzależniali od tego, czy wyrażający taką wolę jest osobą świadomą i czy jest w stanie podejmować racjonalne decyzje. Wyrażenie woli stanowiło też kryterium, aby odstąpić od czynności ratowniczych także wtedy, kiedy jest ona sporządzona w formie pisemnej. Ankietowani uważali, że każdy ma prawo decydować o sobie. Poza tym uznali tę odpowiedź za właściwą, jeżeli decyzja wyrażającego podobną wolę poprzedzona była konsultacją z lekarzem.

– **raczej tak** – odpowiedziało 21 kobiet i 10 mężczyzn, co jest równe w przypadku kobiet 28%, w przypadku mężczyzn – 13,3%, łącznie wynik stanowi 41,3% wszystkich badanych ze środowiska pozamedycznego.

– **raczej nie** – odpowiedziało 12 osób w tym 5 kobiet i 7 mężczyzn uzasadniając własne decyzje głównie tym, że pacjent może być pod wpływem emocji, że choroba może mieć wpływ na decyzję chorego człowieka i że oczywiście może mieć niedostateczną wiedzę medyczną”. Badani w liczbie 15 osób nie wypowiedziało się jednoznacznie w ankiecie wskazując na odpowiedź, iż nie mają zdania na ten temat.

W kolejnym pytaniu poruszono kwestię przedziału wieku, który najlepiej predysponuje do skuteczności zabiegów resuscytacyjnych. Ankietowani odpowiedzieli w sposób nieco zróżnicowany. 22 – pracowników medycznych uznało, że w odniesieniu do przeżycia i dobrej jakości życia po reanimacji, każdy przedział wieku jest dobry. W drugiej grupie badanych odpowiadano następująco: 41–60 lat – 5 osób, 10–40 lat – 2 osoby i 68 osób wskazały, że każdy wiek jest dobry, aby spróbować podjąć działania resuscytacyjne.

Kolejne pytanie dotyczyło zasadności resuscytacji pacjentów przebywających w śpiączce. Wśród osób medycznych wyłoniły się następujące opinie:

– 5 osób (20%) uznało, że **zawsze należy** reanimować pacjentów w śpiączce, ponieważ jest ona często stanem odwracalnym. Często także nie znamy powodu

śpiączki, nie ma więc gwarancji, że pacjent na pewno się z niej nie wybudzi i nie powróci do zdrowia.

– **raczej tak** – odpowiedziało 10 z 25 osób, co stanowi 40%, ogółu, uzasadniając także, że śpiączka jest stanem odwracalnym i na świecie jest wiele przykładów wybudzeń pacjentów, którym już nie dawano szans.

– **raczej nie** – takie odpowiedzi padły 3, również z grupy 25 ankietowanych, czyli 12% osób związanych z medycyną. Poparli oni swoje odpowiedzi argumentem, że kiedy do nagłego zatrzymania krążenia dochodzi w wyniku śpiączki, to końcowy wynik resuscytacji jest z góry przewidziany i skazany na niepowodzenie.

– siedem osób uczestniczących w badaniu nie ustosunkowało się do tej sytuacji.

W pozostałej grupie 24% kobiet odpowiedziała, że pacjentów w śpiączce **raczej powinno** się ratować, jednak nie uzasadniły swoich odpowiedzi, natomiast 14,7% mężczyzn, którzy odpowiedzieli podobnie jak kobiety uznało, że jeżeli resuscytacja jest jedyną szansą na ratunek.

W następnym pytaniu poproszono ankietowanych, aby wypowiedzieli się czy intensywna terapia, według nich, jest przedłużaniem cierpienia chorego człowieka. 75 osób, wśród których kobiety stanowiły 64% (47 kobiet), a mężczyźni 35,3% (28 mężczyzn) odpowiadano następująco:

– **zdecydowanie tak** – tę odpowiedź wskazały 3 kobiety, czyli blisko 4% z grupy kobiet i 5 mężczyzn – 6,7%. Ogółem w ten sposób wypowiedziało się 10,7% osób

– **raczej tak** – 18 kobiet i 8 mężczyzn, czyli 24% kobiet i 10,7% mężczyzn

– **zdecydowanie nie** – 14 kobiet i 7 mężczyzn, a więc 18,7% kobiet i 9,3% mężczyzn

– **nie mam zdania** – 12 kobiet i 8 mężczyzn, tj. 16% kobiet i 10,7% mężczyzn.

Ankietowani z wykształceniem medycznym i wykonujący czynnie pracę w tym zawodzie, głównie w ratownictwie medycznym odpowiadali:

– **zdecydowanie tak** – 1 kobieta (4%), i 4 mężczyzn (16%)

– **raczej tak** – 6 kobiet (24%) i 4 mężczyzn (16%)

– **zdecydowanie nie** – 1 kobieta (4%) i 7 mężczyzn (28%)

– **zdania nie miały** 2 kobiety (8%)

Dalsze pytania związane były tematycznie z poprzednimi, ale w ich treści zawarty był problem, czy byli oni świadkami zdarzenia, kiedy zespół ratowniczy nie podjął resuscytacji.

Trzy kobiety oraz dziewięciu mężczyzn, będącymi pracownikami ratownictwa medycznego, byli świadkami takiego zdarzenia. Wskazywali oni przyczyny zatrzymania krążenia. Były to głównie: stan agonalny z powodu procesu nowotworowego, podeszły wiek, zbyt długi czas od momentu zatrzymania krążenia do chwili przybycia ratowników, rozczłonkowanie ciała, inne pewne oznaki śmierci, jak plamy opadowe, ciężki uraz wielonarządowy. Opisuując swoje od-

czucia w tej sytuacji, trzy z nich zwróciły uwagę na współczucie rodzinie, chęć jakiejkolwiek pomocy, smutek z powodu braku możliwości przywrócenia pacjenta do życia. Wśród tych odpowiedzi wskazywano także na szanse, jakie powinno się dać osobie umierającej i żal, że tak niestety się nie stało. Osiem osób stwierdziło, że nie towarzyszyły im żadne uczucia, jedna uznała, że miała uczucia mieszane, ale nie sprecyzowała jakie. Pozostała część z tej grupy, czyli 52%, mimo, że są pracownikami ratownictwa medycznego, nie miała styczności z powyższą sytuacją.

Spośród osób wykształconych w innych zawodach niż medyczny, siedmiu mężczyzn (9,3%) i 3 kobiety (4%), było świadkami takiego zdarzenia. Przyczyny zgonu pacjenta były podobne. Jedna z nich uznała decyzję o niepodjęciu resuscytacji za słuszną. Pozostali ankietowani odczuwali głównie smutek.

W kolejnym pytaniu poruszono problem wypadków komunikacyjnych. Wiadomo jest, iż obrażenia powstałe w wyniku takich zdarzeń mogą dotyczyć bardzo lekkich urazów poprzez średnio ciężkie, aż do wielonarządowych, bardzo ciężkich, których konsekwencje bywają nawet śmiertelne. Zadano więc pytanie: „Czy uważa Pan/i, że akcję reanimacyjną należy podjąć u każdego poszkodowanego w wypadku, u którego mogło dojść do zatrzymania krążenia w wyniku ciężkiego urazu?”.

Spośród ankietowanych z wykształceniem medycznym dwie kobiety w wieku 31–40 lat uznały, że taką akcję **należy podjąć bez względu na wszystko**.

Tak, jeżeli są choćby niewielkie oznaki życia lub nie jest to uraz z góry zmniejszający lub wykluczający szansę przeżycia, jeżeli wiemy, jaki czas upłynął od chwili zdarzenia do momentu przybycia służb ratunkowych. W ten sposób odpowiedziały 3 kobiety w przedziale wieku 20–25 lat, 31–40 lat i 41–60 lat.

Nie, jeżeli ciało poszkodowanego jest rozczłonkowane lub ma zmiądzoną klatkę piersiową oraz, jeśli jest to poszkodowany mający znikome szanse w wypadku masowym. Wówczas należy ocenić obrażenia innych członków zdarzenia, stosując TRIAŻ, czyli segregację pacjentów w zależności od stopnia uszkodzenia i stanu zdrowia, i ratować ludzi z większą szansą na jego powrót. Tak wypowiedziały się 2 kobiety w wieku 31–40 lat i 41–60 lat. Dwie kobiety – 31–40 lat nie miały zdania na ten temat. Następnie analizowano odpowiedzi mężczyzn i opinie ich w stosunku do kobiet – ratowniczek medycznych. Kształtowały się one w sposób następujący: trzech mężczyzn odpowiedziało **Nie jeżeli**, uzasadniając decyzję wyboru odpowiedzi w podobny sposób, jak kobiety. Że **należy ratować** wszystkich, bez względu na wszystko, odpowiedział jeden lekarz anestezjolog, pracujący w ratownictwie medycznym. Uznał on bowiem, że podczas takiego zdarzenia jest zbyt mało czasu na zbieranie wywiadu, należy więc niezwłocznie podjąć akcję reanimacyjną i w czasie jej trwania oceniać na bieżąco szanse poszkodowanego. Podobnie odpowiedzieli jeszcze: jeden mężczyzna – 26–30 lat, jeden – 31–40 lat i czterech mężczyzn – 41–60 lat.

Odpowiedzi na pytanie „Czy wiedząc, że pacjent wyraził wolę do niepodjęcia działań w zakresie RKO, będąc członkiem zespołu ratowniczego, postąpiłby Pan/i wbrew jego woli?” kształtowały się w sposób następujący:

– 8,3% ankietowanych, którzy odpowiedzieli na to pytanie – **zdecydowanie tak**, uzasadniali swoje wypowiedzi tym, że pacjent wypowiadając wolę o niepodjęciu resuscytacji mógł być na przykład w stanie szoku, nie mieć możliwości właściwej oceny sytuacji, a tym samym podjęcia dobrej dla niego decyzji. Inni uważali, że ludzie nie mogą decydować o tym, kiedy odejść. Argumentem przemawiającym również okazał się fakt, że ratowanie cudzego życia jest obowiązkiem każdego człowieka. Wspominano także o tym, że nasze prawo nie akceptuje takiej woli.

Za odpowiedzią – **zdecydowanie nie, opowiedziało** się 6,3% badanych respondentów i uznali oni, że każdy ma prawo decydować o sobie. Wypowiadali się w ten sposób, że sami chcieliby, aby ich wolę uszanować, w związku z tym postąpiliby zgodnie z wolą pacjenta. Były to dwa główne powody, którymi się kierowali. Odpowiadający na to pytanie – **raczej nie**, stanowili już 25% grupy badanych. Uzasadniali swoją odpowiedź w podobny sposób, jak ci, którzy byli zdecydowanymi przeciwnikami postąpienia wbrew woli chorego, a więc prawem do autonomii.

Kolejne pytanie dotyczyło również woli człowieka chorego terminalnie, który zdecydował, by w przypadku zatrzymania krążenia odstąpić od reanimacji. Pytanie brzmiało: „Czy wiedząc, że pacjent wyraził wolę o odstąpieniu od resuscytacji, próbowałbyś przekonać go o zmianie decyzji”.

6 kobiet i 6 mężczyzn spośród medycznych pracowników ochrony zdrowia odpowiedziało, że próbowałiby przekonać chorego o zmianie decyzji i uzależnili oni swoją odpowiedź od rodzaju schorzenia i rokowań na przyszłość. Padły także stwierdzenia, że obowiązkiem osób z wykształceniem medycznym jest niesienie pomocy w każdej sytuacji i w ramach kompetencji edukowanie, wspieranie, przemawianie, ratowanie. 9 osób nie próbowałoby wpłynąć na zmianę woli chorego uznając, że każdy ma prawo decydować o sobie i to był główny argument, jakiego użyto w odpowiedziach na to pytanie.

Zaskakujące odpowiedzi uzyskano na pytanie dotyczące opinii wykonywania resuscytacji dla celów transplantologii. Temat ten nadal jest bardzo kontrowersyjny i o ile zwolennicy transplantologii, jak wiadomo stoją po jej stronie, to nie każdy by zdecydował o resuscytacji dla pozyskania narządów, gdyby chodziło o niego lub kogoś z osób najbliższych. Niemniej jednak wypowiedzi ankietowanych wyglądały następująco:

– 46 ankietowanych niemedycznych, z czego 33 to kobiety i 13 mężczyzn wskazywało, że zdecydowanie opowiadają się za wykonywaniem resuscytacji w celu pozyskania narządów, raczej tak – 4 kobiety, 3 mężczyzn, raczej nie – tylko 1 kobieta, zdecydowanie nie – 1 kobieta i 1 mężczyzna.

- nie miało zdania 8 kobiet i 11 mężczyzn.
- w grupie medycznej zdecydowanymi zwolennikami było 6 kobiet, 9 mężczyzn, niezupełnie przekonanych, ale opowiadających się za reanimacją krążeniowo-oddechową w takiej sytuacji była 1 kobieta i 3 mężczyzn, raczej nie odpowiedziały 3 osoby, w tym 1 kobieta i 2 mężczyzn, nie miały zdania również 3 osoby. Zdecydowanych przeciwników nie było.

Wnioski

Analiza materiału badawczego pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Zdecydowana większość ankietowanych jest zdania, że resuscytacja krążeniowo-oddechowa winna być podejmowana w stosunku do wszystkich osób, u których doszło do zatrzymania krążenia bez względu na okoliczności, w tym również w przypadku chorych z chorobą nowotworową.
2. Wola chorego dotycząca odstąpienia od reanimacji powinna być brana pod uwagę, jednak mniej niż połowa respondentów nie uznaje takiej decyzji.
3. W opinii połowy ankietowanych intensywna terapia jest czynnikiem, który przedłuża cierpienie pacjenta.
4. W przypadku osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, resuscytację krążeniowo-oddechową należy wykonywać u wszystkich osób, u których doszło do zatrzymania krążenia.
5. Resuscytację krążeniowo-oddechową pacjentów przebywających w śpiączce należy wykonywać według większości ankietowanych.
6. Zdecydowana większość ankietowanych osób akceptuje prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla celów transplantacji i rozumie taką potrzebę.

Piśmiennictwo

1. Anzenbacher A.: Wprowadzenie do etyki. Myśl filozoficzna. Wydawnictwo WAM, Kraków, 2008, 164, 74.
2. Küebler A., Mysiak A., (red): Choroba poresuscytacyjna. Urban & Partner, Wrocław, 2007, 13.
3. Mess E., Bienias T., Lisowska A., Jonak K., Twardak I., Mańkowska M., Chybicki M.: Prawo pacjenta do godnej śmierci. Onkologia Polska, 2007, 4, 190–194.
4. Singer P.: Etyka praktyczna. Książka i Wiedza, Warszawa, 2003, 200.

Jerzy T. Marcinkowski¹, Hanna Wiśniewska-Śliwińska¹

Badania nad możliwościami poprawy postaw Polaków wobec transplantacji tkanek i narządów – realizacja przesłania życiodajnej śmierci

Wprowadzenie

Chirurgiczna procedura przeniesienia przeszczepu – tkanki, narządu z jednego organizmu do drugiego, po którym to mogą one podjąć czynność – to transplantacja. Obecnie jest to uznana metoda leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Większość przeszczepów pochodzi od dawców zmarłych. Od żywego dawcy można pobrać nerkę, szpik kostny lub fragment wątroby.

Stwierdzając zgon, czy pobierając narządy, przez lata kierowano się przepisami zupełnie niespójnymi z obecnymi aktami prawnymi. Nerki pobierano po zatrzymaniu krążenia. Pobranie nerek od osoby zmarłej odbywało się jako pierwszy akt badania pośmiertnego – obowiązkowego w przypadku zgonu pacjenta w szpitalu – zgodnie z rozporządzeniem Prezydenta RP z 1920 r. [1]. Pobranie jednej nerki od zdrowego, żywego dawcy było aktem bezprawnym.

Do 1991 r. pobierania narządów ze zwłok dla celów transplantacji dokonywano na podstawie znowelizowanego w 1949 r. rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Przepisy prawne obowiązujące w drugiej połowie lat 60. XX w. były istotnym utrudnieniem dla pobierania narządów. Mimo, że wiedziano o koncepcji śmierci mózgowej, rozpoznanie zgonu w oparciu o te kryteria było w Polsce niedopuszczalne. Dozwolone było pobieranie tkanek od zmarłych. Kwestie te regulowało rozporządzenie Prokuratora Generalnego Polski z 1948 r., które zezwalało na pobieranie rogówek [1].

Od 1954 r. prokuratorzy mogli wyrażać zgodę na pobieranie gałek ocznych – w celach leczniczych – ze zwłok będących do ich dyspozycji. Następnie rozszerzono te uprawnienia do pobierania tętnic, kości i nerek.

¹ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej

Przez wiele lat problematyka przeszczepów nie była uregulowana w polskim prawie. W 1975 r. ukazały się wytyczne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zabiegu przeszczepienia nerek. Stosowano je przez lata analogicznie do innych narządów [2]. Z postanowień tego aktu wynikało, że do czasu wydania szczegółowych przepisów w przedmiocie pobierania i przeszczepiania organów – przy dokonaniu zabiegu przeszczepiania nerki należy stosować wydane w tym zakresie przepisy z uwzględnieniem podanych zasad, dotyczących głównie stwierdzenia śmierci. Żaden z zapisów nie stanowił źródła powszechnie obowiązującego prawa, np. nie uchylał bezprawności czynu polegającego na okaleczeniu żywego człowieka – choćby za jego zgodą [3].

W latach 80. XX w. podjęto inicjatywę opracowania przepisów prawnych dotyczących pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. Wtedy to, na wniosek Ministra Zdrowia, zespoły specjalistów krajowych ds. anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i neurochirurgii opracowały kryteria i tryb rozpoznawania śmierci pnia mózgu [4].

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [5] uchyliła rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o zakładach leczniczych [6]. Ustawa uregulowała jedynie kwestię pobrania organów ze zwłok. Regulacja ustawowa dotyczyła pobrania tkanek i organów tylko ze zwłok znajdujących się w zakładach opieki zdrowotnej i wyłącznie dla celów leczniczych. Ustawa nie wypowiedała się w kwestii kryteriów i trybu stwierdzania śmierci, nie ustanawiała barier prawnych dla komercjalizacji ludzkich komórek, tkanek i narządów, nie poruszała tematu tworzenia banku tkanek i wymiany międzynarodowej transplantów. Nie określała również sposobu i formy wyrażania sprzeciwu. By poznać stanowisko zmarłego dotyczące przeszczepu, lekarz musiał skierować pytanie do rodziny [7].

Prace nad dalszymi regulacjami prawnymi toczyły się nadal. Po prawie 5 latach prac, uzgodnień międzyresortowych oraz konsultacjach z Naczelną Radą Lekarską – doszło do uchwalenia przez Sejm RP Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [8] weszła w życie w 1996 r.

Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów była nowelizowana dwukrotnie. Pierwszej nowelizacji dokonano Ustawą z dnia 20.06.1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw [9]. Precyzowała ona przepisy dotyczące sprzeciwu, wskazywała na fakt, że nie mają zastosowania do pobierania komórek, tkanek i narządów w czasie sekcji zwłok, dokonywanej w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny postępowania leczniczego. Druga nowelizacja, dokonana 08.06.1997 r., polegała na zmianach w przepisach Kodeksu karnego [10]. Polegała ona na podwyższeniu górnej granicy pozbawienia wolności za przestępstwo określone w art. 20 ust. 1 Ustawy (zakaz komercjalizacji) do lat 3 (poprzednio

– do lat 2). Żadna z tych nowelizacji nie zmieniła założeń i podstawowych konstrukcji Ustawy.

Ze względu na nowe warunki nastąpiła konieczność synchronizacji prawa polskiego z prawem europejskim. W 2005 r. powstała nowa Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [11], która następnie w 2009 r. została znowelizowana.

Dopiero 13 czerwca 2008 r. Sejm RP podjął Uchwałę w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia. Czytamy w niej: „Biorąc pod uwagę, że przeszczepianie narządów wykonywane jest w Polsce od ponad 40 lat, a polscy transplantolodzy należą do światowej czołówki w tej dziedzinie medycyny, i że jest to potrzebna, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia, stanowiąca dla wielu pacjentów jedyną szansę przedłużenia życia, Sejm zwraca się do społeczeństwa o powszechną akceptację tej metody leczenia. Jednocześnie apelujemy do władz rządowych i samorządowych wszystkich szczebli o wsparcie moralne i pomoc materialną we wszelkich akcjach o charakterze edukacyjnym w zakresie przeszczepiania narządów, komórek, tkanek i szpiku.”

Zgodnie z treścią Ustawy obowiązującej obecnie komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Zabiegi te można wykonywać również w czasie sekcji zwłok dokonywanej dla rozpoznania przyczyny zgonu i oceny postępowania leczniczego. Dopuszczalne jest też przeszczepianie ludziom w celach leczniczych komórek, tkanek i narządów pochodzących od zwierząt. W tych przypadkach sposób postępowania określają przepisy dotyczące eksperymentów medycznych. Ustawa określa, że za pobrane od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich tkanki, komórki i narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty lub innej korzyści majątkowej. Za naruszenie przepisów Ustawodawca przewidział sankcje karne.

Pobieranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich (transplantacja *ex mortua*) jest możliwe wtedy, gdy osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia. Sprzeciw nie ma zastosowania, gdy pobieranie narządów następuje w czasie sekcji zwłok dokonywanej dla rozpoznania przyczyny zgonu i oceny postępowania leczniczego. Kryteria stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu są ustalane przez odpowiednich specjalistów powoływanych przez ministra zdrowia i opieki społecznej. Należy dodać, iż obowiązkiem lekarza pobierającego ze zwłok ludzkich komórki, tkanki i narządy jest zapewnienie nadania zwłokom należytego wyglądu. Przepisy Ustawy dotyczą też pobierania komórek, tkanek i narządów od żywego człowieka, zdolności do czynności prawnych dawcy, dawców małoletnich [11].

Wydano rozporządzenia dotyczące Poltransplantu², krajowej listy osób ocze-

² Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” – <http://www.poltransplant.org.pl/>.

kujących, Centralnego Rejestru Sprzeciwów, Krajowego Rejestru Przeszczepień oraz inne – konieczne do uregulowania kwestii przeszczepień.

Wcześniej, w prawie międzynarodowym również następowały zmiany dotyczące pobierania komórek, narządów i tkanek, przeszczepiania, itp. W rezolucji 78/29, przyjętej przez Komitet Ministrów Rady Europy 11 maja 1978 r., zatytułowanej „Harmonizacja legislacji państw członkowskich w zakresie pobierania i przeszczepiania ludzkich tkanek”, zapisano w art. 10: „1. Zabronione jest pobieranie tkanki w przypadku jawnego lub domyślnego sprzeciwu zmarłej osoby, zwłaszcza po uwzględnieniu jej religijnych lub filozoficznych przekonań; 2. W przypadku braku jawnego lub wyrażanego pośrednio życzenia zmarłego dozwolone jest pobranie tkanek. Państwa mogą jednak zdecydować, że pobieranie tkanek jest niedozwolone, jeśli po możliwie jak najbardziej szczegółowym zapoznaniu się z poglądami rodziny zmarłego (...) ujawniony zostanie sprzeciw z ich strony (...)” [12].

Według Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie „Należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli”, jednak w pkt. 60–62 raportu wyjaśniającego ogranicza się zastosowanie tego zapisu do „sytuacji, w których dana osoba przewidziała, że może być niezdolna do udzielenia ważnej zgody, na przykład w przypadku postępującej choroby, takiej jak demencja starcza”. W pkt. 62 podano, że „artykuł ten stwierdza, że kiedy dana osoba uprzednio wyraziła swoje życzenia, muszą one być uwzględnione. Nie oznacza to jednak, że konieczne należy się do nich zastosować. Na przykład, kiedy życzenia wyrażono wcześniej, zanim zachodzi konieczność interwencji, i nauka poczyniła postępy, mogą istnieć podstawy do nieuwzględnienia opinii chorego. Lekarz powinien więc w miarę możliwości ocenić, czy życzenia pacjenta mają zastosowanie w danej sytuacji i są wciąż aktualne po uwzględnieniu zwłaszcza postępu technologicznego w medycynie” (art. 9) [13]. Rekomendacja 1159(1991), przyjęta 28 czerwca 1991 r. przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy, dotyczy harmonizacji zasad autopsji [14].

W sferze etycznej *World Medical Association* odnosi się do ustawodawstwa dotyczącego zgody obowiązującego w różnych krajach. W Deklaracji z Sydney stwierdza się: „Ustalenie momentu śmierci danej osoby powoduje, że z punktu widzenia etyki dopuszcza się zaprzestanie prób resuscytacji, a w krajach, w których pozwala na to prawo, można pobrać narządy z ciała zmarłego pod warunkiem, że spełniono obowiązujące prawne wymagania dotyczące zgody” (pkt. 5) [15].

Według Deklaracji Madryckiej z 1987 r. dotyczącej przeszczepiania ludzkich narządów „obowiązkowo należy przeprowadzić szczegółową rozmowę na temat proponowanej procedury z dawcą i biorcą, członkami ich rodzin ponoszącymi za nich odpowiedzialność lub prawnymi przedstawicielami” [16].

Cele pracy

1. Poznanie przesłanek i argumentów, którymi kierowały się rodziny ofiar wypadków, wyrażając następnie, bądź nie, zgodę na pobranie narządów do transplantacji z ciał ich bliskich.
2. Poznanie argumentów i okoliczności, które przekonałyby rodziny ofiar wypadków do podpisania „Oświadczenie woli”, ale – niestety – te właśnie nie zostały im przedstawione.
3. Ocena zależności pomiędzy poziomem wiedzy na temat transplantacji a skłonnością do podpisania „Oświadczenia woli”.

Materiał i metody

Badania prowadzono na Śląsku w okresie od listopada 2010 r. do stycznia 2011 r. Objęto nimi: 1) 10 osób (w tym 8 kobiet i 2 mężczyzn; wiek: od 20 do 55 lat), do których w przeszłości, gdy członek ich rodziny zginął w wypadku, zwracano się o wyrażenie zgody na pobranie narządów do transplantacji z ciał ich bliskich, 2) 20 losowo dobranych osób (w tym 10 kobiet i 10 mężczyzn; wiek: od 20 do 55 lat), do których nigdy w przeszłości nie zwracano się o wyrażenie zgody na pobranie narządów do transplantacji z ciał ich bliskich. Łącznie było to 30 osób, z którymi przeprowadzono wywiad kwestionariuszowy, zadając pytania dotyczące podpisania „Oświadczenia woli” oraz nastawienia do problemu wyrażenia zgody lub ewentualnego ujawnienia woli bliskich w temacie pobrania komórek, tkanek i narządów do przeszczepów.

Wszystkie badane osoby z obu grup posiadały rodzinę; pozostawały w związkach partnerskich bądź małżeńskich, albo też zamieszkiwały z rodzicami lub rodzeństwem.

W badaniach zastosowano metodę wywiadu kwestionariuszowego (standaryzowanego). Zadawano 10 pytań oraz 5 pytań dotyczących tzw. metryczki.

Wyniki badań

Grupa I. Osoby, które zetknęły się z koniecznością podjęcia decyzji o pobraniu tkanek/narządów z ciała ich zmarłych bliskich

Dwie osoby (spośród 10 pytaných) podały, że jako bliscy tragicznie zmarłych nie mieli nic przeciwko pobraniu po śmierci narządów do przeszczepienia. Dlatego doszło do pobrania narządów. W pierwszym przypadku żona, lat 30, przekazała, że mąż za życia nie wyrażał sprzeciwu w stosunku do pobrania od niego narządów do przeszczepu. W drugim przypadku kobieta, lat 54, po wypadku córki, zięcia i wnuczki oświadczyła, że wyraża zgodę na pobranie narządów od córki, ponieważ ta nigdy nie była przeciwna pobieraniu narządów.

Co do zięcia i wnuczki nie podjęła decyzji o wyrażeniu zgody na pobranie narządów. Twierdziła, że o zięciu decydować nie chce, a wnuczki (lat 4), „ruszyć nie da, bo jest za mała”.

Pozostałe 8 osób (spośród 10 pytaných) twierdziło, że:

- nie są przekonane do pobierania narządów od zmarłych,
- lekarz był chłodny, zimny, chciał tylko uzyskać zgodę na pobranie narządów,
- nie wyrazili zgody, bo obawiali się reakcji rodziny,
- nie wyrazili zgody, bo obawiali się, że w złym stanie oddano by im ciało zmarłego,
- nie wyrazili zgody, bo byli przekonani, że zmarły bliski zostanie „pokrojony bez pamięci”,
- obawiali się, że jak tylko wyrażą zgodę na pobranie narządów, lekarze natychmiast odłączą bliskiego od respiratora,
- nie wyrazili zgody, ponieważ obawiali się, że zmarły po pobraniu narządów będzie wyglądał gorzej, niż po samym wypadku.

Ani jedna osoba z tej grupy (spośród 10 pytaných) nie podpisałaby „Oświadczenia woli” dotyczącego wyrażenia zgody na pobranie po ich śmierci tkanek/narządów do przeszczepienia. Trzy osoby stwierdziły, że jeśli miałyby pewność, że po ich śmierci zostaną pobrane z ich ciała serce, płuca, nerki, trzustka, wątroba, jelita, natomiast nie zostaną naruszone twarz i kończyny – to podpisałyby „Oświadczenie woli”.

Żadna z tych osób nie podpisała i nie przesłała do Centralnego Rejestru Sprzeciwów swego sprzeciwu.

Wszyscy badani z tej grupy oświadczyli, że na ich decyzje dotyczące pobrania narządów z ciała ich bliskich nie miały wpływu przekonania religijne.

Grupa II. Osoby, które dotąd nie zetknęły się z koniecznością podjęcia decyzji o pobraniu tkanek/narządów z ciała ich zmarłych bliskich

Żaden z badanych nie podpisał „Oświadczenia woli” dotyczącego wyrażenia zgody na pobranie po ich śmierci tkanek/narządów z ich ciała do przeszczepienia. Dwanaście osób (spośród 20 badanych) słyszało o możliwości podpisania takiego „Oświadczenia”. Jedna osoba wiedziała, z której strony internetowej można pobrać takie „Oświadczenie”. Ani jeden badany nie podpisał i nie przesłał do Centralnego Rejestru Sprzeciwów swego sprzeciwu.

Na pytanie, czy podpisałiby „Oświadczenie woli”, 4 osoby (spośród 20 badanych) byłyby skłonne podpisać takowe, ale 16 odpowiedziało „Nie”. Jednak na pytanie, czy podpisałiby „Oświadczenie”, w którym można byłoby zaznaczyć, które komórki/tkanki/narządy są gotowi wskazać do pobrania po śmierci, 6 osób zmieniło zdanie. W sytuacji, gdyby można zadeklarować, na pobranie których komórek, tkanek, narządów wyrażamy zgodę, 10 osób spośród ankietowanych podpisałoby „Oświadczenie woli”.

Badani, zapytani szczegółowo o to na pobranie których tkanek/narządów wyraziliby zgodę, odpowiedzieli następująco:

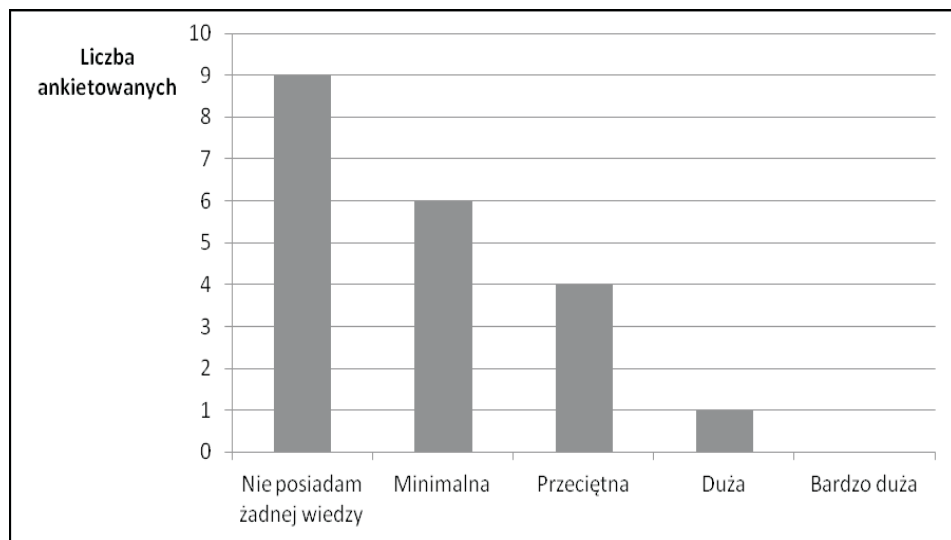
serce	wątroba	nerki		trzustka	płuca	jelita	skóra	rogówki	naczynia	tkanka kostna	tkanka powięziowa	kończyny
		1	2									
10	10	2	8	10	10	10	3	3	7	8	8	1

Badani zadeklarowali, że gdyby można było zastrzec, które komórki, tkanki, narządy mogą zostać pobrane z ciała ich bliskich, to wyraziliby zgodę na pobranie od następujących osób:

od męża/żony żony	od ojca	od matki	od brata	od siostry	od innych dorosłych bliskich	od dzieci w wieku:	
						0–10 lat	11–18 lat
4	4	3	5	4	2	0	0

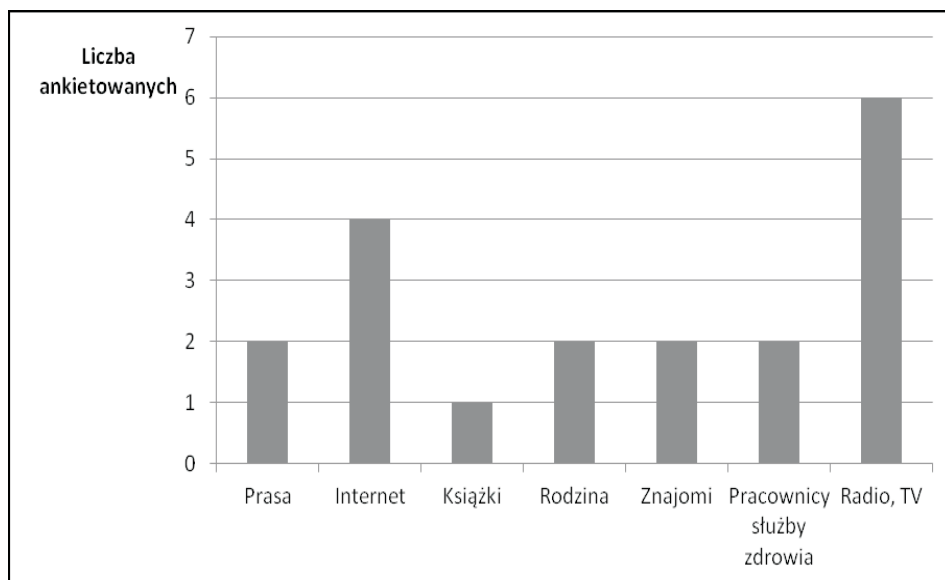
Przy obecnej treści „Oświadczenia woli” osoby te nie podjęłyby decyzji o wyrażeniu zgody na pobranie narządów od bliskich.

Opinie badanych na temat poziomu ich wiedzy odnośnie transplantacji i pobierania przeszczepów przedstawiono na ryc. 1.



Rycina 1. Opinie badanych odnośnie ich poziomu wiedzy odnośnie transplantacji i przeszczepów

Badani, wskazując źródła wiedzy na temat transplantacji, możliwości podpisania „Oświadczenia woli” (lub „Sprzeciwu”) udzielili następujących odpowiedzi: najczęściej osób wskazała na radio i telewizję, a następnie Internet; w dalszej kolejności wskazali następujące źródła: prasa, rodzina, znajomi, pracownicy



Rycina 2. Źródła wiedzy badanych na temat transplantacji i przeszczepów

służby zdrowia; było tylko jedno wskazanie książki (ryc. 2). Poza źródłami wiedzy, o które pytano w kwestionariuszy wywiadu, badani podali jeszcze kościół. Pięć osób twierdziło, że podstawową wiedzę dotyczącą transplantacji uzyskało w kościele. Tam usłyszały podstawowe wiadomości oraz zachętę do wyrażenia zgody na pobranie narządów do przeszczepu w razie ewentualnej śmierci.

Dyskusja

Według Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS)³ 91% ankietowanych, w tym 70% zdecydowanie, aprobuje pobieranie narządów od osób zmarłych, by ratować życie lub przywracać zdrowie innym ludziom. Przeciwno jest 6% badanych, w tym 2% zdecydowanie; 3% nie ma zdania na ten temat. W porównaniu do roku 1994 liczba zwolenników pobierania narządów od zmarłych wzrosła o 8 pkt proc. Od 2003 r. aprobata dla tego typu zabiegów utrzymywała się mniej więcej na poziomie 90%. CBOS podkreśla, że we wszystkich wyodrębnionych grupach społecznych i demograficznych dominuje aprobata transplantacji narządów. Poziom akceptacji jest niższy niż przeciętny u najstarszych ankietowanych (65 lat i więcej), osób uczestniczących kilka razy w tygodniu w praktykach religijnych oraz respondentów najslabiej wykształconych. Ponadprzeciętną gotowość

³ Sondaż CBOS został przeprowadzony w dniach 6–12 sierpnia 2010 r. na liczącej 1041 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków [17].

do oddania swoich organów charakteryzują się respondenci w wieku 25–54 lata, mieszkańcy największych aglomeracji, najlepiej wykształceni, dobrze oceniający swoją sytuację materialną.

Z badań CBOS wynika także, że gotowość do oddania swoich narządów po śmierci deklaruje zdecydowana większość (82%) społeczeństwa; ponad połowa (56%) badanych mówi o tym z pełnym przekonaniem. Co dziesiąty dorosły (11%) przyznaje, że nie zgodziłby się na pobranie po śmierci narządów do przeszczepu.

W ocenie CBOS, jednym z istotnych problemów transplantologii jest brak zgody rodziny osoby zmarłej na pobranie narządów. Wprawdzie opinia rodziny nie ma mocy prawnej, bowiem w Polsce obowiązuje zasada „zgody domniemanej” (jeśli zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu wpisując się do specjalnego rejestru jest uznawany za potencjalnego dawcę), jednak w praktyce lekarze kierują się stanowiskiem bliskich. Prawie trzy czwarte badanych (72%) wyraża gotowość do podpisania „Oświadczenia woli”, a co szósty (16%) deklaruje, że tego by nie zrobił. Poziom gotowości do złożenia takiej deklaracji – jak podkreśla CBOS – nie zmienił się zauważalnie w ciągu ostatnich dwóch lat. Jeden na stu ankietowanych (1%) twierdzi, że już podpisał takie „Oświadczenie”. Zdecydowana większość ankietowanych (81%) nie sprzeciwiłaby się pobraniu organów od zmarłej bliskiej osoby w sytuacji, gdy wiadomo, że nie miała ona nic przeciwko oddaniu własnych narządów. Blisko dwie trzecie (65%) badanych również nie wyraziłoby sprzeciwu, gdyby nie znało stanowiska osoby zmarłej wobec pobierania jej organów. Tylko w sytuacji, gdy wiadomo, że osoba zmarła miała za życia krytyczny stosunek do pobierania narządów do przeszczepu, większość badanych (68%) wystąpiłoby przeciwko przeprowadzenia takiego zabiegu. Blisko połowa (47%) respondentów uważa, że konieczne jest wyrażenie zgody za życia na pobranie jego narządów do przeszczepów, a 43% jest zdania, że powinna obowiązywać zasada zgody domniemanej. W ocenie 6% badanych, żaden z tych modeli nie jest dobry, a 4% nie potrafiło zająć stanowiska w tej kwestii.

Jak wynika z przywoływanego sondażu CBOS, prowadząc badania nie zainteresowano się następującymi kwestiami:

- czy respondenci posiadają dostateczną wiedzę dotyczącą transplantacji i przeszczepów?
- skąd czerpią swoją wiedzę?
- czy szkoła, a dokładniej szkolne podstawy programowe, przewidują na którymś etapie edukacyjnym zajęcia dotyczące transplantacji i wyrażania zgody na nią?
- czy znają treść „Oświadczenia woli”?
- czy zmiana treści „Oświadczenia woli” wpłynęłaby na zmianę stanowiska względem pobierania komórek, tkanek, narządów do przeszczepów?
- czy postawa lekarzy ma wpływ na decyzje osób muszących podjąć decyzję o pobraniu narządów?

- czy jakiegokolwiek inne czynniki mają wpływ na decyzję o wydaniu zgody na pobranie narządów?
- jaka jest opinia lekarzy o decyzjach rodzin osób zmarłych w sprawie zgody na pobranie narządów do transplantacji?

Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc pośród krajów UE pod względem wykonywanych operacji przeszczepiania narządów na milion mieszkańców. Odsetek przeszczepów nerek od dawców rodzinnych wynosi 2%, podczas gdy w innych krajach europejskich waha się od 15% do 35%. W Polsce jest zarejestrowanych około 35 tys. dawców szpiku kostnego. Natomiast w Niemczech ponad jeden mln osób. W kraju rocznie wykonuje się około 170 przeszczepów szpiku, we Francji – około 3 tys. (za Gazetą Prawną) [18].

Liczba dawców narządów w krajach Unii Europejskiej jest bardzo różna. W Hiszpanii na milion obywateli przypada 34,6 dawców, w Wielkiej Brytanii 13,8, w Grecji już tylko 6, a w kandydującej do Unii Europejskiej Rumunii – zaledwie 0,5 [19].

Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzone badania dowodzą, że problem pobierania komórek, tkanek i narządów w celu przeszczepienia jest problemem nader aktualnym. Problematyka pozostaje w obszarze zainteresowań badaczy, jednak należałoby ją rozszerzyć. Badania powinny dotyczyć nie tylko postaw ankietowanych, ale też źródeł ich poglądów, ich stanu wiedzy i innych czynników, mających wpływ na ich decyzje.

Okazuje się bowiem, że:

- gdyby „Oświadczenie woli” (albo „Sprzeciw”) były inaczej sformułowane, większa liczba obywateli za życia podpisywałaby wybraną deklarację;
- prawdopodobnie dorośli Polacy, mając wpływ na to, które tkanki, narządy zostaną pobrane od nich w razie ewentualnej śmierci, częściej podpisywaliby „Oświadczenie woli”;
- gdyby podpisanie „Oświadczenia woli” nie było jednostronną deklaracją, ale też zobowiązaniem pracowników służby zdrowia do oddania rodzinie zwłok – po pobraniu narządów – w stanie jak najbardziej estetycznym, wskazującym na traktowanie ciała bliskiej osoby z szacunkiem – więcej osób wyrażałoby zgodę nie tylko na pobranie tkanek, narządów od nich samych, ale również od ich bliskich;
- gdyby prowadzono akcję społeczną, zakrojoną na szeroką skalę oraz rozszerzono treści edukacyjne o wiedzę dotyczącą transplantacji, o wiele więcej Polaków decydowałoby za życia o tym, co ma się stać z ich narządami po śmierci. Co za tym idzie – zszokowane rodziny zmarłych (dawcami są osoby zdrowe, nie chorujące, przeważnie ofiary wypadków) nie musiałyby decydować o pobraniu narządów, brana by była pod uwagę wyłącznie wola

zmarłego. Lekarze nie byłiby stawiani w niezręcznej, dyskomfortowej sytuacji – w obecnym stanie prawa przyjmuje się domniemaną zgodę dawcy na pobranie narządów, jeśli nie ma jego zgłoszenia w „Rejestrze sprzeciwów”, ale „wola pacjenta musi być ustalona za wszelką cenę, gdyż jest to jeden z warunków pobrania organu”. Co prawda „Ustawa o transplantacji” nie nakłada na lekarzy obowiązku pytania rodziny o zgodę, ale zobowiązuje do ustalenia, czy zmarły wcześniej nie zastrzegł sobie, by „po śmierci jego narządy nie zastały pobrane.”

Szeroko zakrojona akcja edukacyjna oraz propagująca podpisywanie za życia „Oświadczenia woli” i rozszerzenie tematyki badań dotyczących postaw Polaków wobec problemów przeszczepień z pewnością wpłynęłyby na poprawę sytuacji, na zwiększenie ilości dawców.

Dużym problemem transplantologii jest znaczne zapotrzebowanie na organy do przeszczepu przy zupełnie nienadążającej za nim liczbie dawców. Liczbę przeszczepów w Unii Europejskiej ma zwiększyć Europejska Karta Dawcy, której wprowadzenie proponuje Komisja Europejska. Europejska Karta Dawcy miałyby być dołączana do ubezpieczenia zdrowotnego. Miałoby to nie tylko ułatwić decyzję o pobraniu organu w razie nagłej śmierci posiadacza karty, ale też „uwrażliwić opinię publiczną na problemy transplantologii” [20].

Do autorów zatelefonowała jedna z osób biorących udział w badaniu. Zwróciła uwagę, że w jednym z filmów emitowanych przez TVP poruszana była tematyka pobierania narządów i transplantacji. Rzeczywiście – przy okazji poruszania tematu, że ojciec oddał nerkę dla syna i obaj czują się dobrze, poruszono temat podpisywania „Oświadczenia woli”. Matka chłopca otrzymała od lekarza, który dokonał przeszczepu, druki „Oświadczenia” – z propozycją podpisania. Scenarzyści popełnili błąd! Miast napomykać o potrzebie podpisywania „Oświadczenia woli” i sugerować, że można otrzymać druk od lekarza specjalisty, mogli wykorzystać idealną sytuację do podania podstawowych stron WWW, z których to oświadczenie można wydrukować! Zwłaszcza, że są takie proste do zapamiętania (www.poltransplant.org.pl, www.oswiadczeniewoli.com.pl). Są też inne, ale te najprościej zapamiętać. Gdyby któryś z bohaterów filmu wpisywał te adresy do wyszukiwarki, adresy mogłyby się utrwalić. Jeżeli twórcy filmu biorą udział w akcji propagującej przeszczep, o której mowa w odcinku, to nie wykorzystali należycie sytuacji!

Są organizacje, które rozsyłają do obywateli „Oświadczenia woli”. Obecnie niektóre z nich na swych stronach WWW umieszczają ogłoszenia, że wstrzymano rozsyłanie druków „Oświadczeń” ze względu na brak środków finansowych. Czyż nie jest to częściowa strata pieniędzy – papier, druk, energia elektryczna, koszty wysyłki pocztowej. Po co?! Takie wysyłanie do ludzi starszych, których można nie podejrzewać o używanie Internetu, być może ma sens. Ale wysyłanie druków do ludzi młodych – w dobie Internetu? Może warto skupić się na dotarciu do nich z wiadomością, skąd pobrać taki druk? Przy okazji

poczytają, przemysłą. Może wydrukują i podpiszą? Przy szeroko zakrojonej akcji, przy wykorzystaniu różnych nośników i mediów, sytuacja może diametralnie się zmienić.

Biorąc powyższe pod uwagę, jak i statystyki, gdzie Polska plasuje się na jednym z ostatnich miejsc, jeśli chodzi o liczbę zarejestrowanych potencjalnych dawców, liczbę wykonywanych przeszczepów rodzinnych oraz liczbę pobrań narządów i wykonanych transplantacji, działania w naszym kraju należałoby szczególnie zintensyfikować. Należy dążyć nie tylko do zbadania i przeanalizowania postaw ludzkich, co do możliwości pobierania i przeszczepiania tkanek i narządów, do zmiany istniejącej sytuacji. Tylko działania edukacyjne – prowadzone zarówno w szkołach, na uczelniach, w zakładach pracy, placówkach służby zdrowia prowadzone przez rząd i organizacje pozarządowe – mogłyby doprowadzić do poprawy sytuacji. W pierwszej kolejności mogłoby być to rozpowszechnianie wiadomości dotyczących stron internetowych, z których można pobrać tekst „Oświadczenia woli” (www.poltransplant.org.pl, www.oswiadczeniewoli.com.pl).

Tylko uświadamianie, że czyjaś śmierć może być życiodajna, może uratować komuś życie, że wielu ludzi czeka na dar nowego życia, może doprowadzić do podejmowania przemyślnych decyzji w kwestii: czy chcemy być potencjalnymi dawcami?

Jednocześnie w środowisku lekarskim słychać głosy wzywające do dyskusji: czy przeszczepiać za wszelką cenę, wszystko, bez względu na skutki? Czy porównywalny jest przeszczep ratujący życie – serca, wątroby, z przeszczepem kończyn, skóry? Czy warto wykonywać przeszczepy teoretycznie podnoszące komfort życia, nie bacząc na ujemne skutki przyjmowania leków immunosupresyjnych? To tematy do kolejnych badań.

Piśmiennictwo

1. Rowiński W. Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów. *Służba Zdrowia* 2002, 75–76: 16–17.
2. Dz. Urz. MZiOS 1975 r., nr 21, poz. 79.
3. Safian D. Podstawy prawne przeszczepiania narządów w Polsce. [w:] Rowiński W. (red.) *Zarys chirurgii transplantacyjnej*. Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 1993.
4. Dz. Urz. MZiOS, z 26 czerwca 1984 r., nr 6, poz. 38.
5. Dz. U. 1991 nr 91 poz. 408.
6. *Dziennik Ustaw* Rok 1949 nr 65 poz 530.
7. Zielińska E. Transplantacja w świetle prawa w Polsce i na świecie. *Państwo i Prawo* 1995; 6: 18.
8. Dz. U. 1995, nr 138, poz. 682.

9. Dz. U. 1997, nr 104, poz. 661, zm. 01.01.1999, Dz. U. 1998, Nr 117, poz. 756; 01.10.2002, Dz. U. 2001, Nr 126, poz. 1382.
10. Dz. U. 1997 nr 88, poz. 554.
11. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz.U. z 2005 r. nr 169, poz. 1411.
12. www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id...
13. www.hfhrpol.waw.pl/precedens/images/.../konwencja_overview.pdf.
14. [http://parl.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/85B34C60949768F4C12572AD00389018/\\$file/i442_07a.pdf](http://parl.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/85B34C60949768F4C12572AD00389018/$file/i442_07a.pdf).
15. <http://www.cecib.uksw.edu.pl/akty-wma-bioprawo-i-bioetyka-33>.
16. <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1878>.
17. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_146_09.PDF.
18. Sikora D. Raport przeprowadzanie przeszczepów w Polsce. Gazeta Prawna, http://www.ojczyzny.ovh.org/o_nas/?raport-przeprowadzanie-przeszczepow-w-polsce,44&PHPSESSID=18234abec9d8dc3406128e1512e51239.
19. Polski Portal Transplantacyjny – C:\Documents and Settings \Hania\Pulpit\PRZESZCZEPY\Za mało narządów-statystyki.mht.
20. <http://www.szpitalbp.pl/p637.html>.

Barbara Jankowiak¹, Hanna Rolka^{1,2}, Krystyna Klimaszewska¹,
Helena Mroczkowska³, Beata Kowalewska Beata^{1,2},
Elżbieta Krajewska-Kułałak¹, Krystyna Kowalczyk¹, Dorota Kondzior¹

Opinia społeczeństwa polskiego na temat przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych

Wstęp

Zabiegi związane z transplantacją narządów, w pewnych sytuacjach klinicznych, są jedyną metodą leczenia. Każdego roku w Polsce, jak i na świecie umiera wiele ludzi oczekujących na przeszczep narządu. Przyczyną tego jest niedostateczna ilość narządów do przeszczepu. Narządy do przeszczepu mogą pochodzić od dawcy żyjącego lub zmarłego w zależności od rodzaju przeszczepu. Szczegółowa problematyka zagadnień związanych z transplantacją narządów została uregulowana w publikacji Europejskiej Konwencji Bioetycznej w VI rozdziale „Pobieranie narządów i tkanek od żyjących dawców dla celów transplantacji” i dołączonym dodatkowo protokole regulującym dawstwo pośmiertne.

Zgodnie obowiązującymi uregulowaniami dawcą jest „żywy człowiek lub zwłoki ludzkie, od których pobiera się komórki, tkanki i narządy” [1]. W praktyce posługuje się również terminem dawca prawdopodobny, którym jest „osoba z ciężkim pierwotnym lub wtórnym uszkodzeniem mózgu bez bezwzględnych przeciwwskazań do pobrania narządów” oraz dawca potencjalny, który jest „osobą z rozpoczętą – wysunięte podejrzenie śmierci mózgu lub ukończoną procedurą rozpoznania śmierci mózgu bez medycznych przeciwwskazań do pobrania narządów” [1]. Jako dawcę z przyzwoleniem na pobranie – dawca autoryzowany definiuje się „podmiot, który nie wyraził sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, a ponadto jest przyzwalająca opinia prokuratora i zgoda rodziny” [1]. Dawcą rzeczywistym jest „podmiot, od którego pobrano co najmniej jeden narząd”, a dawcą wykorzystanym sytuację, gdy „narząd dawcy zostanie przeszczepiony” [1]. W nomenklaturze transplantacyjnej posługuje się również

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

³ Absolwentka studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo Instytutu Medycznego Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

terminem dawcy zgłoszonego, a jest nim „osoba, która ma założoną kartę dawcy i elektroniczny rekord w Poltransplancie” [1].

Pobranie narządów jest niezwykle skomplikowaną procedurą nie tyle pod względem technicznym czy prawnym, ale występujących obaw i dylematów moralnych.

Cel pracy

Celem prowadzonych badań było:

1. Zbadanie opinii pacjentów NZOZ „MEDICUS” w Grajewie na temat przeszczepu narządów od dawców żywych i martwych.
2. Określenie, czy pacjenci są za czy może przeciw przeszczepianiu narządów od dawców żywych i martwych.
3. Określenie stanowiska pacjentów w stosunku do handlu narządami przeznaczonymi do przeszczepu.

Materiał i metody

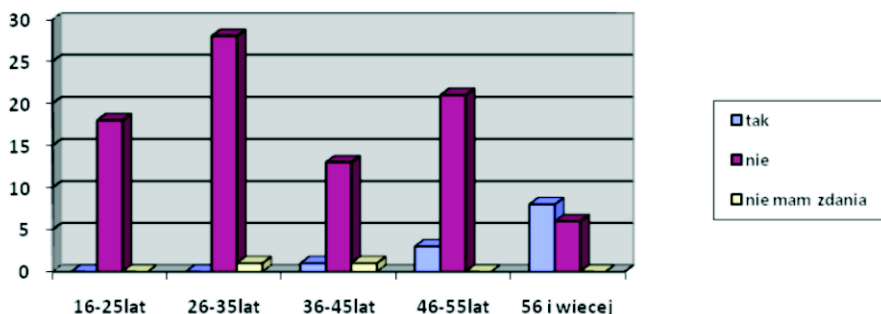
Badaniu poddano pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w NZOZ „MEDICUS” w Grajewie. Do oceny zbadania opinii pacjentów na temat przeszczepiania narządów od dawców martwych i żywych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dla potrzeb pracy skonstruowano narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał łącznie 27 pytań, w tym 21 pytań dotyczyło ogólnej opinii badanych w stosunku do przeszczepiania narządów, pozostałe pytania dotyczyły danych socjometrycznych badanej grupy.

Omówienie wyników badań

Badaniu poddano 100 pacjentów, w tym 69 kobiet oraz 31 mężczyzn. Spośród pacjentów biorących udział w badaniu ankietowym najwięcej, bo 29% znalazło się w przedziale wiekowym od 26–35 lat oraz w wieku 46–55 lat (24%). Najmniej badanych znalazło się w przedziale wiekowym 56 i więcej (14%). Analizując miejsce zamieszkania pacjentów biorących udział w badaniu, 63% chorych mieszkało w mieście, natomiast 37% mieszkało na obszarach wiejskich. Bliższa połowa ankietowanych posiadała wykształcenie średnie, 37% wykształcenie wyższe, a niespełna 14% badanych posiadało wykształcenie średnie zawodowe. Większość badanych (87%) było osobami wierzącymi – praktykującymi, pozostałe 13% badanych było wierzącymi – lecz niepraktykującymi. Badana grupa pacjentów to osoby wyznania katolickiego.

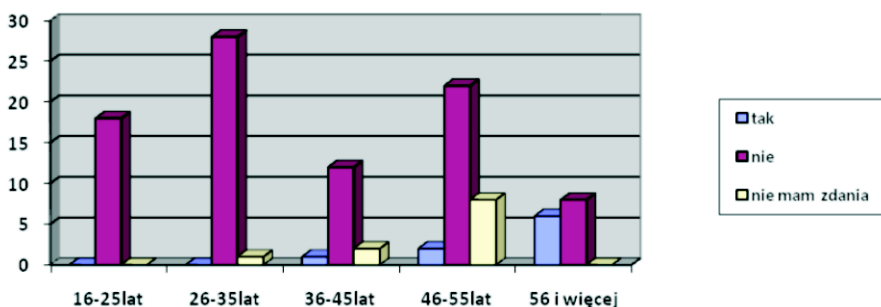
Przeprowadzając badania zapytano respondentów „czy znany jest im termin transplantacja”. Większość badanych, 97%, wiedziała czym zajmuje się dziedzina zwana transplantologią, zaledwie 3% badanych nie знаło tego pojęcia.

Większość badanych (86%) popierało przeszczepianie narządów od dawców żywych. Najwięcej zwolenników przeszczepiania narządów od dawców żywych znajdowało się w przedziale wiekowym 26–35 lat (28%). Najwięcej przeciwników przeszczepiania narządów od dawców żywych znajdowało się w przedziale wiekowym 56 lat i więcej (8%). Pozostałe opinie pacjentów w poszczególnych strukturach wiekowych przedstawia Rycina 1.



Rycina 1. Opinia badanych w poszczególnych strukturach wiekowych odnośnie tego czy są przeciwni przeszczepianiu narządów od dawców żywych

Zdecydowana większość badanych (88%) popierała przeszczepianie narządów od dawców martwych. Najwięcej zwolenników przeszczepiania narządów od dawców martwych znajdowało się w przedziale wiekowym 26–35 lat (28%). Najwięcej przeciwników przeszczepiania narządów od dawców martwych (6%) znajdowało się w przedziale wiekowym 56 i więcej. Pozostałe opinie pacjentów w poszczególnych strukturach wiekowych przedstawia Rycina 2.



Rycina 2. Opinia badanych w poszczególnych strukturach wiekowych odnośnie tego czy są przeciwni przeszczepianiu narządów od dawców martwych

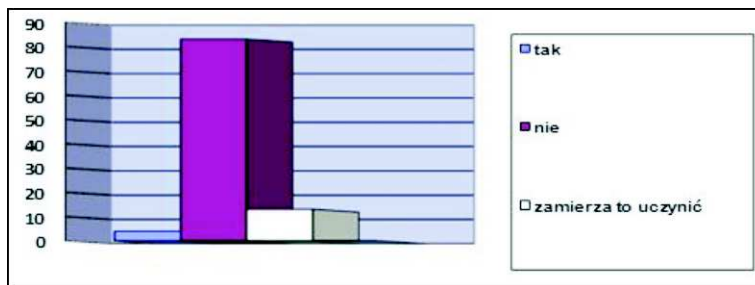
Zdaniem przeważającej liczby badanych (92%), przeszczep to szansa na nowe życie, 5% nie miało zdania w tej sprawie, a zaledwie 3% spośród badanych uważało, że przeszczep to rychła śmierć.

Spośród badanej grupy 86% pacjentów twierdziło, że wyznawana przez nich wiara nie ma wpływu na ich stanowisko w sprawie transplantacji, 10% osób sądziło, że wyznawana przez nich wiara ma wpływ na ich stanowisko, 2% badanych odpowiedziało, że raczej wpływa na ich decyzje, 2% badanych nie miało zdania w tej sprawie.

Prowadząc badania zapytano respondentów „czy są zaangażowani w procedurę transplantacyjną, tj. czy może badany jest dawcą narządu, biorcą narządu, osobą oczekującą na przeszczep narządu, czy też osobą posiadającą w najbliższym otoczeniu chorego oczekującego na przeszczep”. Z przeprowadzonych badań wynika, że tylko 1 osoba była dawcą narządu, 3 osoby posiadały w najbliższym otoczeniu chorego oczekującego na przeszczep, pozostałe 96 osób nie było zaangażowane w procedurę transplantacji.

Badaną grupę respondentów zapytano „czy wyrażają zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci”. Przeważająca grupa (63%) respondentów wyraziła zgodę na pobranie narządów argumentując to tym, że ofiarując pośmiertnie narządy można dać komuś szansę na „drugie lepsze życie” oraz tym, że „po śmierci nie będą im potrzebne”. Wśród badanych znalazła się grupa 11% osób, które nie zgadzają się na pobranie narządów po ich śmierci. Argumentują swój negatywny stosunek do pobierania narządów po śmierci tym, że chcą „w całości trafić do nieba”. Mają też wątpliwości związane ze stwierdzeniem ich śmierci, strach związany z okaleczeniem ich ciała po śmierci oraz obawą przed handlem ich narządami. Powyższy aspekt nie był nigdy analizowany przez 26% badanych.

Zapytano również respondentów „czy zgłosili swoje oświadczenie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów”. Większość badanych (83%) nie zgłosiło sprzeciwu, 13% zamierza to uczynić, zaledwie 4 osoby zgłosiło oświadczenie woli. Opinie badanych obrazuje Rycina 3.



Rycina 3. Opinia badanej grupy pacjentów odnośnie zgłoszenia oświadczenia woli w CRS

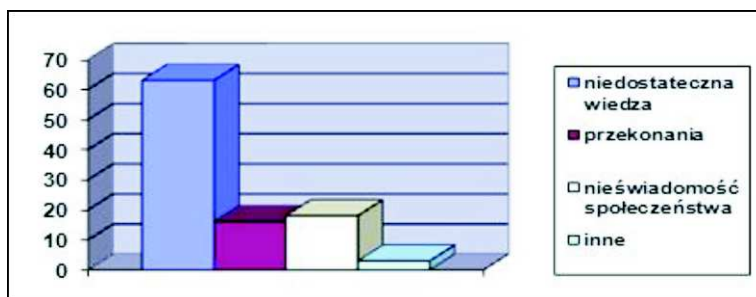
Przeprowadzając badania zapytano również respondentów, „czy wiedzą, w jakiej formie można zgłosić oświadczenie woli odnośnie pobrania narządów”. Spośród badanej grupy pacjentów 43% wiedziało, w jakiej formie mogą zgłosić

oświadczenie woli odnośnie pobrania narządów, 39% nie wiedziało, a 18% osób nigdy wcześniej się nad tym nie zastanawiało.

Pytano respondentów również, jaki jest ich pogląd na przeszczepianie narządów od dawców żywych spokrewnionych. Ankietowani odpowiedzieli na to pytanie następująco: 48 kobiet i 14 mężczyzn akceptuje w pełni przeszczep, jako metodę leczniczą, 9 mężczyzn i 8 kobiet było przeciwnych przeszczepianiu narządów od dawców żywych spokrewnionych. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni argumentują to tym, że obawiają się powikłań, jakie grożą dawcy po oddaniu narządu, obawy przed śmiercią dawcy. 13 badanych kobiet i 8 mężczyzn nie miało zdania w tej sprawie. Większość badanych (78 osób) nie rozmawiało z bliskimi na temat swojego stanowiska wobec przeszczepów i nie znało ich stanowiska w tej sprawie, 20% osób spośród badanych rozmawiało na tego typu temat, zaledwie 2% z badanych zamierza to uczynić.

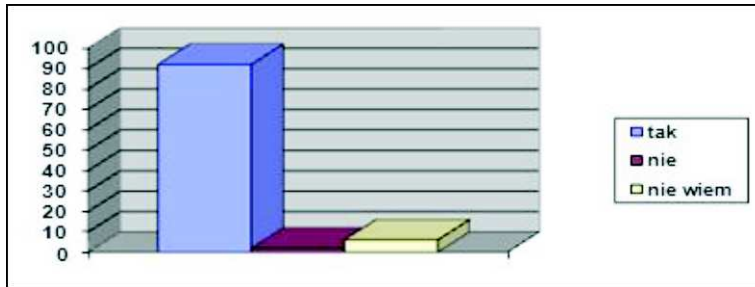
Spośród badanych 43% oddałyby swój parzysty narząd za życia do transplantacji, 48% pacjentów nie wie, czy zdecydowałoby się na oddanie swoich narządów, a 9% respondentów nie oddałyby swoich narządów do transplantacji.

Zdaniem 63% ankietowanych główną przyczyną oporu społeczeństwa wobec pobierania narządów od dawców martwych jest niedostateczna wiedza z zakresu transplantologii, 18% osób uważa, że przyczyną oporu jest nieświadomość społeczeństwa oraz 16% badanych uważała, że przyczyną oporu są przekonania. Spośród badanej grupy 3% uważało, że przyczyną oporu jest przeświadczenie, że lekarze pobierają narządy w celu otrzymania korzyści materialnej (Rycina 4).



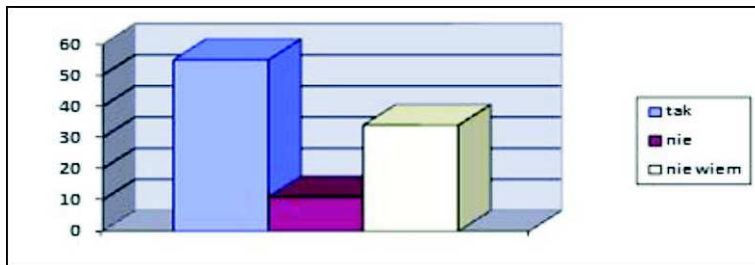
Rycina 4. Opinia pacjentów odnośnie tego co ich zdaniem jest główną przyczyną oporu społeczeństwa wobec pobierania narządów

Zdaniem przeważającej liczby badanych, lekarze powinni pytać rodzinę zmarłego dawcy o zgodę na pobranie narządów, jedynie niespełna 2 badanych odpowiedziało, że nie powinno się pytać rodziny, a 6 badanych nie wie czy powinno się pytać rodzinę o zgodę na pobranie narządów. Opinie badanych przedstawia Rycina 5.



Rycina 5. Opinia badanych odnośnie tego, czy lekarze powinni pytać rodzinę zmarłego dawcy o zgodę na pobranie narządów

Pytano również badanych o to „czy wyraziliby zgodę na pobranie narządów po śmierci kogoś z bliskich”. 55% badanych wyraziłoby zgodę na pobranie narządów, 11% nie wyraziłoby zgody na pobranie narządów bliskiej osoby po śmierci, 34% osoby nie wie, jaka byłaby ich decyzja w takiej sytuacji (Rycina 6).

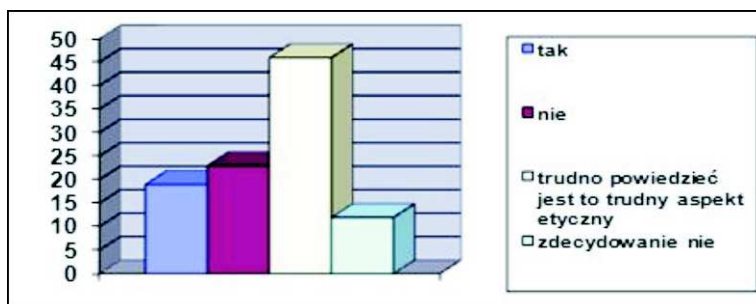


Rycina 6. Opinia badanych odnośnie tego, czy zgodziliby się wyrazić zgodę na pobranie narządów po śmierci kogoś z bliskich

Spośród badanej grupy, 46% ankietowanym trudno powiedzieć, czy są za legalizacją handlu narządami od żywych dawców. Zdaniem badanych jest to niezmiernie trudny aspekt etyczny w obliczu perspektywy nieuchronnej śmierci osoby bliskiej. Natomiast 23% badanych było przeciwnych legalizacji handlu żywymi narządami, 19% badanych popierało tego typu metodę, a 12% zdecydowanie się temu sprzeciwia. Opinie badanych przedstawia Rycina 7.

Badana grupa pacjentów uważa (63%), że człowiek po wykonanym zabiegu przeszczepiania narządów może normalnie funkcjonować w społeczeństwie, 28% nie wie, ale myśli, że wracają do normalnego życia, 9% osób nie wie, ale myśli, że występują znaczne ograniczenia związane z funkcjonowaniem.

Spośród badanej grupy respondentów 86% osób zgodziłoby się na przeszczep, gdyby było śmiertelnie chorych, a transplantacja była ostatnią szansą uratowania życia lub zdrowia, 8% nie wie czy zgodziłoby się, 6% osób nie zgodziłoby się na przeszczep.



Rycina 7. Opinia badanych odnośnie tego czy są „za” czy „przeciw” legalizacji handlu żywymi narządami

Dyskusja

Transplantacja jest tą dziedziną nauki, która wzbudza wiele emocji, kontrowersji. Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość ankietowanych pacjentów jest zwolennikami przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych. Najwięcej przeciwników przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych znalazło się w najwyższym przedziale wiekowym – 56 lat i więcej. Podobne wyniki wyszły w przeprowadzonym przez CBOS sondażu z 2009 roku. Z badań tych wynika, że dziewięciu na dziesięciu Polaków (91%) aprobuje pobieranie narządów od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym ludziom. Sprzeciw wyrażany jest sporadycznie (6%). We wszystkich grupach wiekowych dominuje aprobata transplantacji narządów. Najniższy poziom akceptacji występuje u najstarszych ankietowanych (65 i więcej lat) [2].

Zdecydowanie większość ankietowanych popiera metodę, jaką jest przeszczepianie narządów od dawców żywych spokrewnionych, a przeszło połowa ankietowanych oddałaby swoje narządy do transplantacji. Zbliżone do tych wyniki wyszły w ankiecie przeprowadzonej wśród studentów studiów niestacjonarnych Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Na oddanie własnych narządów po śmierci zgodziłoby się aż 81% ankietowanych, przy czym 55% co do tego nie miałoby żadnych wątpliwości, a 23% przychylnie ustosunkowała się do oddania własnych narządów, choć z pewnością nie byłaby to łatwa decyzja. 6% badanych jest przeciwna, a 15% nie miała zdania na ten temat, 15% badanych wskazało, że decyzje o transplantacji musiałyby podjąć najbliższa rodzina. Wynika więc z tego, że osoby, które pozostawią decyzję do podjęcia rodzinie boją się podejmować decyzji dotyczącej tego, co się stanie z ich własnymi organami po śmierci [3].

Na uwagę zasługują również przeszczepy rodzinne. Tego typu przeszczepy mają wiele zalet. Przede wszystkim operację można odpowiednio zaplanować

i przeprowadzić w optymalnym stanie klinicznym chorego. Jak widać ankietowana grupa pacjentów zdecydowanie popiera metodę, jaką jest przeszczepianie narządów od dawców żywych spokrewnionych. Ale zadziwiające jest to, że dawcy rodzinni w naszym kraju stanowią tylko około jeden procent.

Zdecydowanie większa część ankietowanych pacjentów (55%) wyraziłoby zgodę na pobranie narządów bliskiej osoby do przeszczepu, jeżeli zaszłaby taka potrzeba. Na uwagę zasługują również wyniki ankiety przeprowadzona wśród studentów Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jedynie 7% ankietowanych wzięłoby na siebie odpowiedzialność na wyrażenie zgody na przeszczep, 23% raczej przychylnie ustosunkowałoby się do oddania narządów zmarłego bliskiego do przeszczepu, a 28% stanowczo nie ma wątpliwości, co do swojego sprzeciwu. Nie znając opinii na ten temat osoby zmarłej nie chcą ponosić tak wielkiej odpowiedzialności. Z kolei 33% studentów nie wie, jak postąpić w takiej sytuacji [3].

W ocenie CBOS jednym z istotniejszych problemów transplantacji jest brak zgody rodziny osoby zmarłej na pobranie narządów. Wprawdzie opinia rodziny nie ma mocy prawnej (w Polsce obowiązuje zasada zgody domniemanej, a więc jeśli zmarły za życia nie wyraził sprzeciwu, wówczas uznawany jest za potencjalnego dawcę), ale w praktyce lekarze pytają się o zgodę rodzinę. Zdaniem przeważającej liczby pacjentów lekarze powinni pytać rodzinę zmarłego o zgodę na pobranie narządów [4].

Na uwagę zasługuje również przeprowadzona ankieta w Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Szpitala klinicznego im. A. Miełckiego Śląskiej Akademii Medycznej wśród pacjentów przebywających na oddziale. W przeprowadzonych badaniach wyszło, że 86% badanych nie wiedziało, że według polskiego prawa osoba zmarła może być dawcą, jeżeli za życia nie wyraziła sprzeciwu. Jest to dowód na ogromną lukę w świadomości społecznej dotyczącej tego zagadnienia [5].

Sprawdzono również, ile badanych pacjentów zgłosiło oświadczenie woli w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Okazało się, że 83% badanych nie zgłosiło oświadczenia woli, ale wie, w jakiej formie można je zgłosić.

W badaniach CBOS z 2007 wyszło, że gotowość do podpisania oświadczenia zezwalającego na transplantację organu deklaruje zdecydowana większość odpowiadających (69%). Jedynie co siódmy (14%) nie chciałby tego zrobić. Stosunkowo wielu ankietowanych (17%) nie ma sprecyzowanego stanowiska w tej sprawie. Mniej niż co setny badany (dokładnie 3 osoby) twierdzi, że już podpisał oświadczenie woli [4].

Zdaniem większości ankietowanych pacjentów (46%) trudno wyrazić opinie dotyczącą legalizacji handlu narządami od dawców żywych, ponieważ według nich jest to trudny aspekt etyczny. Według badań CBOS z 2009 roku siedmiu na dziesięciu Polaków (70%) zgadzając się z ideą ofiarowania narządów potrzebującym nie popiera zarazem możliwości sprzedawania ich za pieniądze. Jedna

szósta (16%) przypisuje człowiekowi pełną swobodę dysponowania swoim ciałem i jego elementami – za darmo lub za pieniądze. Co jedenasty badany (9%) wskazuje na integralność i nietykalność ciała twierdząc, że jednostka nie może swobodnie nim dysponować. Badana grupa pacjentów uważa, że główną przyczyną oporu wobec pobierania narządów od dawców żywych i martwych jest brak wiedzy z zakresu transplantologii [3].

Przeprowadzone przez CBOS w 2007 roku wyniki badań wykazały, że znaczna część badanych uzasadnia odmowę oddania organów brakiem świadomości lub niewielką świadomością problematyki transplantacji w społeczeństwie, czy też ludzką ignorancją i głupotą. Ankietowani argumentują to także brakiem wrażliwości i zrozumienia dla cierpienia innych. Ankietowanym o wiele łatwiej było wyrazić zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci, aniżeli na oddanie parzystego organu do przeszczepu za życia [5].

Wśród zwolenników oddania narządów po śmierci znalazła się grupa przeciwników, którzy nie zgadzają się na pobranie narządów po ich śmierci. Argumentują swój negatywny stosunek do pobierania narządów po śmierci. Negatywne opinie badanych odnośnie odmowy oddania organów do przeszczepu po śmierci spowodowane są ogromnym brakiem świadomości społeczeństwa oraz wyrazem nieufności wobec lekarzy zajmujących się tą dziedziną.

W badaniach przeprowadzonych przez CBOS w 2007 roku zapytano badanych, dlaczego niektórzy ludzie nie chcą, by po śmierci pobrano ich narządy w celu przeszczepienia innym. Wielu badanych, co dziwne, nie potrafiło zdefiniować, co ich zdaniem jest główną przyczyną oporu wobec pobierania narządów z ciała osoby zmarłej. Najczęściej, jako argumenty podawali uzasadnienia nieprecyzyjne i niekonkretne dotyczące religijnych uzasadnień. W ten sposób argumentowała swoje wypowiedzi jedna czwarta ankietowanych. Pojawiały się tu takie uzasadnienia, jak: „religia na to nie pozwala”, „to wbrew religii”, czy też ogólniej – „przekonania religijne”, „kwestie wiary”. Badani poruszają więc problem życia po śmierci – poruszając kwestię zmartwychwstania, reinkarnacji, przedstawiając wątpliwości, czy można zmartwychwstać albo być zbawionym w stanie „niekompletnym”, na to, że ludzie „do nieba chcą iść ciałem i duszą”. Dodatkowo pojawiają się wypowiedzi, które wskazują na jedność duszy i ciała oraz na przekonania, że „wraz z organami oddaje się część duszy”. Nieliczni badani obciążają winą kościół, który ich zdaniem przyjmuje bierną postawę, która przyczynia się do społecznych oporów wobec transplantacji. Kolejny, często spotykany argument to sakralny charakter ciała. Wypowiedzi niektórych ankietowanych wskazały na przekonanie, że ciało jest całością i nie powinno się go rozdzielać. Pojawiły się także wypowiedzi mówiące o szacunku dla zmarłego, że „zmarłym należy się spokój”, „narządy powinny pozostać przy zmarłym”. Jako inne argumenty podawali to, że nie chcą być po śmierci okaleczeni, lęk iż „w środku będzie się pustym”, obawa, że „źle będzie się wyglądało w trumnie”. W wypowiedziach badanych widoczny jest także wątek nieufności wobec idei

transplantacji w ogóle lub wobec lekarzy zajmujących się tą dziedziną. Istnieją obawy, że pobrane narządy staną się podmiotem handlu [5].

To kolejne dowody, jakie obrazują głęboki stopień nieświadomości społeczeństwa odnośnie transplantacji narządów. Aby to zmienić należy prowadzić działania, które zwiększą świadomość społeczną. Należy rozpowszechniać wiedzę na temat mózgowego kryterium śmierci, ukazywać, jak wiele dobrego może przynieść bezinteresowna ofiarność, ukazywać społeczeństwu, jak wiele cierpiących ludzi jest w potrzebie. Jak wiele możemy im pomóc, bezinteresownie ofiarowując swoje narządy za życia czy też po śmierci. Ważna jest również postawa kościoła, który powinien zachęcać społeczeństwo do oddania narządów, uświadamiać, że oddanie narządów bliźniemu jest wielką i zarazem piękną formą pomocy.

Jeżeli zaszłaby potrzeba oddania narządu, ankietowani najchętniej oddaliby ją współmałżonkowi i dziecku. Jak widać dla badanej grupy respondentów podstawą do ofiarowania narządu do przeszczepu są więzi rodzinne. Mniej ważna, w podejmowaniu tak ważnej decyzji, jaką jest ofiarowanie narządu, jest przyjaźń i bezinteresowna pomoc obcom osobom.

W badaniach przeprowadzonych przez CBOS wyszło, że dwa wyniki zdecydowanie określają stanowisko społeczeństwa w tej sprawie. Po pierwsze, najważniejsze są więzi bliskiego pokrewieństwa z rodzeństwem w podejmowaniu decyzji, po drugie pomoc nieznanemu bliźniemu, który jest w sytuacji bez wyjścia [5, 6].

Jak widać zapotrzebowanie na edukację wśród społeczeństwa polskiego jest bardzo duże. Ważne jest, aby zmienić dotychczasową świadomość osób negatywnie ustosunkowanych do przeszczepiania narządów. Istotne jest również kształtowanie wśród społeczeństwa polskiego odpowiednich postaw społecznych. Zachęcanie społeczeństwa do podejmowania decyzji o bezinteresownym ofiarowaniu narządów [7, 8].

Wnioski

Na podstawie analizy badań sformułowano następujące wnioski:

1. Zdecydowanie większość pacjentów jest zwolennikami przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych.
2. Pacjenci 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 zdecydowana większość respondentów oddałaby narządy do przeszczepu osobom najbliższym.
4. Większość badanych twierdzi, że wyraziłoby zgodę na pobranie narządów bliskiej osoby do przeszczepu, jeżeli zaszłaby tak potrzeba.

5. Ankietowanym łatwiej wyrazić zgodę na pobranie swoich narządów po śmierci, aniżeli na oddanie parzystego organu do przeszczepu za życia.

Piśmiennictwo

1. Zembala M.: Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 2009, 407–411.
2. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_146_09.PDF, uzyskano dnia 20.03.10.
3. Szymańska I., Strzelczyk J.: Postawy studentów studiów niestacjonarnych Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego W Łodzi wobec transplantacji narządów. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2008, 1, 5–9.
4. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_100_07.PDF, uzyskano dnia 20.03.10.
5. Woźniak I.: Wiedza o transplantacji narządów i postawy społeczeństwa wobec problemu oddawania narządów do przeszczepu. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005, 1, 9–12.
6. Nowacka M.: *Etyka a transplantacja*. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 2003, 43.
7. Musielak M., Baum E.: Zabiegi transplantacyjne w perspektywie etycznej i społecznej [w:] Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K. (red.), *Transplantologia w zarysie*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 2009, 231–252.
8. Sych M.: Aspekty etyczne pobierania narządów do przeszczepów. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 1992, 3, 191–209.

Krystyna Klimaszewska¹, Hanna Rolka^{1,2}, Urszula Falkowska³,
Barbara Jankowiak^{1,2}, Beata Kowalewska^{1,2}, Elżbieta Krajewska-Kułałak¹,
Krystyna Kowalczyk^{1,2}, Dorota Kondzior^{1,2}

Etyczne dylematy związane z pobieraniem narządów dla celów transplantologii w opinii pielęgniarek

Wstęp

Przeszczep ma na celu ratowanie życia i przywracanie zdrowia chorym ze skrajną niewydolnością narządową. Zabiegi transplantacyjne stały się w XX w. powszechne na całym świecie, według danych statystycznych w Europie żyje obecnie 250 tys. osób z czynnym przeszczepem narządu [1]. W związku z praktyką przeszczepiania narządów powstaje szereg pytań natury moralnej. Dotyczą one warunków godziwości tak transplantacji jako całości, jak i poszczególnych jej etapów: warunków pobierania części od dawców żyjących i ze zwłok, wyboru biorcy i jego zgody na zabieg, ograniczeń w obrocie częściami ludzkiego ciała, w ostatnim czasie także moralnej oceny przeszczepów odzwierzęcych. W opinii publicznej problem transplantacji od początku wywoływał wiele kontrowersji. W Polsce co roku, nie doczekawszy przeszczepu, umiera kilkaset chorych.

Z przeprowadzonych w ostatnich latach badań opinii publicznej wynika, że Polacy uznają transplantację za skuteczną i często jedyną metodę ratującą zdrowie i życie pacjenta. Co więcej, zdecydowana większość pytanym (około 70%) deklaruje zgodę na oddanie swoich narządów i narządów swoich bliskich po śmierci. Niestety, często jest to deklaracja czysto teoretyczna i w rzeczywistej sytuacji rodzina dawcy blokuje procedurę pobrania narządów. Przyczyną może być niewątpliwie brak zaufania do procedury pobierania narządów, brak odpowiedzi na nurtujące zagadnienia natury etycznej oraz trudność z podjęciem racjonalnej decyzji w obliczu utraty członka rodziny.

Duże kontrowersje społeczno-etyczne budzą zabiegi z wykorzystaniem martwych embrionów, planowe aborcje z przeznaczeniem na materiał transplanta-

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Instytut Medyczny PWSI i P w Łomży

³ Absolwentka studiów I stopnia Instytut Medyczny PWSI i P w Łomży

cyjny uznawane jako wysoce niemoralne, niedopuszczalne z etycznego punktu widzenia.

Przeszczepy narządów zewnętrznych – kończyn – pobranych ze zwłok, stanowią skomplikowane zagadnienia w perspektywie etycznej. Chodzi tu o specyficzną więź między kończyną dawcy a ciałem biorcy, co zmusza do refleksji nad losami jej pierwszego właściciela.

Złożony jest problem przeszczepów z istot żywych. Kontrowersje budzi sprawa dobra biorcy, a ryzyka zabiegu dla dawcy, terapeutyczne cele transplantacji i koszty z tym związane. Przeciwnicy transplantacji uważają, że koszty poniesione na jeden zabieg transplantacji *in vivo* pozwoliłyby uratować wiele ludzi na świecie od śmierci głodowej czy chorób zakaźnych [3].

Ważną kwestią związaną ze sferą finansową jest czarny rynek narządów, kwitujący w krajach, takich jak Chiny, Indie, Brazylia, Izrael, RPA, Turcja, Kuba, Rumunia, Estonia, Mołdawia. Proceder ten wiąże się z dysproporcją między obszarami nędzy a krajami bogatymi. Przeciwnicy dawstwa odpłatnego mówią o sprowadzeniu człowieka do roli magazynu części zamiennych, co jest moralnie naganne. Zwolennicy zaś częściowej legalizacji handlu narządami uważają, że byłaby ona ratunkiem dla osób, które są w stanie zapłacić za życiodajny narząd. Istnieją podejrzenia, że handel narządami stał się dla organizacji przestępczych bardziej dochodowy niż handel narkotykami i wymuszenia [4].

Narządy i tkanki szczególnie dochodowe to: rogowka, tchawica, serce, zastawki sercowe, nerki, żołądek, jelito cienkie i grube, plemniki, mięśnie, tkanka łączna, skóra, krew, żyły, chrząstka, ścięgna, stawy, kości, szpik kostny, trzustka, wątroba, płuca.

Skala zjawiska handlu narządami jest przerażająca. Dane podają, że każdego roku sprzedaje się od 700 tys. do 2 mln ludzi [4].

Pewien dystans i obawy moralne w społeczeństwie budzą transplantacje ksenogeniczne. Z jednej strony lęk przed obcogatunkowym organem w najdoskonalszym z organizmów, z drugiej strach przed reakcją odrzutu lub niewydolności zwierzęcego transplantu [4].

Zabieg przeszczepiania „polega na przeniesieniu komórek, tkanek bądź narządów w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami” [5]. Dawstwo żywe „oznacza pobranie komórek, tkanek lub narządów od żyjącego dawcy, celem uratowania życia. Dawcą pośmiertnym może zostać osoba, która za życia nie wyraziła sprzeciwu w formie wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów” [4]. Zgodnie z prawem polskim, obowiązuje domniemana zgoda na bycie dawcą co oznacza, iż w przypadku braku sprzeciwu we wspomnianym rejestrze, uznaje się daną osobę potencjalnym dawcą narządu. Zabieg pobrania narządu ze zwłok odbywa się z pełnym poszanowaniem godności zmarłego i nie stanowi przeszkody w sytuacji ostatniego pożegnania. Wyniki badań CBOS z 2009 roku pokazują, że „91% ankietowanych aprobuje pobieranie narządów od osób zmarłych, by ratować życie lub przywracać zdrowie innym ludziom” [6]. Wychodząc

naprzeciw bieżącym problemom, Komisja Europejska zidentyfikowała i postawiła przed krajami wspólnoty trzy strategiczne cele w dziedzinie pobierania i przeszczepiania narządów na lata 2009–2015. Pierwszy z nich to zwiększenie liczby narządów do przeszczepienia. Powyższy cel będzie realizowany między innymi przez działania taktyczne nakierowane na zwiększenie świadomości społecznej i, co za tym idzie, zwiększenie dawstwa narządów [7]. Podjęcie takich działań jest niezbędne, ponieważ medycyna transplantacyjna znacznie poprawia jakość życia, umożliwia osobom dorosłym powrót do aktywności zawodowej i społecznej, a dzieciom daje szansę na prawidłowy wzrost i rozwój, na ukończenie szkoły oraz rozpoczęcie normalnego życia [8].

Cel pracy

Celem prowadzonych badań było poznanie opinii pielęgniarek na temat pobierania narządów do celów transplantacji oraz zdiagnozowanie, jakie są dylematy etyczne, moralne, społeczne i religijne dotyczące pobierania narządów. W celu wnikliwej analizy przedmiotu badań sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- Stan wiedzy środowiska pielęgniarskiego na temat transplantacji i obowiązującego w Polsce prawa transplantacyjnego jest niepełny.
- Środowisko pielęgniarskie w większości akceptuje pobieranie narządów do transplantacji od osób żywych i zmarłych w celu leczenia schyłkowej niewydolności narządowej.
- Rodzina ma duży wpływ na decyzję o możliwości pobrania narządów do przeszczepu od osoby zmarłej.
- Legalizacja handlu narządami nie jest moralnie uzasadniona.
- Religia i wiek ankietowanych mają wpływ na opinie i dylematy dotyczące transplantacji.

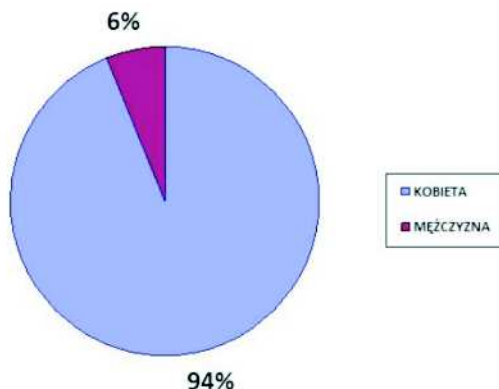
Materiał i metody

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Badania przeprowadzono w listopadzie 2010 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim. Grupą badaną było 50 osób pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na różnych oddziałach w wyżej wymienionym szpitalu. Badania zostały przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, dostosowanego do potrzeb pracy.

Kwestionariusz składał się z 21 pytań, w tym 6 metryczkowych dotyczących płci, miejsca zamieszkania, wieku, oddziału, na którym pracują respondenci, wyznawanej religii, wykształcenia oraz części szczegółowej właściwej dla tematu pracy. Ta część ankiety dotyczyła stanu wiedzy i dylematów etycznych związanych z pobieraniem organów do transplantacji. Respondentów poinformowano o celu i anonimowości prowadzonych badań.

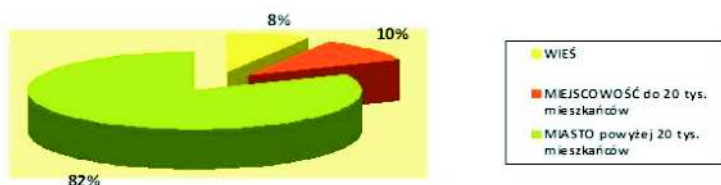
Omówienie wyników badań

Badania przeprowadzono w ostatnim kwartale 2010 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim. Grupą badaną było 50 osób pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na różnych oddziałach w wyżej wymienionym szpitalu. W badanej grupie osób, przeważającą część – 94% stanowiły kobiety. Dane obrazuje rycina 1.



Rycina 1. Płeć respondentów

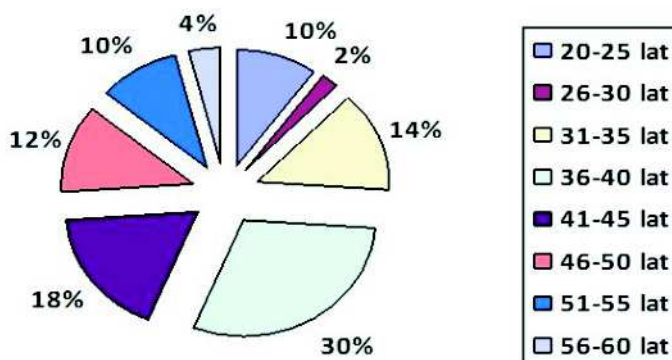
Osoby ankietowane to w większości mieszkańcy miasta powyżej 20 tys. mieszkańców – 82%. 10% badanych jest mieszkańcami miejscowości do 20 tys. mieszkańców, a 8% mieszkańcami wsi – rycina 2.



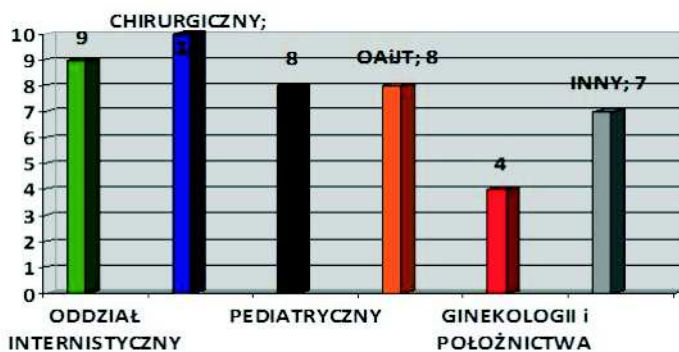
Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentów

W badanej grupie osób najliczniejszą liczebnie grupą byli respondenci w wieku 36–40 lat. Najmniejszą częścią ankietowanych była grupa w przedziale wieku 26–30 lat i 56–60 lat. Szczegółowe informacje prezentuje rycina 3.

Największą liczbę badanych respondentów stanowiły pielęgniarki pracujące na oddziale chirurgicznym. Inne oddziały reprezentują: 4 osoby z oddziału ortopedycznego, 2 z SOR i 2 osoby z bloku operacyjnego. Szczegółowe informacje zawiera rycina 4.

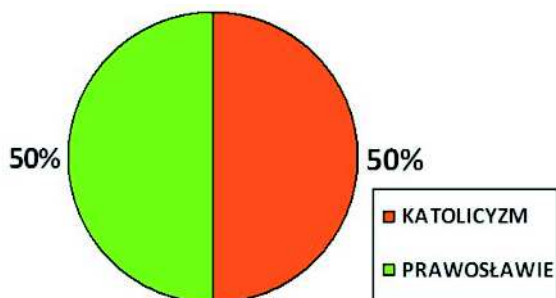


Rycina 3. Wiek badanych



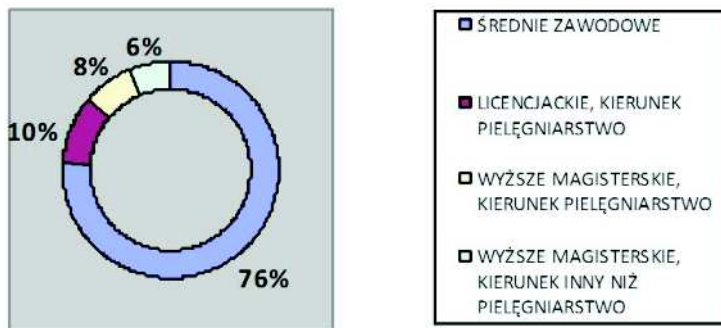
Rycina 4. Oddział na którym pracują ankietowani

Połowa ankietowanych deklaruje się jako wyznawcy religii katolickiej, zaś druga połowa prawosławnej. Żadna z ankietowanych osób nie jest wyznawcą innych religii. Dane obrazuje rycina 5.



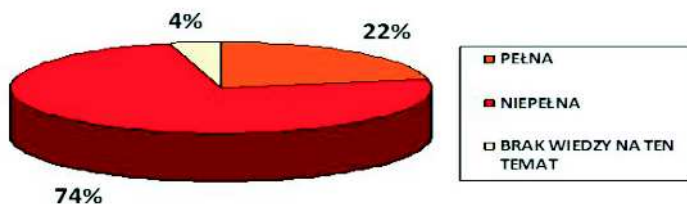
Rycina 5. Religia wyznawana przez respondentów

Zdecydowana większość respondentów posiada wykształcenie średnie zawodowe – aż 76%. 6% ankietowanych ma wyższe wykształcenie inne niż pielęgniarstwo, w tym: 1 osoba – położnictwo, 1 – ratownictwo medyczne, 1 – rehabilitację. Szczegółowe dane obrazuje rycina 6.



Rycina 6. Wykształcenie badanych

Na pytanie: „Jak określiłbyś/abyś stan swojej wiedzy na temat obowiązującego w Polsce prawa dotyczącego pobierania narządów?“, zdecydowana większość respondentów – 74% określiła jako wiedzę niepełną. Całkowity brak wiedzy na ten temat deklarują 2 osoby. Pełną wiedzę na ten temat posiadają wszystkie osoby z wykształceniem wyższym magisterskim, kierunek pielęgniarstwo. Informacje obrazuje rycina 7.

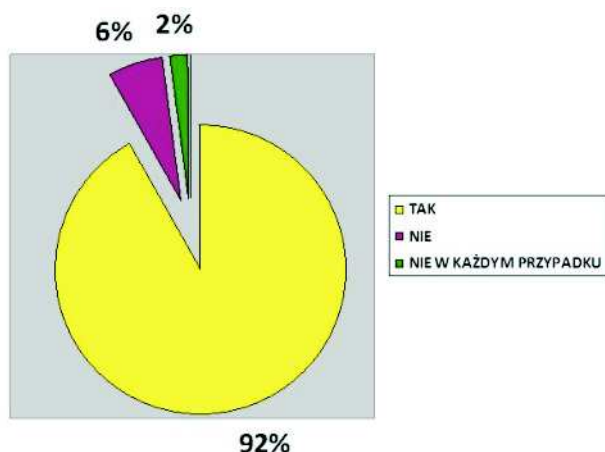


Rycina 7. Odpowiedzi na pytanie: „Jak określiłbyś/abyś stan swojej wiedzy na temat obowiązującego w Polsce prawa dotyczącego pobierania narządów?“

Na pytanie: „Które z twierdzeń lepiej oddaje Twoje przeświadczenie o momencie śmierci człowieka?“ większość respondentów – 26 osób wybrało definicję, która mówi o zaprzestaniu pracy mózgu. Niewiele, bo 10 osób uznaje nową definicję śmierci mózgu utworzoną dla potrzeb transplantacji.

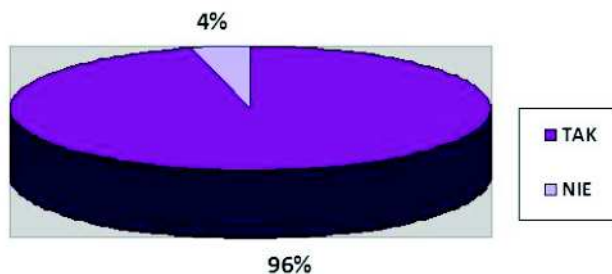
Na pytanie: „Czy akceptujesz pobieranie narządów od osób zmarłych w celu leczenia i ratowania życia innych?“, zdecydowana większość badanych – 92% odpowiedziała twierdząco. Natomiast 6% badanych nie akceptuje pobierania narzą-

dów. Osobami nie akceptującymi pobierania narządów od zmarłych były kobiety wyznania prawosławnego z przedziału wieku 46–55 lat. Dane obrazuje rycina 8.



Rycina 8. Odpowiedzi na pytanie: „Czy akceptujesz pobieranie narządów od osób zmarłych w celu leczenia i ratowania życia innych?”

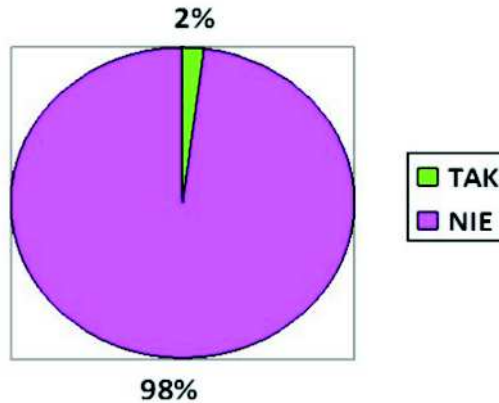
Na pytanie: „Czy słyszałeś/łaś o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, aby w krytycznej sytuacji rodzina osoby wiedziała, że zgadza się ona na pobranie narządów?”, zdecydowana większość ankietowanych – 96% odpowiedziała twierdząco. Dane obrazuje rycina 9.



Rycina 9. Odpowiedzi na pytanie: „Czy słyszałeś/łaś o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się po to, aby w krytycznej sytuacji rodzina osoby wiedziała, że zgadza się ona na pobranie narządów?”

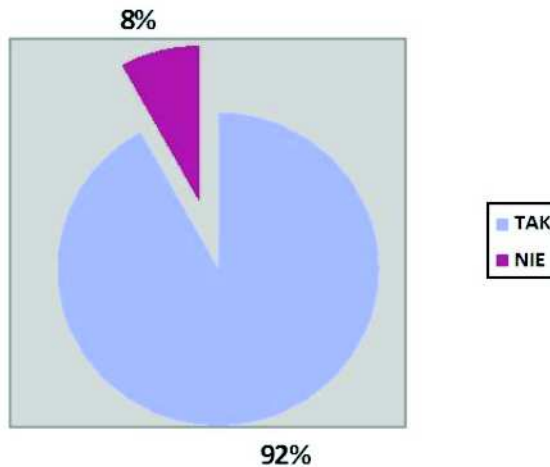
Na pytanie: „Czy bylibyś/abyś skłonny/a podpisać takie oświadczenie?” – 10% badanych odpowiedziało: tak, już podpisałem/łam. Były to kobiety w wieku 25–35 lat, przeważnie z wyższym wykształceniem pielęgniarstwu, a 70% ankietowanych jest skłonna podpisać takie oświadczenie.

Na pytanie: „Czy zgłosiłeś/aś swój sprzeciw dotyczący pośmiertnego pobrania narządów w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów?” – 98% badanych odpowiedziało przecząco. Dane obrazuje rycina 10. W grupie osób, które nie chcą być dawcą narządów przeważają kobiety w wieku 46–55 lat.



Rycina 10. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zgłosiłeś/aś swój sprzeciw dotyczący pośmiertnego pobrania narządów w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów?”

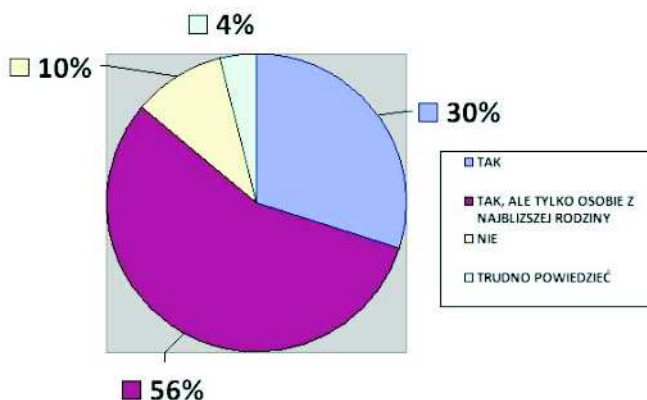
Na pytanie: „Czy akceptujesz pobieranie organów osoby zdrowej, jeśli chce ona ofiarować swój narząd innej osobie?”, zdecydowana większość badanych – 92% odpowiedziało tak. Szczegółowe dane obrazuje rycina 11.



Rycina 11. Odpowiedzi na pytanie: „Czy akceptujesz pobieranie organów osoby zdrowej, jeśli chce ona ofiarować swój narząd innej osobie?”

Badane osoby – 8%, jako powód braku zgody na pobieranie organów osoby zdrowej, jeśli chce ona ofiarować swój narząd innej osobie, podaje ryzyko utraty zdrowia dawcy. Spośród 92% zwolenników transplantacji „ex vivo” – 20 osób akceptuje, ponieważ jest to indywidualne podejście każdej osoby i jej wola, którą należy akceptować i szanować, a 26 osób uważa to za czyn szlachetny, etyczny i dobry sposób ratowania życia.

Na pytanie: „Czy byłbyś/abyś gotowy/a za życia być dawcą tkanki lub narządu parzystego?”, ponad połowa respondentów, tj. 56% odpowiedziała tak, ale osobie z najbliższej rodziny. 10% ankietowanych nie wyraziła zgody na bycie dawcą tkanki lub narządu parzystego i były to kobiety ze średnim wykształceniem w przedziale wieku od 31–55 lat. Szczegółowe dane obrazuje rycina 12.

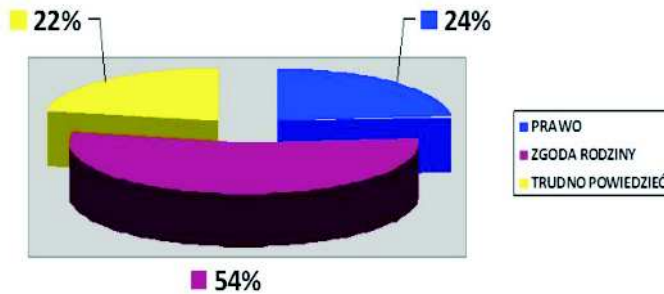


Rycina 12. Odpowiedzi na pytanie: „Czy byłbyś/abyś gotowy/a za życia być dawcą tkanki lub narządu parzystego?”

Ponad połowa respondentów, zapytanych: „Czy Twoim zdaniem o pobieraniu narządów od osoby zmarłej ostatecznie powinno decydować prawo, czy zgoda rodziny?” uważa, że to rodzina powinna decydować o oddaniu narządów do transplantacji. 24% uważa, że powinno decydować prawo i przeważają tu osoby z wyższym wykształceniem. Pozostali są niezdecydowani, wśród nich znajdują się wszyscy mieszkańcy wsi biorący udział w ankiecie. Szczegółowe dane obrazuje rycina 13.

Na pytanie wielokrotnego wyboru: „Z jakich przyczyn najczęściej Twoim zdaniem wynika sprzeciw rodziny zmarłego wobec zamiaru pobrania narządów?”, ankietowani najczęściej wybierali odpowiedzi:

- ze względów emocjonalnych – 24 odpowiedzi,
- nieznamość problemów medycznych – 23 odpowiedzi,
- z przekonań religijnych – 16 odpowiedzi – względy religijne przeważały, u osób wyznania prawosławnego.

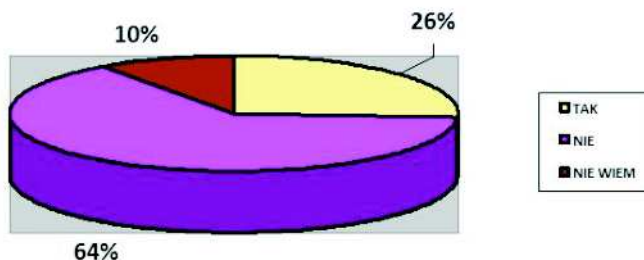


Rycina 13. Odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoim zdaniem o pobieraniu narządów od osoby zmarłej ostatecznie powinno decydować prawo, czy zgoda rodziny?”

Na pytanie: „Czy protestowałbyś/abyś, gdyby lekarze chcieli pobrać narząd po zgonie kogoś z Twoich najbliższych?”, ponad połowa ankietowanych – 64% odpowiedziała nie. Wśród nich:

- 4 osoby nie protestowałyby, jeśli byłyby przekonane co do trafności rozpoznania śmierci mózgu,
- 1 osoba wahałaby się przed podjęciem decyzji.

Większość ankietowanych podkreślała, że zgadzając się na pobranie narządów ratuje inne życie, a częśćka bliskiej osoby będzie żyć w kimś innym, ale 26% badanych sprzeciwiłoby się, gdyby lekarze chcieli pobrać narząd po śmierci kogoś bliskiego. Były to osoby powyżej 40 roku życia ze średnim wykształceniem, 4 ankietowane osoby protestowałyby, gdyby ich bliscy za życia nie wyraził zgody na pobranie organów, 3 osoby podkreślają, że powinna decydować rodzina, a 2 osoby bałyby się, że lekarze mylą się stwierdzając śmierć mózgu. Dla 3 innych respondentów ważne jest, aby grzebać zmarłych w kompletnym ciele. Mimo, że nie było w pytaniach sugerowanej odpowiedzi „nie wiem”, 10% ankietowanych odpowiedziało, że w tym momencie nie wie, jakby się zachowało. Opinie badanych przedstawia rycina 14.



Rycina 14. Odpowiedzi na pytanie: „Czy protestowałbyś/abyś gdyby lekarze chcieli pobrać narząd po zgonie kogoś z Twoich najbliższych?”

Na pytanie: „Czy Twoim zdaniem pobieranie narządów w celu ratowania życia i zdrowia innej osobie, pomimo sprzeciwu rodziny dawcy, jest uzasadnione moralnie?“, ponad połowa respondentów odpowiedziała: tak, ale tylko, jeśli dawca za życia wyraził zgodę, 8% badanych uważa, że pobranie narządów w tym wypadku jest uzasadnione moralnie. Szczegółowe informacje obrazuje rycina 15.

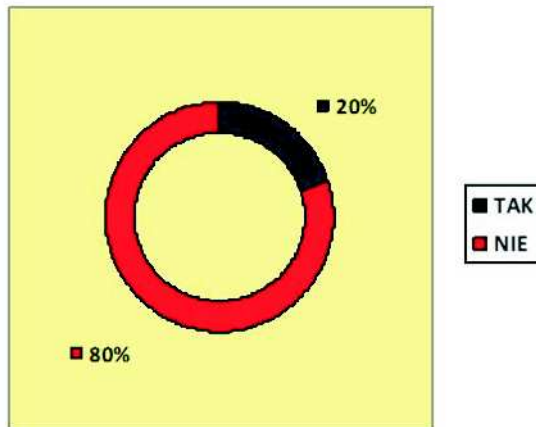


Rycina 15. Odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoim zdaniem pobieranie narządów w celu ratowania życia i zdrowia innej osobie, pomimo sprzeciwu rodziny dawcy jest uzasadnione moralnie?“

Na pytanie: „Czy Twoim zdaniem powinno się zalegalizować tzw. dawstwo płatne lub wynagradzane?“ zdecydowana większość respondentów, aż 80% odpowiedziało negatywnie, uzasadniając w ten sposób:

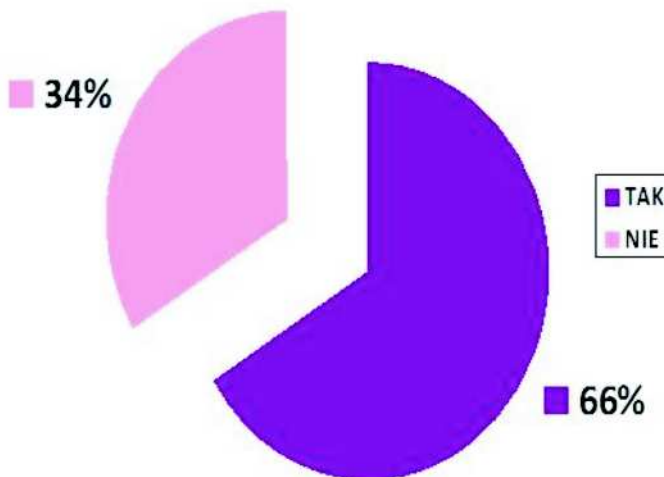
- 7 osób – uważa, że stwarzałyby to sytuacje do nielegalnego handlu narządami,
- 5 osób – uważa, że byłoby to niemoralne,
- 3 osoby – podkreślają, że nie jest to towar handlowy,
- 3 osoby – uważają, że dochodziłoby do przestępstw kryminalnych w celu zdobycia narządów,
- 7 osób – jest przeciwnych ze względu na możliwości nadużyć,
- 4 respondentów – wyraża opinię, że ludzie biedni i zdesperowani mogliby, będąc nieświadomymi zagrożenia sprzedawać swoje narządy,
- 2 ankietowanych – jest przeciwnych, ponieważ nie każdego stać na kupno organu,
- 9 badanych – podkreśla, że dawstwo to dobra wola dawcy i powinno być bezpłatne.

Wśród 20% zwolenników dawstwa płatnego, zdecydowana większość uważa, że rozwiązałyby to problem deficytu narządów do transplantacji i zwiększyło szansę wielu chorym na uratowanie życia. Dane obrazuje rycina 16.



Rycina 16. Odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoim zdaniem powinno się zalegalizować tzw. dawstwo płatne lub wynagradzane?”

Na pytanie: „Czy Twoim zdaniem człowiek ma moralne prawo do dysponowania swoim ciałem i handlu swoimi narządami?”, zdecydowanie ponad połowa ankietowanych – 66% uważa, że tak; 34% respondentów odpowiedziało nie. Do grupy tej należą wszyscy ankietowani mężczyźni, osoby przeważnie wyznania katolickiego, po 40. roku życia. Dane obrazuje rycina 17.



Rycina 17. Odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoim zdaniem człowiek ma moralne prawo do dysponowania swoim ciałem i handlu swoimi narządami?”

Wnioski

Głównym celem przeprowadzonych badań była próba ukazania opinii respondentów na temat pobierania narządów do celów transplantacji oraz zdiagnozowania, jakie są dylematy etyczne, moralne, społeczne, religijne dotyczące pobierania narządów.

Zaprezentowane dane empiryczne pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

- Zdecydowana większość ankietowanych (74%) określa stan swojej wiedzy na temat obowiązującego w naszym kraju prawa transplantacyjnego jako niepełny.
- Co piąta osoba zna nową definicję śmierci utworzoną dla potrzeb transplantacji.

Powyższe wnioski potwierdzają hipotezę pierwszą, mówiącą o tym, że stan wiedzy na temat transplantacji i prawa transplantacyjnego w środowisku pielęgniarzkim jest niepełny, a wzrasta wraz z wykształceniem.

- Zdecydowana większość respondentów akceptuje pobieranie narządów do transplantacji od osób zmarłych i od osób żywych.
- Zdecydowana większość ankietowanych jest gotowych oddać po śmierci swoje narządy do transplantacji.
- Większość ankietowanych respondentów byłaby gotowa za życia być dawcą tkanki lub narządu parzystego, w tym większość deklaruje dawstwo jedynie komuś z najbliższej rodziny

Powyższe wnioski potwierdzają hipotezę drugą, mówiącą, że środowisko pielęgniarzkie w większości akceptuje pobieranie narządów od osób żywych i zmarłych w celu leczenia schyłkowej niewydolności narządowej.

- Ponad połowa ankietowanych uważa, że o pobieraniu organów od osoby zmarłej ostatecznie powinna decydować rodzina, nie prawo. W gronie osób, które uważają, że to prawo powinno o tym stanowić przeważają osoby z wyższym wykształceniem.
- Dla zdecydowanej większości ankietowanych powinnością lekarza jest rozmowa z rodziną na temat możliwości pobrania narządów do transplantacji
- W opinii ankietowanych sprzeciw rodziny na pobranie narządów po śmierci osoby z najbliższej rodziny wynika najczęściej ze względów emocjonalnych.
- Dla ponad połowy respondentów pobieranie narządów od osoby zmarłej, mimo sprzeciwu rodziny, jest uzasadnione moralnie jedynie w wypadku, gdy dawca za życia wyraził zgodę na pobranie narządów.

Powyższe wnioski potwierdzają hipotezę 3, że rodzina ma bardzo duży wpływ na decyzję o możliwości pobrania narządów od osoby zmarłej.

- Zdecydowanie ankietowani są przeciwnikami legalizacji dawstwa płatnego.
- Mimo, że 80% respondentów jest przeciwnikami dawstwa płatnego, to 66% wyraża opinię, że człowiek ma moralne prawo do handlu swoimi narządami,

co w pewien sposób podważa ich sprzeciw na legalizację dawstwa płatnego. Zachodzi tu pewnego rodzaju sprzeczność.

- Do grona przeciwników transplantacji ex mortuo należą osoby starsze, wyznania prawosławnego.
- Względy religijne decydujące o sprzeciwie rodziny zmarłego na pobranie narządów do transplantacji przeważały u osób wyznania prawosławnego.

Powyższe wnioski potwierdzają hipotezę, że wraz z wiekiem spada poparcie dla idei transplantacji. Zauważono, że religia ma niewielki wpływ na opinie i dylematy etyczne, jedynie w nielicznych przypadkach osoby wyznania prawosławnego przeważają jako przeciwnicy transplantacji.

Piśmiennictwo

1. Banach A.: Marginalny dawca i biorca . *Gazeta Lekarska*, 2008, 10, 11–12.
2. Sych M.: Aspekty etyczne pobierania narządów do przeszczepów. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1992, 64, 3, 191–209.
3. Nowacka M.: *Etyka a transplantacje*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2003, 39–193.
4. Musielak M., Baum E.: Zabiegi transplantacyjne w perspektywie etycznej i społecznej. [w:] Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K. (red.), *Transplantologia w zarysie*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 2009, 231–252.
5. <http://encyklopedia.pwn.pl/lista.php?co = transplantacja>; pobrano dnia 25.01.2011.
6. Kośmider-Cichomska A.: *Postawy wobec przeszczepów narządu*. Raport z badań. IPSOS, Warszawa, 2002, 5.
7. *Action Plan on Organ Donation and Transplantation (2009–2015)*. Strengthened Cooperation between Member States.
8. http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organs/docs/organs_action.en.pdf; 24.01.2011.

**PROBLEMY
WIELOKULTUROWOŚCI
W MEDYCYNIE**



Antygonia Chadzopulu¹, Elżbieta Krajewska-Kuřak², Irena Wrońska³,
Eleni Theodosopoulou⁴, Wasilios Joannidis¹, Elisabet Filippidou¹,
Anastasia Topalidou¹, Ioannis Adraniotis¹

Spotkania żywych ze zmarłymi w Nekromantion

„Jak to się stało
Że celem naszego
Tylowiekowego marszu
Okazała się... Hiroszyna?
Oddaliły wszystko –
Zęby, paznokcie i siłę
Za odrobinę rozumu
Komu teraz powierzymy
Swoje nadzieje?”

Kostas Karachalios, *Hiroszyna* [1]

Wprowadzenie

Temat życia po śmierci i łączności żywych ze zmarłymi pojawiał się przez wszystkie czasy istnienia na ziemi ludzkiej egzystencji.

Najstarszymi źródłami wiedzy o okultyzmie są tabliczki ceglane i papirusy egipskie w British Museum w Londynie – fragmenty dzieła magicznego, spisane na rozkaz króla Assurbanipala 870 pch w języku assyryjskim i martwym, już wówczas, akkadyjskim.

Jakkolwiek każdy naród w starożytności posiadał swoją magię, nie było w niej nic zatajanego lub zazdrośnie strzeżonego. Wszystko, co z tej wiedzy magicznej przedostało się do potomności w dziełach pisanych, dostępne było każdemu, kto posiadał trudną i rzadką wówczas sztukę pisania i czytania.

¹ Hospital Kavala, Greece

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, UM w Białymstoku

³ Katedra Rzwoju Pielęgnarstwa, UM w Lublinie

⁴ University of Athens, Faculty of Nursing, Greece



Assurbanipal [A]

Platon opowiadał otwarcie o zatonięciu Atlantydy, Sokrates o swoim *daimonion*, a Pitagoras – wykladał to samo dla swoich uczniów, co dla profanów siedzących „wewnątrz zasłony”.

Tajemnicą okrywana była nauka *Qabbalah* (kabbalah), którą izraelici przynieśli z Babilonu. Talmud mówił, że „Kabala może być niebezpieczna, wielu straciło przez nią wiarę lub rozum”, co było podstawą do ukrywania jej metod, a także przepisywania jej działań magicznych [2].

Duchy, zjawy

„Pamiętaj o wzajemnym powiązaniu i splataniu wszystkiego”

Marek Aureliusz II w. [3]

Człowiek od zarania dziejów był ciekaw swojej przyszłości. Dane z historii starożytnej Grecji potwierdzają obecność zjawisk, które swą tajemniczością lub cudownością różnią się od zjawisk codziennych. Starożytnym nie była też obca idea reinkarnacji, a ich koncepcje na temat śmierci znane są dobrze dzięki literaturze klasycznej [5].

Wierzenia starożytnych Hellenów opierały się na przekonaniu, że istnieje życie po śmierci, a późniejszy los człowieka zależy od jego czynów podczas ziemskiej wędrówki: jeśli są one dobre, można liczyć na pobłażanie, a jeśli złe – nastąpi sprawiedliwa kara.

Śmierć, według starych wierzeń, była najważniejszym wydarzeniem ziemskiej egzystencji. Wierzono, że pobożni i szanujący się obywatele to Ci, którzy zostawiają po sobie dzieci i ród. Ludzie, którzy nie zasłużyli na szczęście „za-grzebywani są błocie w Hadesie i każe im się sitem wodę nosić” (Platon) [5].

Hellenowie wierzyli, że zmarli potrzebują pochówku, ponieważ bez niego nie dostaną się do Królestwa Hadesu, a wówczas mogą negatywnie oddziaływać na żywych... [4, 5].

Eschatologia (gr. *eschatos* = ostateczny), zajmująca się problemami śmierci, końca świata, sądu i życia pośmiertnego, odgrywająca tak istotną rolę w wierzeniach Greków, dzięki krytyce filozoficznej, podważyła wiarygodność absurdalnych pojęć, takich jak: „Styks” i „Łódź Charona” oraz śmieszność rzekomych kar, które czekają po śmierci na niepoprawnych. Jednakże wyznawcy innych szkół filozoficznych, mieli odmienne poglądy na życie po śmierci.

Uczestnicy misterii głosili zdecydowanie zgodne poglądy odnośnie pośmiertnych losów duszy, albowiem odwoływali się do „prawdy objawionej”, po-partej tradycją niezliczonych pokoleń wtajemniczonych.

Ludzie, jak zwykle, ze zrozumieniem witali każdy pogląd, według którego gdzieś we wszechświecie istnieje boska sprawiedliwość, która stanie się ich udziałem po śmierci.

Wykładnia i objaśnienie przyrody oraz przemian naturalnych, a także wykrywanie w nich sensu i znaczenia, to czynności „ducha podmiotowego”, które Grecy określali *mantia*. Na *mantia* składał się materiał i ten, kto go objaśniał, kto wydobywał ukryty w nim sens [4].

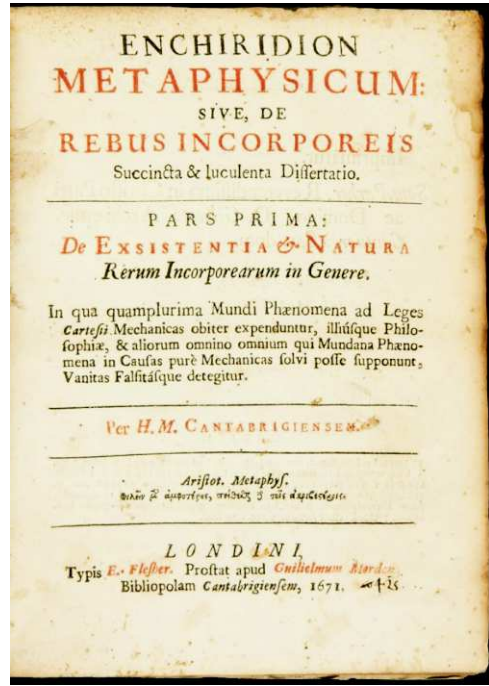
Zatem misteria, *nekromentia* (system praktyk służących do nawiązywania kontaktów z duchami umarłych), stanowiły jeden z najistotniejszych elementów religijnego życia Greków [2].

Spirytualiści zastanawiali się, czy dusze naszych zmarłych udają się w inny wymiar. Siedemnastowieczny filozof brytyjski, Henry More utrzymywał, że duchy i zjawy istnieją naprawdę, zamieszkując czwarty wymiar. W dziele *Enchiridion metaphysicum* (1671) opowiadał się za istnieniem pozaziemskiego królestwa, nierozpoznawalnego dla zmysłów, a będącego domem dla duchów i zjaw [3].

W wykształconej w XIX w. formie spirytyzmu, duchy zmarłych oraz inne istoty bezcielesne „przyzywane” były podczas tzw. seansów. Zwolennicy nurtu, zjawiska spirytystyczne (różne formy parapsychofizycznego nabywania informacji – psychokineza, teleplastia psychofonia, pisanie automatycznie, inne formy zjawiska ideomotorycznego) interpretowali, jako przejawy działania duchów.



Henry More [B]

*Enchiridion metaphysicum* [C]

W tym okresie pojawiła się plejada najsławniejszych mediów spirytystycznych oraz naukowców z nagrodami Nobla za eksperymenty i rozwinięcie technik mantycznych.

W 1854 roku, czwarty wymiar wkroczył do powszechnej świadomości podczas słynnego wykładu habilitacyjnego na Uniwersytecie w Getyndze, gdzie Bernhard Riemann przedstawił wielowymiarową geometrię, której zasady stanowią podstawę ogólnej teorii względności [3].

W roku 1877 odbył się w Londynie skandalizujący proces, któremu nadano międzynarodowy rozgłos. Zaczęło się niewinnie. Medium ze Stanów Zjednoczonych odwiedził Londyn i zaczął przeprowadzać seanse spirytystyczne z udziałem znanych osobistości miasta. Szybko został jednak aresztowany za oszustwo i oskarżony o używanie sprytnych sztuczek. Główną rolę w rozpętaniu tego skandalu odegrał Johann Karl Friedrich Zöllner, profesor fizyki i astronomii na Uniwersytecie w Lipsku. Podczas rozprawy naukowcy po raz pierwszy wyłumaczyli szerokiej publiczności, w jaki sposób te cudowne sztuczki wiążą się z czwartym wymiarem [15].

130 lat po odkryciu Riemanna fizycy próbują łączyć wszystkie prawa fizycznego wszechświata.



Bernhad Riemann [D]



Johann Karl Friedrich Zöllner [E]

Znane są zjawy, które podczas seansów występowały przez niemal rok. Codziennie rozmawiały, opowiadały szczegóły ze swojego życia, tańczyły. Podejmowano liczne badania mające na celu stwierdzenie ich żywotności [2]. Wykazano w nich, iż zjawy zbudowane były z materii bardzo rozrzedzonej. Można było je fotografować, a także utrzymywać, w foremkach ektoplazmatycznych, ich niewidzialne ręce.

Dr Gustav Geley zwrócił uwagę na podobieństwo materii – ektoplazmy, w pewnym zagęszczeniu, do gęstej i kleistej cieczy, która mieści się wewnątrz rogowatej powłoki w poczwarkach owadów. Pisał o tym: „ciecz powstająca z rozpuszczonego organizmu gąsienicy, a zbuduje się z niej organizm motyla, całym innym i posiadający inne narządy, niż gąsienica. Tak samo niezróżniowana ektoplazma buduje sobie potrzebne jej chwilowo narządy, a potem »rozpuszcza« je z powrotem” [2].

W pięć lat po wystąpieniu (1848) nowoczesnego ruchu spirytystycznego, sędziego amerykańskiego J. W. Edmonds, zapytał duchy pukające w stoliku, jaką „energią” porozumiewają się z żyjącymi i otrzymał takie wyjaśnienie: „Jest to elektryczność, ale o wiele doskonalsza od tej, którą znacie. Pierwsza i najniższa energia, która przenika ustrój ludzki, ma wpływ na jego tworzenie się i wzrost, jest tym co nazwałbym pierwiastkiem wegetatywnym. Następna jest pierwiastkiem ruchowo zwierzęcym przenikającym cały układ nerwowy, tym co nazywacie instynktem. Dalszym jest pierwiastek duszowy, poruszający uczucia, tworzący wyobrażenia z wrażeń odbieranych i kojarzący je świadomości” [2].

W dwadzieścia lat później zwolennicy teozofii podali, na podstawie dawnej tradycji indyjskiej, podobny szkic budowy człowieka. W ich przekonaniu, to co nazywamy „człowiekiem”, składa się z kilku ciał czy powłok, coraz subtelniej-



Gustav Geley [F]



Judge John Worth Edmonds [G]

szych i tak ustopniowanych, że każda następna, wyższa – ożywia poprzednią, niższą. Jest jakby jej energią motoryczną. Najniższym ciałem jest organizm fizyczny ze swoimi komórkami, kośćmi, mięśniami, wnętrznościami i narządami zmysłów. Jest to tylko mechanizm, którego kształtowaniem się, wzrastaniem i odżywianiem zajmuje się energia, zwana przez duchy Edmondsa – elektrycznością, przez teozofię – siłą żywotną, a przez tradycję indyjską – praną. W momencie, gdy ta energia przestanie działać na mechanizm ciała fizycznego, następuje rozpad na pojedyncze komórki, czyli to, co zazwyczaj nazywane jest śmiercią... [2]. Energia ta utrzymuje w pewnej formie ciało fizyczne i wprawia w ruch jego członki, płuca, serce, narządy wewnętrzne i dostarcza im ciało eteryczne. Substancje tworzące ciało eteryczne teozofowie zaliczają, zgodnie z różokrzyżowcami (kontynuatorami starożytnych szkół misteryjnych), do materii fizycznej, której trzy stany skupienia (stały, płynny i lotny) są widzialne, a czwarty, eteryczny, bardziej rozrzedzony, na razie dla wzroku niedostępny [2].

Niektórzy ludzie mają zdolność widzenia powłoki eterycznej. Forma jej odpowiada w ogólnych zarysach kształtowi ciała fizycznego wystając u człowieka nieznacznie (ok. 2 cm) poza jego obręb, u zwierząt i roślin więcej, a u minerałów budowy krystalicznej – najwięcej (osie krystalizacji). Uważa się, iż u człowieka z promieniowań eterycznych (magnetyzm) wokół jego ciała fizycznego, można rozpoznać jego stan zdrowia, a u roślin określić, w których miejscach rozwiną się ich liście i kwiaty, chociaż na razie nie ma nawet ich zawiązku [2].

Naukowe podstawy badania aury, za wiadomościami podanymi W Gwiazdy mówią [H], stworzył angielski lekarz Walter J. Kilner kierownik pracowni elektroterapii w Londynie. Trenował on widzenie aury za pomocą barwnych filtrów

opartych o roztwór dicjaniny. Opisał on i porównał wiele szczegółów aury zdrowego i chorego człowieka w książce *The Human Atmosphere (Ludzka atmosfera)*. Próby bezpośredniej rejestracji aury nie przyniosły właściwych rezultatów i metoda Kilnera z czasem została porzucona z wielką szkodą dla nauki, a szczególnie dla medycyny.

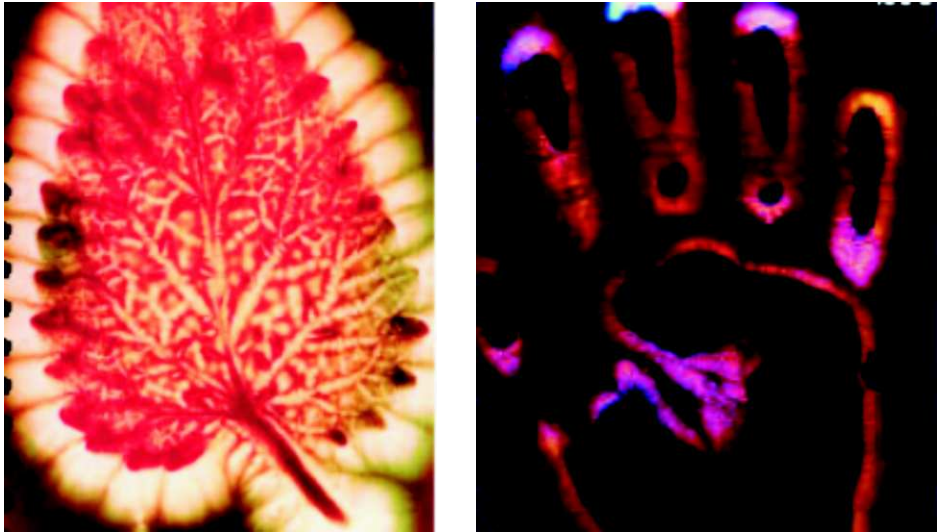
Pola Siemiona Kirliana

Wiosną 1939 roku [cyt. za H] w miejskim szpitalu w Krasnodarze nad Kubaniem, Siemionowi Kirlianowi zlecono naprawę aparatu do leczniczego masażu prądami wysokiej częstotliwości. W trakcie pracy elektryka zaitersowały niebieskie wyładowania przeskakujące między pokrytą szkłem elektrodą w urządzeniu a skórą jego ręki [H].



Siemioni Kirlianow [I]

Sfotografował to zjawisko, a następnie skonstruował ograniczający dostęp światła aparat fotograficzny z metalową elektrodą. Swoją dłoń ułożył na kliszy położonej na elektrodzie [H, I, J]. Obraz, jaki zobaczył na wywołanym filmie, był zaskakujący, ponieważ zamiast niebieskich iskier, ciemną sylwetkę jego dłoni otaczała kolorowa, świetlna aureola. Kolejne zdjęcia pozwoliły mu na stwierdzenie, że dziwna świetlista otoczka występuje jedynie wokół żywych



Zdjęcia Kirliana – aura liścia, aura dłoni [J]

organizmów, a jej natężenie, wielkość i kolory różnią się w zależności od fotografowanego obiektu i zmieniają się wraz z upływem czasu. Na podstawie analizy zdjęć liści Kirlian wywnioskował, iż obrazują one proces umierania [H, I, J]. Sugerował to według niego fakt, iż im więcej mijało czasu od zerwania użytego do fotografii liścia, tym mniejsza stawała się jego aura, która w końcu zniknęła [H, I, J].

Najważniejszą cechą zdjęć aury odkrył jednak dopiero podczas pokazywania gościowi z akademii nauk zdjęć aury swojej ręki [H, I, J]. Po wykonaniu zdjęcia obraz był rozmazany, a dłoń prawie pozbawiona energetycznej obwódki. Ponowił zdjęcia jeszcze kilka razy, ale efekt był taki sam. Przypuszczał, iż aparat jest uszkodzony. Postanowił więc sfotografować dłoń żony [H, I, J]. Ku jego zdziwieniu sylwetka jej ręki była wyraźna i otoczona silną poświatą. Problem z jego zdjęciem wyjaśnił się dopiero wieczorem, kiedy dostał gorączki i musiał się położyć do łóżka. Wtedy wywnioskował, iż urządzenie wykryło u niego chorobę, zanim jeszcze wystąpiły jej objawy [H, I, J].

Ezoterycy na widok tych niezwykłych fotografii stwierdzili, że kolorowa otoczka wokół żywych organizmów nie może być niczym innym, jak aurą, jaką widzą osoby szczególnie sensorytywne.

Zdolność widzenia aury [cyt. za H, I, J] miał na przykład Stefan Ossowiecki, znany polski jasnowidz z okresu międzywojennego. W jego opinii wokół głowy człowieka pochłoniętego pracą umysłową dostrzega się czasami zielonkawą poświatę [H, I, J]. Osoba zajęta pracą twórczą promieniuje błękitem. Przy podnieceniu erotycznym aura staje się czerwona, w chorobie – żółta, a przed śmiercią

– biała. Na podstawie białej poświaty Ossowiecki wielokrotnie zresztą trafnie przepowiadał, że ktoś wkrótce umrze [H, I, J].

Naukowcy [cyt. za H, I, J] zdjęcia Kirlianowskie zinterpretowali inaczej uważając, iż fotografowana wokół żywych organizmów aura jest obrazem elektrycznych sygnałów przekazywanych sobie przez komórki w trakcie narodzin, podziału i śmierci. Nie wypowiedzieli się jednak, czy barwna aureola jest efektem jonizacji powietrza tylko przez pole elektryczne komórek, czy też siła życiowa ma jakieś swoje pole i oba pola nawzajem się przenikają. Ezoterycy twierdzą, że tak właśnie się dzieje [H, I, J].

Prekursorem fotografii kirlianowskiej był wybitny Polski uczyony Jakub Jodko Narkiewicz, który w roku 1896 opublikował pierwsze znane zdjęcia rąk ludzkich [H, I, J]. Zauważył on, że obrazy zmieniają się w zależności od emocji i stanu zdrowia osoby badanej. Niestety, jego dokonania nie spotkały się z zainteresowaniem świata nauki i medycyny [H, I, J].



Jakub Jodko Narkiewicz [K]

Ponownie elektrofotografia powróciła za sprawą Siemiona Dawidowicza Kirliana z Krasnodaru w 1939 roku [H, I, J].

W latach 60-tych XX wieku kamery Kirlianowskie używano w różnych dziedzinach nauki w Związku Radzieckim i w USA [H, I, J]. W 1966 roku „Russian Journal of Science” podał, że Mikhalevskii i Frantov używali procesu Kirlianowskiego do lokalizowania i odkrywania minerałów siarki oraz niemal nieprzewodzących silikatów. W USA, w oparciu badania przeprowadzone w Ro-

sji, Thelma Moss i Kendall Johnson, pracownicy *The Institute of Neuropsychiatry of U.C.L.A.*, obserwowali cienkie pęknięcie w specjalnym metalu, jaki dostarczony został przez NASA. Test ten został potem zaadoptowany przez inne laboratoria i był używany do analizowania naprężeń w metalu i pęknięć metalu [I].

Krippner i Davidson (1972) wykazali, iż fotografie Kirlianowskie najróżniejszych organizmów żywych ujawniają, iż każdy z nich posiada własny wzorzec świetlny [I].

Ostrander i Shroeder (1971) stwierdzili, iż fotografie Kirlianowskie czubków palców dłoni mężczyzny o dobrym zdrowiu, spokojnego i o dobrym samopoczuciu, różnią się od tych pochodzących od kogoś zdenerwowanego i napiętego [I].

Angielski lekarz, Walter Kilner, w 1908 roku, w trakcie eksperymentu z użyciem dicyjaniny – barwnika używanego w fotografii i uczulającego emulsję fotograficzną na podczerwień zauważył, że w pewnych warunkach świetlnych głowa człowieka oglądana przez szybką zabarwioną roztworem dicyjaniny wygląda jakby była otoczona poświatą, której pozbawione są przedmioty martwe [I]. Próbował to zjawisko wykorzystać w diagnostyce medycznej, dostrzegając korelację pomiędzy wielkością i kształtem „aury”, a stanem zdrowia badanej osoby [I].

W latach dwudziestych XX stulecia, w pracowni Towarzystwa Psychicznego w Bordeaux u dra I. Maxwella, stosowano następującą metodę obserwacji aury: osobę badaną umieszczano przed ciemnym tłem koloru głębokiego błękitu indygo [I]. Następnie rzutowano na osobę od przodu słaby promień błękitnego światła i obserwowano przez filtr barwy pomarańczowo-żółtej. Wówczas można było spoznać jakby halo, które otaczało głowę osoby badanej [I].

Johnson i Moss, amerykańscy badacze, wykonali fotografie opuszków palców ponad 500 osób i stwierdzili, że każdy człowiek ma charakterystyczną aurę, która jednak nie jest statycznym obrazem, jak np. w prześwietleniu rentgenowskim, lecz ulega szybkim, dynamicznym zmianom [I]. Wykonali także wysokonapięciowe fotogramy sześćdziesięciu osób przed i po zażyciu przez nie marihuany stwierdzając, iż w znaczącej większości przypadków „aury” były nienaturalnie jaśniejsze i szersze u osób znarkotyzowanych [I].

Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Zjawiskiem Kirlianowskim (IKRA) przytacza dowody wskazujące na to, że specyficzne zmiany w obrazie wyładowań wieńcowych następują jako rezultat nowotworów i innych chorób na długo przed tym, nim te dolegliwości można wykryć za pomocą metod standardowych [I].

Moss i Armstrong z Uniwersytetu Rochester w Nowym Jorku, prowadząc badania na szczurach stwierdziły, że u chorych na raka osobników, aura widoczna wokół ogona była wyraźnie zmieniona [I]. Analogicznie zmieniony obraz aury miały zaatakowane nowotworem rośliny oraz palce chorego na raka człowieka [I].

W obecnych czasach, jednym z badaczy aury jest profesor Konstantin Korotkow z Sanktpetersburskiego Instytutu Mechaniki Precyzyjnej i Optyki [I, J]. Jest on odkrywcą maszyny mierzącej aurę ludzi i podającej informacje o ich stanie zdrowia i umysłu. Maszyna zbiera informacje z pól otaczających palce. W momencie, kiedy impuls elektromagnetyczny uderza w czyjś palec, ciało emituje fotony i elektrony [I, J]. System optyczny maszyny monitoruje te reakcje, a następnie analizuje je komputer. W ciągu 10–15 minut otrzymuje się kompletny obraz danej osoby związany z jej stanem psychicznym i zdrowotnym. Urządzenie to używane jest już w Głównym Instytucie Medycznym, Akademii Wojskowej i Medycznej, Instytucie Sportu i wielu innych organizacjach w Rosji i na świecie [I, J]. W latach 2005–2006 profesor opracował także technikę umożliwiającą fotografowanie duszy podczas opuszczania przez nią ciała w momencie śmierci. Stwierdził, że tzw. obraz kirlianowski, czyli aura człowieka, pozostaje niezmienną przez wiele godzin po zgonie, a przebieg zmian zachodzących w energetycznej otoczce zależy w dużym stopniu od rodzaju doznanej śmierci [I, J]. Wykazał także, że w przypadku samobójców i ofiar morderstw amplituda rejestrowanych przez aparaturę drgań jest znacznie większa i znika dopiero po upływie czterech dni. Przy okazji znaleziono dowody, że zakodowana w aurze informacja o stanie konkretnych organów w naszym ciele ma swój początek w ludzkiej świadomości [I, J].

Kolory aury wg Johanna Fisslingera oznaczają:

- **czerwony:** aktywność, ekstrawertyzm, ruch, witalność, zdrowie, emocjonalność
- **jasnoczerwony:** radość, erotyka, seksualność, namiętność, wrażliwość, miłość
- **ciemnoczerwony:** silna wola, wola czynu, wściekłość, złość, gniew, odwaga, pożądanie, natura przywódcza
- **ciemnobrązowy:** egoizm, niezdolność do miłości, nałogi, przyziemność, choroba
- **pomarańczowy:** aktywna inteligencja, pewność siebie, radość życia, miłe usposobienie, ciepło, otwarcie na świat
- **pomarańczowo-czerwony:** pożądanie, żądza czynu, idealizm, duma, próżność
- **pomarańczowo-żółty:** krytyczny umysł, pewność siebie, dążenie do wyznaczonych celów
- **żółty:** intelekt, zdolności organizacyjne, dyscyplina, silna osobowość, rozwinięte ego
- **jasnożółty:** otwartość, lekkość, jasny umysł, silna osobowość, świeżość
- **żółta ochra:** stabilność, realność oceny, oszczędność, napięcie, ograniczenie, kontrola, egoizm, chciwość, żądza
- **zielony:** zmiany, spokój, poświęcenie, neutralność, miłość
- **żółto-zielony:** sympatia, współczucie, komunikacja, pokojowe nastawienie, otwartość

- **ciemnozielony:** wyrazista osobowość, zdolności przystosowawcze, siła życia, przebiegłość, materializm, kłamstwo
- **niebieski:** introwertyzm, spokój, chłód, samotność, dążenie do prawdy, oddanie, mądrość
- **jasnoniebieski (błękit):** oddanie ideałom, miękkość, samotność, powściągliwość. indygo: zdolność przekazywania energii, dobroć, zamknięcie w sobie, powaga, ostrożność, moralność, materializm
- **lila:** mistyka, magia, obsesja, nietolerancja
- **różowy:** wrażliwość, delikatność, emocjonalność, sentymentalizm, tęsknota
- **fioletowy:** intuicja, kreatywność, zdolności artystyczne i pozazmysłowe, wiara, fantazja, zamknięcie w sobie, zagadkowość
- **biały:** rozwinięta duchowość, wyższa świadomość, kontemplacja, marzycielstwo, zastój energii [H].

Badania nad właściwościami aury wciąż trwają. Niemiecki badacz aury, Johannes Fisslinger, po przeanalizowaniu setek zdjęć Kirlianowskich doszedł do wniosku, że na podstawie utrwalonej na zdjęciach aury można zinterpretować nie tylko stan zdrowia, ale i charakterologiczne cechy człowieka oraz jego stan emocjonalny

Mistycyzm, teozofia

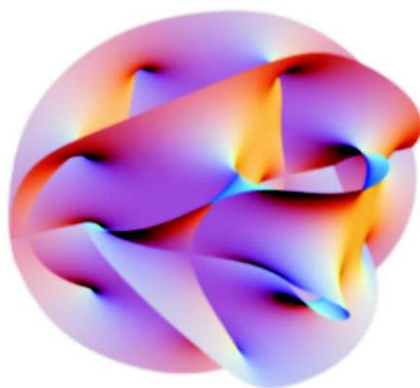


Helena Blawacka [M]

Mistyczka Helena Blawacka ukazała światu zachodniemu budowę człowieka według tradycji indyjskiej i założyła, w 1884 roku niemiecki oddział Towarzystwa Teozoficznego. Podstawową doktryną Towarzystwa było poszukiwanie we-

wewnętrznej prawdy we wszystkich religiach oraz jednocześnie odrzucenie ich egzoterycznych form i rytuałów. Towarzystwo głosiło też, że zdolności parapsychoiczne człowieka mogą zostać wyjaśnione naukowo i opanowane [L]. Swoją wiarę w *channeling*, zdobywanie wiedzy poprzez kontakty z bytami i energiami kosmicznymi, kosmitami, duchami, aniołami itp., w reinkarnację, wyższość rasową i pozaziemskie odwiedziny, zaszczerpiła ludziom, którzy potem tworzyli teologiczne podstawy nazizmu [L]. Za godło swego życia podawała aforyzm: *There is no religion higher than truth* (*Nie ma religii wyższej nad prawdę*). To zdanie kładła wszędzie, gdzie tylko się dało, nawet na kopertach prywatnych swych listów.

W 1968 roku Edward Witten z *Istitute Advanced Study* w Princeton, wywołał w świecie fizyki sensację na temat teorii zwanej teorią superstrun, która połączyła teorię grawitacji Einsteina z teorią kwantową [3]. Struny „wydają się być doskonałym rozwiązaniem zarówno w budowie żywej materii, jak i cząstek elementarnych. Wyróżniającą cechą struny jest to, że stanowi ona jeden z najbardziej zwięzłych sposobów przechowywania olbrzymiej ilości danych tak, aby możliwe było powielanie informacji. W przypadku istot żywych natura stosuje podwójne nici cząsteczki DNA, które rozwijają się i tworzą swoje duplikaty. Nasze ciała zawierają miliardy miliardów białkowych strun zbudowanych z aminokwasów. W pewnym sensie nasze ciała można postrzegać, jako olbrzymi zbiór strun: cząsteczek białka owiniętych wokół kości” [3].



Edward Witten i teoria strun [N]

Wierzenia wszystkich niemal ludów zawierają legendy o istotach pozaludzkich nie posiadających wprawdzie ciała fizycznego, ale umiejących zagęszczać

swą powłokę do stanu widzialności dla wzroku ludzkiego, posiadających różny stopień inteligencji i potęgi, oraz różne formy ciał i różne nazwy [2].

Na początku XX wieku, z chaosu zjawisk różnego pochodzenia, bezstronni badacze, starali się wyłowić grupy rzeczy zgodnych ze sobą. Tak np. Ernest Boz-zano zestawiał statystyczne dane, jakich zmarli mniej lub więcej zidentyfikowani, dostarczali o warunkach swego życia pozagrobowego i ustalił zgodność tych wypowiedzi w szczegółach, takich jakch

1. zmarli znaleźli się po zgonie ponownie w formie ludzkiej
2. przez pewien czas, dłuższy lub krótszy, nie zdawali sobie sprawy z tego, że umarli
3. w agonii lub wkrótce potem ujrzeli wszystkie swe zdarzenia z życia ziemskiego
4. poza grobem oczekiwali ich krewni lub przyjaciele dawniej zmarli
5. po zgonie wszyscy niemal byli od razu pogrążeni, w dłuższy lub krótszy sen porzeczający
6. znaleźli się w otoczeniu bardzo pięknym i jasnym (po życiu moralnym)
7. przekonali się, że ich otoczenie pozzagrobowe jest nowym światem obiektywnym, substancjalnym i realnym
8. myśl w tym świecie ma siłę twórczą
9. duchy mogą porozumiewać się wprost myślami (telepatycznie)
10. chodzenie jest zbędne, gdyż prostym aktem woli mogą się błyskawicznie przenosić, nawet do miejsc najbardziej oddalonych
11. duchy zmarłych mimowolnie i automatycznie ciągną do odpowiadającej im poziomem etycznym sfery świata pozagrobowego [2].

Paracelsus, wędrowny lekarz i alchemik twierdził, iż „zawsze duch silniejszy zwycięży słabszego, zatem pierwszym warunkiem działania magicznego jest wzmocnienie woli” [2, 6].

Paracelsus oraz Lerchheimer głosili, że „czarownice należy raczej odsyłać do lekarza i kapłana, aniżeli do sędziego i ławnika” [7].

W okresie wczesnego średniowiecza jeszcze nie poszukiwano, ani nie przesładowano czarownic. Rozpoczęły się one dopiero w Europie Zachodniej, z końcem XIV wieku i trwały do początków XVIII [2, 8, 9]. Przed erą chrześcijańską niektórzy z pisarzy rzymskich upatrywali znamion czarów w pewnych kultach, których czcicieli podejrzewano o kanibalizm i dzieciobójstwo. Wiara w wilkołaki była szczególnie silna na Podlasiu, Lubelszczyźnie, Mazowszu, w Prusach Książęcych i Królewskich. Wierzyć w nie mieli dawni Słowianie i Germanie, zaś starożytni Grecy lekarze rozpoznawali chorobę zwaną lykanotropią (wilkołactwem), a cierpiący na nią ludzie mieli błąkać się po nocy i wyć, jak wilki [10]. Wojna z czarownicami trwała przeszło 300 lat, a historycy obliczają, iż ogólna liczba zgładzonych czarownic wynosiła 9 tys. [2, 8, 9].

Nekromantia

Nekromentia – psychagogia w starożytnej Grecji mogły znajdować się w każdej jaskini ziemskiej, rzecznej, czy też wyżłobionej przez wody jeziora [11]. Wierząco, że są to wejścia do Hadesu [1].

Homer wspominał o takim miejscu w *Odyssei* [5]: „Odyszeusz usłyszał od czarodziejki Kirke, że powinien udać się do wroźbity tebańskiego, żeby dowiedzieć się, jak dotrzeć do swej Itaki. W drodze spotkał Hermesa, który mu dał ziele zabezpieczające przed czarami” [5].

Hermes, posłaniec bogów, prowadził dusze zmarłych do podziemia i przy sądzie piekielnym pełnił obowiązki woźnego. Jego ojczyzną była Arkadia na Półwyspie Peloponez. Inni Grecy nazywali Arkadian „ludźmi księżycowymi” (*proseleni*), ponieważ mieli już istnieć w swych górach jeszcze przed stworzeniem księżyca. W Arkadii przechowało się wiele tradycji zgodnej z podaniami egipskiego Thota i staroindyjskiej księgi Dzyan [2, 5, 12].



Hermes [O]

„Kiedy przybył do miejsca oznaczonego przez Kirke wyciągnął statek i wraz z towarzyszami poszedł do gaju Persefony, gdzie było wejście do podziemia... Mieczem wykopał dół w ziemi i zaczął obiady: najpierw lał miód i mleko, potem wino, wreszcie wodę zmieszaną z odrobiną mąki. Wybrał kilka czarnych owiec, a poderznawszy im gardła krew wpuścił do ofiarnego dołu. Zapach świeżej krwi zwałił bledne dusze zmarłych, które poczęły zlatywać się niby muchy. Każda

z nich pragnęła napić się krwi cieplej, aby na chwilę odzyskać świadomość, myśl i słowo. Ale Odyseusz odpędzał je mieczem, czekając na Terezjasza. Przyszli na koniec i napojony krwią wróżył...” [5].

W Epirze, niedaleko miasta Parga, na północnym brzegu rzeki Acheron wpływającej pod ziemię i dającej początek mitycznemu Styksowi w regionie Preweza, znajduje się Okręg Śmierci, czyli antyczny Nekromantion Acheronta. Do dzisiaj zachowały się ruiny tej tajemniczej instytucji określanym mianem „wyrzeczni umarłych” [11, 13].



Ruiny Nekromantion [P]

Pierwsze wykopaliska archeologiczne na terenie Nekromantion zaczęły się w latach 50-tych [11, 13, Q]. Wówczas to profesor Sotirios Dakaris odkrył, że teren zabudowany współcześnie cmentarzem i kościołem, kryje antyczne ruiny sanktuarium. Obszerny w rozmiarach plac zamykał się bramą główną od strony północnej. Otaczające je ściany zewnętrzne były zarówno szerokie, jak i wysokie na 3,30 m, 1,50 m, 2,40 m. Budowla była przedzielona ścianami, a w jej wnętrzu znajdowała się centralna sala i kilka małych pokoi wykorzystywanych zarówno przez kapłanów, jak i odwiedzających. Poniżej głównego pomieszczenia w podziemiach wykuto w skale sale, o takich samych rozmiarach, jak sala centralna [11, 13, Q]. Tutaj pierwotnie odbywały się rytualne obrzędy sprowadzania na ziemię dusz zmarłych. Nie wiadomo, przez jak długi okres ludzie przebywali w podziemiach Magami. Początkowo kapłanami (*psychagogi*) byli Persowie, którzy wypowiadali magiczne słowa zapisane na papyrusach (*papyrus Berdizesis* i *papyrus Luvre*). Wykorzystywali też kości zmarłych. Sygnał przybycia ducha porównywano do bezszelestnego lotu nietoperza. Podczas przeprowadzonych

w głównej sali prac archeologicznych odnaleziono między innymi koła, spory kocioł z brązu oraz dziwne, trudne do opisanego urządzenie. Położenie tych przedmiotów w odległym rogu pomieszczenia, gdzie miały zwyczaj zstępować na ziemię cienie zmarłych, pozwoliło naukowcom przypuszczać, że cały ten sprzęt wykorzystywano do wywoływania duchów [11, 13, Q].

W jednej ze ścian, na pierwszy rzut oka wydających się nie do przebiccia, odnaleziono kilka kamiennych głazów, które bez większego wysiłku dawały się przesunąć. Na temat magicznej wiedzy zawartej w „proporcjach architektury” pisało wielu architektów. Nekromantion to kolejna niesamowita budowla [Q]. Nie chodzi tu o proste zależności, ale o to, że każda część pozostawała w określonej proporcji do wszystkich pozostałych, z którymi była w relacji. Przykład stanowi geometria nekromantio jednego z pomieszczeń, które składa się z 15 łuków przylegających do siebie w takich samych odstępach, co ewidentnie obniża akustykę. Jest to jeden z cudów, który badany jest przez wielu naukowców zajmujących się między innymi psychoakustyką.



Ruiny Nekromantion [P]

Od 1997 roku trwają badania prowadzone przez pracowników Uniwersytetu w Thesalonikach nad właściwościami akustycznymi podziemia Nekromantio Acheronta. W pomieszczeniu tym żaden szum nie powraca do uszu. Można z łatwością wsłuchać się w rytm własnego ciała i usłyszeć bicie serca oraz przepływ krwi przez naczynia krwionośne. Ten stan powoduje, niestety, zaburzenia psychiczne i człowiek nie jest w stanie przebywać w tym pomieszczeniu dłużej niż pół godziny. Sam rozległy budynek, przypominający imponujący monument nagrobny, był podobny w swoim wyglądzie do mauzoleów wielkich władców wznoszonych, zwłaszcza na wschodzie, pod koniec V wieku p.n.e. Konstrukcja wyroczeni nie posiadała żadnych zdobień, okien, czy dekoracji charakterystycz-

nych dla starożytnych sanktuariów innych bóstw. W 167 p.n.e. sanktuarium zostało zniszczone przez Rzymian [11].

Region Arkadii na Peloponezie kryje także wiele tajemnic. Najbardziej tajemniczym jest przylądek Tenaron, gdzie kończy się ziemia, a zaczyna Królestwo Ciemności. Na Półwyspie Mani, w nienaruszonej formie, zachowały się różne osobliwości etniczne ludności Peloponezu. Atlantolodzy przytaczają, że chowanie zmarłych bez balsamowania, z ekshumacją zwłok jest podobne, jak w Ameryce Środkowej, Hiszpanii, Danii, Egipcie i Persji. Urny pokryte były rysunkami. Wśród nich na szczególną uwagę zasługuje znak swastyki i słońca, w którym atlantologowie dopatrują się wspólnych cech w kulturze słońca, którego ojczyzną była Atlantyda [14, 15]. Swastyka jest znakiem Stowarzyszenia Thule, sybolem partii nazistowskiej [R].

Kult Nemesis, magia

Działanie w tajemnicy towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. Istnieją sekrety łączące jednostki i grupy ludzi, a także sekrety obowiązujące zarówno władze kościelne, jak i państwowe, Są tajemnice polityczne, finansowe i handlowe. O ile niektóre mogą mieć dość niewinny charakter, inne mogą być podłe.

W czasach przedhistorycznych magami byli ludzie o wyjątkowo wysokim poziomie etycznym i równie wysokiej inteligencji, w związku z tym piastowali oni stanowiska kapłanów, sędziów i pracodawców. Byli uważani za jedynych uzdolnionych do kierowania losem swego ludu, wówczas jeszcze ciemnego... [2].

Ciekawy problem dotyczący potomków dawnych Atlantów, tzw. „czwartej rasy”, „rdzennej”, która przed dziesiętkiem tysięcy lat zamieszkiwała różne kontynenty, poruszył na początku wieku Świtkowski. Szczątki nieliczne owej rasy, o ciemnej karnacji skóry ocalały z potopu, który pogrążył w morzu większą część Atlantdy. Zalicza się do nich: w Starym świecie – Egipcjan, Fenicjan, Etrusków i Basków, a w Nowym świecie – Peruwian i Meksykan [2].

Ludzie, ograniczeni w życiu zakazami, zmuszeni byli przestrzegać wielu moralnych praw, narzuconych im przez bogów. Sprzeciw wobec tych praw lub zbyt uleganie ludzkim słabościom, stanowiło dla starożytnych Greków obrazę majestatu boskiego i nazywane było bluźnierstwem. W przypadku, gdy jakiś śmiertelnik popełnił takie wykroczenie, odczuwał na sobie skutki Nemesis, która była siłą karzącą za niesprawiedliwość, porządkiem i prawem w boskim wydaniu. Strach śmiertelników przed boską karą i gniewem stał się przyczyną kultu bogini Nemesis [16].

W starożytnej Grecji organizowano też nocną procesję z zapalonymi pochodniami Nemesis, ponieważ Nemesis chroniła przed złymi duchami umarłych...

Człowiek mógł się narazić bogom, łamiąc moralne prawa lub gromadząc dobra ziemskie w takiej obfitości, że zaczynał wywyższać się nad innych ludzi. W obydwu przypadkach ściągał na siebie gniew boski... [11, 13, 16, S]

*Nemesis Ciebie wzywam
Wszchemogąca królowo
Która odkrywasz zbrodnicze postępy
Zwykłych śmiertelników
 Wieczna, wielceszanowna
 O bezgranicznej przenikliwości
 Ty, która otaczasz sprawiedliwością
[...] Każdy śmiertelnik zna Twój zasięg
I pęta bolesne Twej zemsty
Nie sposób ukryć myśli przed Tobą
 Przybądź błogosławiona, święta boginio
 Wysłuchaj mej modlitwy
 I weź w swą opiekę życie Wiernego Twego
Obdarz go miłosiernym uczynkiem
I pomocą w potrzebie
Oddal złe moce i myśli nieczyste
Nędzne oddal oddal daleko...
 Hymn orficki 61 na cześć Nemesis [U]*



Nemesis, Alfred Rethel [S]



Ramnous [T]

Na północnym wybrzeżu Attyki, 50 km od Aten, nad zatoką Eubeiską, wznoszą się ruiny antycznego miasta Ramnous. Miasto i cała okolica słynęła z najważniejszego miejsca kultu Nemesis – bogini zemsty. Ta boska mądrość decydowała o człowieczej doli, bacznie strzegąc, aby nie wyszedł on z granic swego losu i nie sięgnął po więcej niż mu było dane. Posąg Nemesis wykonał Fidiasz albo Agorakryt. Wysoki na kilka metrów był wykonany w całości z jednego kawałka marmuru. Przedstawiał boginię w pozycji stojącej, z gałęzią jabłoni w lewej i z czarą w prawej ręce. Bogini mściła się za zbrodnie i wyjątkowo karała również tych, którzy bezcześcili groby i mogiły [13, 16, U].

Kto chciał odwrócić od siebie jej uwagę, spluwał za siebie trzykrotnie. Według wierzeń egipskich i greckich, ślina jest naładowana energią duszy.

Dziękując bogini za jej łaski, co roku w sierpniu, obchodzono ku jej czci huczne święto, połączone z występami lekkoatletów oraz przedstawieniami teatralnymi. Nemesis, córka Nocy, jest jedynym z najstarszych bóstw. Cześć posągu Nemesis zachowała się w muzeum brytyjskim. Atrybutami Nemesis były też jeleni róg, koło, srebrna gałązka i bicz [5, 11, 13, U].

Podsumowanie

Rozpad świata metafizycznego wtrącił śmierć w nicość aksjologiczną. Nauka technologiczna posuwa się o krok dalej i spycha ją w otchłań nieistnienia bytowego, w nicość ontologiczną [17].

Warto więc być może w tym miejscu przytoczyć klasyfikację chorób psychicznych mieszkańców Ameryki Łacińskiej, autorstwa psychiatry Zdzisława Ryana, uwzględniającą choroby:

- wywołane przez duchy lub bóstwa znieważone lub zagniewane
- wywołane przez duchy zmarłych
- spowodowane porwaniem lub kradzieżą duszy chorego
- wywołane niektórymi czynnikami fizycznymi, fenomenami astrofizycznymi lub atmosferycznymi [18].

Nieznamość średniowiecznych zjawisk paranormalnych i stosowanie tortur spowodowało, od 1836 do 1924 roku śmierć 9. milionów osób [2, 19].

Jakby wyglądało spotkanie dwóch cywilizacji o różnym stopniu rozwoju?

Pewnie wynikłyby katastrofalne skutki dla słabszej z nich. Pamiętać warto, że np. cywilizacja Azteków w środkowym Meksyku doszła do świetności w ciągu tysiącleci. W pewnych dziedzinach jej nauka, sztuka i technika mogły konkurować z osiągnięciami Europy Zachodniej [3].

Należy przypomnieć i nie marginalizować silnych związków Hitlera ze zjawiskami nadnaturalnymi. Był przecież oskarżany o związki z satanizmem, kultem w którym miejsce Boga zajmował szatan. Głównym sponsorem Hitlera był przemysł farmaceutyczny IG Farben, będący konglomeratem trzech największych firm farmaceutycznych Hoechst, Bayer i BASF. Wiele ludzi myśli, że Oświęcim

był typowym obozem koncentracyjnym. W rzeczywistości był największym obozem królików doświadczalnych. Te firmy są również dzisiaj głównym zapleczem finansowym tajnych związków i partii politycznych [V, W].

Warto również przyjrzeć się pracom badawczym wybitnych profesorów z dziedziny okultyzmu i parapsychologii, psychotroniki, sugestologii, fizyki zjawisk PSI.

Dociekliwy badacz może zrozumieć starożytne tajemnice, tylko po bardzo pracochłonnych i poważnych studiach, gdyż wiele z nich nie zostało wypowiedziane wprost.

Pod przebraniem opowieści o nieśmiertelnych bogach, potworach i herosach, skrywa się jednak dogłębna i rzetelna wiedza o ludzkiej naturze i jej psychologicznych uwarunkowaniach. Sugeruje to, że ci co je tworzyli, a może również i ci, którzy zapisywali je po upływie stuleci, mieli pełną świadomość głębokich funkcji ludzkiego umysłu oraz tego, że mitologia grecka zawiera głęboki przekaz w sferze podświadomości. Co więcej, dostarczali również wskazówek, jak należy sprawować kontrolę nad ciągłą ekspansją mocy umysłu, którymi człowiek został obdarzony [7].

Nie ulega wątpliwości, że istnieją dzisiaj różne tajne stowarzyszenia, że fragmenty prehistorycznej wiedzy ocalały w nich w różnych ezoterycznych formach i że te przez wiele wieków odgrywały kluczową rolę w wydarzeniach światowych. Bogata elita tajnych stowarzyszeń dąży do zachowania władzy przez łatwe manipulowanie umysłami i trzymanie ludzi w nieświadomości.

Boska mądrość starożytnych stale towarzyszy światu, ale nie służy, jak przed wiekami... [2, 20].

Ile jeszcze zginie ludzi, których poglądy nie mieszczą się w oficjalnych ramach i chorych umysłach?

Wszyscy współpracujemy na globalną skalę, ale nie w sprawie przemocy. Byłoby miło, gdyby ktoś inny rozwiązał za nas problemy przemocy. Wydaje się, że Prochorowem [13, 21] jednakże nie ma już na co liczyć...

Podsumowaniem niech będą słowa Demkryta: „Nie staraj się zrozumieć wszystkiego, bo wszystko stanie się niezrozumiałe” [X].

Piśmiennictwo

1. Chadzinikolau N.: Nowe przestrzenie Ikara, Wyd. Poznańskie, Poznań, 1981, 208.
2. Świtkowski J.: Okultyzm i magia, Polczek Kraków, 1990, 16, 98, 105, 241, 296.
3. Kaku M.: Hiperprzestrzeń, Prószyński i Spółka, Warszawa, 1996, 44, 45, 57, 419.
4. Hope M.: Tradycja grecka, Zysk i Spółka, Poznań, 1994.
5. Parandowski J.: Mitologia, Czytelnik, Warszawa, 1979, 164.
6. Zieleniewski M., O przesądach lekarskich ludu naszego, Kraków, Drukarnia Stanisława Cieszkowskiego, 1845, 1–79.
7. Matuszewski I.: Czarnoksiężstwo i mediumizm, Sandomierz, Armoryka, 2009.

8. Bechter G.: Cztery kobiety boga, DIALOG, Warszawa, 2001.
9. Miller T.: I Gennisis tu Nosokomeiu stin Bizantini autokratora, BETA, Ateny, 1998.
10. Ryn Z.: Medycyna Indian, Wyd. Literackie, Kraków, 2007.
11. Dandakis P.: Megali Elliniki Egiklopedia, FINIX, Athina, tomos18, 1950, 185, 186, 172, 173.
12. Lukianos: Satyra Thanatu kai katu kosmu, Zhtras Thessaloniki, 2002, 382, 393, 456.
13. Prochorow A. M.: „Megali Sowietiki Egiklopedia Akadimos, Athina Moskwa, 1981, 44, 45, 31, 32.
14. Seremetaki K.N.: I teleutaia leksi, Nea Sinora, Athina, 1994, 240, 242.
15. Zajdler L.: Atlantyda, Wiedza Powszechna, Warszawa, 1981, 211, 222, 223.
16. Mawromati M.: Grecka mitologia i wierzenia, Haidalis, Ateny, 1998, 128.
17. Szewczyk K.: Lęk nicotyna i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji zachodu, PWN, Warszawa, 1994, 26.
18. Ryn Z.J.: Medycyna Indiańska, Wyd. Literackie, Kraków, 2007, 151.
19. Matuszewski I.: Czarnoksiężstwo i mediumizm, Sandomierz, Armoryka, 2009.
20. Welopulos K.: Pagosmiopiisi o megalos olethros tis anthropotitas, tis Ellados, tis orthodoksias, Kadmos Thessaloniki, 1999, 71, 348.
21. Ghigieri M.: Ciemna strona człowieka, CIS, Warszawa, 2001, 378.

Netografia

- A. http://www.wiking.edu.pl/article_print.php?id=554, data pobrania 19.01.2011.
- B. http://en.wikipedia.org/wiki/File:Henry_More.jpg, data pobrania 19.01.2011.
- C. <http://www.liveauctioneers.com/item/7465126>, data pobrania 19.01.2011.
- D. <http://www.eioba.pl/a121440/bernhard>, data pobrania 19.01.2011.
- E. http://en.wikipedia.org/wiki/Carl_Friedrich_Z%C3%B6llner, data pobrania 19.01.2011.
- F. http://allankardec.paris.free.fr/allankardec.paris_precurseurs.htm, data pobrania 19.01.2011.
- G. <http://www.fst.org/edmonds.htm>, data pobrania 19.01.2011.
- H. <http://gwiazdy.com.pl/component/content/article/5623-tajemnica-zdjec-siemionakirliana>, data pobrania 19.01.2011
- I. http://www.eioba.pl/a81878/elektrofotografia_metoda_gdv_a_fotografia_kirlianowska_biopola#ixzz1C2nPLUe8, data pobrania 19.01.2011.
- J. http://www.eioba.pl/a81878/elektrofotografia_metoda_gdv_a_fotografia_kirlianowska_biopoa, data pobrania 19.01.2011.
- K. http://pl.wikipedia.org/wiki/Jakub_Jodko_Narkiewicz, data pobrania 19.01.2011.
- L. <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CE%AD%CE%BC%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%82http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CE%B>, data pobrania 19.01.2011.
- M. http://pl.wikipedia.org/wiki/Helena_B%C5%82awatska, data pobrania 19.01.2011.
- N. http://pl.wikipedia.org/wiki/Edward_Witten, data pobrania 19.01.2011.

-
- O. <http://www.pantheon.org/areas/gallery/mythology/europe/greek/hermes2.html>, data pobrania 19.01.2011.
- P. <http://www.hellenica.de/Griechenland/Geo/NekromanteioEphyra001.html>, data pobrania 19.01.2011.
- Q. www.vorioionio.blogspot.com/2010/03blog-post_5967.html, data pobrania 19.01.2011.
- R. <http://www.youtube.com/watch?v=9xtpVC9HW-8>, data pobrania 19.01.2011.
- S. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Nemezis>, data pobrania 19.01.2011.
- T. http://www.athensguide.com/attika/day1-photos/PhotoAlbum1/22_.jpg-view.htm, data pobrania 19.01.2011.
- U. http://en.wikipedia.org/wiki/Nemesis_%28mythology%29, data pobrania 19.01.2011.
- V. www.chinmed.com/index.php?id=259&dzial=11, data pobrania 19.01.2011.
- W. <http://www.youtube.com/watch?v=9xtpVC9HW-8>, data pobrania 19.01.2011.
- X. <http://pl.wikiquote.org/wiki/Demokryt>.

Teresa Paszek¹, Zofia Sienkiewicz¹, Anna Leńczuk-Gruba¹,
Irena Wrońska², Mariusz Wysokiński², Wiesław Fidecki²

Kult zmarłych i związane z nim obrzędy pogrzebowe

Wstęp

Kult zmarłych to cześć oddawana zmarłym. Zewnętrzną formą kultu są obrzędy związane z pochówkiem zmarłych oraz okresowe upamiętnienie zmarłych. *Obrzęd* – to zespół zakorzenionych w tradycji, nierzadko określonych przepisami, czynności i praktyk o znaczeniu symbolicznym, towarzyszących jakiejś uroczystości związanym z charakterem społeczności. Obrzędy dzielimy na religijne i świeckie. W większości religii i kultur wiara w życie pozagrobowe przyczyniła się do manifestacji uczuć religijnych związanych z pożegnaniem zmarłego [1]. Śmierć jest wydarzeniem, które nie dezintegruje społeczności. Rytuały z nią związane różnią się w zależności od miejsca, ale wszystkie służą jednemu celowi: obwieszczają społeczności śmierć jej członka, unaoczniają wyraźnie, że oto nadeszła przemiana i trzeba sobie z nią poradzić. Za pomocą takich środków jak zrytualizowana żałoba oraz inne rytuały zabezpieczające, takie jak ceremonie pochówków lub kremacji, następnie zaś poprzez silne wsparcie okazywane przez społeczność tym, którzy stracili bliską osobę [3, 6, 13, 14].

Arnold van Gennep, etnograf i badacz folkloru ludów pierwotnych, wyodrębnił trzy fazy każdego rytuału i wykazał, że pomimo różnic, widocznych w zwyczajach pielęgnowanych przez rozmaite społeczności, podstawowy schemat zachowań podczas obrzędów pogrzebowych pozostaje na całym świecie taki sam.

Fazy rytuałów pogrzebowych wg Arnolda van Gennepa

1. Sam moment śmierci, kiedy ktoś kochany odchodzi, a bliscy pogrążają się w smutku.

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

2. Faza graniczna, kiedy żałobnicy przyjmują określone sposoby zachowania oraz przywdziewają stosowny strój.
3. Faza powrotu do normalności, kiedy żałobnicy powracają do uprzedniego sposobu bycia. Czasami odprawiają dodatkowe obrzędy, które są wyrazem wiary, że dusza zmarłego osiągnęła już swe przeznaczenie [7, 10].

Śmierć to najsmutniejsze wydarzenie, które łączy się z wieloma zwyczajami, a w pewnych grupach społecznych przemienia się w oryginalne widowisko. Wszystko to zależy od usytuowania materialnego i pozycji społecznej rodziny zmarłego. Zjawisko śmierci oraz jej nieuchronność wpłynęło, wpływa i będzie wpływać na wszystkie kultury na całym świecie. Patrząc z perspektywy czasu, dostrzegamy pewną „prawidłowość” w poprzednich kulturach. Każda z nich próbowała na swój sposób oswoić ze śmiercią i cierpieniem z nią związanym współczesnych sobie ludzi. W tradycyjnych obrzędach istnieją różne zwyczaje związane z pożegnaniem umierającego i z pogrzebem. Przykładami takich zwyczajów mogą być: pojednanie się i wybaczenie sobie wzajemnych krzywd, otwieranie okien, aby dusza mogła swobodnie opuścić swoje ciało, w ręce zmarłego wkładanie zapalanej świecy, wynoszenie zwłok z domu stopami w kierunku wyjścia, układanie ciała w pokoju gościnnym na stole [8, 12]. Całość pogrzebu była formą pożegnania członka rodziny przed daleką podróżą, w którą udadzą się wszyscy. Pozwalało to zaakceptować fakt śmierci osoby bliskiej. We współczesnych obrzędach pogrzeb odbywa się na cmentarzu i jest niezauważalny dla osób, które w nim nie uczestniczą, rzadziej składa się kondolencje, nie nosi się żałoby, nie odmawia modlitwy [15]. Dla procesu przezwyciężania bólu związanego ze stratą i żałobą niezwykle cenne są takie rytuały i obrzędy, jak: pogrzeb i jego przygotowanie, osobiste pożegnanie ze zmarłym, spotkanie rodziny i przyjaciół po pogrzebie, okres oficjalnej żałoby, zachowanie pamiątek, świadome przeżywanie kolejnych rocznic śmierci. Gdy któraś z bliskich nam osób umiera i zostaje pochowana bez naszego udziału, wtedy w dłuższej perspektywie cierpimy jeszcze bardziej, gdyż zaczynamy dotkliwie odczuwać fakt, że nie pożegnaliśmy się ze zmarłym. Rytuały i obrzędy żałobne coraz częściej traktowane są jako zbędna tradycja, która odchodzi w zapomnienie. Po pogrzebie stosuje się różne formy upamiętniania zmarłego, takie jak: publiczne okazywanie żałoby po nim, wyrażającej się w stroju, odwiedziny cmentarza lub grobu, przynoszenie kwiatów i stawianie świecał na grobach, odwiedziny przyjaciół w domu zmarłego na tzw. wspominki, obchodzenie rocznic lub innych wspomnień dnia śmierci, stawianie epitafiów, nagrobków, mauzoleów, malowanie obrazów zmarłego. Według zwyczaju, gdy kondukt żałobny ruszał w drogę do kościoła, któryś z krewnych zmarłego biegł do stajni i wołał do bydła: Gospodarz już odchodzi! [12].

W godzinie śmierci zgodnie ze zwyczajem wzywa się księdza, wkłada do ręki gromnicę, odmawia modlitwy. Symboliczne znaczenie ma również zwyczaj zatrzymywania zegara, zasłaniania luster, okien, obrazów, dekorowanie kwiatami pomieszczenia, w którym przebywa zmarły oraz umieszczanie płonących świec,

pochówek w grobie. Człowiek, nie mogąc usunąć śmierci, starał się poprzez grób okazać swym zmarłym pamięć i bliskość, sobie zaś przez takie quasi-spotkania ulżyć w bólu rozstania [8, 10].

Współczesne postawy społeczne wobec śmierci różnią się od tradycyjnych, ponieważ śmierć zostaje wyparta ze świadomości i jest nieobecna w życiu – tzw. śmierć odwrócona lub śmierć na opak. Zmienia się język, w jakim mówimy o śmierci, najchętniej unikamy rozmów na ten temat, w razie konieczności używamy terminów zastępczych – człowiek nie umiera, tylko „odchodzi”. Dzieci są izolowane od osób umierających, a tematu śmierci unika się w ich gronie. W obliczu śmierci występuje silna więź, która spaja grupę, a elementami więzi jest zwyczaj odwiedzin i żegnanie się z osobą umierającą, składanie wyrazów współczucia rodzinie zmarłego, spotkania w domu zmarłego w celu wspólnego odmówienia modlitwy, udział w pogrzebie [15]. Według ateistów śmierć to przejście z przypadku w nicłość; uważają, że człowiek, który potrafi myśleć i kochać, pochodzi od czegoś mniejszego niż on, a zatem od czegoś, co nie potrafi myśleć i kochać. Buddyści wierzą, że śmierć jest tylko pozorna, gdyż pozorne jest życie poszczególnego człowieka; człowiek oświecony – na wzór Buddy – odkrywa, że jedynym sposobem na wyzwolenie się z iluzji istnienia jest nirwana, czyli całkowita obojętność na życie i cierpienie [5]. Nie ma zgodności wśród ludzi co do sposobu rozumienia śmierci.

Celem pracy jest analiza obrzędów pogrzebowych w wybranych religiach i kulturach.

Postrzeżenie śmierci i związane z nią obrzędy pogrzebowe w różnych religiach i kulturach świata

Tradycje i obyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią w religiach afrykańskich

Tradycyjne religie afrykańskie nie posiadają świętych tekstów, które byłyby podstawą wierzeń i obrzędów. Na terytorium jednego państwa występować może kilkaset tradycji religijnych, przekazywanych z pokolenia na pokolenie przez starszyznę plemienną.

1. Istnieje podział na dwa główne społeczeństwa tradycyjne: myśliwych-zbieraczy i rolników.
2. Myśliwi postrzegają śmierć jako naturalną kolej rzeczy i nie wypracowali jakiś wyszukanych koncepcji dotyczących życia w zaświatach. Nie znają okresu żałoby, a wspólnotowa i duchowa egzystencja człowieka kończy się dla nich w momencie pogrzebienia ciała zmarłego.
3. Duchy zmarłych czuwają nad żyjącymi krewnymi oraz wstawiają się za nimi u innych duchów. Chcąc zjednać sobie duchy, rodziny urządzą uczty na ich cześć, a czasami składają im ofiary ze zwierząt.
4. Wspólne spożywanie posiłku postrzegane jest jako rodzaj komunii między żywymi a zmarłymi [10, 16].

Romskie tradycje i zwyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią

1. Romowie uważają, iż dusza zmarłego przez pewien okres po śmierci wciąż przebywa w pobliżu.
2. Śmierć – stan przejścia – jest aktem kalającym. Kiedyś obawa przed skalaniem była bardzo silna i akt śmierci dokonywał się poza przestrzenią czystą, użytkowaną przez żywych. Rom umierał więc na ziemi, w specjalnym namiocie lub wozie.
3. Wszelkie czynności podejmowane po śmierci bliskiego mają ochronić rodzinę i społeczność przed negatywnym oddziaływaniem zmarłego, a działania obrzędowe mają zapewnić bezpieczeństwo.
4. Główną rolę w czynnościach związanych z przygotowaniem ciała zmarłego do pochówku odgrywa kobieta. Kalające właściwości kobiety sprawiają, iż jest ona odporna na oddziaływanie zwłok ludzkich.
5. We współczesnych obrzędach wskazuje się, że Rom powinien umierać w domu. Najbliżsi mają być obecni przy umierającym, aby uporządkować z nim swoje sprawy. Starają się o pozyskanie przebaczenia za wszystkie winy, inaczej umarły będzie chciał „nawiedzić” rodzinę.
6. Z chwilą śmierci rozpoczyna się trzydniowy okres czuwania, gdyż dusza przebywa jeszcze pośród żywych i może wrócić do swojego ciała. Aby jej to umożliwić twarz zmarłego pokrywa się chustą rozciętą pośrodku.
7. Przybyli wkładają zmarłemu do trumny różne rzeczy (pieniądze, papierosy, fajkę, grzebień, lustro, zegarek, fragmenty odzieży, sztucce). Nie wkłada się natomiast zapalek, gdyż dusza zmarłego krążąc przez najbliższy czas w okolicach domu, mogłaby wzniecić ogień. Z drugiej strony służy to uporządkowaniu wszelkich spraw ze zmarłym – załagodzeniu wszelkich ewentualnych żalów i pretensji, jakie mogły istnieć za życia. Wiąże się to z wiarą, że będą mu przydatne „na tamtym świecie”. W tym czasie powinien zostać zachowany post. Pije się tylko kawę i wódkę. Nie można się golić, czesać, myć mydłem. Nie można także pozostawić zmarłego nawet na chwilę samego, ani zasnąć podczas czuwania. Pieśni żałobne nie istnieją. Rzeczy należące do zmarłego powinny zostać starannie zniszczone.
8. Po pogrzebie rozpoczynają się obrzędy zaspokajania pragnienia duszy. Następuje akt pojenia jej, za pośrednictwem wybranej osoby. Ma ona być reprezentantem zmarłego. Osoba ta codziennie w południe przez sześć tygodni – nabiera czystej wody do dzbana, a następnie częstuje nią spotkanych Romów.
9. Tuż po pogrzebie ma miejsce pierwsza stypa, będąca jedynym spotkaniem, na którym można wspominać zmarłego. Organizowana jest w lokalu położonym blisko cmentarza. Następnie odbywają się jeszcze trzy stypy, ostatnia kończy okres żałoby [4].

Indiańskie tradycje i zwyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią

1. Rdzenni mieszkańcy Ameryki Południowej wierzyli w zmartwychwstanie i dalsze życie duszy po śmierci.
2. Duchy zmarłych przedstawiano jako istniejące i działające w roślinach, zwierzętach i przedmiotach. Miały one w sposób widzialny lub niewidzialny kontaktować się z człowiekiem i wpływać na jego los. Wszyscy zmarli mieli być dla żyjących pomocą oraz pełnić rolę pośredników w kontaktach z bóstwami. Tym samym przyczyniać się do urodzaju i wysokich plonów.
3. Kobiety z plemienia Chibcha z reguły towarzyszyły swym mężom w pośmiertnej podróży. W tym celu „płec piękną” odurzano mieszkanką narkotyków. Następnie kobiety – towarzyszkę życia – grzebano żywcem.
4. Drastycznie okres żałoby obchodzono wśród plemion Tereno i Aymara. W pierwszym przypadku matka i żona zmarłego przez miesiąc od śmierci mężczyzny rozrywały sobie piersi ostrymi kawałkami drzewa. Rany zaś nacierały wilgotną ziemią, siedząc bez odzieży w rogu chaty. Nie mogły w tym czasie na nikogo spojrzeć i z nikim nie wolno im było rozmawiać. W drugim przypadku, w momencie śmierci kobiety w położu lub kobiety, którą podejrzewano, że jest czarownicą, grzebano ją twarzą do ziemi. Czasami ciała palono, w obawie przed pożarciem przez zwierzęta [9, 10, 17].

Tradycje i obyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią w Indiach (Hinduizm)

1. W hinduizmie powszechna jest wiara w reinkarnację. Według hinduistów dusza przechodzi przez coraz wyższe postacie – od przedmiotu, przez postać rośliny, zwierzęcia, człowieka po zjednoczenie i stopienie się z *Brahmanem* (Bogiem, Absolutem) raz na zawsze. Śmierć umożliwia przejście do kolejnej postaci.
2. Uroczystości towarzyszące śmierci pełnią bardzo ważną funkcję i są ujęte w ramy prawa religijnego, gdyż wynikają bezpośrednio z hinduistycznej koncepcji duszy ludzkiej i reinkarnacji.
3. Powszechnie przyjętą formą pozbycia się ciała jest kremacja, przeprowadzana na brzegu rzeki, najlepiej świętego dla Hindusów *Gangesu*.
4. Przez wiele stuleci od pogrążonej w żałobie wdowy oczekiwano, że położy się na stosie obok zmarłego męża i spłonie razem z nim. Od 1829 r. zwyczaj ten został zakazany przez Brytyjczyków rządzących w Indiach.
5. Przez 10 dni od pogrzebu żałobników uważa się za osoby nieczyste, które muszą przebywać w odosobnieniu. Codziennie muszą brać udział w obrzędach, które mają umożliwić uwolnionej z powłoki cielesnej duszy odnalezienie nowego ciała.
6. W późniejszym terminie przeprowadza się ponowną ceremonię pogrzebową. Ze stosu wybiera się kości i umieszczone w specjalnych pojemnikach opuszcza się do wody.

7. Święto zmarłych trwa 10 dni podczas których duszom zmarłych ofiarowuje się pożywienie, by mogły przetrwać podróż przez dziesięć piekieł. Jesienią głowa rodziny podczas pierwszego nowiu księżyca odprawia rytuały upamiętniające zmarłych z poprzednich pokoleń [9, 16].

Tradycje i obyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią w Izraelu (Judaizm)

1. Judaizm nie traktuje śmierci jako wielkiej tragedii, nawet jeśli nastąpi ona bardzo wcześnie. Śmierć jest procesem naturalnym. Tak samo jak życie, ma znaczenie i jest częścią boskiego planu.
2. Judaizm przyjmuje, że dusza istnieje po śmierci ciała. Pośmiertną rzeczywistość określa mianem Olam Haba. Po śmierci dusza „staje” przed sądem – gdzie oceniana jest za swoje dobre i złe czyny.
3. We współczesnym judaizmie zachowało się wiele starożytnych zwyczajów, ale najważniejszą cechą żydowskiego pochówku jest jego prostota.
4. W godzinę śmierci umierający wyznaje grzechy i wypowiada pierwszy werseł *Szemy* (jednej z najważniejszych modlitw).
5. Ciało zmarłego obmywa się i owija w biały lniany całun. Zwłoki umieszcza się w skromnej drewnianej trumnie, zbitej ze zwykłych desek, albo składa się zawinięte w całun bezpośrednio do ziemi.
6. Do trumny lub grobu wkłada się garstkę ziemi pochodzącą z Izraela.
7. Do podstawowych elementów nabożeństwa pogrzebowego należą psalmy, mowa pochwalna, modlitwy za spokój duszy oraz odmówienie *kadiszu*.
8. Po powrocie z pogrzebu żałobnicy spożywają skromny posiłek.
9. Wśród ortodoksyjnych Żydów panuje zwyczaj, że członkowie rodziny zmarłego drą górną część odzieży i odbywają siedmiodniowy okres pokuty, w czasie którego nie opuszczają domów.
10. Żałoba może trwać miesiąc albo rok, a kolejne etapy powracania żałobników do normalnego życia odzwierciedlają stopniowy postęp duszy zmarłego na drodze ku wieczności [2, 10, 11].

Tradycje i obyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią w Iraku (Islam)

1. Śmierć jest czymś nieuniknionym, ale nie jest końcem ostatecznym. Jest przejściem do innego życia. Śmierć nie jest zła, jest nawet uważana za zjawisko pozytywne – powrót do Boga. Człowiek jest zabierany z ziemi przez anioła śmierci, który oddziela duszę od ciała i zabiera ją do Boga. Jeśli Bóg wybaczy człowiekowi grzechy, dusza wraca do ciała, jeśli nie, wraz z innymi duszami czeka na męki piekielne.
2. Zmartwychwstanie następuje dopiero na końcu istnienia wszechświata. Ludzie zmartwychwstaną, by udać się na Sąd Ostateczny, który jest tak samo nieunikniony, jak śmierć i koniec świata.
3. Umierający muzułmanin odmawia tradycyjną modlitwę, po jego śmierci zgromadzeni recytują fragmenty Koranu.

4. Oczy zmarłego zamyka się, a stopy wiąże. Wszystkie otwory ciała wypycha się bawełną, a zwłoki spryskuje wodą różaną oraz kamforą i owijają się w całuny.
5. Pogrzeb odbywa się szybko, jeśli to możliwe najlepiej w ciągu doby od zgonu.
6. Groby są na tyle głębokie, by zmarły mógł w nim „usiąść”.
7. Ciało kładzie się na prawym boku a twarz odwraca w kierunku *Mekki*.
8. Kolorem żałoby jest niebieski [1, 9].

Tradycje i obyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią – Buddyzm

1. Śmierć jest traktowana jako początek nowej formy istnienia, w drodze do osiągnięcia stanu nirwany.
2. Istnieje wiele form pogrzebu (kremacja, pochówek, balsamowanie zwłok, wystawienie ciała na świeżym powietrzu).
3. Umierającemu czyta się *Księgę umarłych*, która przygotowuje go do walki z koszmarami nawiedzającymi nieodrodzoną duszę.
4. Astrolog układa horoskop na moment zgonu, który pomaga dobrać rytuały pogrzebowe oraz określić sposób pochówku.
5. Stypa trwa dwa dni, w czasie których posiłki podaje się również zmarłemu. Następnie zwłoki kremuje się lub pozostawia na zboczach gór.
6. Drewnianą kukłę (symboliczny wizerunek zmarłego) ubiera się w stroje, których używał za życia zmarły i przez 49 dni intonowane są przed nią rozmaite pieśni obrzędowe.
7. Kolorem żałoby jest biały [5].

Tradycje i zwyczaje w Świąto zmarłych w Japonii i w Chinach

1. Japonia: Świąto Latarni zwane Obon trwa od 13 do 16 czerwca. Podczas święta, dusze zmarłych powracają do domów, gdzie przygotowuje się dla nich strawę i rozrywkę. Przed wejściem wiesza się latarnie, które wskazują drogę zmarłym.
2. Chiny: ceremonie za duszę ludzką „duchową” i „zwierzęcą” odprawia się jesienią, latem i wiosną. Żywi zjednują sobie duszę zwierzęcą, by ich nie niepokoiła, a duchową proszą o opiekę i pomoc. Najważniejsze jest święto Głodnych Duchów, czyli zmarli którzy nie mają nikogo z rodziny, by ich karmił, stają się złymi duchami. Podczas święta pożywienie symbolizują lampki z kwiatu lotosu, obnoszone po ulicach oraz świeczki umieszczane na małych łódkach spuszcanych do rzek o zmierzchu [9].

Tradycje i obyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią – Chrześcijaństwo

1. Pierwsi chrześcijanie nie okazywali żalu po stracie najbliższych, ponieważ wierzyli, że zmarli oczekują w niebie na chwilę zmartwychwstania. Pogrzeby traktowano jako dobrą okazję do wyrażania radości, czego wyrazem było

przywdziewanie białych szat. Dopiero od około VIII w. zaczęto niepokoić się o to, co się dzieje po śmierci i żałobnicy zaczęli nosić czarne stroje.

2. Na podstawie nauk i zmartwychwstania Chrystusa chrześcijanie wierzą, iż śmierć jest przejściem z doczesności do wieczności, a dusza człowieka zostaje zbawiona lub potępiona [16].

Pogrzebowe obrzędy chrześcijańskie różnią się w zależności od odłamu religii

Katolicyzm

Umierający wzywa księdza, który wysłuchuje spowiedzi i daje rozgrzeszenie. Następnie udziela sakramentów komunii świętej oraz ostatniego namaszczenia. W dniu pochówku odprawiona zostaje msza żałobna. Ksiądz błogosławi ciało w trumnie, używając do tego celu kadzidła, a następnie kropi je wodą [7, 16].

Religia grekokatolicka

Pierwszy etap pochówku trwa od trzech do pięciu lat. Następnie w czasie uroczystości rodzinnej, w której uczestniczy ksiądz, następuje ekshumacja ciała. Kości zmarłego myje się, suszy na słońcu, następnie wkłada do urny i umieszcza w kolumabrium (zbiorowym grobowcu) [7, 16].

Ateizm

Pogrzeb świecki odprawiany jest przez Mistrza Ceremonii. W czasie uroczystości nie ma mowy o wierze, Bogu, nie są odprawiane modlitwy. Prowadzący ceremonie wspomina „zgasłego” (a nie zmarłego), przytacza ważne wydarzenia z jego życia [16].

Tradycje i obyczaje oraz obrzędy związane ze śmiercią w Polsce

1. Według znanych w całej Polsce wierzeń i baśni ludowych, śmierć ukazuje się ludziom w ostatniej godzinie życia, ale tylko umierającym, bo dla innych jest niewidzialna. Podchodzi do łóżka i wpatruje się uparcie w chorego, dopóki ten nie umrze. Jeśli stanie u wezłowania chorego jest jeszcze szansa, że chory wyzdrowieje, jeśli w nogach łóżka – człowiek musi umrzeć.
2. Zwiastunami nadchodzącej śmierci mają być: sny prorocze, niezwykle zachowanie zwierząt – wycie psa zwłaszcza ze spuszczonego ku ziemi pyskiem, niepokój koni, tajemnicze dźwięki.
3. Rodzina i bliscy czuwali i modlili się przy chorym aż do końca. Należało przy tym zachować skupienie, powagę, wstrzymać się od rozmów i głośnego płaczu, aby umierający mógł odejść w spokoju.
4. Według wierzeń zgon następował wówczas, gdy nieśmiertelna i niezniszczalna dusza opuszczała ciało przez usta lub nos jako cień, obłoczek pary, przezroczysty owad, ostatni oddech. Dopiero po stwierdzeniu zgonu rodzina mogła opłakiwać zmarłego. Aż do pogrzebu domownicy nie mogli iść spać. Uważano, że sen w pobliżu zmarłego może wywołać chorobę.

5. Ręce zmarłych oplatano różańcem, wkładano modlitewnik lub święty obrazek z wizerunkiem Matki Bożej. Tak ubraną osobę układano w trumnie, o jasnej barwie dla dzieci i młodzieży, o ciemnej dla osób starszych. Ostatnim aktem uroczystości pogrzebowych była *stypa*.
6. Obecnie po zgonie, najbliższa rodzina kontaktuje się z zakładem pogrzebowym, który zabiera zwłoki. W tym zakładzie myje się i ubiera zmarłego, i umieszcza go się w trumnie. W wyznaczonym dniu zakład pogrzebowy przywozi trumnę z ciałem do kościoła, w którym odbywa się nabożeństwo, po którym razem z księdzem i żałobnikami udają się na cmentarz, gdzie zwłoki są chowane do grobu. Ksiądz odmawia modlitwę, po czym bierze garść ziemi, rzuca ją na trumnę i mówi: z prochu powstałeś, w proch się obrócisz. Po tym każdy żałobnik podchodzi i sypie garść ziemi na trumnę.
7. Chrześcijanie wierzą w życie pośmiertne. Każdy, kto przestrzegał przykazania Boże, zostanie zbawiony i pójdzie do nieba, a ci, którzy nie wyrzekaną się grzechu, zostaną zesłani w otchłań piekła [8, 10, 12, 18].

Kaszuby

Noc przed pochowaniem zmarłego organizuje się „pustą noc”. Znajomi, przyjaciele i krewni schodzą się i śpiewają nad ciałem pobożne pieśni. Nieboszczyków ubiera się w długą po kostki koszulę z białego lub czarnego materiału. Nazajutrz ciało stoi w kościele w czasie mszy świętej. Następnie odprawiane jest uroczyste nabożeństwo na cmentarzu. W dniu Zaduszek Kaszubi oddają cześć zmarłym. Palą w piecach, aby duchy mogły się ogrzać, nie wolno wylewać wody na podwórze, spuszczać psy z łańcuchów, bo to mogłoby pogniewać duchy [2, 8, 12].

Śląsk

Według zwyczaju, gdy kondukt żałobny ruszał w drogę do kościoła, któryś z krewnych zmarłego biegł do stajni i wołał do bydła: Gospodarz już odchodzi! W godzinie śmierci zgodnie ze zwyczajem wzywa się księdza, wkłada do ręki gromnicę, odmawia modlitwy. Symboliczne znaczenie ma również zwyczaj zatrzymywania zegara, zasłaniania luster, okien, obrazów. Trumnę z ciałem zmarłego „wystawia się” w reprezentacyjnym pokoju i dekoruje kwiatami oraz umieszcza obok płonące świece. Pogrzeb nierzadko jest uroczysty, z udziałem śląskiej orkiestry. Istnieje wiele przesądów o zapowiadających śmierć znakach: wyjący ze spuszczoną głową pies, sen o brudnej wodzie, pęknięte lustro. Rozpowszechnione są też wierzenia i wyobrażenia dotyczące ukazywania się dusz zmarłych ludzi oraz śmierci, które w różnym celu nawiedzają żyjących. Kolorem żałobnym od pradawnych czasów jest biel [2, 8, 12].

Mazury

Zmarły przed oddaniem ducha, musi pocałować krzyż i trzymać w dłoni zapaloną świecę, która ma za zadanie ułatwić mu przejście w stronę światła, na ten tak zwany drugi świat. Zatrzymuje się zegar, a lustra i okna zasłania

się białym materiałem, aby dusza mogła swobodnie odlecieć, nie odbijając się o szklane zwierciadła. Mieszkańcy Mazur wierzą, że człowiek po śmierci funkcjonuje w taki sam sposób, jak przed nią. Ma zdolność odczuwania warunków, w jakich się znajduje, stąd też wynika troska o odpowiednią trumnę. Od momentu śmierci do pogrzebu ciało znajduje się w domu, w którym rodzina i sąsiedzi spotykają się na czuwaniu przy trumnie zmarłego. Czas ten wypełnia się głównie modlitwą za dusze zmarłego. Bliscy wykonują sobie zdjęcia ze zmarłym, który leży na specjalnym katafalku w trumnie [2, 8, 12].

Podlasie

W dzień śmierci przychodzą sąsiedzi, by czuwać przy zmarłym, modlą się, śpiewają. Na następny dzień jest wyprowadzenie obowiązkowo „nogami do przodu”, niosąc lub wioząc bez żadnych przystanków trumnę do kościoła. Potem uroczystość na cmentarzu i „konstelacja” w domu zmarłego, czyli mały poczęstunek. Żałoba noszona jest na ogół przez cały rok, objawia się czarnym strojem, nie uczestniczeniem w zabawach, nie tańczeniu. Pierwsza noc po pogrzebie jest nocą pożegnania zmarłego ze swoimi bliskimi, ale większość rodzin zamyka dom, gospodarstwo, aby osoba nieżyjąca nikogo nie zabrała ze sobą [2, 8, 12, 18].

Współczesne alternatywy pogrzebu

Bizuteria ze zmarłych

1. „Diamenty pamięci” – bo tak nazywają się diamentowe ozdoby przetworzone z prochów zmarłych – cieszą się coraz większą popularnością także w Polsce, choć kremacja nie jest jeszcze u nas tak powszechna, jak np. w USA.
2. Rodzina zmarłego może sobie zażyczyć diamentu w dowolnym kolorze: różowym, żółtym, niebieskim.
3. Do wyboru jest też kilkadziesiąt kształtów. Wielkość kamieni waha się od ćwierć do ponad jednego karata. Można też zamówić wygrawerowanie fragmentu wiersza, a sam diament może zostać oprawiony w jeden z wielu wzorów pierścionków czy breloczków.
4. Jak powstaje diament pamięci? Po skremowaniu z prochów wydziela się węgiel i specjalna prasa przekształca go w grafit, a potem w diament. Ten później jest szlifowany i oprawiany. Proces trwa kilka miesięcy, a rodzina może jego kolejne etapy obserwować w Internecie.
5. Nowa usługa nie jest profanacją zwłok – zapewnia Wojciech Krawczyk, szef Polskiego Stowarzyszenia Kremacyjnego. Wyjaśnia, że diament powstaje z części prochów, reszta trafia do urny i zostaje pochowana, a polskie prawo nie zabrania dzielenia prochów [19, 23].

Pogrzeb na księżycu

Firma Celestis umożliwia pogrzeby na Księżycu. Amerykanie oferują wysyłanie w kosmos jednego grama prochów zmarłego za około 6,5 tys. euro. Firma przewiduje specjalne zniżki. Zniżki dotyczą małżeństw, które zdecydują się na

wspólny pochówek na satelicie Ziemi. Dodatkowo rodzina musi pokryć koszty kremacji. Reszta prochów będzie rozsypywana do morza, w pobliżu miejsca startu rakiety. Najbogatsi będą mogli osobiście wybrać się na pogrzeb na Księżycu [20, 21, 22].

Podsumowanie

1. Kult zmarłych i związane z nim obrzędy są równie stare, jak historia ludzkości i noszą piętno czasów, i kultur, które je stworzyły.
2. W każdej kulturze śmierć postrzegana jest w inny sposób. Wierzenia i tradycje z nią związane to ciągle "żywy" temat, ponieważ ludzie nieustannie wprowadzają nowe obyczaje, często eksportując na miejscowe tereny dziwne, niezrozumiałe zachowania. Powoduje to, niestety, zatracanie oryginalnych tradycji pogrzebowych i ujednolicanie kultury obrzędów.
3. Śmierć inaczej jest postrzegana w dużych miastach i na wsiach. W tych pierwszych „śmierć jest problemem, który należy szybko i po cichu rozwiązać”. Żyjący w metropoliach nie mają czasu na rozmyślanie o śmierci, życiu po niej. Dlatego ciężiej jest im się pogodzić z chorobą i nadchodzącą śmiercią. Na wsi moment śmierci jest w pewien sposób celebrowany, ludzie są przygotowani na ostatnią drogę życia. W dużym stopniu na różnice w postrzeganiu śmierci ma wpływ postęp cywilizacyjny, a co za tym idzie odejście od Boga, religii, coraz powszechniejsze w wielkich miastach, gdzie nie ma czasu na wiarę.
4. W czasach współczesnych rozpowszechnia się kremacja ciał, która jest bardziej ekonomiczna od tradycyjnych pochówków.
5. Obecnie dominują trzy typy poglądów na śmierć: naturalistyczny zakładający, że śmierć jest końcem, teistyczny zakładający życie pozagrobowe (chrześcijaństwo, islam) oraz buddyzm zakładający wędrówkę dusz i ich dążność do doskonalenia się aż do osiągnięcia nirwany.

Piśmiennictwo

1. Encyklopedia PWN. Religie świata. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2006.
2. Encyklopedia PWN. Obyczaje, języki, ludy świata. Wydawnictwo Naukowe PWN 2007.
3. Innes B.: Granice śmierci, Warszawa 1999.
4. Kawarska A. J.: Polska Roma. Tradycja i współczesność. Warszawa 2005.
5. Keown. D.: Buddyzm. Wydawca Prószyński i Ska. Warszawa. 1997.
6. Krajewska-Kułak E. Nyklewicz W., Łukaszuk C.: W drodze do brzegu życia, Białystok 2007.
7. Kramer K. P.: Śmierć w różnych religiach świata. WAM, Kraków 2007.

8. Kuchowicz Z.: *Obyczaje staropolskie XVII–XVIII wieku*. Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 2000.
9. Lewandowski E.: *Religie dalekiego i środkowego wschodu*. Wyd. Towarzystwa Krzewienia Kultury Świeckiej. Łódź 1986.
10. Lewis J. R.: *Życie po śmierci. Encyklopedia wierzeń, mitów i zjawisk*, Warszawa 1999.
11. Norman S.: *Judaizm*. Wydawnictwa Prószyński Iska, Warszawa 1997.
12. Ogrodowska B.: *Polskie tradycje i obyczaje rodzinne* Wyd. Muza SA, Warszawa 2007.
13. Przeclawski K.: *Etyka i religia w przełomie tysiąc leci, ciągłość i zmiany*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
14. Tokarczyk R.: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kantor Wydawniczy Zakamycze, Zakamycze 2006.
15. Taranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z.: *Elementy socjologii dla pielęgniarek*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
16. Zdybicka Z. J.: *Religie i religioznactwo*. Katowicki Uniwersytet Lubelski, Lublin 1992.

Netografia

17. www.wiadomosci24.pl/arttykul/rytuale_pogrzebowe_i_zaloba_u_indian_49250.html, 2010.
18. www.bialabp.edu.pl/Publikacje_nauczycieli/p.n.rozne/janowpodlaski.pdf, 2011.
19. www.wikipedia-Krematorium Krematorium der Stad Düsseldorf Bild-Zeitung „Wertvolles Andenken nach dem Tod” 2011.
20. www.filmweb.pl 2011.
21. www.wprost.pl/ cmentarz w kosmosie 2011.
22. www.wiara.pl cmentarz na księżycu 2011.
23. www.onet.pl ciekawostki, diamenty ze zwłok 2011.

Elżbieta Krajewska-Kułak¹, Krystyna Wróblewska^{2,3}, Paweł Radziejewski⁴,
Agnieszka Sobocińska³, Joanna Chilińska^{2,3}, Marian Jaszewski³,
Hanna Majewska³, Jan Bajno³, Romuald Krynicki³

Postawy chorych wobec przesądów i zabobonów

„Nic nie daje takiej władzy nad ludem
jak zabobon”

Paul Thiry Holbach [A]

Dawne przesady, nawiązując do minionych wierzeń oraz do legend, zakładały istnienie niesprecyzowanych, nadprzyrodzonych mocy i często stanowiły zmienioną postać wierzeń religijnych. Współczesne przesady zwykle próbują doszukiwać się racjonalnych podstaw z wykorzystaniem interpretacji aktualnego stanu wiedzy.

Encyklopedia PWN podaje, iż przesady, to „irracjonalne przekonania, poglądy przyjmowane stanowczo, lecz bez należytego uzasadnienia, zazwyczaj sprzeczne z faktami i trudne do usunięcia za pomocą racjonalnej argumentacji...” [1].

Zabobony zaś, to „wierzenia występujące w danej społeczności w formie przeżytku kulturowego; pozostałość myślenia magicznego, wróżbiarstwa lub dawnej religii” [1].

Bocheński [2] wyróżnia zabobony względne – „wierzenia sprzeczne z wyznawanym przez nas światopoglądem” oraz zabobony bezwzględne – „twierdzenie nieprawdzie, bądź bezsensowne, bądź sprzeczne z faktami, prawami logiki, względnie przyjętymi zasadami wnioskowania”.

U wszystkich prawie ludów, oprócz swoistych wierzeń, istniały amulety, którym przypisywano tajemną moc, chroniącą właściciela od chorób oraz niebezpieczeństw i które sporządzano według zasady, „złe należy odstraszać złem, straszne strasznym” [3]. Wierzono np., iż przed urokiem rzuconym przez np. „złe oko”,

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Instytut Medyczny PWSliP w Łomży

³ Szpital Wojewódzki w Łomży

⁴ Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

powinno chronić oko zrobione z agatu. Talizmanami przynoszącymi szczęście bywały nie tylko kamienie szlachetne, a także rośliny, zwłaszcza korzeń mandragory, popularny w lecznictwie, ale i obdarzający właściciela niezmierną mocą [4, 5]. Największą siłą magiczną odznaczała się mandragora rosnąca pod szubienicą, na której wisielec, zgodnie z dawnym obyczajem, wisiał odpowiednio długo. Rzymski historyk, Pliniusz, opisywał, jak chorzy, poddawani różnym bolesnym operacjom, aby nieco osłabić ból, żuli kawałek korzenia mandragory [4, 5].

Zgodnie z duchem średniowiecza w krajach chrześcijańskich długi czas panowało przekonanie, iż choroba jest zazwyczaj karą za grzechy i że najskuteczniejszym sposobem na nią jest łaska boska lub współdziałanie aniołów świętych [3]. W związku z tym opieka nad duszą i ciałem wzajemnie się uzupełniały i należały do obowiązków duszpasterzy, kapłanów i mnichów, z reguły zalecających skrucę, pokutę, modlitwę i posty [4].

Wiek XIX, to nie tylko okres unaukowania działalności lekarskiej, ale także czas zakładania szpitali oraz szkół przez homeopatów, tworzenia się sekt medycznych, m.in. izopatii (terapia chorób przewlekłych, jak i ostrych za pomocą preparatów zawierających niskorozwinięte formy endobiontów grzybów pleśniowych, mających zdolność rozbijania i unieszkodliwiania form wysokorozwiniętych, patologicznych, chorobotwórczych tychże grzybów) [cyt. za 3], mesmeryzmu (zakładającego istnienie emitowanych przez żywe organizmy fluidów odpowiedzialnych u ludzi za uczucia i sympatie) [cyt. za 3] i innych, jak heliodapatia, mazdaznanizm, baunscheidtyzm, elektrohomeopatia, hipnotyzm, eddyizm, leczenie lustrami, kręgarstwo [4, 5].

Celem pracy była ocena postawy chorych wobec przesądów i zabobonów.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 100 pacjentów Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, zawierający 6 pytań ogólnych i 12 zasadniczych.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 33 (33%) mieszkańców wsi i 67 (67%) mieszkańców miasta. Przeważały osoby w wieku 41–50 lat – 34% (34 osoby – 10 ze wsi i 24 z miasta), 31–40 lat – 12% (12 osób – 3 ze wsi i 9 z miasta); 51–60 lat – 27% (27 osób – 6 ze wsi i 21 z miasta) oraz 61–70 lat – 11% (11 osób, 6 ze wsi i 5 z miasta). Pozostałe osoby były w wieku od 20 do 25 lat – 8% (4 z miasta i 4 ze wsi), od 71 do 80 lat – 5% (2 ze wsi i 3 z miasta) oraz 26–30 lat – 4% (2 osoby z miasta i 2 ze wsi).

Najwięcej było pacjentów płci żeńskiej 70% (70 osób, 22 ze wsi i 48 z miasta). Mężczyźni stanowili 30% (11 ze wsi i 19 z miasta).

W analizowanej grupie przeważały osoby wyznania katolickiego 95% (95 osób w tym 31 ze wsi i 64 z miasta). Jeden mieszkaniec miasta był wyznania luterńskiego, a jeden prawosławnego. Pozostałe 3% (3 osoby – w tym 1 ze wsi i 2 z miasta) określiły się jako niewierzące.

Za osoby wierzące i praktykujące uważało się 83% badanych (83 osoby, 28 ze wsi i 55 z miasta). Pomimo deklaracji wyznania katolickiego, 5% ankietowanych, 2 ze wsi i 3 z miasta) nie uważało się za osobę wierzącą i praktykującą, a 12% (12 osób, w tym 3 ze wsi i 9 z miasta) nie miało w tej kwestii wyrobionej opinii. Za osobę w ogóle nie religijną uznała się jedna osoba ze wsi, za raczej niereligijną 9% badanych (3 ze wsi i 6 z miasta), a za obojętne religijnie – 4% (1 ze wsi i 4 z miasta). Jako raczej religijne określiło się 57% ankietowanych (57 osób, 18 ze wsi i 39 z miasta), a jako bardzo religijne – 29% (29 osób 10 ze wsi i 19 z miasta).

Większość chorych (46% – 46 osób, 5 ze wsi i 41 z miasta) zgadzała się ze stwierdzeniem, iż duże znaczenie dla rozwoju charakteru człowieka ma to, pod jakim znakiem zodiaku się urodził. Zdecydowanie zgadzało się z tym stwierdzeniem 23% (23 osoby, 2 ze wsi i 21 z miasta) i taki sam odsetek raczej zgadzał się – 23% (23 osoby, 3 ze wsi i 20 z miasta). Raczej nie zgadzało się 22% pacjentów (22 osoby, 13 ze wsi i 9 z miasta), a zdecydowanie nie zgadzało się – 13% (5 ze wsi i 8 z miasta). Niezdecydowanych w powyższej kwestii było 19% badanych (10 ze wsi i 9 z miasta).

Zdaniem 36% (17 ze wsi i 19 z miasta) respondentów są przedmioty, talizmany, które przynoszą szczęście. Zdecydowanie zgadzało się z tym stwierdzeniem 4% chorych (2 ze wsi i 2 z miasta), a raczej zgadzało się – 32% (28 osób, 15 ze wsi i 17 z miasta). Opinię przeciwną wyraziło 32% (32 osoby, 9 ze wsi i 23 z miasta). Z powyższym stwierdzeniem raczej nie zgadzało się 13% chorych (13 osób, 3 ze wsi i 10 z miasta), a zdecydowanie nie zgadzało się 19% (19 osób, 6 ze wsi i 13 z miasta). Niezdecydowanych w powyższej kwestii było 29% badanych (19 osób, 6 ze wsi i 23 z miasta).

W opinii 44% badanych chorych (44 osób, 8 ze wsi i 36 z miasta) są daty, dni tygodnia które przynoszą pecha. Zdecydowanie przekonanych o tym było 20% badanych (20 chorych, 5 ze wsi i 15 z miasta), a raczej przekonanych – 24% (24 chorych, 3 ze wsi i 21 z miasta). Nie uważało tak 47% osób (47 osób, raczej nie – 12 ze wsi i 11 z miasta oraz zdecydowanie nie – 10 ze wsi i 14 z miasta). Opinii swojej nie wyraziło 9% badanych (9 osób, 3 ze wsi i 6 z miasta).

Horoskopy w gazetach czytało 80% badanych (80 osób, 25 ze wsi i 55 z miasta). Zawsze czyniło to 8% chorych (8 osób, 2 ze wsi i 6 z miasta), często – 6% (6 osób, 1 ze wsi i 5 z miasta), a czasami – 66% badanych (66 osób, 22 ze wsi i 40 z miasta). Nigdy nie czytało horoskopów 24% pacjentów (24 osoby, 8 ze wsi i 16 z miasta).

Z porad horoskopowych on-line, sms nie korzystało 88% badanych (88 osób, 28 ze wsi i 60 z miasta). Pozostałe 12% (12 osób, 5 ze wsi i 7 z miasta) korzystało z takiej możliwości pozyskiwania informacji.

Większość badanych osób – 62% (62 osoby, 25 ze wsi i 37 z miasta) nie była nigdy u wróżki, wróża, jasnowidza. Pozostali odwiedzali ich wiele razy – 4% (4 osoby, 3 ze wsi i 1 z miasta), kilka razy – 13% (13 osób, 2 ze wsi i 11 z miasta) lub tylko jeden raz – 21% (21 osób, 3 ze wsi i 18 z miasta).

W swoim codziennym życiu wskazania horoskopu brało pod uwagę 87% badanych (87 osób, 21 ze wsi i 66 z miasta). Zawsze czyniło to 20% chorych (20 osób, 3 ze wsi i 17 z miasta), w większości przypadków – 23% badanych (23 osoby, w tym 1 ze wsi i 22 z miasta), czasami 22% (22 osoby, w tym 1 ze wsi, 21 z miasta), a rzadko – 22% (22 osoby, 16 ze wsi i 6 z miasta). Nie czyniło tak nigdy 13% badanych (12 osób ze wsi i 1 z miasta).

Z reguły pacjenci wierzyli w telepatię – 58% (58 osób, 18 ze wsi i 40 z miasta), w opętanie przez diabła – 54% (54 osoby, 18 ze wsi i 36 z miasta).

Rzadziej wierzyli w magię – 34% (34 osoby 5 ze wsi i 28 z miasta) i przepowiednie tarota – 18% (2 ze wsi i 16 z miasta).

W astrologię i wpływ położenia gwiazd i planet na życie ludzi wierzyło 50% badanych (50 osób, 19 ze wsi i 31 z miasta) i taki sam odsetek miało inne zdanie (50 osób, 14 ze wsi i 36 z miasta)

W telepatię nie wierzyło 42% chorych (42 osoby, 15 ze wsi i 27 z miasta), w opętanie przez diabła – 36% (36 osób, 15 ze wsi i 31 z miasta), w magię – 66% (66 osob, 28 ze wsi i 38 z miasta), a w przepowiednie tarota – 72% badanych (72 osoby, 31 ze wsi i 41 z miasta).

Z pomocy znachorki/„babki” nie korzystało 91% badanych i taki sam odsetek ich rodzin (91 osób, 29 ze wsi i 62 z miasta). Kilka razy spotykało się z nimi 5% chorych i taki sam odsetek ich rodzin (2 ze wsi i 3 z miasta), a jeden raz 4% pacjentów i taka sama liczba ich rodzin (po 2 ze wsi i z miasta).

W opinii badanych pacjentów znachorki/„babki” funkcjonują jeszcze na Kurpiach, Mazurach, Podolu, Orli, Olszynch, Hajnówce.

Najbardziej znane wśród chorych przesady związane były z „potrzebą chwycenia się za guzik widząc kominiarza” – 88% badanych (88 osób, 32 ze wsi i 56 z miasta), „odpukiwania w niemalowane, aby czegoś nie zapeszyć” – 87% chorych (87 osób, 30 z miasta i 57 ze wsi), „dawania kopniaka na szczęście” – 86% (86 badanych, 31 ze wsi i 55 z miasta), przekonaniem iż „rozbitcie lustra zwiastuje siedem lat nieszczęść” – 79% (79 osób, 30 ze wsi i 49 z miasta) oraz że „trzeba ścisnąć kciuki przy kibicowaniu” – 76% (76 osób, 28 ze wsi i 47 z miasta).

Najmniej znanym twierdzeniem były przekonania, iż „kobiecie w ciąży nie wolno patrzeć na słońce, bo dziecko będzie się zanosilo płaczem” – 73% (73 osoby, 25 ze wsi i 48 z miasta), „należy wrócić do domu, jeśli przy wychodzeniu potknie się o próg” – 72% (73 osoby, 25 ze wsi i 47 z miasta), „kobiecie w ciąży

Tabela 1. Przesady znane i stosowane przez pacjentów

	ZNAJOMOŚĆ						PRZESTRZEGANIE					
	wieś		miasto		razem		wieś		miasto		razem	
	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie
nie ścina się włosów przed maturą	22	11	45	22	67	33	22	11	32	35	54	46
posiadanie czegoś czerwonego na maturze	22	11	51	16	73	27	19	14	41	26	60	40
zakładanie zawsze tego samego garnituru/ ubrania na egzamin	21	12	22	55	43	57	23	10	17	50	40	60
zaginanie ostatniej kartki w indeksie, bo inaczej nie ukończy się studiów	24	9	24	43	48	52	25	8	19	47	34	66
nakładanie okładki na indeks dopiero po zakoń- czeniu pierwszego roku, bo wcześniejsze może spowodować brak promocji	25	8	19	47	44	56	25	8	16	51	41	59
kolor czerwony chroni noworodka od wszelkich uroków i nieszczęść	24	9	38	29	62	38	15	18	28	39	43	57
nie wolno z noworodkiem wychodzić na spacer dopóki nie zostanie ochrzczony	19	16	28	39	47	53	19	14	22	45	41	59
nie wolno podnosić kwiatów leżących na dro- dze, bo razem z nimi zabiera się choroby ich poprzednich właścicieli	24	9	18	49	42	58	24	9	16	51	40	60
nie wolno nalewać wrzątku do pustej filiżanki lub szklanki, bo może to spowodować złe fatum	14	19	20	47	34	56	13	20	18	49	31	69
trzeba chwycić się za guzik widząc kominiarza	32	1	56	11	88	12	18	15	47	20	65	35
trzeba dać kopniaka na szczęście	31	2	55	12	86	14	20	13	44	23	64	36
trzeba odpukać w niemalowane, aby czegoś nie zapeszyć	30	3	57	10	87	13	24	9	47	20	71	29
nie podaje się ręki na krzyż lub przez próg	24	9	51	16	40	60	22	11	41	26	63	37
trzeba ścisnąć kciuki przy kibicowaniu	28	5	47	19	76	24	11	22	42	25	53	47
nie przechodzi się pod drabiną, ani pomiędzy „nogami” drogowoskaszów i tablic	23	10	50	17	73	27	22	11	40	27	62	38
rozbicie lustra zwiastuje siedem lat nieszczęść	30	3	49	18	79	21	20	13	30	37	50	50
czarny kot przebiegający drogę może sprowa- dzić nieszczęście	29	4	43	24	72	28	19	14	31	36	50	50
należy deptać próg, przechodząc przez niego w swoim domu	10	23	27	40	37	63	7	26	15	52	22	68
należy wrócić do domu, jeśli przy wychodzeniu potknie się o próg	8	25	20	47	28	72	3	30	13	54	16	84
wszelkie bóle brzucha, w tym związane z zapa- leniem wyrostka robaczkowego, mogą być po- wodowane przez połknięcie pestek owoców	8	25	26	41	34	66	3	30	19	48	22	78
w piątek trzynastego, lepiej nie podejmować żadnych ważnych decyzji, nie kupować drogich rzeczy, nie wybierać się w podróż, a nawet nie wychodzić z domu	25	8	47	20	72	28	10	23	23	44	33	67

	ZNAJOMOŚĆ						PRZESTRZEGANIE					
	wieś		miasto		razem		wieś		miasto		razem	
	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie
nie wolno o ciąży mówić nikomu zbyt wcześnie, by nie zapeszyć i nie wywołać poronienia	19	14	28	39	58	42	10	23	20	47	30	70
kobieta spodziewająca się dziecka nie powinna przechodzić pod rozwieszonym sznurem, gdyż wtedy istnieje niebezpieczeństwo zaplątania się dziecka w pępowinę	22	11	35	32	57	43	10	23	23	44	33	67
kobiecie w ciąży nie wolno patrzeć na kalekich i chorych ludzi, gdyż dziecko może urodzić się chore	24	9	32	35	59	41	8	25	22	45	30	70
kobiecie w ciąży nie wolno patrzeć przez dziurkę od klucza, bo dziecko będzie niewidome	25	8	32	35	57	43	7	26	19	48	26	74
kobiecie w ciąży nie wolno nosić koralików, bo dziecko będzie okręcone pępowiną	12	21	23	44	35	65	3	30	17	50	20	80
kobiecie w ciąży nie wolno nic smażyć, bo tam gdzie tłuszcz kapnie, dziecko będzie miało znamię	13	20	25	42	38	62	3	30	15	52	18	82
kobiecie w ciąży nie wolno jeść kiszonych ogórków, bo mleko skwaśnieje	10	23	21	46	31	69	3	30	13	54	16	84
kobiecie w ciąży nie wolno patrzeć na księżyc, bo dziecko będzie łyse	10	23	19	48	29	71	4	29	12	55	16	84
kobiecie w ciąży nie wolno patrzeć na słońce, bo dziecko będzie się zanosilo płaczem	8	25	19	48	27	73	3	30	15	32	18	62
kobieta ciężarna może przynieść pecha, więc nie wolno na przykład niczego jej odmówić	24	9	36	31	60	40	13	20	24	43	37	63

nie wolno patrzeć na księżyc, bo dziecko będzie łyse” – 71% (71 osób, 23 ze wsi i 48 z miasta) oraz, że „kobiecie w ciąży nie wolno jeść kiszonych ogórków, bo mleko skwaśnieje” – 69% osób, (23 ze wsi i 46 z miasta).

Najbardziej przestrzegany twierdzeniem były przekonania, iż „trzeba odpukać w niemalowane, aby czegoś nie zapeszyć” – 71% (71 osób, 24 ze wsi i 47 z miasta), „trzeba chwycić się za guzik widząc kominiarza” – 65% (65 osoby, 18 ze wsi i 47 z miasta), „trzeba dać kopniaka na szczęście” – 64% (64 osoby, 20 ze wsi i 44 z miasta), „nie podaje się ręki na krzyż lub przez próg” – 63% (63 osoby, 22 ze wsi i 41 z miasta) oraz że „nie przechodzi się pod drabiną, ani pomiędzy „nogami” drogowskazów i tablic” – 62% (62 osoby, 22 ze wsi i 40 z miasta).

Najrzadziej przestrzegany przesądem były przekonania, iż „należy wrócić do domu, jeśli przy wychodzeniu potknie się o próg” – 84% (84 osoby, 30 ze wsi i 54 z miasta), „kobiecie w ciąży nie wolno jeść kiszonych ogórków, bo mleko skwaśnieje” – 84% (84 osoby, 30 ze wsi i 54 z miasta), „kobiecie w ciąży nie wolno patrzeć na księżyc, bo dziecko będzie łyse” – 84% (84 osoby, 29 ze wsi i 55 z miasta), „kobiecie w ciąży nie wolno nic smażyć, bo tam gdzie tłuszcz kapnie,

dziecko będzie miało znamię” – 82% (82 osoby, 30 ze wsi i 52 z miasta) oraz że „kobiecie w ciąży nie wolno nosić koraliki, bo dziecko będzie okręcone pępowiną” – 80% (80 osób, 30 ze wsi i 50 z miasta).

Pozostałe wskazania obrazuje tabela 1.

Badani wymieniali także takie przesady, których przestrzegali, jak: „jeżeli się coś zapomni, po wyjściu z domu, nigdy nie wolno wracać, bo wtedy nic się nie uda”, „nie wolno nic ważnego zaczynać w poniedziałek, bo nie uda się” oraz „jeżeli coś się zgubi, trzeba pomodlić się do Św. Antoniego”.

Dyskusja

Przesady i zabobony ujawniały się i nadal ujawniają w niemal każdym aspekcie życia codziennego, stanowiąc stały element kultury. Niejednokrotnie przyjmowane są bezkrytycznie, automatycznie, bez głębszego zastanawiania się nad ich autentycznością, bądź fałszywością.

W opinii Kozakiewicza [6], „pewne przesady, które, jeśli tylko człowiek uznał je za prawdziwe, działają stale, rzutują na jego sądy o ludziach i rzeczach, przez co wypaczają jego postępowanie”, zaś zakres przesądnych przekonań i ocen jest bardzo szeroki, poczynając od stwierdzeń wyrażających niechęć regionalną (np. krakowianina do warszawiaka) do bardziej kategorycznych i nasyconych nienawiścią twierdzeń rasistowskich i religijnych. Zabobon jest czymś podobnym, ponieważ „polega nie tylko na mylnym, fantastycznym wyobrażeniu o własnościach pewnych rzeczy i zjawisk, ale na pewnych irracjonalnych, magicznych, rozumowo nie uzasadnionych działaniach mających odwrócić lub spowodować jakiś skutek” [6]. Zdaniem Kozakiewicza [6], wspólną cechą przesądów i zabobonów, jest to, że opierają się na silnie zabarwionych uczuciowo założeniach i wyobrażeniach wykraczających poza granicę obiektywnego oraz naukowego ich sprawdzenia.

Przesady społeczne, rasowe, religijne, nacjonalistyczne i inne są w opinii autora [6] tak trwałe, ponieważ zaszczepia się je człowiekowi niemalże od kolebki, od pierwszego dnia, w którym dziecko zaczyna rozumieć, co się do niego mówi.

Próbę odpowiedzi na pytanie dotyczące pochodzenia przesądów i ich użyteczności, podjął Scott Fluke z Kansas State University [cyt. za B]. Badacz przeprowadził wraz ze współpracownikami badanie kwestionariuszowe w grupie dwustu studentów swojej uczelni. Amerykański psycholog zdefiniował przesąd, jako „wiarę w przyczynowy związek między czynnością, przedmiotem lub rytuałem a niezależnym rezultatem”. Kwestionariusz dotyczył między innymi różnych aspektów osobowości, determinacji w dążeniu do kontrolowania sytuacji, poglądów na temat losu i przeznaczenia oraz stopnia pesymizmu. Zgodnie z oczekiwaniami, osoby wierzące w przeznaczenie były bardziej skłonne do wiary w przesady. Bardziej ogólnie naukowcy na tym etapie ustalili trzy zasadnicze przyczyny zabobonności, za które uznali: chęć kontrolowania niepewnej

sytuacji, pragnienie zmniejszenia uczucia bezsilności oraz ucieczka od trudniejszych strategii radzenia sobie z życiowymi problemami [cyt. za B].

Damisch [cyt. za C], psycholog społeczny z Uniwersytetu Kolońskiego, zainteresowała się zachowaniem sportowców, którzy często noszą talizmany. Autorka postanowiła sprawdzić, czy przesady mogą zwiększać wiarę w powodzenie i sprawiać, że lepiej radzi się sobie z niektórymi zadaniami. Przygotowała eksperymenty testujące wpływ przesądów na poprawę sprawności ruchowej i zapamiętywania, a także na grę w golfa i układanie anagramów. Podczas pierwszego eksperymentu badanym wręczono zwykłą lub tzw. „szczęśliwą” piłkę do golfa i poproszono o wykonanie zadania. Drugi eksperyment testował sprawność ruchową, przy czym części osób naukowcy obiecali wcześniej, że będą za nich trzymać kciuki [cyt. za C]. Badacze poprosili, by na czas trwania ostatnich dwóch eksperymentów uczestnicy przynieśli ze sobą swoje talizmany, które zostały następnie zabrane w celu zrobienia zdjęcia i oddane tylko połowie z nich. Pozostałym powiedziano, że ponieważ wystąpiły problemy z aparatem, talizmany będą musiały pozostać w innym pomieszczeniu. W opinii badaczy, wszystkie eksperymenty dowiodły, że przesady rzeczywiście mają wpływ na jakość wykonywania zadań, a osoby, które dostały „szczęśliwą” piłkę radziły sobie znacznie lepiej, niż grupa ich pozbawiona [cyt. za C].

Badania Sosnowskiego i Wiecha [7] wykazały, iż przesadność korelowała pozytywnie i istotnie statystycznie z prawicowym autorytaryzmem ($r = 0,30$) i cechą lęku ($r = 0,19$), a także z perseweratywnością ($r = 0,25$) i reaktywnością emocjonalną ($r = 0,25$), jednakże wszystkie te korelacje były dość niskie. Autorzy uważają, iż nie tylko wiara w poszczególne przesady, ale i ogólny poziom przesadności okazuje się trudny do przewidzenia na podstawie innych cech indywidualnych [7].

W raporcie CBOS z 2006 roku [8] niemal co trzeci dorosły Polak (30%) uważał, że duże znaczenie dla rozwoju charakteru człowieka ma to, pod jakim znakiem zodiaku się urodził. W porównaniu z rokiem 1997 liczba osób uważających, że istotne znaczenie dla rozwoju charakteru człowieka ma jego znak zodiaku, zmalała (o 8% – do 30%) [8].

W obecnym opracowaniu większości chorych (46%) zgadzała się ze stwierdzeniem, iż duże znaczenie dla rozwoju charakteru człowieka ma to, pod jakim znakiem zodiaku się urodził. Opinię powyższą podzielało 15,2% mieszkańców wsi i 61,2% mieszkańców miasta.

Badanie OBOP z 1999 roku [9], mające na celu sprawdzenie powszechności przesądów w naszym społeczeństwie wykazały, iż wśród niekonwencjonalnych sposobów poznawania przyszłości lub „odwracania złego losu”, najbardziej popularne były sny. Trzy piąte (60%) Polaków uważało, że w snach mogą być zawarte przestrogi, znaki. Ankietowani wierzyli także w to, że niektóre zdarzenia mogą przynieść szczęście lub pecha – tak sądziło zarówno o szczęściu, jak i o pechu po dwie piąte badanych (42%). Czytanie horoskopów praktykowała

ponad połowa badanych (52%) z tym, że już wierzyła w nie tylko co siódma osoba (15%) [9].

W roku 2006 [8], do czytania horoskopów przyznała się ponad połowa Polaków (58%), z czego większość (45%) czyniła to czasami, co jedenasty (9%) – często, a czterech na stu (4%) – przy każdej możliwej okazji. W ciągu ostatnich dziewięciu lat czytelnictwo horoskopów wyraźnie się zmniejszyło. Grupa badanych, którzy przyznali, że zawsze czytają horoskopy, zmalała o połowę (z 8% do 4%), a liczba osób twierdzących, że nigdy tego nie robią, wzrosła (z 31% do 42%) [8]. Ponad dwie piąte respondentów, którzy czytali horoskopy (42%), deklarowała, że przynajmniej od czasu do czasu bierze pod uwagę wskazówki w nich zawarte, a trzech na stu (3%) traktowało wskazania horoskopu, jako swoją wyrocznię stwierdzając, że zawsze lub w większości przypadków kieruje się nimi w codziennym życiu [8].

W obecnym opracowaniu horoskopy w gazetach czytało 80% badanych, 75,8% ze wsi oraz 82,1% z miasta. Jednakże z porad horoskopowych on-line, sms nie korzystało 88% badanych, 84,8% ze wsi i 89,6% z miasta.

W grupie badanych przez Filipek i Marcyniak [10], wśród korzystających z porad wrózek, magów, jasnowidzów w odniesieniu do życia płciowego największą popularnością cieszyły się wróżki – 46,04% badanych. W ogólnej liczbie 278 badanych, aż 49,28% deklarowało korzystanie z porad jasnowidzów, wrózek i magów, w zakresie życia erotycznego. Wśród nich 34,53% deklarowało wcześniej całkowity brak wiary w magię, a 64,96% uznało, że uzyskane porady były efektywne [10].

Z porad wróżki, w badaniu OBOP z 1999 roku [9], korzystał prawie co siódmy respondent (14%), z czego dwie piąte (42%) miało poczucie, że przepowiednie się spełniły, w opinii 13% twierdziło, że spełniły się one w bardzo dużym stopniu, zaś 29% – że w dużym [9].

Raport CBOS z 2006 roku [8] wykazał, że w ostatnich latach również instytucja wróżki, czy wróża straciła na znaczeniu. W 2006 roku co dziewiąty dorosły Polak (11%) przyznaje, że przynajmniej raz korzystał z tego typu usług, podczas gdy w 1997 roku deklarację taką składał niemal co piąty (19%) [8].

Potwierdzają powyższe także obecne badania, które wykazały, iż 62% chorych, 75,6% ze wsi i 55,2% nie było nigdy u wróżki, wróża, jasnowidza.

Dwie piąte (42%) Polaków z badania OBOP z 1999 roku uważało, że na podstawie różnych oznak można się spodziewać, że zdarzy nam się nieszczęście, i tyle samo osób sady, że zdarzenia, które wróżą pomyślność [9].

Co czwarty (26%) ankietowany z badania CBOS z 2006 roku [8] był zdania, że istnieją przedmioty, talizmany przynoszące szczęście. Niewiele mniejszą grupę badanych (24%) stanowili ci, według których są takie daty i dni tygodnia, które przynoszą pecha. W porównaniu z rokiem 1997 zmalała liczba osób (o 10 punktów – do 24%) przekonanych, że określone daty i dni tygodnia mają wpływ na konkretne sytuacje życiowe.

Co siódma osoba (15% badanych), z badania 1999 roku [9], nie wierzyła w przesady. Prawie trzy piąte (59%) nie wiedziało, co przynosi pecha, choć nie negowało samego faktu, że niektóre zdarzenia mogą być jego oznaką i zapowiedzią nieszczęścia. Tylko co dwudziesta piąta osoba (4%) wymieniła konkretne wydarzenia z realnego życia, które, mimo iż nie związane z przesadami, oznaczają nieszczęście. Do takich zjawisk zaliczali niezgodę, nienawiść, śmierć bliskich, brak pieniędzy [9]. Natomiast pozostałe 22% badanych wymieniało bardzo różne zdarzenia, które ich zdaniem mogą zapowiadać niepowodzenie. Najwięcej osób obawiało się spotkania z czarnym kotem, ponieważ zdaniem co dziesiątej osoby, przebiegnięcie przez niego drogi przynosi pecha. W respondentach niepokój budziły także sny, w których ważna jest zarówno ich atmosfera („przykry sen”, „zły sen”), jak i symbolika [9]. Szczególne obawy wzbudzał fakt, gdy śniło się dziecko, ktoś zmarły lub po prostu przedmioty, które oznaczają, zadaniem badanych, nieszczęście, np. mięso, brudna woda. Za kolejny symbol pecha część badanych uważała cyfry, a specjalnie liczba 13 i zwłaszcza w połączeniu z dniem tygodnia, jakim jest piątek. Obawy ankietowanych budziły także cyfry „7” i „8”. Niektórzy Polacy niechętnie wracali do domu po zapomniana rzecz, gdyż to także, w ich przekonaniu, przynosi nieszczęście [9].

W przesady oraz w żadne magiczne działania zapewniające szczęście, nie wierzyło 14% osób z badania OBP z 1999 roku [9]. Trzy piąte badanych (61%) nie wiedziało, co przynosi szczęście, chociaż nie negowało samego faktu. Co czternasta osoba (7%) wymieniła konkretne wydarzenia z realnego życia, które, mimo iż były nie związane z przesadami, oznaczają według nich szczęście. Do takich zjawisk zaliczali rodzinę, zdrowie, kontakt z przyrodą i inne. 3% badanych stwierdziło, że szczęście przynoszą im pozytywne uczucia: zgoda, miłość, uczciwość, wiara. Pozostałe 15% wymieniało bardzo różne zdarzenia mogące, w ich odczuciu, przyczynić się do szczęścia [9]. Najwięcej osób cieszyło się ze spotkania kominiarza, ponieważ zdaniem co dwudziestej osoby spotkanie oznacza, iż zdarzy się coś dobrego. W celu zapewnienia sobie szczęścia, warto według niektórych badanych nosić przy sobie talizmany. Stosunkowo często te właściwości respondenci przypisywali kamieniom, wisiorkom, maskotkom, a w szczególności słonkowi. Duże znaczenie ankietowani przypisywali cyfrom. Liczba „13”, która za część badanych uznana była za pechową, przez innych uznana była za szczęśliwą. Podobne, szczęśliwe znaczenie przypisywano liczbom, takim jak: 18, 12 i 10. Ankietowani twierdzili także, że szczęście oznacza znalezienie pieniędzy lub spotkanie zakonnic. Także sny np. o zieleni, o złodziejach, oznaczają iż wydarzy się coś dobrego [9].

W obecnym opracowaniu zdaniem 36% respondentów są przedmioty, talizmany, które przynoszą szczęście. Tak uważało 51,5% pacjentów ze wsi i 28,4% z miasta. 44% badanych chorych było także przekonanych, iż są daty, dni tygodnia, które przynoszą pecha (24,2% oraz 53,7% z miasta).

Filipek i Marcyniak [10] przeprowadziły badania w grupie 350 osób i wykazały, iż wiarę w istnienie magii zadeklarowało 14,74% ankietowanych, wśród których 80,48% stanowiły kobiety, a 19,51% – mężczyźni. Możliwość pomagania ludziom za pomocą magii potwierdziło 12,94% badanych, zaś szkodzenie z jej użyciem uznano za możliwe 14,38% respondentów. Za najbardziej godne zaufania uznawane były wróżby i przepowiednie (tarot) – 33,09% badanych oraz horoskopy dotyczące życia seksualnego – 30,93% osób [10].

Sokal [cyt. za D] donosi, iż w Stanach Zjednoczonych, w 1990 roku, 36% obywateli wierzyło w telepatię, 49% – w opętanie przez diabła, a 25% – w astrologię i wpływ położenia gwiazd i planet na życie ludzi [cyt. za D].

Obecni respondenci w 58% wierzyli w telepatię (54,5% ze wsi i 59,7% z miasta), w 54% w opętanie przez diabła (54,5% ze wsi i 57,3% z miasta), w 50% w astrologię i wpływ położenia gwiazd i planet na życie ludzi wierzyło 50% badanych (57,6% ze wsi i 46,3% z miasta), w 34% w magię (15,2% ze wsi i 41,8% z miasta) oraz w 18% w przepowiednie tarota (6,1% ze wsi i 23,9% z miasta).

W badaniach z 1999 roku [9] stwierdzono iż często lub czasem zmieniało swoje postępowanie: 40% osób wierzących w to, co mówią horoskopy; 37% osób korzystających z porad wróżki; 30% wierzących, że niektóre zjawiska przynoszą szczęście; 29% wierzących, że niektóre zjawiska przynoszą pecha oraz 28% uważających, że w snach zawarte są przestrogi, znaki.

W swoim codziennym życiu wskazania horoskopu brało pod uwagę 35% obecnie badanych chorych, 15,2% ze wsi oraz 22,4% z miasta.

W literaturze fachowej, za Pełką [11], podkreśla się, iż obcując z ludnością wiejską nierzadko słyszy się niesamowite opowieści o świecie zmór, diabłów, czarownic, upiórów, zjaw i wielu im podobnym bytom nadprzyrodzonym. Ludzie, którzy o nich opowiadają, często zaręczają o prawdziwości swojej relacji i wierzą głęboko, że równoległe z naszym, funkcjonuje i oddziałuje zarazem na niego, inny demoniczny wymiar, pełen niezwykłych, zagadkowych istot. Najliczniejszą grupę wierzeniową stanowiły demony przyrodnicze, które w wierzeniach zaludniały okoliczne pola i bory, rzeki, jeziora, pieczary, mroczne wąwozy, zdradliwe trzęsawiska, ruiny starych budowli [11].

Od zawsze kulturze ludowej towarzyszyła też magia [12]. Praktyki magiczne, czyli czary, za Kowalskim [12] uprawiały zarówno osoby szczególnie do tego predysponowane, posiadające osobliwą znajomość technik magicznych, takie jak czarownice, czarodzieje, wróżbici, jak i zwykli ludzie, którzy zgodnie z tradycją i przekazaną im wiedzą o świecie stosowali magię we wszystkich sytuacjach życiowych i codziennych zajęciach – pieczenie chleba, rozpoczęcie orki, zbiory plonów, polowanie, hodowla inwentarza itp. Zaklęcia, zamawiania, uroki i inne zabiegi, zawierały olbrzymie przekonanie o wartości słowa oraz jego boskiej i cudotwórczej sile [12].

Ludowe myślenie magiczne przejawiało się niezwykle silnie w wierzeniach, zabobonach, obrzędach, zwyczajach i obyczajach, które choć w znacznie mniej-

szym niż dawniej stopniu, obserwować możemy na wsi polskiej po dziś dzień.

Według Udzieli, medycyna ludowa „to taki system poglądów i praktyk leczniczych, który obejmuje trojaki komponenty: poglądy na chorobę, czynności lecznicze oraz profesje lecznicze” [E]. Poglądy na chorobę, np. „choroba jest czymś zewnętrznym, co przychodzi i odchodzi”, to jej osobliwe postrzeganie, prezentowane przez ludność, zamieszkującą z reguły rejony o silnej izolacji społeczno-cywilizacyjnej [E]. Prawdopodobnie stąd wywodzi się powiedzenie „choroba opuściła chorego”. Działania i zabiegi lecznicze w medycynie ludowej, to połączenie magii i racjonalności ze względu na to, iż wykorzystywane w nich są zarówno amulety, rekwizyty związane z kultem religijnym, jak i wywary z ziół. „Lud wiejski szuka takich lekarstw, które wszędzie ma pod ręką i które darmo albo tanio dostać może” [E]. Najwyższym autorytetem spośród „doktorów ludowych” cieszyła się „babka”, czyli „mądra”, która najlepiej potrafiła przyrządzić maści, okadzanie, stawiać bańki i robić lewatywy [E].

W opinii Jaguś [13] była także z reguły specjalistką od chorób dziecięcych i kobiecych. Wysoką pozycję w hierarchii zajmował także znachor, który był specjalistą w zakresie chorób internistycznych [13, E]. Inni ludowi „medycy” to owczarze i kowale (ci ostatni szczególnie w odniesieniu do schorzeń stomatologicznych) [13, E]. Byli jeszcze specjaliści w zakresie upuszczania krwi oraz zamawiacze, zażęgnywacze, leczący metodami magicznymi [9, 29]. Leczeniem zajmowały się również dziedziczki i ich córki oraz księża, a także aptekarze, którzy sprzedając leki, radzili, jak dany pacjent ma się leczyć [13, E].

Podsumowaniem pracy niech będą słowa Goethego [14], z Maksym i refleksji: „Przesąd należy do istoty człowieka, a kiedy pragniemy pozbyć się go bez reszty i na zawsze, potrafi ukryć się w najdziwniejszych zakamarkach i schowkach, by nagle powrócić po nabraniu pewności, że być może, znowu nastała jego pora”.

Wnioski

1. W populacji badanych chorych wiara w przesady była dość powszechna i różnorodna.
2. Pacjenci w większości wierzyli w talizmany przynoszące szczęście, wpływ znaku zodiaku na życie, pechowość pewnych dat i liczb i horoskopy.
3. Respondenci rzadko korzystali z porad wrózek i wróżów i w nielicznych przypadkach z porad znachorek/„babeł”.

Piśmiennictwo

1. Encyklopedia Powszechna PWN, Warszawa, 1987.
2. Bocheński J.: Sto zabobonów. Krótki filozoficzny słownik zabobonów, Kraków, 1992, 139–140.

3. Krajewska-Kułał E., Chadzopoulou A.: Przesady, zabobony a praktyki medyczne na przestrzeni wieków [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowskiej K. (red.) PZWL, 2010, 137–147.
4. Świtek J.: Okultyzm i magia w świetle parapsychologii, Wyd. Polczek, Kraków, 1990, 1–430.
5. Miller T.: I Gennisis tu Nosokomeiu stin Bizantini autokratora, BETA, Ateny, 1998.
6. Kozakiewicz M.: O tolerancji i swobodzie sumienia, Książka i Wiedza, Warszawa, 1963, 1–86.
7. Sosnowski T., Wiech, M.: Przesądność i próba jej pomiaru: Kwestionariusz Otwartości Przekonań (KOP20). Roczniki Psychologiczne, 2006, 9, 181–204.
8. Raport CBOS: Czy Polacy są przesądni?, BS/106/2006, Warszawa, 2006, 6, 1–5.
9. Raport badania OBOP, Powszechność przesądów w naszym społeczeństwie, Warszawa, 1999, 1–7.
10. Filipek K., Marcyniak M. E.: Zastosowanie magii jako jeden z najczęstszych przesądów seksualnych w Polsce w pierwszej dekadzie XXI wieku, Seksuol. Pol., 2008, 6, 44–49.
11. Pełka LJ: Polska demonologia ludowa, Iskry, Warszawa, 1987, 1–286.
12. Kowalski P.: Leksykon znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie, PWN, Warszawa, Wrocław, 1998, 295.
13. Jaguś I.: Lecznictwo ludowe w Polsce w XX wieku – czynniki i kierunki przemian, Ann. UMCS, 2001, 13, 175–187.
14. Goethe W.: Maksymy i refleksje, Czytelnik, Warszawa, 1971, 1–302.

Netografia

- A. http://zlotemysli.w.interia.pl/sentencje/h_/holbach.html, data pobrania 5.02.2011.
- B. www.sciencedaily.com, data pobrania 31.01.2011.
- C. <http://www.banzaj.pl/Przesady-maja-jednak-naukowe-uzasadnienie-9700.html>, data pobrania 31.01.2011.
- D. <http://hardkor.wordpress.com/2006/06/28/2943/>, data pobrania 31.01.2011.
- E. Udziela M.: Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego, Wyd. M. Arcta, 1891: <http://wojsk-lek.org/forum/viewtopic.php?t=761>, data pobrania 31.01.2011.

Katarzyna Van Damme-Ostapowicz¹, Elżbieta Krajewska-Kułak¹,
Cecylia Łukaszuk¹, Jolanta Lewko¹, Matylda Sierakowska¹,
Krystyna Kowalczuk¹

Wspomnienia z Nigerii. Medycyna tropikalna w praktyce

Wprowadzenie

Nigeria, Federalna Republika Nigerii, to państwo w Afryce Zachodniej nad Zatoką Gwinejską. Nazwa państwa pochodzi od rzeki Niger. Sąsiaduje z Beninem, Nigrem, Czadem i Kamerunem. Nigeria jest najbardziej zaludnionym krajem Afryki – liczy około 141 mln mieszkańców [1]. Różnorodność zwyczajów, języków i tradycji między 250 grupami etnicznymi Nigerii daje bogate urozmaicenie. Największe plagi Nigerii to: malaria, zakażenie wirusem HIV, gruźlica oraz głód [2, 3].

Instytut Medycyny Tropikalnej (higieny, krwi) oraz epidemiologii pandemicznej im. Najświętszej Maryi Panny

Instytut Medycyny Tropikalnej (higieny, krwi) oraz epidemiologii pandemicznej im. Najświętszej Maryi Panny jest placówką edukacyjną i badawczą działającą przy Uniwersytecie Najświętszej Maryi Panny stworzonym przez wielbego Ojca E. M. P. Edeh'a, zgodnie z Metafizyką i Filozofią Afrykańską. Instytut skupia się na praktycznym wdrożeniu skutecznych działań w zakresie dobroczynności, dla dobra ludzkości, a w szczególności społecznie upośledzonych społeczności Afryki. Medycyna tropikalna jest nauką, której przedmiotem są choroby występujące w krajach tropikalnych, położonych pomiędzy zwrotnikiem raka a zwrotnikiem koziorożca, stanowiącymi umowne linie otaczające kulę ziemską, 23°26' na północ i na południe od równika; czyli na obszarze stanowiącym najgorętszy rejon świata. Chorobami tropikalnymi są choroby, które występują w krajach tropikalnych ze względu na panujące tam warunki życia, klimat, warunki higieniczne, środowiskowe i dietę [4]. Choroby takie obejmują zaburzenia wynikające z nieodpowiedniego odżywiania, odrę, błonicę, gruźlicę,

¹ Zakład Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dur plamisty, shigellozę, cholerę, amebozę, zakażenia tasiemcem oraz innymi robakami pasożytującymi w jelicie. Chorobami rozprzestrzeniającymi się w krajach tropikalnych, za pośrednictwem występujących tam owadów, są: malaria, żółta febra, śpiączka afrykańska, leiszmanioza i wiele innych [5]. Narażenie na silne działanie światła słonecznego oraz silne deszcze, częste w tropikach, zwiększają częstotliwość występowania chorób skórnych, takich jak wrzody tropikalne (mięsaki, nowotwory) i inne [6].

Rola Instytutu Medycyny Tropikalnej

Instytut Medycyny Tropikalnej (higieny, krwi) oraz epidemiologii pandemicznej im. Najświętszej Maryi Panny działa w sposób innowacyjny dzięki zastosowaniu holistycznego podejścia do badań i opieki medycznej w krajach tropikalnych. Afryka znajduje się w tropikach, mimo to większość Instytutów Medycyny Tropikalnej działających w Afryce ma siedziby w Europie i Ameryce, skąd deleguje swoją działalność dotyczącą problemów zdrowotnych. Jest pierwszym Instytutem Medycyny Tropikalnej stworzonym przez prywatny uniwersytet, katolicki Uniwersytet Najświętszej Maryi Panny, powołany do życia przez wielbnego Ojca Edeh'a [7].

Instytut działa innowacyjnie w zakresie:

1. Badań nad metodami likwidacji chorób pandemicznych, zamiast skupiania się nad ich kontrolowaniem w Afryce.
2. Podejścia do identyfikacji i rozwiązywania problemów w zakresie medycyny tropikalnej zgodnego z metodologią uczenia się zorientowanego na problem (Problem Based Learning – PBL) w kontekście społeczności, co stanowi odzwierciedlenie podejścia zorientowanego na społeczność (Community Orientation Approach – COA).
3. Wdrożenia i skutecznych badań nad roślinami leczniczymi (etnobotanika) oraz ich zastosowaniem w leczeniu chorób tropikalnych (etnofarmakologia) oraz stworzenie ogrodu roślin leczniczych w celu ich długookresowej hodowli.
4. Ekstrapolacji wartości wiejskich przyjętych dla większości regionów Afryki, w celu przeprowadzenia diagnostyki, leczenia i badań nad chorobami tropikalnymi oraz higieny [7].

Ponadto:

1. Przeprowadzania badań, szkoleń i praktycznych zastosowań medycyny tropikalnej (higiena, krew) oraz epidemiologii pandemicznej w celu poprawy zdrowia populacji afrykańskiej.
2. Opracowania strategii walki z tropikalnymi chorobami krwi oraz chorobami pandemicznymi, przyjmując realistyczną perspektywę oddolną.
3. Opracowania strategii walidacji roślin leczniczych i ich zastosowania do leczenia chorób tropikalnych oraz innych chorób występujących w Afryce.
4. Interakcja z afrykańską medycyną tradycyjną, mająca na celu dokonanie wy-

- boru metod przynoszących pozytywne wyniki terapeutyczne.
5. Publikacje medyczne i naukowe.
 6. Organizacja konferencji, seminariów, sympozjów i warsztatów dotyczących medycyny tropikalnej i higieny w celu propagowania wyników badań naukowych prowadzonych przez Instytut oraz promocja Uniwersytetu NMP jako całości, wraz z pragmatyczną filozofią jego założyciela, wielebniego Ojca i Kanclerza, profesora E. M. P. Edeh'a.
 7. Opracowania strategii dotyczących czynników środowiskowych oraz kwestii powodujących i zaostrzających choroby tropikalne (np. malarię, zakażenia robakami pasożytnymi w przewodzie pokarmowym).
 8. Badania, edukacja przez zajęcia warsztatowe oraz rozwój medycyny tropikalnej i higieny. Powstanie ogrodów roślin afrykańskich i, w konsekwencji, rozwój etnobotaniki i etnofarmakologii.
 9. Międzynarodowa współpraca oraz uczestnictwo w pracach prowadzonych przez podobne instytuty zagraniczne w celu zachowania standardów i globalizacji norm poprzez wymianę naukową, a także poprzez seminaria i konferencje.
 10. Higiena środowiskowa stanowi jedno z głównych zagadnień w tropikalnej Afryce. Edukacja i szkolenia Afrykańczyków w zakresie znaczenia czystego środowiska dla zapobiegania chorobom tropikalnym to ważne role Instytutu [7].

Przyszłość

Na drodze do doskonalenia i maksymalizacji opieki medycznej Instytut Medycyny Tropikalnej stawia przed sobą następujące główne cele [7]:

Szkolenie kadry medycznej w zakresie elementarnego podejścia do:

- Diagnostyki i oceny anemii
- Diagnostyki i oceny malarii
- Diagnostyki i oceny HIV/AIDS
- Praktycznego wykonywania wkłuc żylnych oraz korzystania z wkłuc do naczyń krwionośnych (żył/tętnic) w celu diagnostyki i leczenia chorób tropikalnych.
- Uwzględnianie pobierania krwi do badań laboratoryjnych oraz wykonywanie wlewów produktów leczniczych, włącznie z krwią i produktami krwio pochodnymi.

W tym zakresie pomoc dla Instytutu może mieć postać współpracy, wsparcia technicznego i zawodowego oraz pomocy indywidualnych ekspertów, grup i organizacji w krajach rozwiniętych [7].

W sierpniu 2010 roku studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wraz z opiekunem Studenckiego Koła Naukowego Tropik uczestniczyli w miesięcznym kursie z medycyny tropikalnej w Instytucie Medycyny Tropikalnej przy Uniwersytecie Madonna w Nigerii.



Lagos



Powitanie tańcami



Pierwszy spacer „rozpoznawczy” po Campusie Madonna w Elele – w tle drzewa papai



Mali przyjaciele



Ananasy



Banany



Bodyguards – zawsze z nami



Przyjaciele z Elele. Przy Instytucie Medycyny Tropikalnej



W szpitalu. Koleżanki pielęgniarki

Program kursu obejmował następujące tematy: Wprowadzenie do medycyny tropikalnej, zdrowia publicznego i medycyny społecznej (definicja i zakres); Kliniczna prezentacja pacjentów z malarią i innymi chorobami tropikalnymi; Wizyta w Okija oraz ośrodka zdrowia Awomama; Praktyka laboratoryjna w zakresie diagnostyki malarii; Choroby złośliwe w tropikach; Kliniczna prezentacja pacjentów z chorobami złośliwymi (guzami litymi); Czynniki środowiskowe i społeczne nasilające występowanie malarii oraz innych chorób tropikalnych; Czynniki wpływające na wyższą śmiertelność matek w tropikach; Infekcje matki i dziecka. Czynniki sprzyjające wyższemu poziomowi występowania infekcji w tropikach; Choroby zakaźne i niezakaźne; Etnobotanika i Etnofarmakologia (wizyta u uzdrowicieli stosujących metody tradycyjne); Kardiologia tropikalna. Czynniki wpływające na występowanie chorób serca w tropikach; Leczenie ukąszeń przez węże w tropikach; Zdrowie Publiczne w tropikach; Wizyta w Muzeum Zdrowia Publicznego; Implikacje zdrowotne filariozy dla człowieka w tropikach; Wpływ stylu odżywiania i zaburzeń odżywiania w tropikach; Ocena i leczenie urazów oka u pacjentów przyjętych na oddział oftalmologii Uniwersyteckiego Szpitala Madonna w Elele; Projekty dotyczące chorób tropikalnych [8].



Zdjęcie z Dyrektorem Instytutu Medycyny Tropikalnej i niektórymi wykładowcami



Przed wykładem



Przed wykładem



Profesor Ryszard Tomaszewski (absolwent UMB) – na Jego wykładzie z kardiologii



Na wspomnianym wyżej wykładzie



Na wspomnianym wyżej wykładzie



W laboratorium – *Plasmodium falciparum, malariae, ovale, vivax* a może *knowlesi*?



W laboratorium



W laboratorium

Studenci wraz z opiekunem uczestniczyli ponadto w Seminarium na temat malarii, który odbył się w Campusie Uniwersyteckim Madonna. Program Seminarium obejmował następujące tematy: Obciążenie malarią; Walka z malarią. Co zostało zrobione i co należy zrobić. Rola rządu i organizacji pozarządowych; Na ile ekonomiczne jest leczenie malarii w Afryce?; Pułapki i błędne priorytety w bieżącej strategii walki z malarią; Czy afrykańskie analityczne podejście do malarii może stanowić dobre rozwiązanie? – rola afrykańskiej praktyki medycznej; Rola medycyny tradycyjnej w walce z malarią.



Czas wolny – Dawid gra z Nambe

Wnioski

W stronę unijnych priorytetów

Wskazane jest nawiązanie usystematyzowanej współpracy pomiędzy uczelniami w Unii Europejskiej a uczelniami w krajach trzecich oraz promowanie dialogu i pogłębianie zrozumienia między narodami i kulturami, które jest wymieniane wśród celów programu przyjętego przez Parlament Europejski – Erasmus Mundus. Jednym z priorytetów, jakim ma służyć, jest promowanie i wzmocnienie pozytywnego wizerunku unijnego szkolnictwa wyższego. Program Erasmus Mundus, wyrosły z tradycji współpracy europejskiej, zakłada możliwość kształcenia studentów z krajów trzecich w uczelniach europejskich oraz pozyskiwania stypendiów na badania w uczelniach partnerskich. Współpraca z Uniwersyteciem Madonna może pomóc realizować unijne priorytety w zakresie szkolnictwa wyższego, nawiązywać kontakty, które nie rodzą frustracji i nie kreują masowych migracji, lecz rozwijają dialog międzykulturowy.



Liście Ibu na zupę



Yam



Drzewo papai

Piśmiennictwo

1. Cartographic Department of the Oxford University Press. Nigerian Primary Atlas. Oxford/Philip: Oxford University Press, 2000, 1–39.
2. Chuks A. M. The Oblivious Our Culture. Positive effect in our modern life. Enugu: Jee Communications, 2006, 1–55.
3. van der Poel C. J. Human Immunodeficiency Virus and Aids. Okija: Madonna University Nigeria, 2002, 3–28.
4. Adetokunbo O. L., Gilles H. M. Short Textbook of Public Health. Medicine for the Tropics. London: BookPower, 2006, 108–113.
5. Fosi – Mbantenkhu J. Malaria. Eradicating the Scourge. From the African Grassroot Perspective. Owerri: Kricona Publishers, 2010, 1–132.
6. Falase A. O. An Introduction to Clinical Diagnosis in the Tropics. Ibadan Abuja Benin City Combe Lagos Owerri Zaria: Spectrum Books Limited, 2007, 225–226.
7. Madonna Institute of Tropical Medicine (Hygiene, Blood) and Pandemics. Madonna University Guidebook. Okija Onitsha: Madonna University, 2010, 1–12.
8. Institute of Tropical Medicine (Hygiene, Blood) and Pandemic. Training Schedule for Tropical Diseases. Elele: Madonna University Nigeria, 2010, 1–5.

Lena Kozłowska¹, Karolina Pietruk²,
Katarzyna Pawłowska¹, Bogumiła Pawelczyk¹

„Jeevodaya – dom nadziei dla trędowatych”

Wstęp

Każdego roku trąd okalecza kilkaset tysięcy ludzi na całym świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w 2008 roku odnotowano ok. 250 tys. nowych przypadków trądu. Problem zachorowalności na trąd dotyczy przede wszystkim krajów słabo rozwiniętych, gdzie występuje znaczny stopień ubóstwa. Łącznie na całym świecie żyje około 3 milionów osób okaleczonych przez trąd. Indie są państwem, w którym mieszka aż 70% wszystkich chorych. Nie ma jednak możliwości stworzenia dokładnych statystyk, ponieważ duża grupa osób chorych to bezdomni, których imiona często nie widnieją w żadnych rejestrach państwowych.

Rozwinięcie

Jeevodaya (w sanskrycie „świt życia”) to placówka założona przez polskiego misjonarza ks. Adama Wiśniewskiego SAC oraz s. Barbarę Birczyńską w 1969 roku. Główna działalność ośrodka polega na opiece nad chorymi na trąd oraz ich rodzinami. Placówka położona jest w środkowych Indiach (stan Chhatisgarh). Obecnie całym ośrodkiem kieruje polska lekarka Helena Pysz, a opiekę duszpasterską nad mieszkańcami sprawują induscy pallotyni. Jeevodaya prowadzi również przychodnię lekarską dla mieszkańców oraz ubogiej ludności z okolicy. Ponadto Pani doktor pomaga chorym w dwóch przychodniach oddalonych od ośrodka o kilkaset kilometrów.

W 2009 roku w przychodniach Jeevodaya przyjęto 10 215 pacjentów. Przychodnia w ośrodku funkcjonuje dzięki bardzo dobrze zorganizowanej współpracy. Pani doktor przeszkoliła kilku mieszkańców do świadczenia opieki medycznej oraz kilku do czynności administracyjnych, dzięki czemu na miejscu panuje porządek oraz harmonijna współpraca.

¹ Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny



Dr Helena Pyz ze swoimi współpracownikami oraz gośćmi z Polski

Głównymi schorzeniami, z jakimi zgłaszają się Indusi są trąd, gruźlica, niedożywienie. Widok dorosłych kobiet o masie ciała nieprzekraczającej 40 kg, nie stanowił żadnego zaskoczenia. Najbardziej zaskakujący dla nas był poziom świadomości indyjskiej ludności w zakresie zdrowia, higieny oraz zwalczania chorób. Pomimo edukacji, jaką prowadzą pracownicy ośrodka, pacjenci nie do końca poważnie traktują chorobę, z jaką często muszą się zmierzyć. Niski poziom edukacji oraz ubóstwo w znacznym stopniu utrudniają proces zdrowienia. Pacjenci otrzymują od ośrodka lekarstwa oraz porady, jak należy żyć zgodnie z podstawowymi zasadami higieny.

Od 2008 roku na terenie Jeevodaya funkcjonuje również centrum pomocy chorym na HIV oraz AIDS. Często na leczenie zgłaszają się całe rodziny. Najbardziej poruszający widok stanowią kilkuletnie dzieci, które od najmłodszych lat muszą zmagać się z chorobą.

Oprócz pomocy medycznej, Jeevodaya to przede wszystkim dom dla chorych na trąd oraz ich rodzin. Opieka socjalna świadczona podopiecznym stanowi bardzo ważny element ich rehabilitacji. Chorzy na trąd nie mogą podjąć pracy ani żyć pośród „zdrowych” ludzi. Mieszkanie w placówce pozwala im podjąć pracę na rzecz innych chorych. Ośrodek nazywa to rehabilitacją społeczną, której

głównym celem jest przywrócenie chorym godności oraz wzbudzenie świadomości bycia potrzebnym. Około stu mieszkańców to wyleczeni trędowaci, którzy zdecydowali się pracować na rzecz ośrodka.

W Jeevodaya mieszka łącznie około pięciuset osób, z czego ponad czterysta stanowią dzieci z rodzin trędowatych. Placówka zajmuje się ich edukacją oraz wychowaniem. Część z nich to sieroty, półsieroty, dzieci porzucone lub niepełnosprawne. Społeczność Jeevodaya jest niemalże samowystarczalna. Starsze dzieci pomagają młodszym, wzajemnie się wspierają oraz ułatwiają sobie codzienne funkcjonowanie. Mieszkańcy sami uprawiają ryż, hodują drób, krowy, świnie, samodzielnie przygotowują posiłki, organizują pracę, sprzątają.



Mieszkanka Jeevodaya przesiewająca ryż

W ciągu jednego dnia na posiłki dla wszystkich mieszkańców gotowane jest ponad dwieście kilogramów ryżu. Mieszkańcy ośrodka nie posiadają zegarków. Na co dzień życie toczy się wokół dźwięku dzwonu, który bije cztery razy dziennie. Pierwsze bicie około 6:15 rano oznajmia, że za piętnaście minut rozpocznie się Msza św., kolejne o godzinie 12:00 informuje o tym, że nadeszła pora lunchu, o 17:00 sygnalizuje koniec pracy oraz o godzinie 18:00 informuje mieszkańców, że za kwadrans będzie odmawiany różaniec.

We współczesnej literaturze medycznej można znaleźć niewiele informacji na temat trądu. Choroba ta stanowi wciąż ogromny problem w krajach trzeciego świata. W Europie natomiast bardzo rzadko porusza się problem trądu



Dzieci podczas wydawania posiłku

na forum publicznym. Jest to choroba zakaźna skóry oraz nerwów wywołana przez prątki *Mycobacterium leprae* odkryte dopiero w XIX w. W literaturze opisane zostały trzy różne postaci choroby: guzowata, gruźlicopodobna oraz mieszana. Postać guzowata (lepromatyczna) jest najbardziej zakaźną, a objawia się pod postacią guzów w skórze oraz tkance podskórnej. Ich rozkład może prowadzić do trwałego oszpecenia oraz zniekształcenia okolicy wystąpienia. Postać gruźlicopodobna (tuberkuloidowa) objawia się jaśniejszymi plamami na skórze chorego oraz zmianami neurologicznymi, które prowadzą do zaburzeń czucia. Postać mieszana do tej pory nie została określona. Do zarażenia dochodzi drogą kropelkową, a okres inkubacji trądu może trwać od 9 miesięcy do 30 lat. Obecnie trąd jest chorobą całkowicie wyleczalną. Do niedawna kuracja polegała na podawaniu chorym kombinacji leków, dzisiaj jest to terapia w oparciu o jedno lekarstwo. Koszt wyleczenia pacjenta nie przekracza 100\$. Często jednak diagnoza jest stawiana zbyt późno, a chorzy zostają poważnie okaleczeni przez trąd. Niepełnosprawność wynikająca ze zniekształceń w obrębie dłoni oraz stóp, często jest ogromnym utrudnieniem w życiu codziennym. Chorzy potrzebują protez oraz odpowiednio dobranego obuwia.

W ośrodku zajmującym się rehabilitacją trędowatych – Jeevodaya spędziłyśmy trzy tygodnie. Uczestniczyłyśmy w codziennym życiu mieszkańców, asystowałyśmy podczas przyjęć chorych w przychodni. Każdego dnia w godzinach popołudniowych mogłyśmy uczestniczyć w zmianie opatrunków. Opatrywanie



Postać lepromatyczna (guzowata) trądu

ran trędowych jest niecodziennym, bardzo ciekawym oraz wartościowym doświadczeniem.

Kilka dni naszego pobytu w Indiach spędziłyśmy w Puri, obserwując życie chorych w kolonii trędowatych założonej przez Ojca Mariana Żelazka. Specyfika organizacji trochę różni się od Jeevodaya. Główne założenie jednak pozostaje takie samo – pomagać ludziom chorym i cierpiącym, leczyć ich ciało, ale również prowadzić rehabilitację społeczną.

Niezwykle poruszający jest fakt, że istnieją tacy ludzie jak Pani doktor Helena Pyz, która od ponad dwudziestu lat mieszka wśród trędowatych i każdego dnia niesie pomoc wszystkim, którzy jej potrzebują. Pozwala przywrócić ludziom poczucie godności i bycia potrzebnym. Poświęca własne życie na dawanie siebie innym.

Podsumowanie

Praktyki pielęgniarstwa w ośrodku pozwoliły nam dostrzec problemy osób cierpiących z powodu trądu. Pomijając jednak aspekty medyczne, niezwykle cennym doświadczeniem była możliwość mieszkania wśród chorych, obserwowania ich codzienności i dzielenie z nimi własnego życia. Nie zabrakło również czasu na poznanie kultury oraz obyczajów panujących w Indiach. Przebywanie w zupełnie odmiennym od naszego świecie, zetknięcie się z innymi problemami oraz



Ojciec Adam Wiśniewski z dziećmi

poznawanie wartości jaką stanowi życie rozwinęło w nas empatię oraz wrażliwość, niezbędne do codziennego wykonywania zawodu pielęgniarki.

Piśmiennictwo

1. <http://www.jeevodaya.org/>.

Agnieszka Kułak¹, Bożena Okurowska-Zawada²,
Piotr Kułak¹

Postrzeganie innych narodów i kultur przez studentów kierunku fizjoterapia. Doniesienie wstępne

Wprowadzenie

Trzeba maksymalnie respektować w ludziach ich skrajną inność.
Ale nierówność zdolności, darów i talentów w żadnym wypadku
nie ma pociągać za sobą czynienia różnic w stosunku do osób,
traktowania ludzi w sposób nierówny, lecz przeciwnie – sprawiedliwy

Leo Moulin

Na świecie, [1], żyje od około 3000 do 7000 różnych grup etnicznych i narodowych, a większość napięć między ludźmi, wspólnotami ludzkimi i państwami wywodzi się z uprzedzeń i braku tolerancji.

Nie od dziś wiadomo, iż w nowopowstałych państwach, czy regionach, pewne grupy etniczne, jak np. Serbowie w Chorwacji, Bośni i Hercegowinie, Albańczycy w Kosowie, Ormianie w Nagornym Karabachu, czy Azerowie w Nachiczewanie, są marginalizowane [1]. Zdaniem Ambrosiewicza [1], problemy mniejszości etnicznych i narodowych, tożsamości narodowych i kulturowych od czasów II wojny światowej nie objawiały się w takim nasileniu, aż do przełomu lat 1989/1990.

Państwa członkowskie ONZ, na spotkaniu w Paryżu w dniach od 25 października do 6 listopada 1995 roku, na 28. sesji Konferencji Ogólnej, przyjęły Deklarację Zasad Tolerancji [A]. Spowodowane to było pogłębiającymi się zjawiskami nietolerancji, przemocy, nacjonalizmu, rasizmu i antysemityzmu, jakim towarzyszy marginalizacja i dyskryminacja mniejszości. W artykule 1. tej Deklaracji zapisano: „tolerancja to szacunek, akceptacja i uznanie bogactwa różnorodności kultur na świecie, naszych form wyrazu i sposobów na bycie człowiekiem.

¹ Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, UMB

Sprzyja jej wiedza, otwartość, komunikowanie się oraz wolność słowa, sumienia i wiary. Tolerancja jest harmonią w różnorodności. To nie tylko moralny obowiązek, ale także prawny i polityczny warunek. Tolerancja – wartość, która czyni możliwym pokój – przyczynia się do zastąpienia kultury wojny kulturą pokoju”.

W opinii Chlewińskiego [2], tolerancja to pożądana cecha i do niej człowiek powinien być przyuczany i przygotowywany już w okresie wczesnego dzieciństwa, poprzez okazywanie dziecku bezwarunkowej miłości oraz stosowanie łagodnych i ciepłych metod wychowawczych. Bardzo istotne jest także dawanie pozytywnego, własnego przykładu, spójność słów i czynów, konsekwencja w postępowaniu i oddziaływaniu wychowawczym. „Sprzymierzeńcem w kształtowaniu u siebie i innych ludzi postaw tolerancyjnych jest samodzielne myślenie. W ten sposób może uda się zapobiec nietolerancji. To jest też główna droga do pokonania uprzedzeń, które już częściowo zniekształciły nasze widzenie świata” [2].

Słowo tolerancja (łac. *tolerantio*) oznacza wyrozumiałość, pobłażanie dla cudzych poglądów, upodobań, wierzeń, dla cudzego postępowania [3]. Definicja zawarta w Encyklopedii Powszechnej [4], określa tolerancję, jako „uznawanie prawa innych do posiadania poglądów, gustów itp. odmiennych od poglądów oceniającego”. W Słowniku Wyrazów Obcych i Zwrotów Obcojęzycznych [5i], podane jest, iż jest to „wyrozumiałość, liberalizm w stosunku do cudzych wierzeń, praktyk, poglądów, postępów, postaw choćby się różniły od własnych, albo były z nimi sprzeczne”. Słownik Psychologiczny [6] definiuje tolerancję, jako „postawę lub zachowanie polegające na uznawaniu prawa innych ludzi do posiadania przekonań, postaw i zachowań różnych od naszych, a nawet sprzecznych lub też nisko przez nas ocenianych”.

Już Heraklit [cyt. za 1] powiedział, że „to, co różni się między sobą, trwa w zgodności; na harmonię składają się konflikty między tym, co sprzeczne: na przykład lira i łuk”.

Granica tolerancji wobec postaw, poglądów i przekonań, za Węgrzeckim [7], jest osobowe, biologiczne, ekonomiczne i duchowe zagrożenie, wyznaczone przez ludzkie potrzeby (miłość bliźniego), ale również przez szacunek do drugiego człowieka i własną moralność. Zdaniem autora [7], bardzo trudno jest jednak wyznaczyć granicę między tolerancją i nietolerancją.

W opinii Hammer [8], „nietolerancja, jako zespół uprzedzeń jest negatywną i arbitralną postawą, opartą na niekompletnych lub fałszywych informacjach, nadmiernie uproszczoną, często nielogiczną, sztywną i niezwykle odporną na zmiany”. Jest to nieakceptowanie „inności”, cudzych zachowań, poglądów, stylu życia, wyglądu zewnętrznego, a także sfery światopoglądowej i ideowej drugiego człowieka. To dążenie do zniszczenia lub zmiany odmienności, obcości i tego, co nieznanne [8].

Warto podkreślić, iż uprzedzenia i stereotypy, wyrażane poprzez rozmaite postawy, z reguły bazujące na liniach podziałów etnicznych i płciowych, można już zaobserwować u bardzo małych dzieci [1]. Wiele z nich zależy od tego, jak

kogoś wychowywano w dzieciństwie, począwszy od nastawień wytworzonych przez rodziców, poprzez nauczycieli, aż do kształtowania nas przez media i środowisko społeczne [1].

Samo słowo „stereotyp” słowo pochodzi od greckiego słowa: *stereós* – solidny, twardy, skamieniały, *typos* – wzór, forma [1]. Do nauk społecznych, wprowadził go w roku 1922, amerykański dziennikarz Walter Lippman zakładając, iż stereotypy – „obrazy w naszych głowach”, są konieczne dla uproszczenia złożonej rzeczywistości [1].

Warto podkreślić, iż zakresy znaczeniowe i przejawy takich zjawisk, jak: „ksenofobia”, „uprzedzenia”, „nietolerancja”, „etnocentryzm”, a nawet „nacjonalizm” zachodzą na siebie, a tym co je łączy, są najczęściej pozytywne postawy wobec własnej grupy oraz negatywne wobec obcych i nieznanymi [1].

Pojęcie „ksenofobia” dosłownie oznacza strach przed nieznanymi – z greckiego *xenos* – dziwny, obcy oraz *phobos* – strach lub awersja [cyt. za 1].

W opinii Ambrosiewicza [1], z kolei stereotypy to nadmierne generalizacje (często błędne z powodu zbytnich uproszczeń) na temat rzeczywistości i innych ludzi, opierające się raczej na założeniach i niedoinformowaniu, a nie na faktach, nie biorące pod uwagę wielkiej różnorodności ludzi należących do danej grupy. Mogą one dotyczyć poszczególnych grup etnicznych, kulturowych bądź religijnych, są powszechnie znane członkom społeczeństwa i z reguły wpływają na ich zachowanie [1].

Zdaniem Strzeszewskiego [B], emocjonalny stosunek Polaków do innych narodów nabiera szczególnie dużego znaczenia obecnie, gdy wzajemne kontakty z ludźmi różnych nacji nie są już czymś wyjątkowym, a z wolna stają się elementem codzienności. Ukształtowane historycznie różnego rodzaju stereotypy (zarówno negatywne, jak i pozytywne), a także obraz, jaki współcześnie kształtują media, współtworzą klimat tych kontaktów. Równocześnie doświadczenia i obserwacje, wynikające z bezpośredniej styczności z przedstawicielami innych narodów, oddziałują na nasz stosunek do nich, modyfikują stare stereotypy.

W ostatnich więc latach zjawisko stereotypizacji i ksenofobii ma duże znaczenie ze względu na fakt, iż imigrantów, uchodźców oraz pracowników migrujących postrzega się, jako zagrożenie dla miejsc pracy, warunków dotychczasowego życia i tożsamości kulturowej.

Celem pracy była ocena postrzegania innych narodów i kultur przez studentów kierunku fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 50 studentów kierunku fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wykorzystano w nim autorski kwestionariusz ankietowy Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, zawierający 5 pytań metryczkowych i 13 zasadniczych.

Wyniki

W grupie respondentów dominowały kobiety – 68% (34) oraz mieszkańcy miasta – 90% (45). W badaniu wzięło udział 32% (16) mężczyzn i 10% (5) mieszkańców wsi. W opinii 12% (6) badanych Polacy to naród tolerancyjny. Odmienne zdanie miało 44% (22) badanych, a 34% (17) uważało, iż zależy to od tego, czego ma tolerancja dotyczyć. Opinii swojej nie wyraziło 10% (5) studentów. Zdaniem 52% (26) studentów tolerancyjność Polaków wzrasta. Nie zmienia się od lat według 10% (5) z nich, a maleje w opinii 8,0% (4) ankietowanych. Nie wypowiedziało się w powyższej kwestii 30% (15) respondentów.

Studenci zapytani, co jest konieczne, aby kogoś uznać za Polaka, najczęściej twierdzili, iż niezbędnym warunkiem jest, aby on sam czuł się Polakiem – 60% (30), aby był obywatelem polskim – 38% (19), aby był polskiego pochodzenia i przynajmniej jedno z jego rodziców było Polakiem – 32% (16), aby mówił po polsku 30% (15) lub, aby mieszkał na stałe w Polsce – 28% (14). Nieliczne osoby 4% (2) uważały, że warunkuje powyższe fakt, aby dana osoba zadeklarowała się jako patriotą, a 10% (5) nie wyraziło swojej opinii. Respondenci z reguły 88% (44) uważali, że jest możliwe, że ktoś czuje się związany jednocześnie z dwoma krajami – ma dwie ojczyzny. Pozostali mieli odmienne zdanie lub nie wypowiedzieli się w tej kwestii (po 6%, po 3). Osobę należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej znało 48% (24), nie znało 40% (20). Dwie osoby 4% (2) same należały do mniejszości białoruskiej, a 8% (4) nie wyraziło swojej opinii.

Większość respondentów nie zgadzała się ze stwierdzeniem, iż osoby mieszkające na stałe w Polsce, które nie są Polakami, powinny jak najszybciej przyjąć polską kulturę i język jako własne – 52% (26) oraz, że Polacy mieszkający na stałe w innych krajach niż Polska powinni jak najszybciej przyjąć kulturę i język tych krajów jako własne – 50% (25). Zgadzali się natomiast ze stwierdzeniem, iż każda religia jest tak samo dobra, jeśli tylko pomaga człowiekowi jak najlepiej przeżyć życie – 84% (42), Bóg czczony w różnych religiach, niezależnie od tego, jak go nazwiemy – Jahwe, Allah itp. – to tak naprawdę ten sam Bóg – 66% (33) oraz, że wszystkie religie prowadzą człowieka do tego samego celu – 58% (29). Pozostałe opinie zawiera tabela 1.

W przekonaniu jedynie 8% (4) studentów dobrze jest, kiedy w jednym państwie mieszkają ludzie jednej narodowości. Odmienne zdanie wyraziło 36% (18) osób, a 40% (20) było to obojętne. Opinii swojej nie wyraziło 16% (8) ankietowanych. O tym, iż dobrze jest mieć za sąsiadów ludzi, których kultura i tradycja różnią się od polskiej, przekonanych było 36% (18) ankietowanych. Przeciwnego zdania było 2% (1) studentów, a 38% (19) było to obojętne. Nie miało zdania w powyższej kwestii 24% (12) osób. W obecnym opracowaniu stwierdzono, iż za sąsiada studenci nie chcieliby mieć narkomanów – 80% (40.50), członków mniejszości narodowej – 62% (31) oraz członków grup etnicznych – 68% (34). Nie

Tabela 1. Opinie studentów na wybrane problemy związane z wielokulturowością

Opinia	zgadzam się	nie zgadzam się	trudno powiedzieć
osoby mieszkające na stałe w Polsce, które nie są Polakami, powinny jak najszybciej przyjąć polską kulturę i język jako własne	14% (7)	52% (26)	34% (17)
Polacy mieszkający na stałe w innych krajach niż Polska powinni jak najszybciej przyjąć kulturę i język tych krajów jako własne	14% (7)	50% (25)	32% (16)
każda religia jest tak samo dobra, jeśli tylko pomaga człowiekowi jak najlepiej przeżyć życie	84% (42)	2% (1)	14% (7)
bóg czczony w różnych religiach, niezależnie od tego, jak go nazwiemy – Jahwe, Allah itp. – to tak naprawdę ten sam Bóg	66% (33)	6% (3)	28% (14)
wszystkie religie prowadzą człowieka do tego samego celu	58% (29)	20% (10)	22% (11)

widzieli też jako kolegi na studiach narkomanów – 66% (33). Nie wyobrażali sobie także, iż ich partnerem/współmałżonkiem będzie homoseksualista, nosiciel wirusa HIV lub narkoman – po 90% (po 45) wskazań. Pozostałe dane obrazuje tabela 2.

Studentzi zapytani, jakie ich zdaniem, mniejszości narodowe lub etniczne mieszkają w Polsce, najczęściej wskazywali Cyganów – 78% (39), Kaszubów – 72% (36), Ukraińców – 70% (35) i Żydów – 66% (33). Pozostałe wskazania zawiera tabela 3.

W opinii 54% (27) studentów przedstawiciele mniejszości narodowych i etnicznych powinni mieć możliwość nauki swojego języka w szkołach polskich na dodatkowych lekcjach.

Największa grupa badanych nie miała opinii, co do ich możliwości uczenia się w swoim języku – 38% (19), otrzymywania pomocy finansowej od państwa na podtrzymywanie własnej kultury, tradycji – 54% (27) oraz możliwości porozumiewania się w swoim języku w urzędach lokalnych w miejscowościach, w których mieszkają – 58% (29).

Większość ankietowanych zdecydowanie była przeciwna, aby przedstawiciele mniejszości narodowych i etnicznych mieli możliwość umieszczania tablic z nazwami miejscowości we własnym języku obok tablic z nazwami polskimi, tam gdzie mieszkają – 44% (22) i aby byli zwolnieni z wymogu przekroczenia progu 5% głosów w skali kraju, aby wejść do Sejmu – 58% (29). Pozostałe wskazania obrazuje tabela 4.

Tabela 2. Preferencje respondentów odnośnie sąsiadów, kolegów na studiach i partnerów/współmałżonków

	tak	nie	jest mi to obojętne	trudno powiedzieć
mieć za sąsiada				
homoseksualistów	4% (2)	40% (20)	50% (25)	6% (3)
nosiciele wirusa HIV	2% (1)	26% (13)	60% (30)	12% (6)
narkomanów		80% (40)	10% (5)	10% (5)
członków mniejszości narodowych	26% (13)	62% (31)	8% (4)	4% (2)
członków grup etnicznych	24% (12)	68% (34)	4% (2)	4% (2)
imigrantów	16% (8)	10% (5)	66% (33)	8% (4)
mieć za kolegę na studiach				
homoseksualistów	18% (9)	30% (15)	46% (23)	6% (3)
nosiciele wirusa HIV	4% (2)	28% (14)	50% (25)	18% (9)
narkomanów	2% (1)	66% (33)	20% (10)	12% (6)
członków mniejszości narodowych	34% (17)	2% (1)	58% (29)	6% (3)
członków grup etnicznych	28% (14)	2% (1)	66% (33)	4% (2)
imigrantów	24% (12)	2% (1)	70% (35)	4% (2)
mieć za partnera/współmałżonka				
homoseksualistów		90% (45)	2% (1)	8% (4)
nosiciele wirusa HIV		90% (45)	2% (1)	8% (4)
narkomanów		90% (45)	2% (1)	8% (4)
członków mniejszości narodowych	8% (4)	28% (14)	52% (26)	12% (6)
członków grup etnicznych	8% (4)	26% (13)	54% (27)	12% (6)
imigrantów	8% (4)	26% (13)	52% (26)	14% (7)

Tabela 3. Opinia studentów o mniejszościach narodowych lub etnicznych występujących w Polsce

Mniejszość narodowa	Liczba wskazań	Mniejszość narodowa	Liczba wskazań
Afrykanie	26% (13)	Niemcy	58% (29)
Arabowie	50% (25)	Ormianie	58% (29)
Bułgarzy	32% (16)	Rosjanie	54% (27)
Chińczycy	46% (23)	Rumuni	64% (32)
Cyganie	78% (39)	Słowacy	28% (14)
Czesi	46% (23)	Ślązacy	44% (22)
Górale	50% (25)	Tatarzy	60% (30)
Grecy	26% (13)	Turcy	44% (22)
Kaszubi	72% (36)	Ukraińcy	70% (35)
Litwini	62% (31)	Wietnamczycy	56% (28)
Łemkowie	28% (14)	Żydzi	66% (33)
Muzułmanie	62% (31)	Nie wiem	2% (1)

Tabela 4. Opinie studentów o przywilejach mniejszości narodowych i etnicznych

Przywileje	zgadzam się	nie zgadzam się	trudno powiedzieć
mieć możliwość nauki swojego języka w szkołach polskich na dodatkowych lekcjach	54% (27)	12% (6)	34% (17)
mieć możliwość uczenia się w swoim języku	30% (15)	32% (16)	38% (19)
otrzymywać pomoc finansową od państwa na podtrzymywanie własnej kultury, tradycji	8% (4)	38% (19)	54% (27)
mieć możliwość porozumiewania się w swoim języku w urzędach lokalnych w miejscowościach, w których mieszkają	22% (11)	20% (10)	58% (29)
mieć możliwość umieszczania tablic z nazwami miejscowości we własnym języku obok tablic z nazwami polskimi, tam gdzie mieszkają	20% (10)	44% (22)	36% (18)
być zwolnionym z wymogu przekroczenia progu 5% głosów w skali kraju, aby wejść do Sejmu	4% (2)	58% (29)	38% (19)

Studentów na koniec badania poproszono o podanie cechy, która jako pierwsza przychodzi im na myśl, aby scharakteryzować wymienione w ankiecie narody. Okazało się, iż 22% (11) studentów miało z tym kłopoty i nie potrafiło wymienić ani jednej cechy. Jedna osoba, 2% (1), także nie scharakteryzowała wymienionych narodów uważając, że wszystkie kojarzą się jej tak samo, ponieważ nie różnicuje ludzi biorąc za kryterium ich pochodzenie.

Pozostali wymieniali różne cechy, które usystematyzowano w tabeli 5, jako cechy pozytywne i negatywne. Cechy wyłącznie negatywne zostały przez studentów przypisane Serbom, a w większości negatywne – Cyganom, Rosjanom, Czeczenom, Arabom, Turkom, Ukraińcom, i Anglikom. Wyłącznie cechy pozytywne studenci widzieli u Szwedów, Duńczyków, Belgów i Norwegów, a w większości pozytywne u Włochów, Japończyków, Hiszpanów, Greków, Węgrów, Austriaków, Litwinów i Finów. Najwięcej cech negatywnych, po 10, respondenci przypisali Rosjanom i Cyganom, a najwięcej cech pozytywnych, 11 Włochom. Największe trudności w określeniu cech mieli ankietowani z Serbami, Ormianami, Łotyszami, Gruzinami, Estończykami i Słowakami.

Tabela 5. Cechy, które jako pierwsze przychodziły studentom na myśl, aby scharakteryzować wybrane narody

Narodowość	Cechy		
	pozytywne	negatywne	obojętne
Afrykańczycy	mili otwarceni roześmiani silni zadowoleni z życia	biedni czarnuchy dzicy handlarze zacołani	
Amerykanie	bogaci dumni otwarceni wolni wyluzowani	chwaniacy komiczni leniwi ograniczenie otyli pewni siebie skomercjalizowani	
Anglicy	eleganccy przyjaźni uporządkowani zaradni	flegmatycy leniwi mało inteligentni poważni sztywni wulgarni wyrafinowani	jeżdżący pod prąd
Arabowie	religijni	agresywni brudni egoistyczni fanatycy konfliktowi nietolerancyjni zamknięci	
Austriacy	bogaci lubiący porządek mili sumienni uprawiający sporty zimowe wysportowani	falszywi szkopy zarozumiali	
Belgowie	europejscy liberalni tolerancyjni wykształceni zintegrowani		

Narodowość	Cechy		
	pozytywne	negatywne	obojętne
Białorusini	pracowici sympatyczni śmieszni tolerancyjni	alkoholicy biedaki brudasy chciwi głośni zastraszeni	
Bułgarzy	pobożni sympatyczni twardzi weseli	porywczy zacofani	
Chińczycy	pracowici spokojni szybcy zdolni	chytrzy żółtki	
Chorwaci	pobożni przyjaźni uśmiechnięci	chytrzy	walczący
Cyganie	rodzinni wolni	brudasy chytrzy cwaniaki głośni nachalni oszuści prowadzący rozwią- zły tryb życia straszni ubodzy złodzieje	
Czesi	otwarcy przyjaźni weseli zabawni	dużo pałacy lekkoduchy piwosze	
Czeczeni		agresywni bezczelni głośni groźni konfliktowi terroryści złodzieje	imigranci walczący

Narodowość	Cechy		
	pozytywne	negatywne	obojętne
Duńczycy	dobrzy przyjaźni szczęśliwi tolerancyjni		jeżdżący na rowerach
Estończycy	dobroć	biedacy	legalna marihuana
Finowie	przyjaźni tolerancyjni życzliwi	zimni	
Francuzi	elegancy kulturalni otwarceni romantyczni rozsądni smakosze	heteroseksualiści maminsynki pijacy w nadmiarze wino przemądrzali seksoholicy zadufani w sobie żabojady	dobrze gotujący
Grecy	ceniący swoją historię konsekwentni otwarceni pomocni przyjaźni romantyczni towarzyscy	kłótniwi leniwi	opaleni żyjący z turystyki
Gruzini	otwarceni przyjaźni		walczący
Hiszpanie	gorąca krew przyjaźni towarzyscy weseli wolni	cholerycy egoiści porywczy	opaleni
Holendrzy	eurolpejscy interesujący tolerancyjni uczciwi	luzacy	dobrze pływający legalna marihuana
Irlandczycy	eurolpejscy otwarceni radośni szczęśliwi	schematyczni szywni	dobre piwo

Narodowość	Cechy		
	pozytywne	negatywne	obojętne
Japończycy	dokładni inteligentni obeznani z techniką pomysłowi pracowici zaradni zdolni	skrępowani zapracowani	
Litwini	gościnni pomysłowi pryjaźni sympatyczni	niegrzeczni	sąsiedzi
Łotysze	gościnni	falszywi	
Niemcy	bogaci czyści dokładni punktualni solidni zasadniczy zorganizowani	denerwujący egoiści niesympatyczni szorstcy szwabry wredni wyniośli	
Norwedzy	ciekawi ekologiczni pogodni schłudni tolerancyjni życzliwi		blondyni
Ormianie	religijni	groźni straszni	
Rosjanie	są oki tolerancyjni potężni	alkoholicy brak pewności siebie despotyczni dziwni falszywi głośni mocne głowy przemytnczy zamknięci w sobie	sąsiedzi
Serbowie		biedni	walczący
Słowacy	pryjaźni zorganizowani	lubiący piwo	

Narodowość	Cechy		
	pozytywne	negatywne	obojętne
Szwedzi	otwarcie pomocni przyjaźni tolerancyjni życzliwi		
Turkowie	dobrze gotujący przyjaźni	agresywni cwaniacy dyktatura rodzinna głośni porywacze	
Ukraińcy	radośni pracowici	biedny głośni groźni tirówki	
Węgrzy	lubiący śpiewać łagodni otwarcie wiodący spokojne sielskie życie	głośni trudni do zrozumienia	
Wietnamczycy	porządni pracowici szybcy	biedni	dobrze gotujący skośnoocy
Włosi	gorąca krew otwarcie pozytywnie nastawieni do życia przyjaźni radośni religijni rodzinni szarmanccy szczęśliwi towarzyscy zdrowi	głośni konfliktowi podrywacze roztrzępani	
Żydzi	bogaci dumni mający głowę do interesów mądrzy poważni religijni zaradni	chciwi cwaniacy fanatycy interesowni oszuści skąpi wyniośli zbrodniarze	brodacze

Dyskusja

Nietolerancja może przybierać różne formy, w zależności od siły, z jaką występuje, dezaprobaty, z reguły nieuzewnętrznionej po dyskryminację słowną i czynną [8]. Do przejawów nietolerancji zalicza się uwagi słowne, przytyki, nagany, obrazę publiczną, bojkot, unikanie kontaktów, izolowanie osób i grup w tworzonych gettach, dyskryminację, czyli odmawianie praw, nacisk na asymilację osób różniących się od większości, a także wszelkiego rodzaju akty agresji [8].

Badania, na które powołuje się Ambrosiewicz [1], pozwoliły na wyodrębnienie pewnych czynników, które mogą wpływać na podważenie posiadanych uprzedzeń. Zaliczono do nich [cyt. za 1]:

- *zmieniający się klimat społeczny powodujący, że uprzedzenia stają się sprzeczne z normami,*
- *przyjęcie tolerancyjnych praktyk wychowania dzieci w społeczeństwie,*
- *kontakty między członkami różnych grup przy założeniu, iż spełnione zostaną pewne warunki: równy status grup, wsparcie ze strony autorytetu, np. trenera/nauczyciela; bliski, przyjemny, nieformalny kontakt, współpraca między członkami danych grup,*
- *przykłady pozytywnych postaw wobec innych grup oraz tolerancja w środkach masowego przekazu,*
- *uczenie się o własnym dziedzictwie religijnym i kulturowym,*
- *uczenie się o religii i zwyczajach innych grup,*
- *uznanie różnic i podobieństw wśród i między jednostkami oraz grupami,*
- *zrozumienie faktu, iż każdy człowiek jest niepowtarzalny,*
- *budowanie świadomości różnorodności pochodzenia (przodków), cech i zwyczajów, którymi wyróżniają się inne grupy etniczne, religijne i kulturowe,*
- *poprawę samooceny i poczucia własnego bezpieczeństwa,*
- *rozwijanie umiejętności krytycznego myślenia po to, by odróżnić rzeczywistość od fikcji, a fakty od opinii,*
- *zrozumienie, że nadmierna generalizacja może prowadzić do negatywnych stereotypów,*
- *rozwijanie empatii wobec ofiar uprzedzeń,*
- *analizę własnych i cudzych zachowań wobec innych,*
- *kontakty z ludźmi, którzy różnią się od nas.*

Badania CBOS z 2005 roku [9] wykazały, iż większości ankietowanych (69%), uważała, że aby uznać kogoś za Polaka, konieczne jest, żeby on sam czuł się Polakiem. Drugim, co do ważności kryterium polskości było, według nich, posiadanie polskiego obywatelstwa (34%). Prawie trzy czwarte badanych (71%) twierdziło, że możliwe jest, aby ktoś miał dwie ojczyzny, czuł się związany z dwoma krajami. Przeciwnego zdania jest co piąty Polak (20%) [9].

W obecnym doniesieniu studenci uznali, że aby uznać kogoś za Polaka,

konieczne jest, aby on sam czuł się Polakiem – 60%, by był obywatelem polskim – 38%, był polskiego pochodzenia i przynajmniej jedno z jego rodziców było Polakiem – 32%, mówił po polsku 30% lub aby mieszkał na stałe w Polsce – 28%.

W badaniach ankietowych przeprowadzonych w grupie studentów w latach 2001–2002, za Borkowskim [10], pytano o rozumienie tolerancji, źródła tolerancji i nietolerancji w Polsce, stosunek do mniejszości, itp. Większość respondentów pod pojęciem „tolerancja” rozumiała, przede wszystkim, szacunek dla odmiennych poglądów (44% badanych) oraz akceptację odmienności w różnych jej postaciach. Pozostali twierdzili, iż jest to respektowanie praw innych ludzi (11%), obojętność wobec innych, bez względu na to, jakimi są (3%) oraz wyrozumiałość, cierpliwość i pobłażanie dla innych ludzi (2%) [10]. Zdaniem badanych największy zakres tolerancji dotyczy sfery obyczajowości i życia codziennego (39%), życia politycznego (22%), a następnie religii (13%) oraz życia erotycznego (8%). Bez mała co piąty badany nie potrafił wskazać obszaru tolerancji w życiu codziennym Polaków [10]. Większość respondentów uważała, że zdolność do tolerancji nie zależy ani od wykształcenia, ani wieku, czy miejsca zamieszkania (36%). Jednakże 27% badanych wskazywało, że bardziej tolerancyjni są ludzie wykształceni, 19% że ludzie młodzi, 15% iż mieszkańcy miast, 2% ze mieszkańcy wsi i 1% mieszkańcy małych miast [10]. Za główne źródła nietolerancji studenci uważali wychowanie rodzinne (35%) oraz kościoł (31%). W dalszej kolejności wymieniali masmedia (12%) i świat polityki (7%). W grupie źródeł tolerancji większość respondentów wskazała kontakt z ludźmi o innych poglądach (48%), wychowanie rodzinne (19%), podróże zagraniczne i poznawanie innych kultur (17%) oraz edukacja szkolna i akademicka (10%) [10i].

W obecnym opracowaniu jedynie 12% studentów uważało, iż Polacy to naród tolerancyjny, ale jednocześnie 52% z nich było przekonanych, iż tolerancyjność Polaków wzrasta. Jako najczęstsze przejawy nietolerancji w Polsce, respondenci wskazywali różne formy ksenofobii i rasizmu (29%), nieposzanowanie odmienności (18%), brak tolerancji wobec mniejszości seksualnych (12%), nietolerancję religijną (10%), subkultury agresji (3%), politykę (3%) oraz niechęć do niepełnosprawnych (2%) [10]. Studenci jedynie w 8% zgadzali się, a w 36% nie zgadzali ze stwierdzeniem, że dobrze jest, kiedy w jednym państwie mieszkają ludzie jednej narodowości. Studenci podali, iż w murach ich uczelni nie spotyka się objawów nietolerancji (81%), jedynie 19% uznało, że zetknięło się z przejawami nietolerancji w środowisku akademickim. Jedynie niewielki odsetek (2,3%) potrafił wskazać konkretne przykłady zachowań negatywnych, wskazując niechęć i przejawy rasizmu wobec studentów obcokrajowców (5%), nietolerancję wobec odmiennych poglądów i preferencji politycznych (4%) oraz po 1% niechęć do przedstawicieli odmiennych orientacji seksualnych, innych wyznań, a także nietolerancję związaną z młodzieżowymi subkulturami [10].

W pytaniu o stosunek do „innych” większość respondentów dokonywała pozytywnego wyboru kolegi na zajęciach: towarzystwo osoby niepełnospraw-

nej – 91%, Żyda – 83%, reprezentanta odmiennej orientacji seksualnej – 77%, przedstawiciela mniejszości romskiej – 74% [10].

Badania Anam [C], iż respondentom z jej badania w większości nie przeszkadzałoby, aby obcokrajowcem był ich kolega z zespołu w pracy (65%) lub podwładny (66%). Stosunek badanych do cudzoziemców zmieniał się jedynie wraz ze wzrostem pozycji zawodowej tych ostatnich. W przypadku, gdyby obcokrajowiec miałby zajmować wyższe stanowisko zawodowe, np. szefa firmy lub bezpośredniego przełożonego, stanowiłoby to już problem dla większej liczby osób, w tym 10% zdecydowanie by to przeszkadzało. Aby obcokrajowiec był szefem firmy zdecydowanie nie przeszkadzało by 55% badanych, a 54% nie miało by z tym problemu [C]. Wykazano także, iż stosunek respondentów do obcokrajowców był uzależniony także od wieku respondentów. Osoby najstarsze były mniej chętne zatrudnianiu obcokrajowców [C]. Osobom w wieku 55–64 lata najbardziej przeszkadzałyby obcokrajowiec jako właściciel firmy (21%) lub jako przełożony (22%). Osoby w wieku 45–54 lata – wolałyby w 19% nie mieć obcokrajowca jako właściciela firmy, w której pracują i w 20% jako przełożonego. Ankietowanym w wieku 18–24 lata obcokrajowiec jako właściciel firmy przeszkadzałby tylko w 12%, a jako bezpośredni przełożony w 13% [C]. Kolejna zależność widoczna w badaniu dowodzi, że tolerancja dla obcokrajowców w pracy rośnie wraz z poziomem wykształcenia. Wyniki badań wskazują, że osoby z wykształceniem zasadniczym i podstawowym są najmniej chętne cudzoziemcom w pracy. Jeszcze więcej, bo prawie 1/3 osób z tej samej grupy badanych nie chciałaby aby cudzoziemiec był ich bezpośrednim przełożonym. Dla porównania – jedynie 15% osób z wykształceniem wyższym miałoby coś przeciwko obcokrajowcom w roli właścicieli i przełożonych [C].

W obecnym opracowaniu 40% studentów nie chciałoby mieć za sąsiada homoseksualisty, 26% nosiciela wirusa HIV, 80% narkomana, 62% członka mniejszości narodowej, 68% członka grupy etnicznej i 10% imigranta. Blisko 30% respondentów nie chciałoby mieć jako kolegi na studiach homoseksualisty, 28% nosiciela wirusa HIV, 66% narkomana, 2% członka mniejszości narodowej, 2% członka grupy etnicznej i 2% imigranta. 90% badanych nie chciałoby mieć za partnera/małżonka homoseksualisty, 90% nosiciela wirusa HIV, 90% narkomana, 28% członka mniejszości narodowej, 26% członka grupy etnicznej i 26% imigranta.

W badaniu CBOS z 2005 roku [9], ponad jedna czwarta respondentów (27%) znała kogoś należącego do mniejszości narodowej lub etnicznej. Nieliczni (2%) deklarowali, że sami do takich należą.

W obecnym opracowaniu 48% studentów znało kogoś należącego do mniejszości narodowej lub etnicznej, a 2% deklarowało, że sami do takiej należą.

W badaniu CBOS z 2005 roku [9], najbardziej przez Polaków mniejszości narodowe lub etniczne w Polsce to Niemcy (54%), Ukraińcy (42%), Romowie

(41%), Żydzi (31%), Rosjanie (19%) i Białorusini (17%). Polacy potrafili wymienić przeciętnie trzy mniejszości narodowe lub etniczne (2,8).

W obecnym doniesieniu studenci wymieniali 23 mniejszości etniczne występujące w Polsce, najczęściej Cyganów – 78% , najrzadziej – Greków – 26%.

Polacy z badania CBOS z 2005 roku [9] stosunkowo chętnie przyznawali mniejszościom narodowym lub etnicznym prawo do nauki ich języków w szkołach, a nawet uczenia się w tych językach, jednak są raczej przeciwni używaniu języków mniejszości w sytuacjach oficjalnych – w urzędach czy na tablicach z nazwami miejscowości, nawet jeśli miałyby być umieszczone obok tablic z nazwami polskimi.

W obecnym opracowaniu jedynie 14% studentów zgadzało się ze stwierdzeniem, że osoby mieszkające na stałe w Polsce, które nie są Polakami, powinny jak najszybciej przyjąć polską kulturę i język jako własne i w 50% byli przeciwni, aby Polacy mieszkający na stałe w innych krajach niż Polska powinni jak najszybciej przyjąć kulturę i język tych krajów jako własne.

W badaniach Strzeszewskiego [B], dotyczących stopnia sympatii lub niechęci Polaków do innych narodów stwierdzono, że Polacy na ogół większą sympatią darzą mieszkańców krajów rozwiniętych, należących do bogatego Zachodu, niż przedstawiciele biedniejszych krajów wschodnioeuropejskich czy bałkańskich. Z sympatią najczęściej darzyli Francuzów i Włochów (ponad połowa badanych deklarowała sympatię do nich, a niespełna jedna dziesiąta – niechęć). Niewiele mniejszą sympatią darzyli Amerykanów, a także Węgrów i Czechów. Sympatia przeważała także nad niechęcią także w odniesieniu do Szwedów, Anglików, Greków, Austriaków oraz Litwinów, Słowaków i Słoweńców. Wyraźnie większą sympatią cieszyli się także Japończycy, w odniesieniu do Chińczyków i Wietnamczyków [B].

W raporcie CBOS z 2005 roku [11] najbardziej pozytywny stosunek Polacy wykazywali do Włochów i Czechów (co drugi badany). Niewiele rzadziej z sympatią obdarzani byli Hiszpanie i Anglicy, a także Amerykanie, Francuzi, Grecy, Węgrzy, Holendrzy, Szwedzi i Słowacy (powyżej 40% Polaków), a niechęć o ponad połowę mniejsza grupa [11]. Więcej niż co dziesiąty Polak powstrzymał się od określenia swojego stosunku do Irlandczyków, Litwinów, Duńczyków, Finów, Japończyków, Austriaków, Słoweńców, Łotyszy i Estończyków. W stosunku do wszystkich wyżej wymienionych narodowości, średnie sympatii Polaków miały znak dodatni. Odrębną pozycję zajmują Niemcy, ponieważ w stosunku do nich Polacy podzielili się na trzy niemal równoliczne grupy: tak samo często jak sympatię deklarowali niechęć, a tylko minimalnie rzadziej obojętność [11]. Ponad połowa Polaków deklarowała natomiast niechęć, a zaledwie kilkanaście procent – sympatię do Rosjan, Rumunów, Romów (Cyganie) i Arabów [11].

W badaniu CBOS z 2010 roku [12], do narodów najbardziej lubianych przez Polaków należeli: Czesi, Włosi, Francuzi, Hiszpanie, Słowacy i Anglicy. Sympa-

tię do nich deklarowała co najmniej połowa badanych (od 50% do 53%). Prawie połowa ankietowanych (od 45% do 49%) wyrażała sympatię do Węgrów, Greków, Holendrów, Irlandczyków, Norwegów i Amerykanów. Niewiele mniej osób pozytywnie postrzega Szwedów, Austriaków, Belgów, Duńczyków, Finów, Japończyków, Litwinów i Chorwatów (od 40% do 44% deklaracji sympatii). Zarazem niechęć do każdego z tych czternastu narodów deklarowało nie więcej niż jedna szóstka badanych [12]. Nieco mniejszy był rozmiar sympatii do Bułgarów, Estończyków i Łotyszy (od 33% do 37% respondentów), jednakże niechęć do nich deklarowało nadal mniej niż jedna piąta badanych. W stosunku do Niemców, Białorusinów, Gruzinów i Serbów, sympatia deklarowana była również częściej niż niechęć, jednak przewaga sympatii wynosiła około 10 punktów procentowych. Pod względem uczuć deklarowanych do Rosjan i Ukraińców badani dzielą się na trzy niemal równoliczne grupy – wyrażających sympatię, obojętność i niechęć, jednak z minimalną przewagą sympatii (34%). W stosunku do Żydów, Chińczyków, Ormian, Wietnamczyków oraz Czechenów sympatia niemal równoważyła się z niechęcią, najczęściej zaś deklarowano obojętność. Niechęć nad sympatią przeważała w stosunku do Turków, Rumunów, Arabów i Romów. W odniesieniu do Turków przewaga niechęci nad sympatią był stosunkowo niewielka. W nieco większym stopniu dotyczyła Rumunów, a najwyraźniej – w stosunku do Arabów i Romów [12].

W obecnej pracy największą sympatią (najwięcej wskazanych cech pozytywnych) cieszyli się Włosi, a najmniejszą (najwięcej wskazanych cech negatywnych) Rosjanie i Cyganie.

Według Borkowskiego [10] niechęć do Cygana wyraziło 14% ankietowanych, do geja lub lesbijki – 10%, do Żyda – 10%, a do osób niepełnosprawnych – 4%. Respondentów zapytano również o stosunek do innych nacji oraz o znajomość przedstawicieli mniejszości narodowych. Okazało się, iż większość respondentów nie ma nic przeciwko obecności obcokrajowców w murach swojej uczelni. Jednak w odpowiedziach na pytanie o akceptację bliskości „obcego” można było stwierdzić niechęć do Romów i Żydów (bardzo niski poziom akceptacji dla wejścia do rodziny) [10]. Stosunkowo niski był poziom znajomości przedstawicieli mniejszości narodowych (30%) i przyjaźni z ich przedstawicielami (15%) oraz znajomości z obcokrajowcami (21%) [10].

W obecnym opracowaniu 22% studentów miało kłopoty z podaniem cechy, która jako pierwsza przychodzi im na myśl, aby scharakteryzować wymienione w ankiecie narody. Cechy wyłącznie negatywne zostały przez studentów przypisane Serbom, a wyłącznie pozytywne – Szwedom, Duńczykom, Belgom i Norwegom, a w większości pozytywne u Włochów, Japończyków, Hiszpanów, Greków, Węgrów, Austriaków, Litwinów i Finów.

Wnioski

1. Studenci uważali Polaków za tolerancyjnych i byli przekonani, iż ich tolerancyjność wzrasta.
2. Generalnie nie chcieliby mieć za sąsiadów narkomanów oraz członków mniejszości narodowej lub grup etnicznych.
3. W roli partnera/współmałżonka nie widzieliby narkomanów, homoseksualistów i nosicieli wirusa HIV.
4. Wiedza na temat mniejszości etnicznych występujących w Polsce jest zadowalająca.
5. Blisko połowa ankietowanych nie potrafiła wymienić ani jednej cechy pozytywnej lub negatywnej dla określonych narodów.

Piśmiennictwo

1. Ambrosewicz-Jakobcs J.: *Tolerancja – jak uczyć siebie i innych*, Leyko, Kraków, 2004, 1–108.
2. Chlewiński Z.: *Stereotypy: Struktura, funkcje, geneza. Analiza interdyscyplinarna. W: Stereotypy i uprzedzenia*. Instytut Psychologii PAN, Warszawa, 1992, 309.
3. *Słownik Wyrazów Obcych*, PWN, Warszawa, 1971, 763.
4. *Encyklopedia Powszechna PWN*, t. 4, Warszawa, 1987, 500.
5. Kopaliński Wł.: *Słownik Wyrazów Obcych i Zwrotów Obcojęzycznych*. PWN, Warszawa, 1983, 427.
6. Szewczuk W. (red.) *Słownik psychologiczny*. Wiedza Powszechna Warszawa, 1985, 323.
7. Węgrzecki A.: *Tolerancja jako wartość osobowa [w:] Edukacja aksjologiczna. T. 3. O tolerancji*, Olbrycht K. (red.), Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1995, 17.
8. Hammer H.: *Demon nietolerancji*. WsiP, Warszawa, 1994, 49.
9. Raport CBOS: *Tożsamość narodowa Polaków oraz postrzeganie mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce*, BS/84/2005, Warszawa, 2005, 1–17.
10. Borkowski R.: *Tolerancja i nietolerancja*, BIP, 2003, 116, 1–12.
11. Raport CBOS: *Stosunek do innych narodów*, BS/1/2005, Warszawa, 2005, 1–10.
12. Raport CBOS: *Stosunek do innych narodów*, BS/12/2010, Warszawa, 2010, 1–12.

Netografia

- A. Deklaracja Zasad Tolerancji, <http://debaty.tezeusz.pl/blog/201731.html>, data pobrania 27.01.2011.
- B. Strzeszewski M.: *Stosunek Polaków do innych narodów*, http://www.bezuprzedzen.org/doc/06Stosunek_Polakow_do_innych_narodow_2001_CBOS.pdf, data pobrania 27.01.2011.
- C. Anam R.: *Tolerancja Polaków a obcokrajowcy w pracy*, <http://www.egospodarka.pl/33182,Tolerancja-Polakow-a-obcokrajowcy-w-pracy,1,39,1.html>, data pobrania 27.01.2011.

Małgorzata Stachowicz¹, Zofia Sienkiewicz¹, Irena Wrońska²

Śmierć i umieranie w wybranych religiach świata

Wprowadzenie

Śmierć zawsze pozostaje tajemnicą. Jej historię piszą umierający, ale oni swoją wiedzę zabierają ze sobą. Możemy jedynie opisywać pewne aspekty śmierci: psychologiczne, społeczne, kulturowe czy antropologiczne. Śmierć dla jednych może być lekcją pokory, dla innych darem i zadaniem, dla jeszcze innych niezawinioną karą, porażką, niesprawiedliwością albo też wybawieniem czy nagrodą. Zagadnienie śmierci jest istotą każdej religii. Religia, towarzysząc człowiekowi od początku jego życia na ziemi, była i jest przedmiotem refleksji poznawczej. Umieranie często postrzegane jest jako długi bolesny proces, na który zwykle nie mamy wpływu, którego nie jesteśmy w stanie zmienić. Niemniej jednak „z perspektywy religii świata, umieranie jest świętą sztuką, autentycznym rytuałem, ostatnią szansą dającą nam możliwość odkrycia sensu i celu życia” [12].

Florence Nightingale wskazała, że holistyczne podejście do człowieka ma swoje źródło w duchowym życiu, scala wszystkie inne elementy w niepowtarzalną całość. Wymiar duchowy człowieka jest bardzo zróżnicowany, utworzony przez system uznawanych wartości, czego wyrazem jest rodzaj praktykowanej religii [31].

Współczesne pielęgniarstwo zmierza do zapewnienia społeczeństwu coraz to doskonalszej opieki. Ze względu na pojawienie się nowych sposobów komunikacji, rozwoju turystyki, stale rosnącej migracji ludności dzisiejsze społeczeństwa stają się coraz bardziej wielokulturowe i wielowyznaniowe. Sytuacja ta wymaga także od pielęgniarek / pielęgniarzy nowych umiejętności, postrzegania pacjenta nie tylko przez pryzmat jego problemów zdrowotnych, a także potrzeb duchowych i praktycznych uwarunkowań związanych z wyznawaną religią i pochodzeniem etniczno-kulturowym [1].

¹ Zakład pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Zapewnienie opieki duchowej zgodnie z potrzebami pacjenta, rytuału związanego z umieraniem jest nie tylko okazaniem szacunku do odmiennych przekonań pacjenta, ale jest również dowodem poszanowania jego godności i tożsamości. Tylko wtedy taka opieka jest opieką holistyczną i wrażliwą kulturowo, dostosowaną do potrzeb różnych religii. Stąd też wynika ogromna potrzeba ich poznawania.

Cel pracy

Przedmiotem rozważań jest przedstawienie zagadnienia śmierci i umierania w hinduizmie, buddyzmie, islamie, judaizmie i chrześcijaństwie, celem poznania i lepszego rozumienia tych religii oraz wskazania roli pielęgniarki / pielęgniarza w opiece nad umierającym.

Zestawiając ze sobą podstawowe założenia i doktryny religii świata omówiono nie tylko pojęcie śmierci i umierania w tych religiach, ale również przedstawiono, jak ich wyznawcy odnoszą się do śmierci i umierania, w jaki sposób się do niej przygotowują, jakie jest ich rozumienie śmierci, jak postępują z ciałem zmarłego, jakie są rytuały pogrzebu oraz sposób przeżywania żałoby?

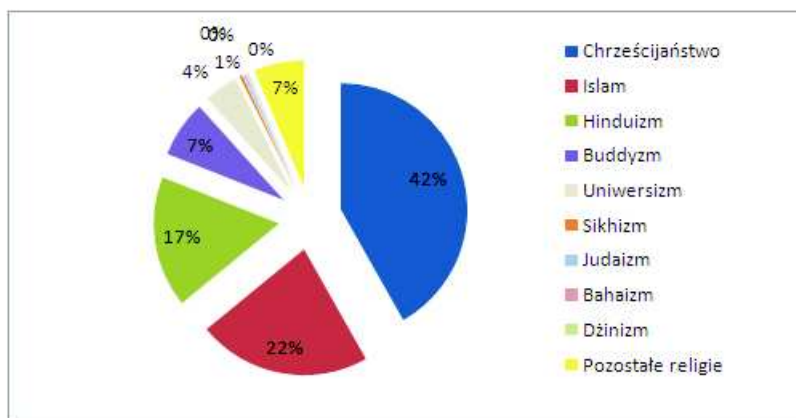
1. Analiza śmierci i umierani

Umieranie jest procesem wielowymiarowym, który w konsekwencji prowadzi do śmierci. Uporczywe stosowanie intensywnej terapii prowadzi do przedłużania umierania [15]. Zachowanie osób bliskich wobec człowieka umierającego, postępowanie po śmierci uwarunkowane bywa wyznawaną religią [31]. Religie świata analizuje Tabela 1, Ryc. 1.

Tabela 1. Religie świata

Religia	Liczba wyznawców	Liczba krajów rozpowszechnienia	% ogółu wyznawców	% ogółu ludności świata
1. Chrześcijaństwo	1 783 660 000	254	41,8	33,1
2. Islam	950 726 000	172	22,3	17,7
3. Hinduizm	719 269 000	88	16,9	13,4
4. Buddyzm	309 127 000	86	7,3	5,7
5. Uniwersyzm	183 646 000	56	4,3	3,4
6. Sikhizm	18 460 000	20	0,4	0,3
7. Judaizm	17 615 000	125	0,4	0,3
8. Bahaizm	5 402 000	250	0,1	0,1
9. Dżinizm	3 724 000	10	0,1	0,1
10. Inne religie	272 424	–	6,4	5,0
Ogółem	4 264 052 000	254	100,0	79,1

Źródło: opracowano na podst. Bellinger G. J.: *Leksykon religii świata* [2].



Źródło: opracowano na podst. Bellinger G. J.: *Leksykon religii świata* [2]

Rycina 1. Religie świata w %

Tabela 2. Religie w Polsce

Religie w Polsce	% wyznawców
Katolicyzm	89,94
Prawosławie	1,46
Protestantyzm	0,42
Inne religie	0,38
Bez wyznania	7,80

Źródło: opracowano na podst. Baran-Osak B. M., Zalewska-Puchała I. E., Fąfara I. E.: *Pielęgniarstwo Transkulturowe* [1].

Wiele systemów religijnych usiłuje rozgraniczyć byt duchowy od fizycznego. Według założeń tych idei, pomimo rozkładu ciała ludzkiego jako następstwa śmierci, częśćka każdego człowieka trwa nadal i przeżywa śmierć [35].

2. Założenia wybranych religii wobec śmierci i umierania – zadania dla pielęgniarki/pielęgniara

2.1. Ujęcie śmierci w hinduizmie

Symbolem hinduizmu jest odpowiednik dźwięku „OM”. Ta święta zgłoska, od której rozpoczynają się wszystkie święte teksty, ma uzmysławiać Absolut Brahme i trójcę bogów: Wisznu, Siwę i Brahme, ponieważ składa się z trzech połączonych ze sobą dźwięków: A, U, M. Istnieje oprócz tego jeszcze wiele innych objaśnień [6].



Źródło: opracowano na podst. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Hinduizm> [28]

Rycina 2. Symbol religii hinduskiej

Rozumienie śmierci w hinduizmie łączy się z występowaniem licznych miejsc, z którymi śmierć i przemijanie się łączy. Zwyczajem jest regularne palenie ciał wzdłuż rzeki Ganges. Na jej brzegach wybudowano długie kamienne tarasy służące do palenia zwłok. Popiół rozsypuje się w świętych wodach rzeki. Gdy kremacja odbywa się w innych częściach kraju rolę świętej rzeki odgrywają miejscowe wody. W rozdziale II u pani Szady czytamy:

„...Kiedy godzina agonii przychodzi.
Niektórzy znowu na łono wracają,
Dusze wcielone w nowych żyją w ciałach;
Inni zmieniają się w martwe kamienie
Zgodnie z czynami, które popełnili” [12].

Śmierć i umieranie w hinduizmie jest zjawiskiem powtarzającym się wielokrotnie, warunkującym ostateczne wyzwolenie. Wszystkie istoty żyjące, włączając również bogów, przechodzą w szereg wcieleń z jednej egzystencji w drugą. Reinkarnacja, „wędrówka dusz” to nieustany proces ginięcia, przez który przechodzi każda istota rodząc się i umierając ponownie [36]. Według świętych tekstów, np. Księga Praw Manu (Manusmuti) ten, kto kradnie zboże stanie się po śmierci myszą. Człowiek okrutny, który zabija pojawi się pod postacią tygrysa, cudzołożny będzie oszukiwany przez swoją żonę, zazdrosny stanie się ślepcem, a rzucający oszczerstwa stanie się niemym [36].

Zbawienie w hinduizmie polega na świadomości, że prawdziwe „ja” jest tożsame z Atmanem Brahmanem. „Błąd prowadzi do destrukcji, podczas gdy prawda daje nieśmiertelność”, stąd tak wielki nacisk kładzie się w hinduizmie na odpowiednie poznanie [12]. W hinduizmie przyjmuje się trzy drogi zbawienia [36]. Człowiek umiera dla samego siebie, swoich planów, pragnień, by wyzwoić się do nowego życia, pociąga ona za sobą trzy następstwa:

- ucieczkę, wyzwolenie z niekończącego się cyklu narodzin i śmierci
- pojawienie się pustki, nicości (samadhi)
- uwolnienie się w momencie śmierci z łańcucha ponownych wcieleń i powrót do pełnej tożsamości z Absolutem (Brahmanem) [12].

Po dziesięciu dniach i rytualnych ceremoniach pogrzebowych zmarły przechodzi do świata przodków. Ceremonie odprawiane po śmierci pomagają zmarłym w przebyciu stanu pośredniego [12]. Należy podkreślić, że objawienie hinduskie nie jest skoncentrowane ani na osobie ludzkiej, ani na Bogu. Hinduści wierzą, że jest ono „wiecznym słowem”, które człowiek otrzymuje i musi je wewnętrznie realizować [39].

Postawy wobec śmierci i umierania w hinduizmie

Życie jednostkowe to łańcuch cyklicznych przemian, po których następuje kolejne życie i kolejna śmierć, prowadzącą znowu do życia [12]. W Indiach, kraju o najstarszej myśli religijnej poglądy na temat śmierci i umierania mają szerokie odzwierciedlenie w obrzędach pogrzebowych. Przygotowaniem bliższym do śmierci wchodzącym w skład całej ceremonii pogrzebowej jest wlanie wody do ust umierającego na znak otrzymanego błogosławieństwa Gangesu, które ma na celu ukoić pragnienie i zapewnić pokój umierającemu. Najlepiej, jeśli jest to woda zaczerpnięta z Gangesu i gest ten powinien być wykonany przez syna (krewnych). W tym samym czasie zgromadzona rodzina, przyjaciele śpiewają pieśni. Zmarłego wyprowadza się z domu, gdy zbiorą się wszyscy ważni członkowie rodziny. Przed tym jednak należy umyć i namaścić ciało zmarłego, obstrzyć włosy i brodę oraz nałożyć czyste ubranie. Następnie zmarłego owiniętego w płótno kładzie się na marylub do trumny. Podczas procesji na miejsce spalania krewni niosący na ramionach ciało intonują żałobne pieśni, prosząc o pomoc Jamę (boga umarłych), by przygotował zmarłemu miejsce spoczynku. Kiedy ciało zostaje umieszczone na stosie pogrzebowym krewni dokładają do niego przyniesione ze sobą kawałki drewna sandałowego. Jeśli zmarły był mężczyzną, to żona jego czuwa przy nim, a najstarszy syn trzy razy okrąża stos wylewając wodę na zmarłego, następnie pobłogosławioną pochodnią podpała się stos. Tuż przed samym spłonięciem ciała na znak, by dusza mogła szybko opuścić je kapłan rozbija czaszkę zmarłego. Nikt obcy nie może być obecny przy odmawianiu modlitw podczas ceremonii palenia zwłok. Kapłan recytuje hymny [12, 41]. Zebrani opuszczają miejsce po całkowitej kremacji zwłok. Po powrocie do domu żałobnicy zobowiązani są do rytualnej kąpieli, do ponownej recytacji mantr oraz do ofiarowania uczyty na ołtarzu rodzinnym. Ceremonie te trwają przez dziesięć dni. Trzeciego dnia najstarszy syn zmarłego (krewni), przychodzi na miejsce spalania zwłok, po to by zebrać szczątki i popiół, aby zakopać bądź wrzucić do wody. Czwartego dnia krewni i przyjaciele składają kondolencyjną wizytę w domu żałoby. Po uroczystości żałobnej rodzina zmarłego otrzymuje podarki. W tym czasie również odmawia się modlitwy za zmarłego. Jedenastego bądź trzynastego dnia po śmierci, obchodzi się uroczystość zwaną kriją. Stanowi ona okazję, by jeszcze raz pokłonić się zmarłemu i okazać współczucie rodzinie. Na koniec ceremonii pogrzebowej recytuje się błogosławieństwo pokoju, które zamyka każdą rytualną ceremonię hinduską:

„Niechaj pokój będzie w wyższych światach,
Niechaj pokój będzie w niebie,
Pokój niech będzie na ziemi (...)”, [10].

Na zakończenie tego błogosławieństwa wymawia się słowa „Om”, pokój, pokój, pokój [10].

Opieka pielęgnarska w hinduizmie nad pacjentem umierającym

W Indiach w dalszym ciągu jakość opieki nad pacjentem uzależniona jest od pochodzenia, rodzaju wykonywanej pracy, wykształcenia czy statusu materialnego. Tak więc, szpitale kliniczne o wysokim standardzie są głównie dostępne dla osób zamożnych i zapewniają profesjonalną opiekę medyczną ludziom umierającym z wyższych kast. Natomiast opieka nad umierającym ubogim sprawowana jest przez rodzinę w domu, a niekiedy w przytułkach. Bardzo często chorzy umierają nawet bez odpowiedniej pomocy i opieki na ulicach, dworcach czy umieralniach. Osoby umierające, którym towarzyszy silny ból są wspomagane środkami ziołowymi o działaniu narkotycznym przy zachowaniu pełnej świadomości. Należy podkreślić, że nigdy nie doprowadzą się do przedawkowania tych środków. Opiekujący się chorym utrzymuje z nimi kontakt aż do śmierci, ale starają się nie dotykać ciała, ponieważ zwłoki są uważane za nieczyste. Dlatego istnieje wyspecjalizowana kasta, która za odpowiednią zapłatą zajmuje się zmarłym. Ludzie ci, wykonują wszystkie tradycyjne czynności związane z przygotowaniem zwłok do kremacji. Współcześnie coraz częściej odchodzi się od tradycyjnego modelu traktowania zwłok [1].

Zadania pielęgniarki wynikające z opieki nad pacjentem

- uzyskanie wiedzy na temat hinduskich zwyczajów związanych z chorobą i przygotowaniem do śmierci
- rozmowa z pacjentem mająca na celu uspokojenie go, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, zrozumienia. W rozmowie dobrze jest odwołać się do podstawowych elementów wiary w reinkarnację, prawa karmy, doktrynie o czterech stadiach życia
- przestrzeganie zwyczaju nie podawania posiłków, przedmiotów lewą ręką, gdyż uważana jest ona za nieczystą (używa się jej do wykonywania toalety osobistej)
- powiadomienie krewnych o stanie zagrożenia życia lub zgonie pacjenta
- zapewnić krewnym możliwości wykonania w warunkach szpitalnych toalety pośmiertnej z obowiązującymi rytualnymi czynnościami (obcinania brody, włosów, paznokci)
- respektowanie motywowanych religią potrzeb pacjenta umierającego czy jego rodziny (przygotowanie odpowiedniego miejsca do modlitwy oraz unikanie wchodzenia do sali w czasie modlitw i w czasie wykonywania przez rodzinę rytualnych czynności) [1].

2.2. Ujęcie śmierci w buddyzmie

Symbolem buddyzmu jest koło prawa inaczej koło dharmy. Symbol ten odnosi się do początku działalności kaznodziejskiej w Benares i określany jest, jako uruchomienie „koła prawdy”. Słowo „prawo” zastąpione jest przez słowo „nauka”. Sanskryckie słowo dharma obejmuje zarówno oba te znaczenia. Tarcza jest symbolem słońca, które przebiega ponad wszystkimi krajami i wszędzie rozsiewa swój blask. Buddyjskie dzieła sztuki przedstawiają koło dharmy [6].



Źródło: opracowano na podst. http://pl.wikipedia.org/wiki/Ko%C5%82o_Dharmy

Rycina 3. Symbol religii

Według wszystkich systemów buddyjskich, interpretacja śmierci nie jest ostatecznym kresem ludzkiego życia, ani też zakończeniem drogi do ostatecznego stanu. Śmierć jest niejako przejściem na drugi brzeg, wyciszeniem, czystością. Buddyzm przyjmuje reinkarnację, czyli ponowne narodzenie. Jest ona tu wyrazem cierpienia, ale i szansą jego przewyciężenia. Człowiek w ujęciu buddyjskim składa się z pięciu czynników bytowania (skandha): ciała, odczuć, spostrzeżeń, popędów i świadomości, które sprawiają poczucie świadomości „ja”. Ciało, to nic innego jak zewnętrzna powłoka i zbiornik nieczystości, a odczucia i spostrzeżenia są nierzeczywiste. Budda i jego wyznawcy nie uznają istnienia duszy (wewnętrznie istniejącej jaźni), która ponownie się rodzi. Dlatego jedną z najważniejszych ról odgrywa w buddyzmie doktryna karmana. Karman (czyn), jest ogólną sumą wszystkich dobrych i złych czynów, myśli, poruszeń woli w czasie któregoś życia. Złe i dobre czyny (karmana), powodują odpowiednie konsekwencje i jeszcze w tym życiu, albo przyszłych narodzinach. Ponowne narodziny są zatem, koniecznym następstwem niekończącego się łańcucha dobrych lub złych sposobów działania. Koło narodzin i śmierci nie ma początku ani w sferze kosmicznej, ani w granicach pojedynczego istnienia. W „pouczeniu ze skarbcza namiotu nieba” czytamy:

„A opuściwszy swe obecne ciało
Nie wróćcie do nich na drodze sansary,
I niechaj wreszcie wszyscy ludzie prawy
Wejdą na ścieżkę, która Budda sławi” [35].

Budda nigdy nie wyjaśnił, skąd wzięło się prawo karmana. Odrzucił wszystkie metafizyczne spekulacje na ten temat, ponieważ, jak sam twierdził, mogą one stać się tylko przeszkodą na drodze wyzwolenia [28].

Dusza wędrując zmienia ciała, aż osiągnie pełną doskonałość i pełnię wyzwolenia określonego mianem nirwany. Wtedy dopiero kończy się proces wcielenia. Owo zakończenie kręgu wcieleń jest równoznaczne z pełnym wyzwoleniem i pełnią szczęśliwości, czyli nirwaną. Określa się ją, jako całkowite wygaśnięcie wszelkich namiętności. Słowo to dosłownie znaczy (rozproszenie, rozwiązanie, zgaśnięcie [12, 28].

Śmierć i umieranie jest, według buddyzmu, zdarzeniem powtarzającym się wielokrotnie, gdzie pełnię zbawienia można osiągnąć przez wiele istnień. Każdy zbawia się sam, bez odwoływania się do wyższych mocy. Zbawienie zatem, stanowi moralne samooczyszczenie. Zagadnienie śmierci i umierania, egzystencja pośmiertna człowieka stanowi dla buddystów, jak dla wielu innych religii jedno z centralnych zagadnień światopoglądowych wierzeń i ceremonii pogrzebowych.

Postawy wobec śmierci i umierania w buddyzmie

Dla osoby wyznającej buddyzm najważniejszym jest odniesienie do aspektu duchowego. Fundamentalne znaczenie w momencie umierania ma akceptacja polegająca na braku negatywnych myśli, nastawieniu pozytywnym i wewnętrznej dyscyplinie, związanej z uwolnieniem się od lęku i smutku przy zachowaniu kontroli nad sobą. Buddyści są przekonani, że im bardziej człowiek dąży do doskonałości duchowej, tym łatwiej odnajduje się w sytuacji cierpienia, śmierci i tym mniejsze ma szanse na utratę kontroli nad samym sobą. Pomocnym elementem w sytuacjach zagrożenia życia jest dokonanie ofiary na rzecz klasztoru i zamówienie modlitw i rytuałów, które mogą przedłużyć życie lub usunąć przywiązanie i ułatwić przygotowanie do śmierci. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż w naukach buddyjskich życie jest największą wartością i w każdym człowieku powinna istnieć gotowość do jego ochrony. Buddyzm w swoich założeniach od początku stara się przeniknąć tajemnicę śmierci, aby pozbawić je przerażającego lęku i wnieść w to zdarzenie śmierci światło i nadzieję. Postawa ta znalazła swoje odbicie w rozbudowanym systemie wierzeń i obyczajów okołomiertelnych i pogrzebowych w licznych mitach i praktykach magicznych, obrzędach oraz rozwiniętym kulcie zmarłych. Praktyki związane ze śmiercią różnią się między sobą w zależności od licznych szkół i odłamów buddyjskich.

Zwyczaje pogrzebowe w buddyzmie są różne w poszczególnych regionach. W samym Tybecie stosuje się różne sposoby chowania zmarłych, oprócz ziemnych pochówków są pogrzeby w wodzie, powietrzu oraz mumifikowanie zwłok. Za najstarszą formę pochówku uważa się składanie ciała w grobie. Obecnie, grzebanie w ziemi zmarłych jest wynikiem chorób zakaźnych i epidemii. Zwłoki dzieci do lat dwóch wkłada się do glinianego naczynia i wrzuca do wody. Dość rozpowszechnione jest palenie zwłok zwłaszcza ludzi bogatych. Tę formę stosuje się w przypadku żywych buddów i największych dostojników mnisich. Zmarli Dalajlamowie do dzisiaj poddawani są mumifikacji poprzez zasolenie lub gotowanie w maśle, albo przez wysuszenie zwłok na słońcu. Najbardziej jednak

Tabela 3. Rytuły śmierci

Rodzaj religii	Charakterystyka rytuału śmierci
Buddyzm Północno-wschodni (Birma)	Mężcy członkowie rodziny zabierają ciało i myją je, zawijają w strój właściwy dla zmarłych (kciuki i wielkie palce u nogi wiąże się włosami zmarłego). W usta zmarłemu kładzie się monetę, u głowy stawia się wazon z kwiatami by umarły nadal dodawał cześć Buddzie. Do czasu kremacji (trzy dni), ciało jest wystawione, aby rodzina i przyjaciele mogli wyrazić mu szacunek. Nie zostawia się ciała samego, mężczyźni grają w różne gry hazardowe. Krewni przygotowują posiłki dla gości. Pogrzeb następuje po 3 dniach, ale nie jest to ścisła reguła. 7 dnia po śmierci, zaprasza się do domów mnichów by śpiewali święte teksty w celu odpędzenia duchów od zmarłego i przymnożenia mu zasług. Śpiewy te, pomagają również żywym oczyścić się z wszelkich lęków przed duchami i zmarłym.
Buddyzm Tybetański	W tybetańskim rozumieniu moment śmierci jest pełen pokoju i piękna. Tybetańczycy wierzą, że stan umysłowy człowieka w chwili śmierci zostanie zachowany także po niej. Ważna jest świadomość umierania. Umierającemu mówi się, że umiera po to, by mógł przygotować umysł na spotkanie ze śmiercią. Podczas procesu umierania czyta się Księgę umarłych wyraźnie i dokładnie. Powinna ona być przeczytana w pobliżu ciała zmarłego i jak najbliżej ucha tak by go nie dotknąć. Ta praktyka nie tylko wpływa na umierającego, ale i na wspólnotę włączoną w proces umierania. Rodzina i przyjaciele towarzyszą umierającemu nie okazując rozpacz. Zaraz po śmierci nie zakłóca się spokoju ciała, po to by dusza mogła skupić się na procesie powstawania. W rok po śmierci Tybetańczycy odprawiają ceremonie ofiarne by uczcić odrodzenie zmarłego.

Źródło: opracowano na podst. Kramer K. P.: *Śmierć w różnych religiach świata* [12].

charakterystyczny dla Tybetu rodzaj pogrzebu jest tak zwany „niebiański pochówek”, czyli poćwiartowanie ciała i rzucanie je ptakom drapieżnym i zwierzętom na pożarcie. Krojenia zwłok przy klasztorze dokonują grabarze, oddzielając mięso od kości, mieszają je z jęczmienną mąką, lepiać kulki z ciasta i rzucają ptakom. W tym czasie, rodzina stoi w oddali odmawiając modlitwy. Buddyści tłumaczą, iż dusza zmarłego wraz z ptakami wzniesie się do nieba skąd zobaczy oczekujące je w przyszłości szczęście. Obecnie „niebiański pochówek” ma miejsce, oprócz Tybetu, w niektórych częściach Chin, Bhutanu, Nepalu [32]. Nagrobki w Tybecie często mają formę tzw. czorterów, do których składa się spopielone zwłoki. W terminologii buddyjskiej nazwane są stupami, składają się one z pięciu poziomów o określonym kolorze i znaczeniu: kwadratowa baza oznacza – ziemię, kopuła – wodę, stożkowata wieża – ogień, parasol – powietrze, wierzchołek – esencje umysłu i niebo, na samym szczycie umieszczony jest róg byka. Kolory, natomiast odzwierciedlają trzy światy: dolny, ziemię i górny. Nagrobki znajdują się najczęściej na cmentarzach w pobliżu klasztoru. Obowiązkiem żyjących wobec zmarłych jest oddawanie im czci, w przeciwnym razie przodkowie przestaną im być życzliwi. Raz lub dwa razy w roku odbywa się wielkie święto przodków.

Osiadli wieśniacy przynoszą na cmentarze lub do miejsc, gdzie spalono zwłoki, ofiary przygotowane z pokarmów. Nomadzi rozciągają w święto przodków, ale także w rocznicę śmierci każdego członka społeczności sznur z dziewięcioma chorągiewkami symbolizującymi dusze przodków [32].

Szkoła hinajany zmierza do uświadomienia nirwany i braku przywiązania do świata, co przygotowuje wyznawcę na niezakłócone i pewne spotkanie ze śmiercią. Szkoła mahajany naucza szczegółowo, jak jeszcze przed śmiercią wejść w doświadczenie umierania. Natomiast szkoła tybetańska (wadźrajany), przedstawia praktyki związane ze świętą sztuką umierania, zawarte głównie w Tybetańskiej Księdze Umarłych (Bardo-thodol), znaczy (wielkie wyzwolenie z bardo przez słuchanie). Niektóre szkoły buddyjskie przyjmują, że ponowne narodziny występują bezpośrednio po śmierci, natomiast w Tybetańskiej Księdze Umarłych mówi się tu o stanie pośrednim (bardo). Księga ta, to zbiór tekstów, które zajmują się umieraniem i ponownymi narodzinami. Od XIV w. stały się systemem doktrynalnym. Wskazuje, iż celem obrzędu pogrzebowego jest przeprowadzenie zmarłego przez sfery „tamtego świata”. Po różnych przygotowaniach mnisi przez kilka dni wyjaśniają duchowi zmarłemu, co go spotka w czasie jego wędrówki do bardo. Ostrzegają go, by nie dał się porwać przez promienie światła i wizje, które prowadzą do ponownych narodzin w świecie bogów, ludzi i zwierząt. Jeśli zmarły pozyskał sobie dużo pozytywnego karmana jest w stanie kierować się zaleceniami mnichów i jeszcze w bardo wejść nirwanę, a co najmniej zapewnić sobie korzystną reinkarnację. Pożyteczną jest rzeczą, aby za życia studiować również tę księgę, by poznać funkcje Buddy, bóstw, demonów i w ten sposób przygotować się do czekającej śmierci [28]. Tybetańska Księga Umarłych podaje charakterystykę stanu bardo: dusza przebywa w nim 49 dni, w tym czasie rodzina pogrążona jest w żałobie. Nie wolno jej tańczyć, śpiewać, bliscy powinni nosić stare zniszczone czarne ubrania i składać dwa razy dziennie ofiary, należy opuścić flagi modlitewne. Lama przez ten okres wspiera zmarłego modlitwą, mającą wyprowadzić duszę z sansary i właściwie zrozumieć wizje bardo. Jest wiele również rytuałów i ceremonii, np.: ceremonia przywołania duszy do świadomości zmarłego, ceremonia złożenia ciasta złośliwym duchom zwana glud, ceremonia przeniesienia świadomości, rytuał kart, mający na celu uaktywnienie duchowych i psychicznych zdolności osoby nieżyjącej, gdzie po tej ceremonii zmarły jest gotowy do wstąpienia do wyższej sfery egzystencji poprzedzające całkowite wyzwolenie z koła życia i śmierci. Przez cały dzień pogrzebu, tj. w dniu pochowania (spalenia ciała zmarłego), trwa tzw. tysięczne błogosławieństwo, które wiąże się ze składaniem dużej ilości ofiar. Z powyższej analizy wynika, że Tybetańczycy głęboko przeżywają śmierć i pogrzeb. Starają się zapewnić zmarłym bezpieczne przejście do zaświatów i radosny tam pobyt. Wierzą bowiem, że droga ta jest bardzo niebezpieczna, gdyż czyhają na niej złowrogie duchy. Wierzą również, że zmarły ma szansę dostania się do nieba (krajności radości). Dzięki temu, śmierć traci wiele ze swojego tragizmu, staje się

bardziej oswojona. Tybetańczycy próbują należycie zabezpieczyć zmarłego także przed przekształceniem się w upiora, demona nachodzącego ludzi i szkodzącego im. Nadto, starają się poprzez odpowiednie zaklęcia, obrzędy, amulety, magiczne rytuały uchronić siebie przed takimi upiorami [32].

W buddyzmie zatem, spostrzega się życie i śmierć jako jedną całość, której koniec jednego etapu jest początkiem drugiego. Śmierć to zwierciadło, w którym odbija się sens naszego życia. Te poglądy przedstawia szkoła buddyzmu tybetańskiego, zawarte w Tybetańskiej Księdze Umarłych. Śmierć to również moment prawdy, gdzie umierający stanie twarzą w twarz z samym sobą. Dlatego jednym z podstawowych aspektów śmierci, akcentowanych przez mnichów jest stan, w jakim znajduje się umysł umierającego człowieka. Ważne jest, by przepełniały go pozytywne myśli, ponieważ każda chwila, a szczególnie ta ostatnia ma wpływ na otrzymanie następnego wcielenia. Osoby o pozytywnym nastawieniu nie będą odczuwały cierpienia natomiast ci, których przepełnia gorycz i żal odczują bolesny moment śmierci.

Opieka pielęgniarska w hinduizmie nad pacjentem umierającym

Rola pielęgniarki przy chorym umierającym w buddyzmie jest ograniczona. Ponieważ większość wyznawców buddyzmu jest przekonania, iż ważniejszym staje się wsparcie moralne, duchowe i praktyki medytacyjne, aniżeli wszelkie próby zabiegów medycznych. Niemniej jednak, współcześni mnisi buddyjscy zalecają stosowanie zabiegów medycyny paliatywnej, w tym także środków przeciwbólowych niewyłączających świadomości a które zapewniają spokojne odejście fizyczne i duchowe. Medycyna buddyjska wychodzi z założenia, iż powrót do zdrowia jest możliwy pod warunkiem odbycia praktyk religijnych w połączeniu z działaniami medycznymi: tradycyjnej medycyny tybetańskiej, (wymaganej dyscypliny i systematyczności) oraz medycyny niekonwencjonalnej i konwencjonalnej głównie, jeśli chodzi o łagodzenie bólu [1]. Tybetańczycy poszukują pomocy u Lamy zwłaszcza, gdy dotyczy się to sytuacji zagrażającej życiu, gdyż bardziej wierzą w leczniczą moc, błogosławieństwa Buddy i bóstw, niż w konkretne działania medyczne. Niemniej jednak, pacjent sam dokonuje wyboru co do dalszego leczenia. Pacjenci informowani są bezpośrednio o stanie swojego zdrowia [1]. Opieka nad chorym w buddyzmie w dużej mierze jest związana z przestrzeganiem zaleceń dotyczących stylu życia, odpowiedniej diety oraz stworzenia warunków do odbycia rytuałów religijnych, a także prowadzenia medytacji. Kanon buddyjski zaleca dwie metody medytacyjne prowadzące do wyzdrowienia. Pierwszą z nich stosuje się w przypadku chorób niegroźących śmiercią i polega na medytacji „siedmiu członów oświecenia”. Medytujący powinien zgłębić dharmę (naukę), a następnie, dzięki wzbudzeniu natchnionego zachwyty, dojść od wewnętrznego spokoju i wyciszenia. Medytacja służy tu jako środek leczniczy, ponieważ za pomocą stanu wolnego od nienawiści i żądzy może ogarnąć współczuciem wszystkie istoty.

W przypadku chorób śmiertelnych, cierpiący powinien medytować nad nietrwałością, przemijalnością (anfitia). Dzięki temu chory może dojść do zrozumienia, które uwolni go od największego cierpienia, jakim jest niewiedza (awidja) i w końcu umożliwi mu wyjście z kręgu ponownych narodzin. Praktykowanie medytacji w przekonaniu buddystów poprawia funkcjonowanie całego organizmu, zwiększa zdolność koncentracji uwagi. Człowiek staje się bardziej świadomym własnych odczuć.

Zadania pielęgniarki wynikające z opieki nad pacjentem

- uzyskanie wiedzy na temat etyki buddyjskiej (cztery szlachetne prawdy, ośmioraka ścieżka), zwyczajów religijnych i praktyk medytacyjnych
- zapewnienie pacjentowi równoległego korzystania z tradycyjnej terapii, realizowanej w ramach medycyny buddyjskiej
- zachowanie wrażliwości na różnice kulturowe dotyczące rozumienia cierpienia choroby, śmierci oraz właściwego sposobu leczenia i oczekiwań wobec opieki zdrowotnej
- sprawowanie opieki pielęgniarskiej zgodnie ze standardami i uwzględnieniem przyzwyczajeń chorego (dieta pacjenta)
- poznanie nastawienia pacjenta do leczenia, stosowania diety i konieczności ograniczeń związanych ze stanem zdrowia: (pacjent może odmówić przyjmowania środków przeciwbólowych, uspokajających, gdyż zmniejsza to zdolność koncentracji uwagi potrzebnej do medytacji, a przede wszystkim pragnie pokonywać etapy umierania z zachowaną świadomością)
- stworzenie warunków do odbycia duchowych praktyk (np.: posążek Buddy, zdjęcie mistrza duchowego, kadzidło)
- umożliwienie rodzinie pożegnania się z pacjentem przed rozpoczęciem się procesu umierania
- osoby towarzyszące umierającemu nie powinni przejawiać smutku, niepokoju
- zapewnienie umierającemu ciszy i spokoju oraz kontaktu z duchowym mistrzem
- pomoc w ułożeniu umierającego na lewym boku w pozycji „śpiącego lwa”, bądź w pozycji siedzącej ze skrzyżowanymi nogami
- stworzenie warunków do odprawienia rytuału phoła przed dotknięciem lub przesunięciem ciała zmarłego (w ciągu pół godz. od śmierci)
- przedmioty należące do zmarłego należy pozostawić na miejscu do dyspozycji rodziny [1].

2.3. Ujęcie śmierci w islamie

Pierwotnym symbolem islamu było przedstawione w piśmie arabskim wyznaczenie wiary. Z biegiem czasu symbolem islamu stał się półksiężyc (*arb.* hilal) ze szczęśliwą gwiazdą Jowisza po stronie wewnętrznej, który od samego początku



Źródło: opracowano na podst. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Islam>

Rycina 4. Symbol religii

był również godłem tureckiego państwa. Półksiężyc wcześniej wybijany był już na monumentach bizantyjskich [6].

Interpretacja śmierci w islamie wiąże się z wiarą muzułmańską w jednego transcendentnego Boga (Allaha) i pozostaje pod wyraźnym wpływem judeochrześcijańskim. Muzułmanie wierzą w zmartwychwstanie ciała po śmierci i sąd ostateczny, jednym słowem wierzą w życie po śmierci. Religia islamu reguluje zatem, stosunek człowieka do Boga i „tamtego świata”. Raj, miejsce przyjaźni z Bogiem i piekło, miejsce wiecznego cierpienia są odpłatą za sposób, w jaki się żyje (sura 2, 81n.). W rozumieniu muzułmańskim przyjęcie do raju jest aktem łaskowości Bożej. Niemniej jednak daje się zauważyć różne ujęcie śmierci w głównych kierunkach islamu. W islamie sunickim temat śmierci nie jest wiodącą ideą ludzkiego życia. W szyizmie natomiast, idea śmierci wyraźniej zaznacza się dzięki rozpatrywaniu cierpień i męczeństwa immanów. Druzowie i alewici wierzą w wędrówkę dusz. Każdy człowiek jest śmiertelny i umiera. Umierają wszyscy bez wyjątku, także i Muhammad. „Gdziekolwiek byście byli, dosięgnie was śmierć” (sura 4,78) [36]. W surze 22 czytamy: „Oto On dał Ci życie. Sprawił, że umrzesz. I na powrót życiem Cię obdarzy” (sura 22,66).

Akt stwórczy, całe życie człowieka, jego śmierć i zmartwychwstanie jest według Koranu święte i nierozdzielnie ze sobą złączone od początku świata. Dzieło stworzenia dokonane przez Allaha, z punktu widzenia islamu jest zbyt cudowne, by mogło zakończyć się śmiercią. Całe życie człowieka jest etapem przygotowującym go do przejścia przez śmierć, w którym dusza ma wybór: albo dorośnie do miłosierdzia Bożego, albo pozostanie w ogniu duchowym. Wybiera pomiędzy ponownym narodzeniem i „nowym stworzeniem” przeznaczonym dla tych, którzy czynią wolę Allaha, a powtórną śmiercią, śmiercią wieczną, która czeka tych, którzy za życia okazali się niewierni. „Powiedzieliśmy: Czerpcie stąd wszyscy;

I jeśli, co jest pewne, dojdą do was
 Moje wskazania, wówczas ktokolwiek
 Posłucha ich, nie zazna lęku ni żałoby.
 Lecz ci, którzy odrzucają Wiarę
 I wątpić będą w Nasze Znaki,

Staną się Towarzyszami Ognia;
W nim zamieszkają.” (sura 2,38–39) [12].

Śmierć w tej perspektywie, przedstawia się jako początek nowego życia, nowego sposobu istnienia. Kresem, w którym dokonuje się też ocena moralna postępowania ludzkiego. Istnieją dość szczegółowe opisy sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek zaraz po śmierci. Koran mówi o przegrodzie (barzach), oddzielających krainę żywych od krainy umarłych (sura 23,100). Zmarli nie mogą w żaden sposób powrócić na ziemię, nie mogą się ponownie wcielić. Dusza po śmierci rozpoczyna okres oczekiwania na dzień zmartwychwstania i sądu. Zgodnie z wierzeniami tradycyjnymi w hadiasach Muhammada, zwanych „Księgą Umarłych Islamu”, dusza rozpoczyna podróż ku niebu, aby spotkać się z Bogiem. Samo życie w ciele jest tylko jedną ze stacji w długiej podróży duszy, wzorowanej na mistycznej wędrówce proroka do nieba, poprzez siedem kręgów sfery niebieskiej [12].

Muzułmanie uważają, że człowiek zaraz po śmierci spotyka się także z aniołami Munkarem i Nakirem, dokonującymi oceny prawowierności zmarłego, który na rozstrzygnięcie swego losu musi czekać aż do momentu zmartwychwstania. Dla każdego, kto umrze odstęp czasu (między śmiercią a zmartwychwstaniem i sądem ostatecznym) stanowi stan nieświadomości. Wskrzeszony odnosi wrażenie, iż sąd nastąpił bezpośrednio po jego śmierci. Tylko ci, którzy padli w świętej wojnie za islam wchodzą od razu do raju. To właśnie wiara lub jej brak, ostatecznie decyduje o pośmiertnym losie człowieka, o przeznaczeniu do raju bądź piekła. Koran stwierdza, że celem życia człowieka jest przygotowanie do życia wiecznego. Bowiem każda dusza skosztuje śmierci, lecz stanie się to dopiero po próbach, jakich podda ją życie: „Niech będzie błogosławiony ten, który stworzył śmierć i życie, aby mógł wypróbować, który z was czyni najlepiej” (sura 67,2).

Śmierć nie jest czymś negatywnym, złym. Nie jest, jak w chrześcijaństwie, następstwem grzechu i jego zapłaty. Została ona „stworzona” przez Boga, aby człowieka „wypróbować”. Śmierć pojmuje się jako przejście pod opiekę Boga, bo Bóg troszczy się o człowieka całe życie, nawet w momencie śmierci. Prawdziwego wiernego, śmierć nie powinna przejmować grozą. Człowiek może nawet tęsknić za śmiercią, nie odczuwając przed nią żadnego lęku. W obliczu śmierci, człowiek ma ostatnią okazję, a nawet szansę do przemyślenia o wszechmocy, wsapaniałości i sprawiedliwości Boga. Według wybitnego myśliciela mużułmańskiego Al-Ghazalego (1058–1111), śmierć jest rozdzieleniem duszy od ciała i przejściem z „domu przemijania” do „domu trwania”. Sąd nastąpi u kresu czasów. Wtedy każdy mużułmanin stanie przed swoim Stwórcą. Największym grzechem będzie zwątpienie w miłosierdzie Boże, które ostatecznie sprowadzi się do zwątpienia w samego Boga. Dlatego grzesznik nigdy nie powinien tracić nadziei (sura 15,56) [10].

Zmartwychwstanie jest podstawowym dogmatem islamu, które nastąpi dopiero na końcu świata. Ludzie zmartwychwstaną, aby udać się potem na sąd ostateczny. Wizje sądu ostatecznego i wskrzeszenia zmarłych w przekonaniu muzułmańskim poprzedzone są końcem świata, do którego wszyscy w sposób nieunikniony zmierzają. Na świecie będzie coraz gorzej pod względem moralnym i psychicznym. W pewnym momencie pojawi się Mesjasz (Mahadi) i wówczas nastanie złoty wiek. Koniec świata poprzedzą straszliwe kataklizmy, zakłócające bieg natury, po których pojawi się antychryst (Dadžal) i powróci Jezus (Isa), który zabije antychrysta, ożeni się i głosić będzie islam. Po 40 latach umrze w Medynie. Wówczas, dopiero dokona się sąd nad ludzkością. Koraniczne opisy sądu ostatecznego, nieba i piekła są bardzo obrazowe. Dźwięk trąby anioła Israfila porazi wszystkich, następnie przy drugim dźwięku trąby umarli zostaną wskrzeszeni i wyjdą z grobów. Zmartwychwstanie dokona się błyskawicznie. Ludzie zgromadzą się przed tronem Bożym, aby w obecności aniołów i proroków zdać Bogu relacje ze swych uczynków. Aniołowie otworzą Księgę Uczynków, w której zapisywali wszystkie ludzkie działania. Na ich podstawie dokona się osądu każdego człowieka [5]. Kolejnym kryterium będzie waga, gdzie zważy i oceni się dobroć i sprawiedliwość człowieka. Ostatnim natomiast etapem będzie most nad piekłem, jaki każdy wskrzeszony musi przejść, aby dojść do raju. Grzesznicy spadną w „gardziel piekła”, czyli w ogień piekielny na zawsze. Most ten jest „delikatniejszy niż włos” i „ostrzejszy niż miecz”. Islam uznaje również pewien rodzaj czyśćca, miejsce w którym dobre i złe uczynki się równoważą. Jest on tak położony, aby wszyscy ci, którzy się tam znajdują mogli spoglądać z uwielbieniem na raj i z przerażeniem na piekło. Będą przebywali w nim tak długo, dopóki nie odpokutują swoich grzechów. Dopiero potem mają szansę dostać się do nieba.

Raj (aldżanat) jest nagrodą za dobre uczynki. Przedstawiony jako kraina, ogród, w której płyną potoki z najczystszą wodą, strumienie mleka, miodu i wina, którego spożywanie na ziemi było zabronione. Jest przeznaczony dla wierzących, którzy panując nad swoimi namiętnościami, dotrzymywali wiernie danych obietnic oraz troskliwie przestrzegali rytuału i modlitwy. To miejsce zmysłowych przyjemności. Ludzie ubrani w piękne zdobne szaty, zastawione stoły, gdzie muzułmanom usługują (hurysy), piękne rajskie dziewice o nieodpartym uroku, a kobietom młodzieńcy. Poza radościami zmysłowymi możliwe jest oglądanie Boga. Koran zapewnia wiernym, że ci, którzy dobrze czynili po śmierci odziedziczą raj i „wejdą w ogrody wieczności” (sura 52,2):

„U ich stóp płynąć będą rzeki rozkoszy
Będą w nich mieli wszystko,
Czego zapragną tak, bowiem
Bóg wynagradza prawych” (sura 16,30n) [2].

Piekło jest miejscem wiecznej kary grzeszników i potępionych na sądzie ostatecznym:

„Czyż nie obróciłeś swego wzroku
 ku tym, którzy zmienili łaskę Boga w bluźnierstwo i sprawili,
 że ich ludy zstąpiły do przybytku potępienia?
 Do piekiel? Tam właśnie będą płonąć – o srogie to miejsce”.

(sura 14,28n) [10]

Cechą charakterystyczną piekła jest trawiący wszędzie ogień. Przedstawiane jest ono w formie siedmiu schodzących coraz niżej kręgów piekielnych, gdzie przebywają skazani za różne przewiny grzesznicy, przykuci i powiązani ze sobą łańcuchami, torturowani (sura 29,72) [12]. Z dna piekła wyrasta ogromne drzewo, którego owocami muszą się żywić grzesznicy. Owoce te wyglądają jak głowy szatana. Niektórzy teologowie muzułmańscy twierdzą, że piekło nie będzie czymś ostatecznym, litościwy i miłościwy Bóg zbierze któregoś dnia wokół siebie całe swoje stworzenia. Często cytowane w obliczu śmierci słowa koraniczne brzmią: „Zaprawdę, do Boga i zaprawdę, do Niego powrócimy” (sura 2, 56) [5].

Dla osiągnięcia zbawienia, według islamu, potrzebna jest więc wiara, która wyraża się w dobrych uczynkach względem ludzi. Zbawienie obejmuje zarówno okres życia ziemskiego, jak i pozaziemskiego. Jest zarezerwowane dla wierzących muzułmanów, których wiara wyraża się w modlitwie, postach, pielgrzymkach, trosce o ubogich i świętej wojnie. Ich wyobrażenia o stanie wiecznej szczęśliwości wskazują, że raj rozumiany jest jako dalszy ciąg życia doczesnego, jego doskonalsza forma, a śmierć jawi się jako warunek do osiągnięcia tego ostatecznego celu. Nie jest ona punktem końcowym, lecz punktem wyjścia, który jest wstępem do wieczności.

Postawy wobec śmierci i umierania w islamie

Muzułmanin żyje w świadomości, że jego doczesna egzystencja jest przemijającym darem Bożym. Według Koranu to Allah jest tym, który daje życie i śmierć:

„Utworzyliśmy kości i oblekliśmy je
 W ciało; z niego zaś wreszcie
 Wyprowadziliśmy resztę stworzenia
 Niech, więc błogosławiony będzie Bóg
 Najlepszy Stwórca! Na koniec wszyscy pomrzecie.
 Zaś w dniu sądu zostanieie wskrzeszeni” (sura 23,15–16) [10].

Dlatego ciało ludzkie wymaga szacunku i uznania godności nie tylko w czasie ziemskiej egzystencji, ale również po śmierci, ze względu na tego, który je stworzył.

W islamie, a przede wszystkim w sufizmie przygotowanie do śmierci jest duchową koniecznością. W religii tej, podobnie jak w hinduizmie i buddyzmie, doświadczenie śmierci duchowej najściślej już tu na ziemi jednoczy człowieka z Bogiem. Poeta suficki Dhu'l – Nun pisze:

„Umieram; jednak nie umiera we mnie
Miłość do Ciebie, która mnie wypełnia,
Ani Twa miłość, ku której wciąż zmierzam,
Nie ukoła duszy mojej żaru” [12].

Najlepszym sposobem przygotowania do śmierci jest praktykowanie świętej sztuki umierania jeszcze za życia (fana). To Allah sprawia, że człowiek umiera dla swojej „jaźni” po to, by żył dla niego, stając się samym aktem miłości. Podobnie jak w buddyzmie, kto ćwiczy się w wygaszaniu i obumieraniu samego siebie umiera jeszcze przed śmiercią, by nie umrzeć już nigdy więcej. W religii muzułmańskiej ważne praktyki i obrzędy związane są również z końcem ludzkiej egzystencji. Istnieje też wiele, różnych obyczajów ludowych związanych ze śmiercią. Zgodnie z powszechnie uznaną tradycją islamską osobę, u której występują oznaki śmierci (muhtader), należy położyć na plecach w kierunku Mekki. Pomieszczenie, w którym znajduje się umierający wypełnia się wonnościami, a osoby, które są z różnych przyczyn skalane nieczystością nie mogą być w pobliżu konającego. Według niektórych przekazów muzułmańskich, nawiedzający zły duch Iblis kusi osobę umierającą, by zapałała się Allaha w tym przełomowym momencie. Dlatego, konający odmawia odpowiednie sury Koranu, a jeśli nie jest w stanie tego zrobić, czyni to jeden z jego krewnych. Wypowiada się zasadnicze credo islamu: „Nie ma Boga prócz Allaha, a Mahomet jest jego Prorokiem”. Te słowa są ostatnimi, które każdy muzułmanin wypowiada przed opuszczeniem tego świata i spotkaniem się ze Stwórcą. Następnie oczekuje się, aby konający oczyścił swoje serce, żałując za wszystkie popełnione grzechy w dotychczasowym życiu. Dopiero poprzez ten etap przygotowania umierający staje się gotowym na przyjęcie śmierci [12]. Po zgonie, zmarłemu zamyka się oczy, usta, wiąże się stopy i ręce, a ciało zaś przykrywa się całunem. Prawo zabrania recytacji Koranu w pobliżu zmarłego, ale odmawia się inne modlitwy: np. „O Allahu, ulżyj jego troskom spraw, by cokolwiek nań przyjdzie, nie było mu ciężarem, zaszczyć go spotkaniem z Tobą i spraw, aby to, ku czemu zmierza, było lepsze, niż to od czego odszedł. O Allahu przebacz mnie i jemu i obdarz mnie po nim, hojną nagrodą. Ci zaś, którzy pogrążeni są w żałobie, po tym odejściu niech pojmą: do Allaha należymy i do niego powrócimy” [12]. Kolejny etap, to obmycie rytualne zmarłego, jako najważniejszy rytuał pogrzebowy w islamie. Dokonanie go jest świętym obowiązkiem, jaki czyni muzułmanin swojemu bliźniemu. Czynność tę powinien wykonać najbliższy krewny tej samej płci. W każdym razie, nie jest konieczne by był to muzułmanin. Najpierw wykonuje się małe oczyszczenie (łudu), obmywając intymne części ciała, później (ghusl) myjąc trzykrotnie całe ciało wodą z mydłem. Umyte ciało namaszcza się wonnościami, po czym owinięte zostaje w biały całun (kafarami). Hadiasy zalecają, aby mężczyźni byli okryci trzykrotnie całunem, a kobiety pięciokrotnie. Muzułmanie, którzy odbyli pielgrzymkę do Mekki są natomiast zawijani w strój

pielgrzymia. Podobnie, jak w judaizmie nie stosuje się balsamowania. Muzułmanin wedle nakazu prawa religijnego, powinien być pochowany w ciągu trzech dni po śmierci, ale niektórzy wyznawcy islamu twierdzą, że pogrzeb powinien odbyć się jak najszybciej (w ciągu 24 godz. od śmierci), jeszcze przed zachodem słońca, aby zapobiec cierpieniom duszy, poprzez niezatrzymywanie jej w ciele i nieutrudnianie jej drogi do raju. Przygotowaniem pogrzebu zajmują się krewni. Ciało nie wystawia się na widok publiczny. Osoby towarzyszące umierającemu po jego śmierci, poddają się ablucjom. Zgromadzeni krewni odmawiają modlitwy za zmarłego w postawie stojącej, gdyż w islamie inne postawy modlitewne (ukłony, postawa klęcząca) dopuszczalne są jedynie wobec Allaha. Modlitwie przewodniczy imman, jeśli jest obecny recytuje Credo islamu do prawego i lewego ucha zmarłego. Następnie umieszcza się go w drewnianej trumnie albo na marach i przenosi się na miejsce pochówku (cmentarz). Po drodze kondukt żałobny powtarza modlitwę: „Bóg jest wielki, Bóg jest miłosierny”. Sunna zaleca, aby ciało zmarłego bez trumny umieścić w grobie na głębokości 2 m. Wszyscy obecni pokrywają ciało kwiatami i wrzucają trzykrotnie ziemię, wypowiadając słowa: „z tego zostaliście stworzeni”, „i w to się obrócić”, „i z tego zostaniecie wskrzeszeni”. Modlitwy przypominają żałobnikom, że zmarły został stworzony „z prochu i do prochu powraca”, że mimo śmierci powróci jeszcze raz, by oczekiwać na wspólny los oraz, że w dniu sądu wszyscy razem z nim zostaną wskrzeszani. Pozbawiona ozdób mogiła musi być tak usytuowana, aby zmarły położony na prawym boku, był zwrócony twarzą ku Mekce. Końcowym etapem ceremonii jest poczęstunek zorganizowany przez rodzinę i sąsiadów dla wszystkich uczestników pogrzebu. Następnie ta ceremonia jest powtarzana w 7. i 40. dniu pogrzebu, podczas której odbywają się również recytacje Koranu. Czas żałoby zgodnie z tradycją Proroka nie powinien trwać dłużej niż trzy dni. W wielu krajach europejskich, w tym również i w Polsce muzułmanie chowają zmarłych w trumnach, które umieszczane są także w skromnych mogiłach, bez lampek, kwiatów i zawsze zwrócone twarzą ku Mekce. Sunna zaleca, aby wierni wznosili za swoich zmarłych suplikacje, są to: akty kultu tj. modlitwa, post i inne formy czci. Według Koranu, modlitwa jest możliwa za tych zmarłych, o których ludzie żyjący wyrażają się dobrze. Za tych należy się modlić i mieć nadzieję, że zasłużyli na dobro w życiu przyszłym. Druga grupa to zmarli, którzy poprzez swoje uczynki zostali wykluczeni z islamu (np. twierdzenie posiadania wiedzy o tym co niewidzialne, wiedzy o przyszłości, mocy uzdrawiania chorych), za takich ludzi nie wolno wznosić suplikacji, albowiem zmarli jako niewierni. Nie można też oczekiwać jakiegokolwiek pomocy, gdyż oni nie posiadają żadnej mocy i nie są w stanie usłyszeć tych, którzy wnoszą do nich prośby. Nie wolno nikomu polegać na zmarłych i wiązać z nimi nadzieję. Jeśli ktokolwiek oddaje cześć stworzeniu, wierząc w moce nadprzyrodzone, wnosząc suplikacje jest on politeistą, nawet jeśli uważa je za pośredników czy orędowników Allaha:

„Zaś Ci, którzy biorą sobie (aulija) opiekunów poza Nim,
Zaprawdę Allah osądzi ich, stosownie do tego w czym się różnili
Zaprawdę Allah nie obdarza tego kto jest kłamcą, niewiernym”.

(sura 39,3)

Dużo jest wersetów w Koranie, które udowadniają, że każdy, do kogo się wznosi suplikacje poza Allahem nie odpowiada na nie i nie pomoże temu, kto do niego wznosi prośby. „Ci, których oni wzywają poza Allahem nie stworzyli niczego, lecz sami zostali stworzeni. Oni są zmarłymi, a nie żyjącymi i nie wiedzą kiedy zostaną wskrzeszeni” (sura 16,20–21). Wiara w to, że zmarli mogą udzielać żyjącym błogosławieństwa jest niezgodną z zasadami islamu i odstąpieniem od niego (apostazją). Również politeizmem jest oddawanie czci zmarłym kłanianie się, bicie pokłonów przed nimi i składanie im ofiar. „Oto zaprawdę kto dodaje Allahowi współtowarzyszy, temu Allah zabronił wejścia do ogrodu! Jego miejscem schronienia będzie Ogień. A niewierni, politeiści (zalimun), nie będą mieli żadnych pomocników (sura 5,75). W islamie istnieją specjalne regulacje mające na celu wyeliminowanie oddawania czci zmarłym i przywiązywania nadmiernej wagi do miejsca pochówku, albowiem jak twierdził Prorok, może to przekształcić się w kult zmarłych, który jest według islamu politeizmem. Prorok powiedział: „Panie mój! Oby mój grób nigdy nie stał się przedmiotem czci”. Dlatego wnoszenie nagrobków, pomników, tumb na grobach jest w islamie zabronione, gdyż Allah jest jedynym Bogiem i jedynie Jemu przynależne są wszelkie formy czci (modlitwy, pielgrzymki, posty). A to, na co zezwolił Prorok, to wnoszenie próśb do Allaha za zmarłych, aby im przebaczył i był miłosierny [27].

Opieka pielęgnarska w islamie nad pacjentem umierającym

Wychodząc z założenia religii, że ciało ludzkie jest własnością Boga to również choroba, zdrowie jest też Jego dziełem. Islam przyjmuje także konieczność poddania się woli Bożej, w związku z tym wielu wyznawców uważa, że doznawanie cierpienia jest jednym ze sposobów poddania się woli Allaha, a jednocześnie próbą wiary i pomocą w odprawianiu pokuty, czy modlitwy. Sprawując opiekę nad chorym umierającym muzułmaninem należy pamiętać, że niektóre aspekty tej opieki są czasami odrzucane z powodów religijnych, czy kulturowych (insulina wieprzowa, narkotyczne leki, przeszczep organu od żywego człowieka). Wiara islamska uwzględnia metody niekonwencjonalne (homeopatia, ziołolecznictwo, psychoterapia) oraz leczenie szpitalne i farmakoterapię. Lekarz jest spozstrzegany jako autorytet i wykonawca woli samego Allaha. W takich sytuacjach nie ma znaczenia wola chorego. Islam nakazuje lekarzowi i pielęgniarce zapewnienie chorym jak najlepszej opieki, ulżenie im w bólu. Mimo, że prawo islamskie zabrania muzułmaninom stosowania środków uzależniających (alkoholu, narkotyków), to jednak przy silnych bólach dozwolone jest podawanie leków przeciw-

bólowych (morfiny). W świecie muzułmańskim nie istnieją żadne organizacje kościelne, które by wspierały chorych. To głównie rodzina sprawuje opiekę nad chorym umierającym. Dbanie o rodziców w podeszłym wieku jest punktem honoru i błogosławieństwa w islamie oraz najwyższym obowiązkiem dzieci po oddaniu czci Bogu. Koran natomiast zobowiązuje do okazywania szczególnego szacunku i czci chorym, zniedołężniałym umierającym rodzicom, do świadczenia im troskliwej opieki, by w ten sposób dzieci mogły im wynagrodzić ich miłość, jaką ich obdarzali (sura 17,23) [1].

Zadanie pielęgniarki wynikające z nad opieki nad pacjentem

- uzyskanie wiedzy na temat podstawowych prawd wiary (wiara w jednego Boga, zmartwychwstanie, sąd ostateczny, „pięć filarów”), przyzwyczajęń i nakazów religijnych, również dotyczących pokarmów spożywanych przez pacjenta
- niepodawanie pokarmów zakazanych przez Koran (wieprzowina) oraz akceptacja posiłków przynoszonych z domu
- niepodawanie leków zawierających w swoim składzie alkoholu i składników pochodzenia wieprzowego
- liczenie się z tym, że pacjent nie wyraża zgody na założenie wkłucia w lewą rękę
- liczenie się z możliwością wystąpienia trudności pielęgnacyjnych, w przypadku uruchomienia ręki prawej (gdyż lewa ręka uważana jest za nieczystą i nie jest nią przyjmowany żaden posiłek), z tego względu wymagana jest pomoc choremu
- stworzenie warunków do odbycia rytualnego oczyszczenia (udu i ghusl) i odbycia praktyk duchowych (salat), niezależnie od stanu zdrowia muzułmanin ma obowiązek modlitwy pięć razy dziennie
- uzyskanie zgody pacjentek na badanie ich ciała (w trakcie badania lekarzowi powinna asystować kobieta)
- honorowanie faktu, że pacjentka może mieć strój zakrywający całe ciało
- przekazywanie informacji dotyczących działań diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych mężowi pacjentki lub rodzinie ze strony męża (bratu męża), a w stanach zagrożenia życia pacjentka może podjąć decyzje o wykonaniu nagłych zabiegów badań diagnostycznych. Jeśli pacjentem jest muzułmanin to jego żona ma prawo uzyskać wszelkie informacje
- akceptowanie pozawerbalnych form reagowania pacjenta na dolegliwości (lament, płacz)
- umożliwienie najbliższej rodzinie przebywania przy umierającym, jeśli możliwe także immana
- jak najszybsze powiadomienie rodziny o śmierci pacjenta (jeśli mu w tym momencie nie towarzyszyła)

- ograniczenie toalety pośmiertnej do usunięcia drenów, cewników, zgłębników itp. oraz odłączenie aparatury i zabezpieczenie opatrunkami ran pooperacyjnych
- stworzenie warunków, aby osoby z rodziny lub zaufane osoby tej samej płci mogły dokonać rytualnego obmycia
- umożliwienie osobom czuwającym przy zwłokach, umycia rąk przed wyjściem ze szpitala
- zapoznanie rodziny z przepisami obowiązującymi w szpitalu dotyczącymi sekcji zwłok
- zadbanie o to, by w dokumentacji pacjenta był telefon do rodziny i immana [1].

2.4. Ujęcie śmierci w judaizmie

Symbolem judaizmu jest gwiazda Dawida zwana Tarczą Dawida (Magen Dawid). Sześcioramienna gwiazda składająca się z dwóch zachodzących na siebie trójkątów równoramiennych tworzących heksagram. Po raz pierwszy pojawiła się na pieczęci hebrajskiej w Sydonie (ok. VI w. p.n.e.). Ponieważ symbol ten towarzyszył milionom Żydom w drodze na śmierć podczas II wojny światowej, nabrał on dzisiaj głębszego znaczenia, w którym mieszczą się ich cierpienia i nadzieje. Występuje na fladze państwa Izraelskiego [30].



Źródło: opracowano na podst. http://pl.wikipedia.org/wiki/Gwiazda_Dawida

Rycina 5. Symbol religii

Judaizm nie zawiera jednolitej koncepcji śmierci. Rozumienie śmierci w judaizmie związane jest ściśle z podstawowymi cechami tej religii: monoteizmem (Bóg osobowy zawiera z człowiekiem przymierze), profetyzmem (głoszeniem obietnic Bożych) oraz mesjanizmem (zapowiedź nowego królestwa). Ogólnie śmierć nie przedstawia żadnej samoistnej mocy. Bóg jest Panem życia i śmierci. Życie jest tylko u Niego, dlatego szuka się Jego obecności, życie jest w rozumieniu judaistycznym oddaniem należnej czci Bogu i otrzymaniem od niego błogosławieństwa. Kto osiągnął pełnię zbawienia w obliczu Boga, umiera w sędziwym wieku i syty życia „Abraham dożył lat stu siedemdziesięciu pięciu, zbliżył się kres jego życia i zmarł w późnej, lecz szczęśliwej starości, syt życia i połączył

się ze swoimi przodkami” (Rdz. 25,7–8). Starożytny Izrael mógł więc pojmować śmierć jako przypięczętowanie życia. Przedwczesną śmierć uważano za odmowę błogosławieństwa, bądź karę za złe postępowanie, natomiast długowieczność i liczne potomstwo stanowiło nagrodę za bogobojne życie. Tak, więc wyobrażenia o życiu po śmierci we wcześniejszej epoce były jeszcze mało ukształtowane. Pogląd, że za dobre lub złe czyny można się spodziewać nagrody bądź kary w przyszłym świecie pojawił się w późniejszych wiekach [36].

Aby lepiej zrozumieć, w jaki sposób śmierć znalazła się na świecie, należy odnieść się do hebrajskiej historii stworzenia. Według tego założenia, śmierć ma dla niektórych charakter kary moralnej, wywodzącej się ze stanu, w jakim człowiek znalazł się na skutek swego nieposłuszeństwa względem Boga. Jest więc konsekwencją grzechu pierworodnego. Inni natomiast uważają, że śmierć nie została spowodowana nieposłuszeństwem, jest raczej naturalnym kresem człowieka, zaś kara, jaką Bóg nałożył i wciąż nakłada na człowieka jest lęk przed śmiercią. Późniejsi rabini twierdzą, że niezdolność człowieka do zaufania Bogu prowadzi do grzechu i w konsekwencji do śmierci [12].

Nadzieja wybawienia od wszelkiego zła i zła śmierci związana jest z obietnicą mesjańską, daną przez Boga w raju, której spełnienie ma jednak nastąpić w przyszłości. Izraelici, żyjąc nadzieją przyjścia Mesjasza – Króla, nie rozpoznali go w Jezusie. Stąd interpretacja śmierci i zbawienia w judaizmie nosi ślady dalszego oczekiwania na spełnienie się obietnicy mesjańskiej (jemet – hamaszia). Księgi Starego Testamentu niewiele mówią o wydarzeniach związanych ze śmiercią i o sposobie życia przyszłego. W czasach po zburzeniu pierwszej świątyni i wygnaniu narodu żydowskiego (VI.p.n.e), prorok Ezechiel został przeniesiony przez Bożego ducha w dolinę pełną umarłych kości: Prorokuj nad tymi kośćmi i mów do nich: „Wyschłe kości słuchajcie słowa Pana!” (...) Oto Ja daję wam ducha po to, abyście stały się żywe. Chcę was otoczyć ścięgnami i sprawić, byście obrosły ciałem, (...) abyście poznały, że Ja jestem Pan (Ez. 37,4–7). Bóg powiedział Ezechielowi, że kości te to dom Izraela i to on sprawi, i tchnie w nie swego ducha, że powrócą do swojej ojczyznej ziemi. Prorok Izajasz kontynuuje tę myśl przedstawiając wizję czasów mesjańskich, w których zostanie pokonana śmierć:

„Pan Zastępów przygotowuje dla wszystkich ludów na tej górze
Ucztę w tłustego mięsa, ucztę z wybornych win.
Zedrze on na tej górze zasłonę, zapuszczoną na twarz wszystkich ludów,
I całun, który okrywał wszystkie narody;
Raz na zawsze zniszczy śmierć” (Iz. 25,6–8a).

Jerozolima miasto święte zostanie odbudowana, a umarli zostaną wskrzeszeni i połączą się ze swoimi duszami, tworząc doskonałą społeczność: „I wyrośnie różdżka z pnia Jessego (...),I spocznie na niej Duch Pański (...),Wtedy wilk zamieszka wraz z barankiem, pantera z kozłkiem razem leżeć będą, cielę i lew

paść się będą społem i mały chłopiec będzie je poganiał (...),i zgromadzi wygnanców Izraela; pozbiera rozproszonych z Judy z czterech stron świata (...)" (Iz. 11,1-16).

Ereǵ mesjańską będzie charakteryzować rzeczywisty pokój (szalom) pomiędzy ludźmi na całym świecie, którzy osiągną sprawiedliwość, a Mesjasz przyniesie im życie wieczne, gdzie śmierci już więcej nie będzie. W okresie późniejszym, (V-III w. p.n.e.), pojawia się wiara w zmartwychwstanie ciał przy końcu świata: „Ożyją Twoi umarli, zmartwychwstaną ich trupy, obudzą się i krzykną z radości, spoczywający w prochu, bo ziemia wyda cienie zmarłych" (Iz. 26,19) [36]. Również pojawia się wizja sądu ostatecznego, w którym dobrzy przejdą do życia wiecznego, a złych spotka kara: „A wielu się obudzi z tych, którzy śpią w krainie prochu: ci do wiecznego życia, a owi ku pohańbieniu na wieczne zawstydzenie" (Dn. 12,2).

W rozumieniu hebrajskim w chwili śmierci człowiek zostaje oddzielony od Boga i żyjących z powodu zejścia do szeolu (świata podziemnego). Tam zmarły już nie może wielbić Boga tym bardziej, jak twierdzą Żydzi, obowiązek ten spoczywa na żyjących. Szeol, jako kwintesencja wszystkich mocy śmierci, przejawia się we wszystkim, co pomniejsza życie. Jest on oddaleniem od Boga Pana życia i śmierci. Od początku w Izraelu śmierci nie uważano za coś świętego. Nie były mu znane kultury zmarłych. Grób nie odgrywał w Izraelu żadnej roli sakralnej, jak też nie były znane religijne obrzędy związane ze śmiercią (Kpł. 19,3) lub (Pwt. 18,11). Jakkolwiek być umarłym nie oznacza nie istnieć, to tylko brak życia. Wewnętrzna konsekwencja wiary w Jahwe sprawia, że rozwój wyobrażeń o losie zmarłych, w końcu przybiera postać nadziei zmartwychwstania (Dn. 12,1-3). Chociaż w późniejszym okresie większe zainteresowanie budzi los zmarłych, ale widzianych w perspektywie eschatologicznej, to jednak nie brak też wypowiedzi o śmierci pojedynczego człowieka. Dusza w chwili śmierci opuszcza ciało zanim ono umrze [12].

Obie te części ludzkiej istoty są od siebie zależne. Dusza poprzedza ciało i żyje po jego śmierci, gdyż była z Bogiem, zanim jeszcze ciało zostało stworzone. Dusza nie była zatem uznawana za wroga, który bezpodstawnie wdziera się w życie. Ciało i dusza nie posiadają odrębnej od siebie egzystencji. Inaczej niż w tradycjach hinduskich. Dla Żydów psyche (dusza) i soma (ciało) stanowią jedność. Tak, więc życie i śmierć nie występują osobno, połączone są ze sobą przez wolę Bożą w jedną całość. „Wszystko ma swój czas i jest wyznaczona godzina na wszystkie sprawy pod niebem: Jest czas rodzenia i czas umierania, czas sadzenia i czas wrywania tego, co zasadzono, (...)" (Koh. 3,1-2a). W literaturze talmudycznej późniejsze pisma przedstawiają, że zmarli ożyją obleczeni we własne szaty (ciała), co będzie całkowitym cudownym aktem Bożej łaski. Są to wypowiedzi bardziej szczegółowe o zmartwychwstaniu o wizji nieba i piekła [12].

Należy zauważyć, że zasadniczym warunkiem wejścia do nieba (gan eden) jest życie zgodne z Prawem Bożym, zaś konsekwencją zamierzonego nieposłu-

szeństwa przykazaniom Bożym jest potępienie i piekło (gehinnom). Dlatego Żydzi skupiają uwagę i energię na życiu zgodnym z przykazaniami i na spełnianiu sprawiedliwych uczynków (micwa), aniżeli na zgłębianiu się w teologii życia po śmierci [34].

Koncepcja micwy zwiera w sobie pojęcie nagrody i kary, bądź w życiu następującym po śmierci, bądź na mającym się odbyć po zmartwychwstaniu sądzie ostatecznym. Człowiek tylko w postaci cielesnej może wypełniać micwot i żałować za popełnione grzechy. Nagrodą jest pobyt w raju w ogrodzie Eden, a grzesznik otrzymuje karę w gehinnom, które oznacza zarówno piekło, jak i czyściec. Nawet, gdzie każdy prawy człowiek po śmierci musi spędzić tam pewien czas w celu oczyszczenia z grzechów. W rzeczywistości wielcy grzesznicy pozostają w piekle nawet po skończeniu okresu oczyszczania. Tylko umiarkowanie obciążeni grzechami opuszczają to miejsce po czasowym pobycie, ale ich dalszy los jest niejasny. Związku między losem duszy po śmierci i zmartwychwstaniem literatura nie wyraża w sposób spójny, zawierając niekiedy dwuznaczne informacje. U podłoża koncepcji micwy leży zasada osiągnięcia zbawienia bardziej poprzez uczynki niż przez wiarę. Mówią o tym słowa księgi Micheasza „I cóż, żąda Pan od Ciebie, jeśli nie pełnienia sprawiedliwości, umiłowania życzliwości i pokornego obcowania z Bogiem swoim” (Mi 6,8) [34].

Można zatem powiedzieć, że współczesny Żyd nie musi obawiać się śmierci, gdyż jest ona świętą i naturalną częścią Bożego stworzenia. Była i jest konsekwencją grzesznej natury człowieka, w rozumieniu judaistycznym zmarli powstaną jednak z grobów wraz z nadejściem Mesjasza i nie ma też potrzeby zanadto rozpaczać, gdy ktoś umiera [12].

Postawy wobec śmierci i umierania w judaizmie

Podobnie, jak cała żydowska wiara i praktyka religijna, tak też stosunek Żydów do śmierci i żałoby po utracie bliskiej osoby są zdominowane przez idee Boga Stwórcy wszechświata. Tradycja judaizmu, aby przygotować swych wyznawców na śmierć i umieranie uobecnia doświadczenie śmierci w życiu. Przygotowanie do śmierci poprzez śmierć duchową i umieranie samemu sobie dokonuje się w wymiarze wspólnotowym poprzez obchodzenie corocznych świąt pojednania. Podczas, których Żydzi rozważając swoje dawne grzechy i zaniebdania oddają się modlitwie poszcząc i pokutując. W tym znaczeniu grzech ma charakter zbiorowy i wierni przeżywają rodzaj symbolicznej śmierci duchowej: umiera jednostka, przywiązania do swego „ego”, a na pierwszy plan wysuwa się wspólnota i odnowiony lud Izraela [12].

Tora nie opisuje rytuałów związanych ze śmiercią. Niemniej jednak nakaz biblijny: „Będziesz miłował swego bliźniego, jak siebie samego” (Kpł. 19, 18), określa obowiązki wobec Boga i bliźnich, a w sposób szczególny względem osób chorych i umierających. Szczególną czcią i opieką należy otoczyć bliźniego, który zbliża się do kresu swej ziemskiej drogi, aby ulżyć mu współczuciem w ostat-

nich chwilach. Zajmuje się tym grupa ochotników tworzących „święte bractwo” (cherwa kadisza), które również czuwa nad prawidłowym przeprowadzeniem pochówku. Należą do niego pobożni zacni mężczyźni i kobiety, uważający za wielki przywilej możliwość okazania aktu miłości bliźniego przy ostatniej posłudze. Znajdują się oni zawsze, oprócz członków rodziny, przy umierającym i zmieniając się towarzyszą mu modlitwą proponując mu także wyznanie grzechów. Jeśli chory jest zbyt słaby, aby mówić, winien wyznać grzechy w myślach, a jeśli nawet tego on nie może czynią to w jego imieniu. Skrócona wersja spowiedzi na łożu śmierci jest następująca: „Uznaję, o Panie Boże mój i Boże moich ojców, że moje uzdrowienie i moja śmierć są w Twoich rękach. Twoją jedyną wolą jest, czy uzdrowisz mnie całkowicie, ale jeśli umrę, niech śmierć moja będzie pokutą za wszystkie grzechy, wykroczenia i niegodziwości, jakich się wobec Ciebie dopuściłem. Obdarz mnie miejscem w Ogrodzie Edenu i pozwól osiągnąć życie w Przyszłym Świecie, który jest przeznaczeniem sprawiedliwych” [12].

Osoby umierającej nie można ranić słowem, aby nie przyspieszyć zgonu, a czyn taki w żydowskim prawie traktuje się na równi z morderstwem. Gdy chory ma jeszcze świadomość nie wolno go namaszczać i myć albo kopać grobu, gdyż podlega to zakazowi. Istnieje obowiązek czuwania przy konającym, aby nie odchodził w osamotnieniu. Widząc oznaki nadciągającej śmierci osoby towarzyszące rozzdzierają swoje szaty na znak słuszności wyroków Boskich, wygłaszając następujące błogosławieństwo: „Bądź błogosławiony, Sędzio pełen prawdy”. Człowieka w czasie agonii nie wolno dotykać, czy wykonywać jakichkolwiek przy nim czynności (nie można mu poprawić poduszki pod głowę, czy zamknąć powiek), gdyż istnieje niebezpieczeństwo, że najmniejszy ruch skróci mu życie. Ostatnimi słowami umierającego winny być słowa modlitwy „Szema Izrael”. Modlitwa ta odpowiada przekonaniu, że umierający człowiek powinien rozstać się z tym życiem słowami żydowskiego wyznania wiary w jednego Boga. Halacha (żydowskie prawo) uznaje za śmierć moment, w którym ustaje całkowicie oddychanie, co stwierdza się umieszczając w pobliżu ust umierającego piórko, bądź lusterko. Z chwilą stwierdzenia zgonu należy jak najszybciej rozpocząć przygotowania pogrzebu nie dlatego tylko, że opóźnianie pochówku jest zabronione, ale również z szacunku dla zmarłego (pogrzeb powinien odbyć się w ciągu 24 godzin). Istnieje szereg zwyczajów związanych z przygotowaniem zmarłego do pogrzebu, noszącym nazwę tahara (oczyszczenie). Po stwierdzeniu zgonu członkowie stowarzyszenia zamykają zmarłemu oczy, układają zwłoki na ziemi i sporządzają prostą trumnę z desek. Dokładnie myje się ciało zmarłego, następnie zanurza się ściśle przez rytuał w określonej ilości wody, odmawiając słowa modlitwy proroka Ezechiela „(...) pokropię was czystą wodą, abyście się stali czystymi i oczyszczę was od wszelkiej zmazy i od wszystkich waszych bożków” (Ez. 36,25), następnie namaszcza się je wonnościami (u żydów aszkenazyjskich smaruje się głowę surowym jajkiem zmieszonym z winem). Po tym ubiera się zmarłego w białe lniane szaty, (które nosił w święto Jom Kippur) i okrywając

białym lnianym całunem wkłada się go do trumny. Balsamowanie zwłok jest zabronione [33].

Zasada „czci dla zmarłego” (kewod-ha-met) wymaga, aby zawsze ktoś był przy zmarłym. Ponieważ ciało było mieszkaniem duszy, należy według judaizmu okazywać mu szacunek, także wtedy, gdy opuści je duch. Podczas pogrzebu nad grobem wygłasza się modlitwę żałobną, w jednej z modlitw za zmarłych wymawia się następujące słowa: „Pomóż nam, byśmy pamiętali, że dusza nie umiera i nasz/nasza drogi/droga zmarły/ła odszedł/odeszła do wiecznej ojczyzny, którą przygotowałeś dla nas, gdy na ziemi dobiegnie kresu nasze dzieło i minie nasz czas. Otwórz mu/jej bramę miłosierdzia. Niech wejdzie do wiecznego pokoju. W Twoim świetle spoglądamy poza granice śmierci i oglądamy życie, które nie ma końca” [10].

Oddając chwałę Bogu, składa się zmarłego na miejscu ostatecznego spoczynku. Zmarły Żyd musi spocząć w ziemi poświęconej, nie wolno go pochować na cmentarzu nie żydowskim. Miejsce pochówku jest dla zmarłego miejscem spoczynku, aż do kresu czasu, tzn. do przyjścia Mesjasza. Nad grobem zmarłego wygłasza się mowę żałobną, każdy z obecnych, poczynając od rodziny, sypie niewielką ilość ziemi na trumnę wyrażając, że zwraca do prochu ciało, które z niego powstało, jest to również znak ostatecznego pożegnania (Rdz. 3,19). Potem odmawia się wspólnie kadsisz, modlitwę sławiącą imię Boga i błagającą o nadejście Królestwa Bożego: „Pan dał, Pan wziął; niech Imię Pańskie będzie błogosławione. Oby zmarły, którego dziś wspominamy, dostąpił pokoju i błogosławieństwa w życiu wiecznym. Oby ci, którzy od nas odeszli znaleźli łaskę i zmiłowanie u Pana nieba i ziemi. Oby ich dusze radowały się, niewypowiedzianym dobrem, które Bóg zgotował tym, którzy się Go boją i oby wspomnienie o nich było błogosławieństwem dla tych, którzy zachowują ich w pamięci”. Modlitwa kadsiszowa jest podstawowym elementem przeżycia żałoby. Do istotnych obowiązków krewnych zmarłego należy regularne odmawianie kadsizu przez cały rok. Jeden z członków rodziny (syn) zamawia modlitwę żałobną [12].

Na zakończenie obecni uczestnicy, wyrażają bliskim wyrazy współczucia słowami: „Niech Bóg pocieszy Cię wśród tych, którzy opłakują Syjon i Jerozolimę”. W religii judaistycznej charakterystyczny jest stosunek do zwłok ludzkich, ich dotknięcie sprowadzało rytualną nieczystość. Dlatego obowiązkiem uczestników żałobnego zgromadzenia jest umycie rąk przed wyjściem z cmentarza, a najpóźniej przed wejściem do swoich domów [33].

Po powrocie z cmentarza uczestnicy ceremonii podejmowani są przygotowanym przez sąsiadów posiłkiem, na który składają się głównie jaja gotowane na twardo (w tradycji żydowskiej jaja symbolizują żałobę). Dzięki swojemu kształtowi jajka mogą się toczyć, podobnie żałoba zatacza krąg przechodząc z jednej rodziny na drugą. Wraz z tą ucztą, zaczyna się dla najbliższej rodziny zmarłego trudny okres siedmiodniowej żałoby [30]. Najbliżsi krewni zmarłego mają obowiązek obchodzenia po nim żałoby. Jej rozmiary zależą od stopnia pokrewień-

stwa, najgłębszą jest żałoba po rodzicach. Osobę w żałobie określa się od chwili śmierci nazwą onen do siedmiu dni, a po siedmiu dniach awel. Przez siedem dni po pogrzebie zwanych sziwą (siedem), najbliżsi członkowie rodziny zmarłego odprowadzają żałobę w domu, którą mogą opuścić tylko w szabat. Żałobnicy czytają fragmenty miszny, rozmyślają. Nie wolno spożywać mięsa i wina, pracować, studiować Tory, słuchać muzyki, nie wolno golić się ani ścinać włosów, myć całego ciała, uprawianie seksu, na patrzenie w lustro, na noszenie butów, nie musi jednak przestrzegać żadnego, że zwykłych rytuałów żydowskich. Żałobę taką odprowadza się po śmierci rodziców, dzieci, rodzeństwa, męża i żony. Gdy kończy się sziwa rozpoczyna się okres żałoby połowicznej trwającej do upływu trzydziestu dni po pogrzebie, nosi on nazwę szeloszim (trzydzieści). Modlitwy żałobne odprowadza się przez trzydzieści dni i po tym życie wraca do normy. Tylko za matkę i ojca, synowie, a z braku synów, w niektórych gminach najstarsza córka, winni przez jedenaście miesięcy uczestniczyć w publicznym nabożeństwie, rano i wieczorem w synagodze, aby odmówić za nich kadisz oraz inne modlitwy w nadziei, że pewnego dnia dusza zmarłego „zostanie związana węzłem życia z przedwiecznym” znajdując pokój w wiecznym życiu z Bogiem. Odmawianie przez pełne 12 miesięcy oznaczałoby, że zmarły był wielkim grzesznikiem potrzebującym pełnego okresu przebywania w czyścisku. Wspominaniu zmarłych rodziców poświęca się też dzień każdej rocznicy ich śmierci. W tym dniu oraz w poprzedzających szabat dzieci zmarłego winni odmawiać kadisz, studiować Torę, dawać jałmużnę i pościć na znak pokuty, zaznaczając charakter rocznicowego wspomnienia. Wspomina się też imiona zmarłych w Dniu Pojednania i na zakończenie trzech głównych świąt [33].

Żałoba w judaizmie stanowi jakby proces stopniowego przechodzenia awela od wyłączenia się ze świata, izolacji do normalnego rytmu codziennego życia. W lekceważeniu żałoby halacha widzi przejaw niewrażliwego, okrutnego usposobienia, ale również nie zaleca przesady w jej okazywaniu. Opłakujący stratę bliskiej osoby od pierwszej chwili staje wobec silnie zrytualizowanej sytuacji, do której musi się dostosować i w ramach, której musi wyrazić swój żal. Stan przygnębienia i dezorientacji po śmierci najbliższych łagodzą obrzędy oraz współczucie odwiedzających współbraci z gminy. Żałobnika odwiedzają w domu krewni, przyjaciele i sąsiedzi modląc się wspólnie i pocieszając go. Judaizm reformowany skraca zwykle czas trwania żałoby i ogranicza jej zakres [34].

Religia żydowska nakazuje, aby cmentarze pozostawały zawsze otwarte. Kto je odwiedza, kładzie na grobie krewnych, przyjaciół, znajomych czy znanych osobistości kamyczek na znak pamięci. Często pod kamyczkiem pozostawia się karteczkę z błogosławieństwem albo z jakimś innym pobożnym życzeniem. Widok wielu kamieni raduje rodzinę zmarłego, dzięki temu bowiem, widzą, jak wiele osób o nim pamięta. Inny powód to pragnienie wypełniania micwy, jaką jest postawienie kamienia nagrobnego ku czci zmarłego. Oczywiście nie jest możliwe, dlatego kładzie się symboliczny kamień na grobie [30].

Opieka pielęgniarska w judaizmie nad pacjentem umierającym

Szacunek dla życia w religii Mojżeszowej jest absolutny i bezwzględny. Wartość życia ludzkiego nie zmienia się nawet w sytuacjach cierpienia choroby czy śmierci. Ponieważ jest ono bezcennym darem Bożym. Tora podkreśla świętość ludzkiego życia. Bóg dał przykazania, aby człowiek „znalazł w nich życie”. Na człowieku więc ciąży obowiązek pielęgnowania swego zdrowia i ciała, i to pacjent ponosi odpowiedzialność za swoje zdrowie oraz za aktywne współdziałanie z lekarzem. W czasie choroby lekarz staje się najwyższym autorytetem. Narzędziem w rękach Boga, jego kapłanem, który pomaga w sprawowaniu pieczy nad Bożym stworzeniem. Praktyka lekarska, jak definiuje tradycja żydowska, jest związana z fizycznym i duchowym wymiarem człowieka. W prawie żydowskim istnieje obowiązek zainteresowania się kimś kto cierpi, a zaniechanie go jest świadectwem braku serdeczności i miłości względem bliźniego. Dlatego rodzina chorego, jak również istniejące stowarzyszenia bardzo troskliwie opiekują się chorymi podczas hospitalizacji, wykonując podstawowe czynności pielęgnacyjne. Wraz z tym miłosiernym uczynkiem, należy choremu coś ze sobą przynieść: pogodną twarz, krzepiące słowo, serdeczną modlitwę. Tak, więc odwiedzanie chorego, też umierającego, prócz fizycznej pomocy jest udzieleniem mu duchowego wsparcia. Ze względu na wizytę rodziny, pielęgniarka nie jest angażowana do wykonywania czynności higienicznych. Natomiast w przypadku nieobecności osób bliskich, czynności te powinna wykonać osoba tej samej płci, co pacjent. Inną zasadą stosowaną przez ortodoksyjnych żydów jest zakaz dotykania osoby płci przeciwnej, wykluczając w tym własnego męża/żonę (szomer negija), w dosłownym znaczeniu pilnujący dotyku. Zwyczaj ten przejawia się przez niepodawanie ręki w geście przywitania. Wyznawca judaizmu ma obowiązek poddawania się wszelkim działaniom medycznym, ale należy pamiętać, że jeśli pobyt pacjenta w szpitalu przypadnie w szabat to jest pewna grupa czynności, których on sam nie może wykonać, jak też o ich wykonanie nie może poprosić osób opiekujących się nim (nie może nawet użyć dzwonka, czy podpisać zgody na leczenie). Z tego względu zabiegi operacyjne i wszelkie badania inwazyjne nie powinny być wykonywane w święto Jom Kippur i szabatu. W przypadku poważnej choroby zagrożenia życia przestają zobowiązywać wszystkie nakazy religijne, które mogłyby pogarszać i utrudniać sytuację chorego. W przypadku, gdy chory umiera w szpitalu wszystkie czynności rytualnego pochówku wykonywane są w specjalnie przygotowanych do tego celu pomieszczeniach, przy synagogach żydowskich, bądź w domach pogrzebowych (nigdy nie w szpitalu) [1].

Zadanie pielęgniarki wynikające z opieki nad pacjentem

- uzyskanie wiedzy na temat religii judaistycznej, upodobań i nakazów religijnych

- uzyskanie informacji o rodzaju praktykowanego judaizmu (ortodoksyjnego czy reformowanego) oraz przestrzeganie praw i nakazów z tym związanych
- wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych przez personel tej samej płci, co chory
- umożliwienie pacjentowi spożywania pokarmów sporządzonych przez rodzinę
- zapewnienie pacjentowi naczyń i sztućców jednorazowego użytku
- zapewnienie pacjentowi diety jarskiej w przypadku, gdy nie ma możliwości dostarczenia przez rodzinę pożywienia koszernego
- niepodawanie pacjentom leków w otoczce żelowej, gdyż zasada koszerności zabrania przyjmowanie żelatyny pod każdą postacią
- umożliwienie pacjentowi zapalenia świec, jeśli jego pobyt w szpitalu przypadnie w szabat
- skupienie szczególnej uwagi na pacjencie, wnikliwa obserwacja i rozwiązywanie dostrzeżonych problemów bez pytania o zgodę na ich wykonanie, jeśli pobyt w szpitalu wypadnie w szabat
- przeniesienie osoby umierającej do osobnej sali
- umożliwienie rodzinie przebywania przy umierającym (nawet gdy jest liczna)
- możliwość powiadomienia rabina w przypadku osoby ciężko chorej i umierającej
- ograniczenie do niezbędnego minimum wchodzenia do sali w chwili, gdy rodzina modli się przy łóżku pacjenta, a on żegna się z rodziną i jedna z Bogiem
- nieunikanie rozmów o stanie pacjenta, gdy jego stan się pogarsza w chwili, gdy nie ma przy nim rodziny można go skłonić, aby sam siebie zapytał czy może odejść w „pokoju”, czy nie pozostawia ludzi, którym winien wyświadczyć jakieś dobro i prosić o przebaczenie, bądź też chciałby usłyszeć słowa przebaczenia za wyrządzone słowem lub uczynkiem krzywdy
- powiadomienie rodziny pacjenta o pogorszeniu się stanu zdrowia, gdy jest samotny (gminy żydowskie)
- w chwili agonii nie wolno dotykać pacjenta
- ograniczenie toalety pośmiertnej do usunięcia drenów, cewników, zgłębników, kaniul itp.
- po śmierci, ciało nie powinno pozostawiać bez opieki, ale personel innego wyznania nie może go dotykać (ciało zmarłego może dotykać tylko rodzina i członkowie gminy żydowskiej)
- umożliwienie rodzinie czuwania przy zwłokach do chwili zabrania ich przez „święte bractwo”
- umożliwienie osobom czuwającym przy zmarłym umycia rąk przed wyjściem ze szpitala

- zapoznanie rodziny z przepisami i normami obowiązującymi w szpitalu dotyczącymi przeprowadzeniu sekcji zwłok [1].

2.5. Ujęcie śmierci w chrześcijaństwie

Symbolem chrześcijańskiej tożsamości jest znak krzyża. Wcześniej był nim Christos. Składał się z dwóch nałożonych na siebie greckich liter „Chi” i „Ro”, czyli pierwszych liter w słowie „Chrystus”, w alfabecie łacińskim były to „X” i „P”. Krzyż znany był od najdawniejszych czasów jako narzędzie tortur i hainiebnj śmierci. Dopiero Chrystus odkrył jego najgłębszy sens. Dzisiaj krzyż jest kojarzony jednoznacznie z Ukrzyżowanym: belka pionowa – wertykalna łączy ziemię z niebem; belka pozioma – horyzontalna obejmuje cały świat i każdego człowieka. Symbol ten uświęca wszystkie ważniejsze chwile życia chrześcijanina. Spotykany jest na rozstajach dróg, noszony na piersiach, zawieszanych na ścianach domów i świątyń. Najstarsze krzyże (koptyjskie, celtyckie i egipskie), wykonywano bez wizerunku Zbawiciela, dopiero po Synodzie Trullańskim (692) na krucyfikсах pojawiła się Jego postać [2, 8, 9].



Źródło: opracowano na podst. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Chrzescijanstwo>

Rycina 6. Symbol religii

Ujęcie śmierci w chrześcijaństwie

W ujęciu chrześcijańskim człowiek, jako osoba o naturze cielesno-duchowej, powołany jest przez Stwórcę do życia wiecznego: ciało podlega biologicznemu prawu śmierci, duch zaś ludzki jest niezniszczalny. Po śmierci człowiek przechodzi do nowego, innego sposobu egzystencji w wieczności. Dlatego też śmierć człowieka jest wydarzeniem w pełni ludzkim, cielesnym, ale i duchowym. Ustala ona wieczne przeznaczenie człowieka, stanowi jakby zamknięcie i podsumowanie wydarzeń całego życia. Stąd wielka powaga śmierci. Rozumiana, jako przejście do wieczności jest czymś innym niż śmierć kliniczna czy biologiczna: nie jest stanem trwałym, czy procesem lecz jednym momentem. Wobec tajemnicy śmierci człowiek jest bezsilny, zostają zachwiane jego ludzkie pewniki. I właśnie

Tabela 4. Najważniejsze Kościoły chrześcijańskie w Polsce

Nazwa wyznania	Liczba wyznawców
Kościół Katolicki	35 000 000
Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny	570 000
Wschodni Kościół Staroobrzędowy	2 650
Kościół Ewangelickoaugzburški (luteranizm)	80 000
Kościół Ewangelickoreformowany (kalwinizm)	4 000
Polski Kościół Chrześcijań Baptystów	7 000
Kościół Metodystyczny	4 300
Kościół Polskokatolicki	49 000
Katolicki Kościół Mariawitów	25 000
Kościół Chrystusowy	6 000
Kościół Zielonoświątkowy	12 000
Ewangeliczna Wspólnota Zielonoświątkowa	450
Chrześcijańska Wspólnota Zielonoświątkowa	1 500
Kościół Chrześcijań Wiary Ewangelicznej	
Zbór Stanowczych Chrześcijań	
Kościół Wolnych Chrześcijań	2 000
Stowarzyszenie Zborów Chrześcijań	220
Kościół Anglikański	5 000

Źródło: opracowano na podst. Pawłowicz Z.: *Kościół i sekty w Polsce* [23].

w takiej sytuacji bezsilności wiara chrześcijańska staje się dla niego źródłem duchowej pogody i spokoju. To, co wydawało się pozbawione znaczenia, nabiera sensu i wartości. Poza odkupieniem Chrystusowym śmierć człowieka wydaje się być tylko biologicznie naturalnym, ale egzystencjalnie tragicznym zniszczeniem życia i rozdarciem struktury człowieka [40].

Według Starego Testamentu śmierć świadczy o spowodowanym przez grzech zniszczeniu życia Bożego w człowieku. Księga Mądrości wyjaśnia, że Bóg stworzył człowieka do nieśmiertelności. Uczynił go na wzór swojej natury. Śmierć zaś weszła na świat z powodu zawiści szatana. Doświadczają jej ci, którzy do niego należą i jako też zapłata za grzech: „Bo dla nieśmiertelności Bóg stworzył człowieka – uczynił go obrazem swej własnej wieczności. A śmierć weszła na świat przez zawiść diabła i doświadczają jej ci; którzy do niego należą” (Mdr. 2,23–24). W różnych testach Starego Testamentu przedstawiana jest ona jako naturalny koniec ludzkiego życia. Miejszem zmarłych jest szeol. Nie ma tam życia: „Zaiste, nie Szeol Cię sławi ani Śmierć wychwala Ciebie; nie ci oglądają się na Twoją wierność, którzy w dół zstępują” (Iz. 38,18). Pierwsza zmianka o życiu pozagrobowym znajduje się w księdze Daniela, gdzie mówi się o nowym życiu, zależnym od zasług (Dn. 12,2–3). W księdze Mądrości 3,1 jest mowa o zmarłych wstaniu sprawiedliwych do nowego i wiecznego życia [4].

Chrześcijański wymiar śmierci polega również na tym, iż zwycięstwo Chrystusa realizuje się w śmierci każdego człowieka, kiedy ten współumiera z nim na sposób mistyczny w chrzcie świętym (Rz. 6,3–7,11), w życiu w zjednoczeniu z Nim i na końcu w momencie własnej śmierci. Chrzest i śmierć są nowymi narodzinami chrześcijanina. Śmierć jest dla niego dopełnieniem i kontynuacją spotkań z Chrystusem, jakie przeżywa od chwili chrztu przez całe swe ziemskie życie. Jest momentem upragnionym, gdyż pozwala spotkać Boga nie tylko w wierze, ale już twarzą w twarz. Wielu świętych (np. św. Paweł, św. Franciszek z Asyżu), wyrażało pragnienie śmierci, by wejść w głębsze zjednoczenie z Bogiem w życie szczęśliwsze od tego na ziemi (śmierć mistyczna): „Ani oko nie widziało, ani ucho nie słyszało, ani serce człowiek ani zdołało pojąć, jak wielkie rzeczy przygotował Bóg tym, którzy go miłują” (1Kor. 2,9). Jezus, jako człowiek płakał i był głęboko wzruszony śmiercią swego przyjaciela Łazarza. Po ludzku odczuwał też lęk przed męką i własną śmiercią. Człowiek, uświadamiając sobie konieczność i nieuchronność własnej śmierci, również odczuwa lęk. Może próbować albo jakoś przed nią uciekać, albo wielkodusznie podjąć jej ryzyko. Ucieczka przed śmiercią pogłębia lęk, natomiast gotowość podjęcia ryzyka śmierci wyzwala człowieka z pęt strachu i umożliwia osiągnięcie prawdziwej wolności. Chrześcijanin powołuje się w tych trudnych momentach na słowa Ewangelii: „nie bójcie się tych, którzy zabijają ciało, lecz duszy zabić nie mogą” (Mt. 10,28), a przede wszystkim na przykład samego umierającego Jezusa i fakt jego zmartwychwstania. Przez swój stosunek do śmierci nadaje jej człowiek swoisty sens. Przyjmowanie jej jako prostej konieczności narażanie się na nią czy nawet gotowość jej przyjęcia w obronie wyznawanych wartości, zwłaszcza w obronie drugiego człowieka nie jest bez znaczenia dla moralnej postawy innych ludzi, a tym samym dla ludzkich dziejów. Tak jak nie bez znaczenia była śmierć Jezusa. Dzięki odkupieniu Chrystusowemu śmierć człowieka może stać się uczestnictwem w zbawczej śmierci Chrystusa, pełnym zwycięstwem nad grzechem i przejściem do domu Ojca: „Nikt zaś z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie: jeżeli bowiem żyjemy, żyjemy dla Pana; jeżeli zaś umieramy, umieramy dla Pana. I w życiu więc i w śmierci należymy do Pana” (Rz. 14,7–8). Chrystus zmienił jej znaczenie, nie likwidując jej ani nie odsuwając od siebie. Przyjął ją z miłością (J. 13,1), osiągnął w niej szczyt kenozoy i nadał jej charakter odkupieńczy. Świat został odkupiony przez śmierć. Jezus nie uważał jej za bezskuteczną. Jego śmierć stała się życiem wszystkich. W śmierci Zbawiciela, śmierć ludzka znalazła nieśmiertelność i doznała odkupienia. Jezus odkupił ją, zadawszy jej śmierć swoją śmiercią. Tym sposobem dla chrześcijan straciła ona swój triumfalny charakter zwycięstwa szatana nad człowiekiem [4].

Postawy wobec śmierci i umierania w chrześcijaństwie

W chrześcijańskiej kulturze tajemnica śmierci, obchodzenie się z ciałami zmarłych oraz rytuały pogrzebowe traktowane są ze szczególnym szacunkiem

i powagą. Chrześcijańska doktryna moralna przypomina o konieczności przygotowywania się do śmierci przez całe życie. Powinność ta wywodzi się z podstawowego założenia wiary, że śmierć jest początkiem nowego, wiecznego życia, w chwale. Polega ono na unikaniu grzechów, zwłaszcza grzesznych nałogów, a jeszcze bardziej na życiu miłością. Należy także przestrzegać przykazań Boga i Kościoła i szczerze modlić się o łaskę Bożą. W świetle powyższych rozważań, przygotowanie do momentu śmierci nie może być oderwane od całości życia i nie powinno być traktowane jako wydarzenie losu czy przypadek. Do wydarzenia śmierci chrześcijanin powinien podejść z powagą, jak do Bożej tajemnicy. Trzeba starać się zrozumieć, że umierający odchodzi do wieczności z Bogiem, gdzie rozpocznie nowe życie, którego zapłatą będzie przeżyte życie ziemskie. Kościół przypomina, że należy również zadbać o właściwy chrześcijaninowi styl umierania, by nikt nie umierał w samotności. To pierwszy nakaz chrześcijańskiej troski o umierającego. Obecność drugiego człowieka, najbliższej rodziny i świadectwo ich chrześcijańskiej nadziei, umacnia konającego i przewycięża lęk przed śmiercią, daje możliwość wzajemnego pożegnania się, które jest jednym z najtrudniejszych momentów [40]. W religii chrześcijańskiej Bóg wychodzi naprzeciw potrzebom człowieka przez swoje Słowo i sakramenty, których celebrowanie jest pełnych łaski znakami zbawczej obecności Boga. Już w pierwszych wiekach w Kościele był ryt ostatniej posługi, Eucharystii i spowiedzi, jako przygotowanie bliższe do śmierci. Znany dzisiaj sakrament namaszczenia chorych, a w Kościołach protestanckich obrzęd namaszczenia chorych, jest najmocniejszym wsparciem i umocnieniem w chorobie: „Choruje ktoś wśród was? Niech sprowadzi kapłanów Kościoła, by się modlili nad nim i namaścili go olejem w imię Pana” (Jk. 5,14). Przyjęcie sakramentu oznacza, że chory jednoczy się z Chrystusem dźwigającym krzyż, a także z Chrystusem uwielbionym, nadając swemu cierpieniu zbawczy sens. Poprzez ten sakrament Chrystus pomaga poddać się woli Bożej i zaakceptować swoje fizyczne i duchowe cierpienie. Ponadto, „jeśli popełnił grzechy będą mu odpuszczone” (Jk. 5,15). W obliczu zbliżającej się śmierci chory zostaje umocniony Komunią świętą, w formie Wiatyku (w Kościele katolickim). Ma on pomóc przyjąć i po chrześcijańsku przeżyć śmierć. W ostatnim spotkaniu człowieka z Bogiem dopełnia się życie, które zostało zapoczątkowane na chrzcie. Człowiek, pokrzepiony Wiatykiem może powiedzieć za św. Pawłem: „Teraz zaś już nie ja żyję, lecz żyje we mnie Chrystus” (Ga. 2,20). Śmierć przyjęta i przeżyta w zjednoczeniu z Chrystusem staje się Paschą, prowadzącą do zmartwychwstania i przejściem do Ojca [22]. Religia chrześcijańska wykształciła wiele różnych praktyk pogrzebowych we wszystkich Kościołach w zależności od istniejących wyznań. Niemniej jednak to bogactwo obrzędów pogrzebowych łączy podstawowa zasada, iż „ciało zmarłego powinno być traktowane z szacunkiem i miłością wypływającą z wiary i nadziei zmartwychwstania. Grzebanie zmarłych jest chrześcijańskim uczynkiem miłosierdzia względem ciała; jest uczczeniem dzieci Bożych, będących świątynią Ducha Świętego” (KKK. 2300). W chrześcijaństwie

zmarłego chowa się zwyczajowo złożonego do trumny, po wcześniejszej toalecie pośmiertnej i ubraniu. W pozycji leżącej z rękami splecionymi na klatce piersiowej lub brzuchu. Często zmarły w rękę trzyma różaniec, obrazek, ikonę lub inne przedmioty wskazujące na jego wiarę (modlitewnik, Pismo Święte w protestantyzmie). Trumna ze zmarłym umieszczana jest w grobie ziemnym na głębokość ok. 2 m. Następnie jest przysypywana i przykrywana nagrobkiem kamiennym lub ziemnym.

Pogrzeb chrześcijański jest wyrazem miłości chrześcijańskiej i najstosowniejszym darem złożonym zmarłemu. Kościół, który obdarzał swego wiernego sakramentami w czasie jego ziemskiej pielgrzymki, towarzyszy mu na końcu jego drogi, by oddać go w ręce Ojca. Ofiaruje Bogu i składa w nadziei do ziemi ciało, które zmartwychwstanie w chwale. Dla zmarłych wyprasza łaski Boże, obdarowując ich pewnymi дарami na podróż aż do dnia powstania z martwych. Liturgiczne obrzędy pogrzebowe towarzyszą również w sposób szczególny wszystkim pogrążonym w żałobie. Pogrzeb zatem może być wspólnym pożegnaniem się ze zmarłym, ostatnim publicznym spotkaniem, które pomoże się naprawdę rozstać. Uroczystość pogrzebowa zasadniczo odpowiada trzem miejscom ich sprawowania: dom, kościół, cmentarz. W przeszłości większość osób umierała w domu, tam właśnie rozpoczynano modlitwy nad zmarłym, co jest nadal aktualne w Kościołach prawosławnych. Uroczystości pogrzebowe dzielą się na dwie części: nabożeństwo w kościele (kaplicy) i nabożeństwo przy grobie, gdzie ze zmarłym żegnają się krewni, przyjaciele i znajomi, odmawiając modlitwy, składając kwiaty, zapalając znicze. W Kościele katolickim i prawosławnym w dniu pogrzebu odprawia się za zmarłego Mszę świętą. U protestantów zamiast Mszy żałobnej jest ceremonia pogrzebowa, na którą składa się: śpiew psalmów, czytanie Słowa Bożego homilia i wspomnienie o zmarłym [10]. Obrzęd pogrzebu rozpoczyna się pozdrowieniem wspólnoty kierowane do bliskich zmarłych. Pozdrowienie to ma być pocieszeniem, że życie wiernych zmienia się, ale się nie kończy: „Albowiem życie Twoich wiernych o Panie, zmienia się, ale się nie kończy, i gdy rozpadnie się dom doczesnej pielgrzymki znajdą przygotowane w niebie wieczne mieszkanie”. Paschał, zapalony przy trumnie, przypomina Chrystusa Zmartwychwstałego – źródło życia. Modlitwy w intencji zmarłego są wyrazem prośby o oczyszczenie go z grzechów i ich skutków. Liturgia Słowa Bożego naświetla chrześcijański sens śmierci, umacnia wiarę żyjących uczestników pogrzebu, wzbudza nadzieję na ponowne spotkanie ze zmarłym w domu Ojca. Ofiara eucharystyczna w czasie pogrzebu uczy obecnych współofiarowania siebie z Chrystusem, aby przygotować się na śmierć jako własną Paschę. Komunia Święta stanowi zadatek życia wiecznego. Ostatnie pożegnanie, jakie wspólnota chrześcijańska składa swemu zmarłemu jest wyrazem wiary i nadziei na ponowne spotkanie się u Ojca [8]. Liturgia pogrzebowa to przede wszystkim wyraz troski o zbawienie duszy, gdzie każdy gest ma swoją symbolikę. Tuż przed zakończeniem pogrzebu po błogosławieństwie kapłan/pop, który przewodniczy

ceremonii pokrapia trumnę świeconą wodą, mówi: „Niech Bóg da Tobie pić ze źródła wody życia”. Końcowy etap jest charakterystyczny dla wszystkich wyznań chrześcijańskich, w którym kapłan/pop/pastor rzuca 3-krotnie na trumnę grudkę ziemi wymawiając słowa: „Prochem jesteś i w proch się obrócisz”. Następnie odbywa się złożenie ciała do grobu. Najbliższa rodzina i wierni powtarzają ten gest jako znak ostatniego pożegnania, w nadziei na wieczne zbawienie. Końcowym momentem jest złożenie kondolencji najbliższej rodzinie. Do zwyczajów pogrzebowych w dniu pogrzebu należy uczta pogrzebowa, pradawny obrzęd w czasie którego wspomina się zmarłego. Msze św. za zmarłych w Kościele katolickim odprawiane są także 7, 30, czy 40 dnia po śmierci, względnie co roku, w Kościele prawosławnym 9, 20, 40 dnia po śmierci. Zmarłych również pamięta się w święta liturgiczne: Wszystkich Świętych i wspomnienie Wiernych zmarłych. W Kościołach protestanckich rodzina pamięta o zmarłym szczególnie w dniu urodzin, rocznicy śmierci i podczas Bożego Narodzenia [10]. Żałoba to również swoisty wyraz pamięci po zmarłym, rozpoczyna się ona dla rodziny tuż po pogrzebie. Czas trwania jej jest różny i zależy od regionu i tradycji. Zwykle trwa 1 rok w przypadku najbliższych członków rodziny i 3 miesiące w pozostałych przypadkach. Żałoba po zmarłym przejawia się w różnego rodzaju modlitwach, noszeniu czarnych ubrań, czy dodatkowych oznak. Pamięć o zmarłym wyraża również światło lampki, znicza, będące symbolem światła jakie wniósł Jezus, przypominające światło wieczne.

W ujęciu chrześcijańskim związane z życiem doczesnym udręki, trudy są niewielkie, ulotne i kruche. 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 przyszłego wieku dla nas” (2Kor. 4,17–18). Moc zwycięstwa Chrystusa nad śmiercią i Jego zmartwychwstanie dają nadzieję eschatologiczną. Chrześcijanin, który umiera pojednany z Chrystusem, uczy tym samym odpowiedniej postawy wobec śmierci. Uczy 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.

Opieka pielęgniarska w chrześcijaństwie nad pacjentem umierającym

W chrześcijańskiej wizji człowiek jest „stworzony na obraz i podobieństwo Boże”, a jako istota duchowo-cieleśna jest w wymiarze duchowym nieśmiertelny. Stąd też życie ludzkie zasługuje na szczególnego rodzaju szacunek i „jest święte”. Powinno być chronione i wspomagane w każdym okresie rozwoju także w momencie śmierci. Tajemnice cierpienia choroby i śmierci w ujęciu chrześcijańskim rozjaśnia w pewnym stopniu Krzyż Chrystusa. Chrześcijanin, który wierzy że Zbawiciel przyjął i zniósł do końca bolesne cierpienie krzyża, łączy swoje cierpienia z Jezusem. Dlatego sama choroba, cierpienie, śmierć, czy wszelka udzie-

lana pomoc medyczna jest posługą leczenia i służbą życiu włączoną w Boży plan zbawienia. Moralność chrześcijańska wzywa do poszanowania zdrowia, nie czyni z niego wartości absolutnej, ale wierzący ma obowiązek o nie się rozsądnie troszczyć i dbać. Z tego nakazu wypływa konieczność stosowania się do zabiegów medycznych mających na celu przywrócenie, bądź wzmocnienie zdrowia, ale ostatecznie pacjent sam decyduje o swoim zdrowiu i wolę chorego należy w tej kwestii uszanować. Istnieje również prawo osoby, by była informowanie o stanie zdrowia. Jednakże perspektywa śmierci utrudnia i dramatyzuje przekazanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdomówności [15]. Opieka nad chorym w chrześcijaństwie wypływa z podstawowej zasady miłości bliźniego. Owa chrześcijańska zasada nakazuje pracownikom służby zdrowia zapewnienie wszystkim chorym jak najlepszej opieki. Służba zdrowia, w tym głównie lekarze i pielęgniarki, spostrzegani są jako „Dobry Samarytanin” z Ewangelicznej przypowieści zamieszczonej na kartach Pisma Świętego niosący z miłością ulgę potrzebującym. Lekarz ma za zadanie łagodzić w miarę możliwości cierpienie chorego, nie wolno mu nigdy nawet z motywu litości zmierzać wprost do spowodowania zgonu cierpiącego, jednakże dopuszczalne jest stosowanie narkotycznych środków bólowych by ulżyć w cierpieniu. Opieka paliatywna stanowi pierwszorzędną postać bezinteresownej miłości świadczonej umierającym, która łączy się z opieką kapłanów, opiekunów społecznych, wolontariuszy, członkami rodziny i przyjaciół. Otacza chorego bezpieczeństwem, zapewniając mu komfort i spokój w ostatniej fazie życia. Pozwala umierającemu zaakceptować śmierć i ją godnie przeżyć. Zabiegi lecznicze, w tym przypadku zabiegi paliatywne, polegające na pełnej miłości, obecności przy umierającym, zmniejszają ciężar cierpienia. Jest to obecność ściśle medyczno-sanitarna, która nie budząc u niego złudzeń, pozwala umierającemu czuć się jak każda osoba potrzebująca uwagi i troski. Ta troska pobudza ufność i nadzieje w chorym oraz pojednuje go ze śmiercią. Z punktu widzenia religii chrześcijańskiej pomagać osobie w umieraniu oznacza pomagać jej w przeżywaniu śmierci, jako ostatniego doświadczenia życia tak, by nie czuła się osamotniona. Gdy jest to możliwe i chory to akceptuje powinno mu się dać możliwość zakończenia swego życia w rodzinie z odpowiednią opieką medyczną [22].

Opieka zdrowotna w wielu miejscach na świecie, a szczególnie tam, gdzie rozwinęło się chrześcijaństwo była zinstytucjonalizowana. Przejawem tego są prowadzone przez kościoły chrześcijańskich liczne szpitale, kliniki, przychodnie, sanatoria, instytucje charytatywne: domy dziecka, starców, niepełnosprawnych, hospicja, w których kontynuuje się misję niesienia pomocy chorym. Opieka nad umierającym w chrześcijaństwie powinna uwzględniać odrębności wynikające z przynależności do określonego wyznania. Jest to ważne ze względu na sprawowane obrzędy i sakramenty udzielane ciężko chorym w obliczu śmierci. Kościół zachęca swoich wiernych do przygotowania się do śmierci, towarzyszy umierającym poprzez modlitwę, czyniąc posługę sakramentalną. Znamienne dla wyznawców niektórych Kościołów protestanckich, czy też w niektórych wspól-

notach Kościoła katolickiego są egzorcyzmy, modlitwy o uzdrowienie fizyczne i duchowe, uwolnienie z nałogów [1].

Zadanie pielęgniarki wynikające z opieki nad pacjentem

Tabela 5. Zadanie pielęgniarki w chrześcijaństwie w różnych wyznaniach

Rodzaj wyznania	Zadania pielęgniarki
Katolicyzm	<ul style="list-style-type: none"> • utrzymanie kontaktu z chorym i jego rodziną • wezwanie na życzenie szpitalnego kapelana • zapewnienie choremu warunków intymności, zwłaszcza w czasie gdy pragnie skorzystać z sakramentu pojednania i Eucharystii • przekazywanie informacji dotyczących stanu świadomości chorego i możliwości połykania w czasie odwiedzin kapłana • przygotowanie przegotowanej wody, by chory mógł otrzymać po przyjęciu Komunii św. • umożliwienie choremu usytuowania w jego otoczeniu symboli religijnych (krzyża, medalika, obrazka, zapalenie świecy gdy nie jest prowadzona tlenoterapia) • odmówienie krótkiej modlitwy po śmierci chorego • umożliwienie rodzinie po stwierdzeniu zgonu spokojnego pożegnania się ze zmarłym i poinformowanie że ciało pozostanie jeszcze przez dwie godziny na oddziale • poinformowanie rodziny o facie wykonania toalety pośmiertnej • okazanie ciała zmarłego pacjenta szacunku • wspieranie i pomoc rodzinie zmarłego w załatwieniu formalności związanych ze zgonem
Prawosławie	<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie wsparcia choremu umierającemu i jego rodzinie • uwzględnienie zwyczajów związanych z religią w opiece nad chorym umierającym • umożliwienie choremu kontaktu z duchownym w celu przystąpienia do sakramentów (namaszczenia chorych, spowiedzi, Komunii św.) • umożliwienie posiadania przy łóżku ikonki, krucyfiksu, wody święconej lub prosfory (chleba używanego w celach eucharystycznych) • uzyskanie wiedzy na temat upodobań i nakazów religijnych pacjenta, szczególnie jeśli jest to osoba duchowna • umożliwienie wykonania czynności pielęgniacyjnych siostronom lub braciom zakonnym wobec pacjenta wiodącego życie monastyczne • wspieranie pacjenta w czasie jego pobytu w szpitalu • zapewnienie choremu odpowiednich warunków do spotkania z duchownym • przeniesienie zmarłego do osobnej sali • wykonanie toalety pośmiertnej lub umożliwienie jej wykonania członkom rodziny • umożliwienie rodzinie przebywania przy zmarłym • zapewnienie rodzinie warunków do modlitwy • zapoznanie rodziny z zasadami obowiązującymi w szpitalu
Protestantyzm	<ul style="list-style-type: none"> • uzyskanie informacji na temat wyznania pacjenta • poznanie woli pacjenta co do kontaktów z duchownym, członkami rodziny lub współwyznawcami i umożliwienie kontaktu • umożliwienie pacjentowi skorzystania z sakramentów (chrzestu, Eucharystii)

Źródło: opracowano na podst. Baran-Osak B. M., Zalewska-Puchała I. E., Fąfara I. E.: *Pielęgniarstwo Transkulturowe* [1].

Podsumowanie

Założenia każdej religii, w tym również przedstawionych w niniejszej pracy są ideałami, do których dążą ich wyznawcy. W praktyce wymaga to wielkiego wysiłku samozaparcia, by je osiągnąć i nimi żyć. Jednocześnie cały ten wysiłek skoncentrowany jest na rzeczywistości transcendentnej człowieka, dążeniu w kierunku lepszego, harmonijnego życia, zmierzającego do jakiejś jedności z bogiem (Absolutem) poprzez śmierć. Jakkolwiek wszystkie religie odznaczają się pewnymi różnicami zarówno zewnętrznymi dotyczącymi kultu, jak i wewnętrznymi natury doktrynalnej, to istnieją w nich również istotne podobieństwa. Do takich właśnie wspólnych cech należy tajemnica śmierci i umierania, które jak wynikają z powyższej analizy, zajmują znaczące i zawsze zauważalne miejsce w tradycji największych religii współczesnego świata, jakimi są: hinduizm, buddyzm, islam, judaizm oraz chrześcijaństwo i, które to zostały scharakteryzowane w tej pracy.

Każdą z tych przedstawionych religii cechuje szacunek do śmierci i każda z nich niesie w sobie wartościowe elementy godnego jej przeżywania. Omówione rytuały i obrzędy żałobne, które w obecnym czasie niekiedy traktowane są jako niepotrzebna tradycja, odchodząca w zapomnienie pokazuje nam jednak, że dla procesu przewyciężenia bólu związanego ze stratą i żałobą są one niezwykle ważne. Pogrzeb, jego przygotowanie, ostatnie pożegnanie ze zmarłym, spotkanie rodziny i przyjaciół po pogrzebie, okres oficjalnej żałoby, pamięć i modlitwa wszystko to pomaga przeżyć te trudne, bolesne chwile, je zaakceptować i nauczyć się nowej sztuki życia po stracie ukochanej osoby.

W pracy scharakteryzowano również opiekę pielęgniarską wobec pacjentów umierających w różnych wyznaniach religijnych. Należy jednak podkreślić, że we wszystkich tych przypadkach do procesu umierania nie można podchodzić z czysto medycznego punktu widzenia. Śmierć jest momentem przejściowym, tajemnicą, ostatnią fazą życia, gdzie potrzebna jest dyskretna obecność człowieka bardziej niż wszelkie uporczywe działania. Znajomość różnych religii pozwala każdemu, a w szczególności pielęgniarkę, głębiej spojrzeć na osobę – pacjenta może prowadzić do podejmowania przez pielęgniarkę pewnych działań w religijnym wymiaru opieki. Religijność stanowi najgłębszą płaszczyznę duchowości człowieka, a zatem odniesienie się do religijności wpisuje się w całościowe spojrzenie na egzystencję pacjenta. To holistyczne ujmowanie pacjenta jest podstawą dobrej opieki. Należy zatem pogłębiać swoją wiedzę na temat różnych religii, nie tylko dla lepszego zrozumienia własnej tożsamości i poglądu religijnego, ale również ze względów zawodowych, by móc w pełni pomagać innym.

Kształtowanie interpersonalnych postaw własnego rozwoju oraz traktowanie wykonywanej pracy nie tylko w aspekcie prakseologicznej sprawności, ale także w aspekcie realizacji określonych wartości moralnych jest dla współczesnego pielęgniarstwa podstawowym wyzwaniem. „Pielęgniarka powinna bowiem być

tym, która musi dawać świadectwo pewnym wartościom i samemu zmierzać do dobra i prawdy, nie może być funkcjonariuszem lecz świadkiem i przykładem pewnych wartości” [38].

Piśmiennictwo

1. Baran-Osak B. M., Zalewska-Puchała I. E., Fąfara I. E.: *Pielęgniarstwo Transkulturowe*. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL. 2009. s. 18
2. Bellinger G. J.: *Leksykon religii świata*. Wyd. Powszechne. Warszawa. 1999. s. 380.
3. Braun S.: *Islam*. Verbinum. Wyd. Księży Werbistów. Warszawa. 2003. s. 26.
4. Chmielewski M., Jagiełka J.: *Leksykon duchowości katolickiej*. Wyd. „M”. Lublin – Kraków. 2002. s. 856–857.
5. Eliade M.: *Historia wierzeń i idei religijnych*. Tom I. Instytut Wydawniczy Pax. Warszawa. 1988. s. 20–40.
6. Glasenapp Von H.: *Religie niechrześcijańskie*. Instytut wydawniczy PAX. 1966. s. 171.
7. Gumułka W., Rewerski W.: *Encyklopedia zdrowia*. Tom II. Wyd. Naukowe PWN. SA. Warszawa. 2004. s. 1100.
8. *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Wyd. Pallotynum. Poznań. 1994. s. 628–629.
9. Keller J., Kotański W., Tyloch W., Kupis B.: *Zarys dziejów religii*. Wyd. Iskry. Warszawa. 1982. s. 14–17.
10. Kirste R., Schultz H., Tworuschka U.: *Święta Wielkich Religii*. Kalendarz międzyreligijny. Verbinum. Wyd. Księży Werbistów. Warszawa. 1998. s. 88–90.
11. Kotański W.: *Zarys dziejów religii. Buddyzm jako religia światowa*. Wyd. Iskry. Warszawa. 1982. s. 493
12. Kramer. K. P.: *Śmierć w różnych religiach świata*. Wyd. WAM. 2007. s. 7.
13. ks. Dynarski K. SAC, o. Jankowski A. OSB, ks. Stachowiak L. (ST): *Biblia Tysiąclecia. Księga Powtórzonego Prawa*. Wyd. Pallottinum. Poznań – Warszawa. Wydanie trzecie poprawione. 1980. s. 180.
14. Leon-Dufour Xavier., tłum. ks. Romaniuk K.: *Słownik Teologii Biblijnej. Dzieło zbiorowe*. Wyd. Pallotinum. Poznań – Warszawa. 1973. s. 948.
15. Olejnik S.: *Etyka lekarska*. Wyd. Unia Katowice. Wyd. II. 1995. s. 107.
16. Olszewski D.: *Szkice z dziejów kultury religijnej*. Wyd. Księgarnia św. Jacka. Katowice. 1986. s. 16.
17. Orońska A.: *Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata*. Artykuł. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. nr 3, 2. 2009. s. 84.
18. Oxford.: *Wielka Encyklopedia świata*. Tom II. Wydania przez Oxford Educational. Ltd. 2003. s. 227–228.
19. Oxford.: *Wielka Encyklopedia świata*. Wydania przez Oxford Educational. Ltd. Tom V. 2003. s. 231
20. Oxford.: *Wielka Encyklopedia świata*. Wydania przez Oxford Educational. Ltd. Tom VII. 2004. s. 80.
21. Oxford.: *Wielka Encyklopedia świata*. Tom XII. Wydana przez Oxford Educational. Ltd. 2005. s. 206.

22. Papieska rada DS. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.: *Karta pracowników służby zdrowia*. Watykan. 1995. s. 96–97.
23. Pawłowicz Z.: *Kościół i sekty w Polsce*. Wyd. Archidiecezji Gdańskiej. Gdańsk. 1996. s. 47–50.
24. Pearson L., Kastenbaun R.: *Śmierć i umieranie*. Postępowanie z człowiekiem umierającym. Śmierć psychologiczna. Wyd. PZWL. Warszawa. 1973. s. 2–18.
25. Sakowicz E.: *Religioznawstwo*. Wyd. Polihymnia. Lublin. 2009. s. 72.
26. Sakowicz E.: *Religie niechrześcijańskie w Polsce*. Wyd. Polihymnia. Lublin. 2009. s. 9–13.
27. Scarbel A.: *Islam*. Wyd. WAM. Kraków. 2004. s. 98.
28. Schweer T.: *Hinduizm*. Verbinum. Wyd. Księży Werbistów. Warszawa 2003. s. 80–84.
29. Sobór Watykański II.: *Konstytucje, Dekrety, Deklaracje*. Rok wydania 1968. s. 517.
30. Stern M.: *Co to jest judaizm*. Wyd. WAM. 2003. s. 159.
31. Ślusarska B., Zarzycka D., Zachradniczek K.: *Podstawy pielęgniarstwa. Wybrane teorie pielęgniarstwa*. Tom I. Wyd. Czelej. 2004. s. 120.
32. Tapka M., Rosiński F. M.: *Śmierć Pogrzeb i Życie Pozagrobowe w Religiach Bon*. Artykuł – *Pochówek ciała*. Quaestiones Selectae. Zeszyty naukowe. Rok VII. 10. 2000. s. 91–92.
33. Tyloch W.: *Judaizm*. Krajowa Agencja Wydawnicza. Warszawa. 1987. s. 11–14.
34. Unterman A.: *Żydzi wiara i życie*. Wyd. Łódzkie. Wydanie I. Łódź. 1989. s. 200.
35. Walkarski W.: *Brytannica*. Edycja Polska. Tom 42. Wydawnictwo Kurpisz. Poznań. 2004. s. 13.
36. Waldenfels H. *Religie odpowiedzi na pytanie o sens istnienia człowieka*. Verbinum. Wyd. Księży Werbistów. Warszawa. 1986. s. 11.
37. Waldenfels K.: *Leksykon religii*. Verbinum. Wyd. Księży Werbistów. Warszawa. 1997. s. 429.
38. Wrońska I.: *W poszukiwaniu wzorca osobowego kadry współczesnego pielęgniarstwa*. W: *Problemy Pielęgniarstwa*, Lublin 1997 s. 131.
39. Zdybicka Z. J.: *Religie i Religioznawstwo*. Redakcja Wyd. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Lublin. 1988. s. 290.
40. Zuberbier A.: *Słownik teologiczny*. Wyd. II rozszerzone. Księgarnia św. Jacka. Katowice. 1998. s. 566.
41. Zwoliński A.: *Na zachód od Gangesu*. Wyd. WAM. Kraków. 1998. s. 77.

Agnieszka Anna Mazur¹

Religie świata – śmierć i cierpienie w Islamie

Wprowadzenie

Islam spośród wszystkich religii najszybciej zdobywa nowych wiernych. Szacuje się, że jest ich więcej niż członków kościoła rzymskokatolickiego, dane te oficjalnie potwierdził Watykan w Roczniku Papieskim na 2008 rok.

Nauka, którą głosił Mahomet, zawarta jest w Koranie – świętej księdze islamu. Muzułmanie uważają Koran za opis objawienia przekazanego ludziom przez Allaha za pośrednictwem Mahometa. Koran składa się ze 114 sur, czyli rozdziałów, przy czym przyjmuje się, że 90 sur pochodzi z okresu mekańskiego, a 24 sury z medyńskiego. Kolejność sur nie została uporządkowana według jakiegoś kryterium tematycznego, ale według ich długości (od najdłuższej do najkrótszej, z wyjątkiem pierwszej) – czyli na ogół odwrotnie do kolejności ich powstawania. Na Koranie opiera się cała kultura i cywilizacja arabsko-muzułmańska. Jest on punktem wyjścia i wyznacznikiem m.in. kierunku rozwoju nauki i sztuki muzulmańskiej. Drugim, poza Koranem, głównym źródłem islamu jest sunna, czyli tradycja Proroka. Etymologicznie słowo sunna znaczy tyle, co „droga”, „reguła”, „sposób działania”, „sposób życia”. W islamie sunnickim muzulmanin ma pięć obowiązków, zwanych pięcioma filarami islamu (*Arkan ad-din*, *Arkan al-Islam*). Należą do nich: wyznanie wiary, modlitwa, jałmużna, post, pielgrzymka do Mekki. W znaczeniu religijnym sunna to wszystkie czyny i wypowiedzi Proroka. Sunna ma być niejako uzupełnieniem, to słowo objawione Boga, zawarte w Koranie. Zbieranie i zapisywanie owych tradycji nabrało szczególnego znaczenia zwłaszcza w okresie, gdy muzulmanie utworzyli już ogromne

¹ Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie (I stopnia – pielęgniarstwo), absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Warszawie (II stopnia – pielęgniarstwo), student Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (Podyplomowe Studium Prawa, Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia); pracownik w Mazurskiego Centrum Zdrowia Szpitala Powiatowego w Węgorzewie, stanowisko – młodszy asystent pielęgniarstwa ds. promocji zdrowia, pielęgniarka koordynująca

imperium i w związku z tym stanęli wobec problemów, na które w Koranie nie było odpowiedzi. Uznano wówczas, że również czyny Proroka, (który kierowany był przeciw przez Allaha) oraz jego wypowiedzi mogą stanowić źródło przepisów i wzorów postępowania dla całego świata muzułmańskiego. Z czasem zgromadzono ogromny materiał, znacznie przekraczający swoją objętością Koran, a opisujący wszystkie aspekty działalności Proroka. W VIII i IX w. większość tradycji była już zebrana i usystematyzowana².

I. Kanon religijny

Doktryna, kult i organizacja religijna stanowią zewnętrzną (obiektywną) stronę religii. Jednakże religia przejawia się zarazem w umyśle każdego wierzącego człowieka. Tę „wewnętrzną” subiektywną stronę religii nazywa się „wiarą”, „doświadczeniem religijnym” bądź – najczęściej – religijnością. Jest ona przedmiotem szczególnych zainteresowań psychologii i socjologii religii.

Wyróżnia się dwa podstawowe wymiary religijności: indywidualny i zbiorowy. W pierwszym przypadku chodzi o sposób, w jaki religia istnieje w psychice jednostki, w drugim zaś o funkcjonowanie religii w większych lub mniejszych społecznościach ludzkich. Z analizy związków zachodzących pomiędzy religią a religijnością spostrzec można, że ich treści nie zawsze pokrywają się ze sobą. Inaczej mówiąc, często występuje rozbieżność pomiędzy indywidualnym światopoglądem religijnym a oficjalną doktryną danej religii.

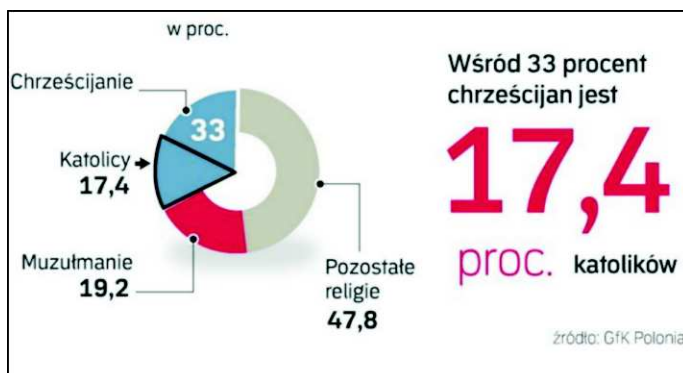
Religijności nie należy uważać za coś niezmiennego. Ma ona charakter dynamiczny: zmienia się pod wpływem warunków zewnętrznych – społecznych i wewnętrznych – psychicznych. Ponadto postawy religijne rozmaitych ludzi, jako zewnętrzny wyraz ich religijności, są mocno zróżnicowane, od postaw skrajnie fanatycznych po tolerancyjne, bądź też od bezrefleksyjnych po intelektualnie pogłębione³.

Islam jest jedną z głównych religii współczesnego świata, drugą na świecie pod względem liczebności po chrześcijaństwie. Sam termin „islam” oznacza „podporządkowanie się Bogu”, „poddanie się jego woli”. Wyznawcę tej religii nazywa się „muzułmaninem”. Islam obejmuje całość życia jednostkowego i społecznego swych wyznawców, stanowi bowiem jedność religii i państwa, prawa i ideologii. Jest to religia żywa, złożona, monoteistyczna i światowa (uniwersalistyczna)⁴.

² K. Banek, J. Drabina, H. Hoffmann: *Religie wschodu i zachodu*, „WSziP” Warszawa 1991.

³ K. Banek, J. Drabina, H. Hoffmann: *Religie wschodu i zachodu* Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1992.

⁴ K. Banek, J. Drabina, H. Hoffmann: *Religie wschodu i zachodu* Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1992.



Rycina 1. Procentowy stosunek liczby wyznawców islamu do wyznawców chrześcijaństwa

Islam najszybciej spośród wszystkich religii zdobywa nowych wiernych. 30 marca 2008 roku dziennik *Corriere della Sera*, powołując się na Rocznik Papieski (*Annuario Pontificio*) na 2008 rok podał informację, iż Watykan po raz pierwszy oficjalnie przyznał, że liczba wyznawców islamu przekroczyła liczbę członków Kościoła rzymskokatolickiego. Obecnie katolicy stanowią 17,4% ludności świata, a muzułmanie 19,2% – (ryc. 1)⁵. Za główną przyczynę tego zjawiska uważa się dynamiczny przyrost naturalny w krajach islamskich przy jednoczesnym spadku liczby urodzeń w krajach chrześcijańskich (wyjątkiem mogą być jedynie kraje Ameryki Łacińskiej).

Aby zostać muzułmaninem, czyli „poddanym Allahowi”, należy posiadać intencję oraz wypowiedzieć wyznanie wiary tzw. szahadę, która brzmi:

(Oświadczam, że) nie ma bóstwa prócz Boga (Allaha) i oświadczam, że Mahomet (Muhammad) jest wysłannikiem Boga.

Zasadniczo powinno się to odbyć w obecności świadków, ale istnieją też interpretacje, wg których ich obecność nie jest konieczna, gdyż świadkiem jest sam Allah.

II. Zwyczaje a medycyna

2.1. Obrzezanie

Obrzezanie jest jednym z najstarszych, znanych zabiegów medycznych w historii. Obrzezanie mężczyzn było szeroko praktykowane jako rytuał religijny od zamierzchłych czasów. Oprócz obrzędu religijnego u Żydów, obrzezanie jest także wykonywane u Muzułmanów, dla których oznacza oczyszczenie duchowe.

⁵ K. Zuchowicz, P. Kowalczyk: *Muzułmanie przed katolikami*. (w) Rzeczpospolita. 01-04-2008.

Na całym świecie jeden na sześciu mężczyzn jest obrzezany. Każdego roku ilość wykonywanych zabiegów wzrasta, co czyni obrzezanie najczęściej wykonywanym w medycynie zabiegiem.

Religioznawcy zgodni są, co do tego, że obrzezanie jest zalecaną sunną dla mężczyzn. Muhammad zalecił to także muzułmanom mówiąc: „Pięć rzeczy jest spośród *Fitry* (naturalny stan człowieka, w którym każdy się rodzi, oznacza także religię islamu):

- obrzezanie,
- usuwanie włosów łonowych,
- przycinanie wąsów,
- obcinanie paznokci
- usuwanie włosów spod pachy”⁶.

Wyznawcy muzułmanizmu twierdzą, że z hadisów (powieści przytaczające wypowiedź proroka Mahometa, jego czyn lub milczącą aprobatę) wynika, że obrzezanie jest sunną, którą należy praktykować. Towarzysze Proroka także się do tej sunny stosowali. Jedni bardzo tego przestrzegali, tak jak Ibn Abbas, który powiedział: „*Hadż* ani *Salat* nie jest przyjęta od człowieka, który nie jest obrzezany”, natomiast inni tak jak Al-Hasan byli bardziej łagodni. Al-Hasan powiedział, że: „Jeżeli człowiek przyjmuje islam nie jest konieczne, aby został obrzezany”⁷. Anioł Dżibril powiedział: „Obrzezanie jest nakazem Proroka. Jeżeli jednak istnieje obawa, że miałyby to zniechęcić dorosłego mężczyznę do przyjęcia islamu, można to odłożyć”⁸. Komitet Fatw w Arabii Saudyjskiej napisał również: „Jeżeli jednak istnieje obawa, że obrzezanie może być trudne lub mieć jakieś komplikacje dla dorosłego już mężczyzny, lub jeżeli miałyby zniechęcić go od przyjęcia islamu, nie ma potrzeby, aby był on obrzezany”⁹.

Co do tego, jakie korzyści ma obrzezanie, są one oczywiste. Jest łatwiej utrzymać czystość tego narządu oraz zapobiega to wielu chorobom zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, (których mężowie są obrzezani)¹⁰. Udowodnione jest również, że „Obrzezanie we wczesnym dzieciństwie niemal całkowicie zapobiega powstaniu raka prącia”¹¹.

Szacuje się, iż pierwszego obrzezania dokonano 15 tys. lat temu. Pierwsze obrazy dotyczące obrzezania pochodzą prawdopodobnie sprzed 4 tys. lat. Pomimo, iż jego korzenie są nieznane, pierwsze dowody wykonania tego zabiegu (a miało to miejsce w starożytnym Egipcie) datuje się na rok 2300 p.n.e. W okresie

⁶ Sahih al Bukhari, 7:779.

⁷ Fataawa al-Lajnah al-Daa'imah, 5/115.

⁸ Fataawa Muhimmah lil-Muslim al-Jadeed – str. 38.

⁹ Fataawa al-Lajnah al-Daa'imah, 5/115.

¹⁰ Dr. B. J. Morris. The Medical Benefits From Circumcision.

¹¹ W. S. Gomułka, W. Rewerski: *Encyklopedia Zdrowia*. Wydanie dziewiąte. PWN. Warszawa 2001.

podbicia Egiptu przez Rzymian (30 p.n.e.), praktyka ta miała rytualne podłoże i tylko obrzezani kapłani mogli przeprowadzać pewne obrzędy religijne.

W religii islamu w zależności od kraju i lokalnych tradycji chłopcy między piątym a czternastym rokiem życia poddawani są obrzezaniu tzw. *hitan*. W niektórych krajach muzułmańskich dokonuje się również obrzezania dziewcząt, czyli tzw. *hifad*. Muzułmanie kultywujący zwyczaj obrzezania, często go w różnoraki sposób, jest on jednakże bardzo ważnym momentem w życiu ich dziecka. Ojciec chłopca sadi tego dnia drzewko oliwne w ogrodzie, zaś chłopiec przez kilka dni odświętnie ubrany przechodzi się po okolicy, pozdrawia znajomych, którzy dają mu słodczyce i gratulują. Im rodzina jest zamożniejsza, tym cała uroczystość jest bardziej huczna, a spacerom chłopca towarzyszy większy hałas (Ryc. 2).



Rycina 2. Turecki chłopiec świętujący *hitan* (fot.: archiwum własne)

2.2. Infibulacja

„To okaleczenie, do którego muzułmanie przymuszają dziewczynki, aby ich pozbawić, gdy dorosną (albo nawet wcześniej, jeśli wychodzą za mąż w wieku dziewięciu lat) przyjemności ze stosunku seksualnego. To kobieca kastracja, którą muzułmanie praktykują w dwudziestu ośmiu krajach islamskich Afryki i z której powodu każdego roku dwa miliony nieszczęsnych istot (liczba podana przez

Światową Organizację Zdrowia) umiera na sepsę albo z upływu krwi”¹² opisuje Oriana Fallaci w swojej kontrowersyjnej książce „Siła rozumu”, rozprawiającej o świecie muzułmańskim. Zabieg ten, w medycynie znany jako *infibulacja*, ma udaremnić stosunek seksualny, polega najczęściej na zszyciu warg sromowych. Pozostaje tyle wolnej przestrzeni, że możliwy jest odpływ krwi miesiączkowej i moczu, lecz niemożliwe jest wprowadzenie członka do pochwy, a ma być niemożliwa także masturbacja. Zabieg ten bywa połączony z wycięciem łechtaczki¹³. W Europie ta praktyka jest zakazana przez Kodeks Karny, a w niektórych krajach, jak np. we Włoszech, Komisja Sprawiedliwości i Spraw Społecznych Parlamentu ogłosiła ustawę, która przewiduje kary od sześciu do dwunastu lat więzienia, dla tego, kto się jej dopuści. Bardziej jeszcze drastyczny zabieg chirurgiczny od przedstawionego wyżej to *klitoridektomia*. Zabieg ten polega na usunięciu łechtaczki, a w innym przypadku także warg sromowych i sromu – również należy do rozpowszechnionych zabiegów. Oblicza się, że obecnie np. w Afryce dotyczy to ponad 20 mln kobiet. Zabiegi takie są wykonywane np. w plemieniu Banda w Afryce Równikowej, w Sudanie (tu połączone z infibulacją), w plemionach Kamba, Kikuju, Nandi w Afryce Wschodniej, u 10-letnich dziewcząt w plemionach Liberii.

By uratować zwyczaj nie zaś odejść od niego muzułmański ginekolog (zabieg w ogromnej większości przypadków nieprofesjonalnie wykonuje matka dziewczynki) zaproponował kompromis, który polega na zastąpieniu przez „przekłucie szpilką” wycięcia łechtaczki i warg sromowych mniejszych, podobnie jak zszycie warg większych. Chodzi o zabieg, który wymaga jedynie chwilowej ranki – tłumaczył – o *softinbulację*, która pozwoli uratować rytuał – w ten sposób dziewczynka może natychmiast wrócić do domu i świętować rodzaj chrztu.

Przed prorokiem Mahometem kobiety w krajach arabskich nie miały żadnych praw, były własnością mężczyzn. Najlepszym tego przykładem był zwyczaj „wa’du”, zgodnie z którym ojciec po narodzinach córki mógł zakopać ją żywcem w ziemi. Panował patriariat totalny. Jednak wraz z Koranem przyszło nowe prawo, które zmierzało do emancypacji Muzułmanek. Emancypacji powolnej, trudnej, jednak zapisanej w prawie koranicznym. Koran nie nakazuje kategorycznie infibulacji, a wręcz wskazuje, aby kobieta jako pierwsza osiągnęła orgazm. Zwyczaj ten znajduje potwierdzenie w pismach koranicznych, słowach proroków i sędziów. Ibn Qudamah (rahimahullaah) powiedział:

Zalecane jest, aby mężczyzna pieścił kobietę przed stosunkiem, aby ją podniecić tak, aby miała ona tyle samo przyjemności ze stosunku jak on... A jeżeli osiągnie szczyt przed nią, niewskazane jest, aby zakończył stosunek zanim ona osiągnie szczyt..., gdyż może to jej szkodzić i uniemożliwić zaspokojenie jej pragnienia.

¹² Oriana Fallaci: *Siła rozumu* CYKLADY Nowy York 2004, s. 249.

¹³ Red. Irena Kamińska-Szmaj, autorzy: M. Jarosz i zespół ISBN 83-87977-08-X *Słownik Wyrządów Obcych* Europa 2001.

Kultywowanie tego makabrycznego zwyczaju świadczy jedynie o wielkim zaco-faniu osób praktykujących. Należy pamiętać, że kobieca kastracja nie jest wyma-gana przez Kran, a jedynie jest ważnym zaleceniem, o którym wspomina Sunna.

2.3. Samosąd

Prawo islamskie, zwane Szariat, oparte jest na Koranie, Sunnie i Hadisach. Poza nimi znaczenie mają też Idźma (wykładnia przyjęta przez społeczność mu-zułmańską) i Kijas (wnioskowanie analogiczne). Szariat rządzi (przynajmniej teo-retycznie) wszystkimi dziedzinami życia muzułmanów. Praktyczną wykładnią prawa zajmują się sędziowie – mufti. Oprócz powyższych do szariatu zaliczyć należy akady – prawo zwyczajowe, które sprawia, że szariat u różnych narodów jest nieco inny i tak na przykład w Afganistanie za cudzołóstwo karze się tylko kobietę, a u Arabów oboje cudzołożników. Islam nakazuje bezwzględne posłu-szeństwo prawowiernemu władcy muzułmańskiemu i udział w prowadzonych przez niego wojnach (kital)¹⁴. Należy pamiętać, że każda rozpatrywana sytu-acja musi ujmować w swojej ocenie również region zamieszkania i konkretne plemię muzułmanów, gdyż poszczególne zasady są mniej lub bardziej restryk-cyjnie egzekwowane w zależności od konkretnej grupy wyznawców. Są zasady, od których odstępuje część muzułmanów. Najpowszechniejszym jest konieczność noszenia burki przez muzułmanki. W Afganistanie obowiązek ten jest surowo respektowany zaś w Turcji dopuszcza się już bardziej „europejskie” stroje, za-mknięte jednak jeszcze w ramach określony wymagań. Wymagania, co do hi-dżabu tak dla kobiet, jak i mężczyzn są zatem interpretowane bardzo różnie w zależności od kultury (ryc. 3, 4, 5). Ta sama zależność odnosi się do wielu innych dziedzin życia, w tym również do samosądu.



Rycina 3. Tureckie młode muzułmanki (fot.: archiwum własne)

¹⁴ B. Bartoloni. Corriere della Sera, 30.03.2008.



Rycina 4. Kobieta w burce w księgarni (fot.: archiwum własne)



Rycina 5. Kobieta w pełnej burce lub tzw. burce afgańskiej (fot.: archiwum własne)

Najnowszą sprawą, odnoszącą się do prawa samosądu, która poruszyła opinię publiczną, są losy Aishy. Zdjęcie pozbawionej nosa i uszu 18-letniej Aishy (ryc. 6) trafiło na okładkę prestiżowego tygodnika „Time”.



Rycina 6. Okładka magazynu Time. 2010 r.

Wydarzenie miało miejsce w roku 2009, a Aisha przebywa obecnie w tajnym schronie dla kobiet w Kabulu. Dziewczyna została okrutnie oszpecona po tym, jak próbowała uciec od swojego męża, który od dłuższego czasu znęcał się nad nią. Talibski sędzia wymierzył karę, wyrok osobiście wykonał mąż Aishy. Szwagier Aishy przytrzymał ją w czasie, gdy ten wyciągnął nóż. Najpierw odciął jej uszy. Następnie nos. Ludzie, którzy popełniają te okropne zbrodnie, prawie nigdy nie są karani (...)"¹⁵. Kobiety w Afganistanie żyją w stanie ciągłego zagrożenia. Jeśli jako rodzic zdecydujesz, że pošlesz córkę do szkoły, musisz mieć świadomość, że ona może zostać porwana – powiedziała Zama Coursen-Neff z „Human Rights Watch”.

Jak mówi Zubair Khalil Khan (Stowarzyszenie Muzułmańskie Ahmadiyya w Polsce), pakistańczyk bywający w Afganistanie – wyrok nie ma nic wspólnego z prawem muzułmańskim. Zbrodni dokonali ludzie, którzy choć są muzułmanami, w pierwszej kolejności są też fundamentalistami. Po takich ludziach można

¹⁵ Źródło tvn24.pl.

się spodziewać wszystkiego, ale trzeba tu bardzo mocno zaznaczyć, że jest to ich własne prawo. Prawo okrucieństwa, barbarzyństwo, nie ma nic wspólnego z islamem.

Problem sytuacji kobiet w krajach muzułmańskich należy do najbardziej kontrowersyjnych. Koran nakazuje traktowanie kobiet z szacunkiem i stwierdza, że Allah traktuje je na równi z mężczyznami.

„Koran 3:195.

I wysłuchał ich Pan:

„Ja nie pozwolę zginąć żadnemu uczynkowi

tego spośród was, który czyni dobro,

czy będzie to mężczyzna, czy kobieta.

Jesteście zależni jedni od drugich.”

Krytykowane są jednak zawarte w Koranie wskazania o biciu kobiet w niektórych sytuacjach. Jednak jeden z tłumaczy Koranu – Abdullah Jusuf Ali – wykazuje, że te fragmenty Koranu nakazują tylko „lekkie bicie”. Użycie przez mężczyznę siły fizycznej jest dopuszczalne wobec małżonki tylko w wypadku, kiedy nie skorygowała ona swego niewłaściwego zachowania mimo reprimendy słownej. Prawo muzułmańskie – Szariat – w części interpretacji przewiduje karę śmierci (ukamienowanie, ścięcie mieczem, zrzucenie z wysokości, bądź powieszenie) w o wiele większym zakresie niż prawodawstwo krajów szeroko pojętej cywilizacji zachodniej. Grozi ona na przykład za przestępstwa takie, jak cudzołóstwo, bluźnierstwo czy też homoseksualizm.

Arabista – Bogusław R. Zagórski, dyrektor „Instytutu Ibn Halduna” w Warszawie uważa, że „fundamentaliści są coraz bardziej zasadniczy głównie z powodu obecności obcych wojsk w Afganistanie. Problem jest w niedorozwiniętych strukturach społecznych i w warunkach wojny, którą do Afganistanu wprowadziła Europa.

Przed historią Aishy, dużo wcześniej świat poznał oblicze innej Afganki, Sharbat Guli, które pojawiło się na okładce „National Geographic” (ryc. 7) w 1985 roku. Wtedy również wywołało to niemałe emocje, a nastoletnia wówczas dziewczyna z wielkimi zielonymi oczami stała się znana niemalże na całym świecie. Wówczas była to propaganda wojenna, teraz jest to najprawdopodobniej okrucieństwo samosądu.

Użycie słowa „najprawdopodobniej” było rozmyślne w celu sprowokowania dalszych dywagacji. Okazuje się, że stosowanych jest wiele manipulacji, aby do islamu zachęcić, aby Islam usprawiedliwić i aby pokazać, że to religia miłości a nie zbrodni, nierówności i cierpienia. Póki co, okrutna historia Aishy jawi się nam jako prawdziwa, za to znamy już dobrze szczegóły zwanej przez media „pielęgniarki Nayirah”. Piętnastoletnia Nayirah al-aba (Ryc. 8) w październiku 1990 r. zeznawała przed komisją Kongresu USA. Twierdziła, że pracowała w szpitalu w Kuwejcie jako wolontariuszka podczas, gdy Iraccy żołnierze zajęli ten kraj. Jej zeznania wstrząsnęły zachodnim światem. W bardzo emocjonującym wystą-



Rycina 7. Sharbat Gula – Afganka z plemienia pasztunów



Rycina 8. Nayirah Al.-Abah – zdjęcie z zeznania

pieniu zalana łzami wspominała, jak Iraccy żołnierze weszli do szpitala z bronią, wyjmowali noworodki z inkubatorów i pozwalali im umrzeć na podłodze.

Pojawił się jednak pewien problem. Nikt nie zwrócił uwagi, że słynna Nayirah al-abah mówi po angielsku perfekcyjnie i to w dodatku z amerykańskim akcentem. Okazało się bowiem, że dziewczyna rzeczywiście była na wakacjach w Kuwejcie, ale nigdy nie pracowała jako wolontariusz, a podczas swojej wizyty w szpitalu widziała tylko jeden inkubator i wcale nie było tam żołnierzy. Lekarz pracujący w tym czasie w szpitalu w Kuwejcie stwierdził, że jego placówka posiada 25 inkubatorów, ale wszystkie dzieci miały się dobrze i nikt nie wyrzucał ich na podłogę. Okazało się również, że piętnastoletnia Nayirah jest córką ambasadora Kuwejtu w USA, a cała historia miała być usprawiedliwieniem dla prowadzonej wojny. Niektórzy komentatorzy uważają, że typowe kłamstwa mają na celu usprawiedliwienie wojny w oczach opinii publicznej i są stosowane dość często. Za jedno z ostatnich takich kłamstw uważają okładkę magazynu Time przedstawiającą zdjęcie młodej dziewczyny Aishy oszpeconej przez Talibów, o której pisano już wcześniej w tej rozprawie.

Przedstawione sytuacje w znaczny sposób wpływają na spostrzeganie islamu poprzez wyznawców innych religii. Ich niezrozumienie, nietolerancja, brak zaufania, a nawet strach przed muzułmanizmem wywodzą się właśnie z szeregu takich spekulacji.

Jeśli jednak ktoś uważa, że historia Aishy to przypadek, to posłużę się jeszcze jednym przykładem okrucieństwa dotyczącym naszego rodaka. 28 września 2008 r. pakistańska policja poinformowała, że uzbrojeni napastnicy uprowadzili na północy Pakistanu polskiego inżyniera. Do porwania doszło w prowincji Atak, ok. 200 km na zachód od Islamabadu. Napastnicy zabili trzech jego pakistańskich towarzyszy: dwóch kierowców i ochroniarza bez żadnych powodów i uzasadnień tego czynu. Polak zajmował się w Pakistanie obsługą aparatury pomiarowej jednej z tamtejszych państwowych firm, poszukujących gazu ziemnego.

Islamiści zażądali w zamian za uwolnienie Polaka wypuszczenia talibów więzionych w pakistańskim Bajaurze, Swacie i Darra. Nasz rodak był przypadkową ofiarą całego wydarzenia. Nie pomogły apele naszego rodaka do rządu pakistańskiego, interwencje międzynarodowe ze strony Polski oraz próby negocjacji z porywaczami, ich okrucieństwo ujrzało światło dzienne i w konsekwencji Polak został brutalnie zamordowany, a cała egzekucja sfilmowana. Dowódca talibskiej grupy porywaczy poinformował, że Polakowi ścięto głowę. Szef rządu zapewniał, żeby tej tragedii zapobiec, wykorzystano „wszystkie możliwości polityczne, operacyjne i logistyczne”¹⁶. Jak zaznaczył, część przedsięwzięć, które podjął rząd, były i będą działaniami poufnymi.

¹⁶ INTERIA.PL/PAP.



Rycina 9. Porwany polski inżynier

Do polemiki o samosądzie należy dodać jeszcze wyjaśnienie odnośnie dżihadu. Interpretacja słowa *dżihad* w jakimkolwiek zbiorze przepisów Szariatu, jak podaje Szafi (twórca wiedzy o źródłach poznania prawa muzułmańskiego, VIII w.) *to wojna z niemuzułmanami, której celem jest wprowadzenie Islamu*. Równie łatwo można się dowiedzieć, jaka kara czeka apostatę. Wszystkie źródła Szariatu bez wyjątku jednomyślnie stwierdzają, że apostata ma trzy dni na wyrażenie skruchy, a jeśli tego nie zrobi, musi zostać natychmiast zabity. Prawa dotyczące apostazji to samo serce islamu, jedynej religii mordującej tych, którzy ją opuszczają. Dla pewności, że kara zostanie wymierzona niezależnie od rządu, prawo muzułmańskie powierza jej wyegzekwowanie społeczeństwu. Zgodnie z szariatem, muzułmanin, który zabije apostatę, nie podlega karze, niezależnie od okoliczności. Prawo muzułmańskie dopuszcza, a wręcz zaleca, samosądy wymierzone apostatom.

III. Śmierć w Islamie

3.1. Kara śmierci – apostata

Kara śmierci w tradycji Islamu może być orzeczona za poważne zbrodnie, jak zabójstwo, zdrada, itd., jak też za czyny mniej groźne dla społeczności, jak zdrada małżeńska (wg niektórych interpretacji Szariatu tylko jeśli było na to czterech świadków), homoseksualizm czy czary (kategoria ta często bywa stosowana do wszelkiej działalności sprzecznej z polityką władz, np. do działalności związkowej wśród zagranicznych pracowników zatrudnionych w Arabii Saudyjskiej). Kary te wywodzą się z tradycji i odwołują się do Hadisów (Np.: Sahih al-Bukhari numer hadisu 9:83:17, 4:52:260, 9:84:57, 9:84:58 and 9:89:271). Prawo muzułmańskie (Szariat) w części interpretacji przewiduje karę śmierci (ukamienowanie,

ścięcie mieczem, zrzucenie z wysokości, bądź powieszenie) w o wiele większym zakresie niż prawodawstwo krajów szeroko pojętej cywilizacji zachodniej. Grozi ona na przykład za przestępstwa takie, jak cudzołóstwo, bluźnierstwo czy też homoseksualizm. Karą śmierci grozi również apostazja (odejście od islamu lub przestępstwa przeciwko wierze).

*Zapłatą dla tych, którzy zwalczają Boga i Jego Posłańca, i starają się szerzyć zepsucie na ziemi, będzie tylko to, iż będą oni zabici lub ukrzyżowani albo też obetnie im się rękę i nogę naprzemianległe, albo też zostaną wypędzeni z kraju*¹⁷ (Koran, sura 5, wers 33).

Zasadniczo należy odróżnić dwie kategorie pojęciowe: kara śmierci w islamie i kara śmierci w krajach islamskich, które pod wpływem wzorców zachodnich orzekają i wykonują takie wyroki znacznie rzadziej niż nakazuje Koran.

Śmiercią, wg najważniejszych szkół koranicznych (obejmujących ok. 98% muzułmanów), karane jest też odstępstwo od wiary – *ridda*, obejmujące zarówno zmianę wyznania, jak też poważne błędy doktrynalne w wyznawanym islamie (np. kwestionowanie prawdziwości Koranu). Niegdyś niemal wszystkie kraje islamskie stosowały się do tej zasady. Obecnie wyroki śmierci za apostazję wydawane są przez państwowe sądy w ośmiu krajach islamskich: Arabii Saudyjskiej, Jemenie, Afganistanie, Komorach, Iranie, Mauretanii, Pakistanie i Sudanie.

Koran nie zawiera ani jednego fragmentu jednoznacznie nakazującego karę śmierci lub dożywotniego więzienia dla apostatów, jednak sugeruje surowe kary, nie jest wyjaśnione, czy są to kary doczesne, za wyjątkiem jednego fragmentu (9:74), jednak nie określono tutaj, jakie kary powinny być stosowane za to przewinienie docześnie. O apostatach wspominają następujące fragmenty: 16:106, 3:90–91, 5:54, 3:72 i 4:137. Wszystkie one należą do „okresu medyńskiego” – wyjątkiem jest tu „mekkańskie” 16:106–109. Oznacza to (skrótowo mówiąc), że powstały one w tzw. prawnym, a nie teologicznym okresie powstawania islamu. Wiele hadisów, w tym kilka silnych, zaleca karę śmierci dla odstępców.

W Koranie wymienione są okoliczności, gdy zabójstwo jest surowo piętnowane:

*Ten, kto zabił człowieka, który nie popełnił zabójstwa i nie szerzył zgorzienia na ziemi Boga i Jego Posłańca, czyni tak, jakby zabił wszystkich ludzi.*¹⁸ (Koran 5:32)

Islam nie usprawiedliwia w żaden sposób samobójców. Samobójstwo jest surowo zabronione. Osoba, która zabija ludzi niewinnych, czy wysadza się w powietrze, nie jest męczennikiem lecz grzesznikiem.

¹⁷ Koran, sura 5, wers 33.

¹⁸ Koran 5:32.

IV. Śmierć, pogrzeb i zmartwychwstanie w Islamie

Śmierć w islamie nie stanowi punktu końcowego, lecz jest „punktem wyjściowym i wstępem do następnego, właściwego punktu końcowego, drugiego życia, odnowienia wszystkich rzeczy u kresu czasów, do nowego stworzenia wszechświata”. Śmierć ujmuje się jako „przejście pod opiekę Boga”. Według Al-Ghazalego (1058–1111), śmierć przerywa łączność między duchem a ciałem, ale ostatecznie jest przejściem z „domu przemijania” do „domu trwania”. Sądem Ostatecznym nastanie u kresu czasów nagle i będą towarzyszyły mu straszne kosmiczne katastrofy. Każdy człowiek stanie wtedy sam – bez zastępstwa – przed swym Stwórcą. Największym grzechem byłoby dla człowieka zwątpienie w miłosierdzie Boże. Równałoby się to ostatecznie zwątpieniu w samego Boga. Grzeszny człowiek nie powinien nigdy tracić nadziei: „A kto wątpi w miłosierdzie swego Pana oprócz tych, którzy zbłądzili?” (15,56). Ten, kto ostoi się na sądzie, dostanie się do raju. Niektórzy teologowie muzułmańscy uważają, że piekło nie będzie czymś ostatecznym. „Litościwy i miłosierny Bóg” zbierze kiedyś wokół siebie całe swoje stworzenie.

Śmierć nie jest w islamie niczym negatywnym, złym. Podobnie jak życie, tak też i śmierć została, w opinii islamu, „stworzona” przez Boga dla „wypробowania” ludzi. Jest traktowana jako przejście do drugiego życia pod bezpośrednią opiekę Boga. Nie jest też następstwem grzechu ani karą dla człowieka. Zmarłego obmywa się, recytując przy tym 36. surę Koranu. Następnie ciało owija się w biały całun i przenosi do meczetu lub na cmentarz, a pogrzeb zazwyczaj odbywa się w ciągu 24 godzin od śmierci. Ciało niosą zmieniający się żałobnicy. Zmarłego chowa się tak, by leżał na prawym boku, a twarz miał zwróconą w kierunku Mekki. Jednak w wielu krajach, zwłaszcza europejskich, muzułmanie chowają swoich zmarłych także w trumnach. Muzułmańskie groby mają prostą formę; powinny też być zorientowane na Mekkę. Nie ma zwyczaju zdobienia grobu kwiatami ani zapalania na nim lampek. Przez czterdzieści dni rodzina zmarłego recytuje w meczecie Koran, a także rozdaje pokarm biednym i potrzebującym.

Zmartwychwstanie jest jedną z trzech podstaw islamu i zalicza się do dogmatów tej religii. Każdy człowiek dzięki danej mu przez Boga naturze, rozumie różnice między dobrym a złym czynem. Dobry uczynek uznaje za pożądaną, choćby sam źle robił. Natomiast zły czyn uznaje za niewłaściwy, choćby sam aktualnie tak postępował. Nie ma wątpliwości, że czynienie dobra i zła powoduje skutki mające te dwie cechy. Nie ma też wątpliwości, że przyjdzie na tym świecie dzień, w którym dobrzy i źli otrzymują właściwą sobie nagrodę. Widzimy przecież, że wielu dobrych i zacnych ludzi cierpi z powodu nędzy i gorzkiego losu, podczas gdy wielu grzeszników mimo swej podłości i nieczystości żyje w dobrobycie. Jeżeli człowiek nie będzie miał nadziei, że w przyszłości otrzyma należną nagrodę, wedle rachunku dobrych i złych czynów, to natura jego nie

będzie miała celu, by czynić dobro, a unikać zła. Nie należy wyobrażać sobie, że nagrodą za cnotę jest to, że w społeczeństwie zapanuje porządek, a ludzie osiągną szczęście. Wówczas korzyść odniesie ten, który postępował uczciwie, zapłatą zaś dla złego będą rezultaty jego podłych czynów, które zaszkodzą dla odmiany jemu samemu.

Takie rozumowanie może odnosić się co najwyżej do najbiedniejszych, pokrzywdzonych, kalekich. Dla ludzi, którzy osiągnęli pełnię władzy, porządek lub jego brak w społeczeństwie nie ma znaczenia, zupełnie nie wpływa na ich powodzenie. Można nawet powiedzieć, że im więcej zepsucia i niepokoju, im żywot prostych ludzi cięższy, tym bardziej sprzyja to wpływom. Nie ma podstaw, by uważać, że nie wiedzą, co czynią. Nie należy też sądzić, że pamięć cieszących się sukcesami wielkich oraz złych ludzi, będzie w przyszłości otoczona hańbą i nienawiścią; że będzie to forma kary. Hańba i nienawiść przyszłych pokoleń nie może już zmienić ich życia pełnego radości i rozkoszy, a także sukcesów. W takim wypadku brak jest motywacji do cnotliwego postępowania i unikania występków. Dlatego też przekonanie o karze i nagrodzie nie miałoby sensu, gdyby nie zmartwychwstanie. To przekonanie Bóg uczynił częścią danej nam przez siebie natury. Dlatego rozumiemy, że On ożywi nas wszystkich raz jeszcze i stosownie do rachunku własnych czynów obdarzy człowieka nagrodą lub ześle nań karę. Czas, w którym się to odbędzie nosi nazwę Dnia Sądu. Wszystkie religie i wyznania, nawołujące do oddawania czci Bogu Najwyższemu oraz nakazujące czynienie dobra, zabraniające zaś zła, uznają zmartwychwstanie. Nie wątpią przecież, że czynienie dobra musi spotkać się z nagrodą, by stanowiło jakąś wartość. Tej nagrody nie widać na Ziemi, dlatego musi istnieć ona na innym świecie i w innym wymiarze. Setki Koranicznych wersetów przypominają człowiekowi o zmartwychwstaniu i rugują wszelkie wątpliwości co do tego faktu. Wiele razy przypomina Koran o absolutnej potędze Najwyższego, by zwiększyć przezorność ludzi i likwidować despotyzm i tyranie. Weźmy choćby ten oto fragment:

*Czyż nie widział człowiek,
jak stworzyliśmy go z kropli nasienia?
I oto on jest jawnym przeciwnikiem!
I przytacza Nam przykład,
a zapomniał o swoim stworzeniu.*

Mówi on:

„Kto ożywi kości, kiedy one są zetłate?”

Powiedz:

„Ożywi je Ten, kto stworzył je po raz pierwszy.

On o wszelkim stworzeniu jest wszechwiedzący”¹⁹. (Sura Ja Sin, aja 77, 78, 79)

¹⁹ Sura Ja Sin, aja 77, 78, 79.

Czasami, wspominając potęgę Boga, posługuje się Koran przykładem zmiany pór roku: zimy, w czasie której wszystko zamiera i wiosny, kiedy wszystko wraca do życia:

*Czyż oni nie widzieli,
że My pędzimy wodę ku wyschniętej ziemi
i sprawiamy, iż wyrastają dzięki niej zasiewy,
z których jedzą ich trzody i oni sami?
Czyż oni nie widzą jasno?*²⁰ (Sura Pokłon, aja 27)

Bóg, który ożywia wyschniętą ziemię, ożywi również zmarłych, jest przecież Wszzechmogący. Innym razem posługuje się logiczną argumentacją, pobudza daną człowiekowi naturę do zaakceptowania tego faktu:

*My nie stworzyliśmy nieba i ziemi,
i tego, co jest między nimi
nadaremnie.
Takie jest mniemanie tych,
którzy nie wierzą,
w obliczu ognia!
Czy my będziemy traktować tych, którzy wierzą i czynią dobre dzieła
tak jak tych, którzy szerzą zgorzenie
na ziemi?
Czyż będziemy traktować bogobojnych
tak jak rozpustników?*²¹ (Sura Sad, aja 27, 28)

Jeśli ludzie cnotliwi i złoczyńcy nie zostaną osądzeni wedle swego postępowania, a po śmierci nie będzie rozróżnienia między złym a dobrym, to oznaczałoby to negację Boskiej sprawiedliwości.

Z punktu widzenia islamu człowiek jest stworzeniem składającym się z ciała i duszy. Ciało ludzkie zbudowane jest ze składników materialnych, posiada masę i objętość, żyje w określonym czasie i miejscu, odczuwa ciepło i zimno oraz podlega prawom starzenia się, niszczeje i ulega rozkładowi. Dusza człowieka zaś jest niematerialna i nie podlega działaniu wymienionych czynników. Przynależne jej właściwości to: wiedza, uczucia, zdolność myślenia. Jeśli chodzi o uczucie, to możemy wśród nich wyróżnić: miłość, nienawiść, radość, smutek, strach, nadzieję itp. Dusza nie posiada tych specyficznych właściwości, co ciało, a cechy duszy dalekie są od materialności ciała. Pomimo tego serce, mózg i inne narządy w swym działaniu podlegają duszy i jej właściwościom. Żadnego z organów ciała nie można nazwać centralnym organem zarządzającym. Allah powiada:

²⁰ Sura Pokłon, aja 27.

²¹ Sura Sad, aja 27, 28.

Stworzyliśmy człowieka z ekstraktu gliny.
 Następnie umieściliśmy go
 – jako kroplę nasienia – w naczyniu solidnym.
 Następnie stworzyliśmy z kropli nasienia
 grudkę krwi zakrzepłej;
 potem stworzyliśmy z tej grudki krwi zakrzepłej
 zalążek ciała;
 a z tego zalążka stworzyliśmy kości;
 wtedy oblekaliśmy te kości ciałem;
 następnie uczyniliśmy go innym stworzeniem.
 Niech będzie błogosławiony Bóg,
 najlepszy ze stwórców.²² (Sura Wierni, aja 12, 13, 14)

Znaczenie śmierci w islamie jest bardzo ważne. Problem śmierci w islamie nie polega na unicestwieniu człowieka, jest to zerwanie więzów łączących nieśmiertelną duszę z ciałem. Ciało wtedy niszczeje, dusza natomiast żyje nadal. Najwyższy tak oto rzecze:

Powiedzieli:

„Czy kiedy zbłądzimy na ziemi,
 to czy z pewnością pojawimy się w nowym stworzeniu?”
 Ależ nie! Oni nie wierzą w spotkanie
 ze swoim Panem.

Powiedz:

„Zabierze Was anioł śmierci,
 który miał pieczęć nad wami;
 potem do waszego Pana zostaniecie sprowadzeni!”²³ (Sura Pokłon, aja 10, 11)

Prorok powiadał często, że człowiek nie przestaje istnieć, lecz przenosi się tylko z jednego domu do drugiego. Islam uczy, że człowiek po śmierci żyje w specyficzny sposób. Człowiek cnotliwy cieszyć się będzie szczęściem i łaską; złoczyńca narażony będzie na męki. W Dniu Sądu wstaną wszyscy, by zdać rachunek. Świat, w którym człowiek przebywa między śmiercią a zmartwychwstaniem nazywa się *Barzach*²⁴. W Koranie Bóg mówi:

...a za nim jest przegroda
 aż do Dnia, w którym oni zostaną wskrzeszeni²⁵ (Sura Wierni, aja 100)

²² Sura Wierni, aja 12, 13, 14.

²³ Sura Pokłon, aja 10, 11.

²⁴ Za M. i U. Tworuschka, Islam. Mały słownik oraz prof. Seyyed Muhammad Husayn Tabatabai, Zarys nauk islamu.

²⁵ Sura Wierni, aja 100.

W innym miejscu czytamy:

*I nie uważaj tych, którzy postali zabici
na drodze Boga, za umarłych.*

Przeciwnie, oni są żyjący!

Oni u swego Pana otrzymują zaopatrzenie²⁶ (Sura Rodzina Imrana, aja 169)

Podsumowanie

Większość muzułmanów mówi, że islam jest mylnie interpretowany lub niezrozumiany, w szczególności przez tych, którzy żywią nienawiść do muzułmanów. Muzułmanie, nieraz w dobrej wierze, powtarzają, że to nie islam jest odpowiedzialny za pełen przemocy dżihad, reżim totalitarny, morderstwa dla honoru, zabijanie apostatów, ucisk kobiet, niewolnictwo itd. W takich sytuacjach zastanawia to, czy ci muzułmanie znają Szariat, Koran, hadisy lub biografię Mahometa, czy może po prostu wyrażają pobożne życzenia ludzi od urodzenia wychowanych w wierze zabraniającej krytyki pod karą śmierci? Muzułmanie stoją dzisiaj w obliczu ogólnościwiatowego sprzeciwu wobec dżihadu, wobec zbrodni popełnianych na apostatach i w „imię honoru”. Czują, że trzeba coś z tym zrobić, jednak nie chcą tknąć Szariatu. Kiedy rozmawiają z Zachodem wielu twierdzi, że w islamie nie ma niczego takiego, jak zabijanie apostatów i że to nieporozumienie. Mówią Zachodowi, że musi się trochę uwrażliwić, by lepiej zrozumieć islam. Żaden muzułmanin nie ma prawa ośmielić się zmienić samego szariatu. Zamiast więc zajmować się realnymi problemami, wielu próbuje ocalić twarz twierdząc, że Szariat i islam są po prostu błędnie interpretowane. Nie rozwiązuje to problemów ofiar Szariatu i terroryzmu. Jest to raczej oszustwo, które powiększa problem, szczególnie na politycznie poprawnym Zachodzie.

Obecnie Turcja jako jedyna przekształciła się w świecką republikę, oddzieliła religię od państwa i przejęła kodeksy prawne z Europy. Natomiast w innych państwach – tj. np.: Egipt, Syria, Irak, Algieria, Sudan, Libia i Iran... – islam pozostał nadal religią państwową. Doktryna religijna sekt Ismailickich (odłam z Szyizmu), jest pilnie strzeżona przez wyznawców. Jest na ogół mało studiowana i znana. Stanowi trudny do rozwikłania splot pojęć neoplatońskich, gnostycyzmu i islamu²⁷.

Islam jest religią bardzo radykalną, bezwzględną, ale i w dużej mierze jeszcze tajemniczą. Aby lepiej poznać tę ogromną muzułmańską część społeczności świata, a zarazem lepiej z nimi koegzystować, należy poznać religię, której podporządkowuje się ich całe codzienne życie.

²⁶ Sura Rodzina Imrana, aja 169.

²⁷ F. Machalski: *Religie Iranu w Religie bliskiego wschodu i dawnej europy. Zarys dziejów*. ISKY. Warszawa 1981.

Piśmiennictwo

1. Ali al-Tantawi: *Ogólny zarys Religii Islamu*.
2. Banek K., Drabina J., Hoffmann H.: *Religie wschodu i zachodu*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1992.
3. Bartoloni B.: *Corriere della Sera*. 30.03.2008 r.
4. Fallaci O.: *Sila rozumu* CYKLADY Nowy York 2004, s. 249.
5. Fataawa al-Lajnah al-Daa'imah, 5/115.
6. Fataawa Muhimmah lil-Muslim al-Jadeed – str. 38.
7. Gomułka W. S., Rewerski W.: *Encyklopedia Zdrowia*. Wydanie dziewiąte. PWN. Warszawa 2001.
8. <http://sites.google.com/site/bankfatw/Home/dzihad-i-wojna/samobojcze-ataki>.
9. INTERIA.PL/PAP.
10. Koran 5:32.
11. Kulkowski C.: *Muzułmanin to nie terrorysta*, w: „Polska Zbrojna” Nr 39 (713) 26 września 2010 r.
12. Machalski F.: *Religie Iranu w: Religie bliskiego wschodu i dawnej europy. Zarys dziejów*, ISKY. Warszawa 1981.
13. Morris B. J.: *The Medical Benefits From Circumcision*.
14. Red. Kamińska I. – Szmaaj, autorzy: M. Jarosz i zespół ISBN 83-87977-08-X *Słownik Wyrazów Obcych* Europa 2001.
15. Sadowski R.: *Od Mojżesza do Mahometa*. Iskry. Warszawa 1987.
16. Sahih al Bukhari, 7:779.
17. Sura Ja Sin, aja 77, 78, 79.
18. Sura Pokłon, aja 10, 11.
19. Sura Pokłon, aja 27.
20. Sura Rodzina Imrana, aja 169.
21. Sura Sad, aja 27, 28.
22. Sura Wierni, aja 100.
23. Sura Wierni, aja 12, 13, 14.
24. Za Tworuschka M. i U., Islam. *Mały słownik* oraz prof. Seyyed Muhammad Husayn Tabatabai, *Zarys nauk islamu*.
25. Zuchowicz K., Kowalczyk P.: *Muzułmanie przed katolikami*. (w) „Rzeczpospolita”. 01-04-2008.
26. Źródło tvn24.pl.

Marta Paniczko¹, Ewelina Pietrasiuk¹, Agata Kulikowska²,
Iwona Jarocka², Sławomir Lech Czaban^{2,3}

Religia jako czynnik kształtujący poglądy mieszkańców województwa podlaskiego wobec śmierci i umierania – doniesienie wstępne

Wstęp

W świecie, w którym ostateczną troską człowieka przestaje być wiara, a stają się nią dobrobyt i zdrowie fizyczne, śmierć jawi się jako najwyższe zło, które zagraża wspomnianym wartościom, odbiera bowiem znaczenie różnym „bóstwom” człowieka: dobrom materialnym, relacjom międzyludzkim, sławie czy osiągnięciom naukowym [1].

Jeśli postawę wobec śmierci i umierania rozumie się jako poznawcze, emocjonalne i motywacyjno-dążeniowe ustosunkowanie się człowieka do śmierci, to trzeba wziąć pod uwagę fakt, że szczególny jej charakter jest związany przede wszystkim z jej specyficznym przedmiotem. Nie wynika to jednak wyłącznie ze złożoności i odmienności omawianego fenomenu, trudności wiążą się przede wszystkim z określeniem, czym właściwie jest śmierć [1].

Śmierć jest dla człowieka zjawiskiem nieuniknionym i jednocześnie stanowiącym wielką niewiadomą. Może ona być przejściem do „innego świata” – dla jednej osoby, zaś dla innej – unicestwieniem, czy końcem wszystkiego. Istnieje wiele definicji śmierci, jednak ostatecznie pojęcie to jest nie do zdefiniowania, gdyż nikt z żyjących nie zgłębi tego zjawiska. Powyższy fakt jest również czynnikiem wywołującym strach przed umieraniem i śmiercią. Lęk „śmiertelny” od zawsze towarzyszy człowiekowi, podobnie jak sama śmierć. Dawne kultury wykazywały większą odporność na umieranie. Funkcjonował model śmierci oswojonej – ludzie umierali w domach, w otoczeniu najbliższych, pogodzeni z tym faktem. W kulturze tradycyjnej śmierć odbierana była jako naturalne przejście do stwórcy. Współczesny model niesie ze sobą niepokój, lęk, strach i wypiera świadomość śmierci. Brak pozytywnego modelu śmierci powoduje, że w świadomości człowieka wytwarzają się wzorce negatywne [1, 2].

¹ Studentka II Roku Pielęgniarstwa Studia II stopnia UMB

² Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii WNoZ UMB

³ Szpitalny Oddział Ratunkowy USK w Białymstoku

Podjęcie do perspektywy śmierci własnej oraz śmierci tych, których kochamy, pozostaje najważniejszą i najtrudniejszą kwestią, z którą każda generacja musi zmagać się od nowa. Różne społeczeństwa znajdują swoje własne rozwiązania problemu śmierci i umierania, podbudowując je wierzeniami oraz obyczajami. Początkowo wydają się one krańcowo różne tak, że właściwie nie da się ich porównywać. Jednak wnikliwa analiza ukazuje obecność tych samych lub podobnych rozwiązań w różnych kulturach [2, 3].

Chrześcijanie uważają, że śmierć jest stanem nienaturalnym, z uwagi na rozdzielenie duszy i ciała. Przywrócenie naturalnego stanu jest możliwe dzięki zmartwychwstaniu, w wyniku którego dusza na nowo organizuje substancję człowieka posiadającego ciało i duszę. W teologii chrześcijańskiej śmierć jest końcem etapu, jakim jest życie na ziemi oraz początkiem etapu, którym jest życie wieczne, po spotkaniu z Bogiem podczas Sądu Ostatecznego. Bóg podczas Sądu Ostatecznego umożliwi człowiekowi wejście do nieba, oczyszczenie w czyścicu, bądź skaze go na wieczne potępienie [4, 5, 6, 7].

Koran życie i śmierć przedstawia jako sprawy Boga, gdzie życie zasługuje na najwyższy szacunek, a śmierć jest jedynie przejściem do wieczności. Według Koranu życie jest przygotowaniem człowieka do życia wiecznego w raju. Muzułmański raj jest opisywany jako ogród pod opieką anioła Ridwana. Jest miejscem, gdzie wszyscy są szczęśliwi, doznają samych przyjemności, nikt nie cierpi i nie odczuwa lęku. W islamie osoba umierająca nigdy nie pozostaje sama, towarzyszy jej rodzina [4, 5, 7, 8].

Wyróżnikiem województwa podlaskiego jest wielokulturowość i wielowyznaniowość. Od stuleci sąsiadują tu różne narodowości oraz wyznania. Według książki E. Krajewskiej-Kułał, I. Wrońskiej i K. Kędziory-Kornatowskiej, „Problemy wielokulturowości w medycynie” mieszkańcami Podlasia poza ludnością polską są:

- **Białorusini** – ok. 46 tys. – spośród których zdecydowana większość należy do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego
- **Litwini** – ok. 5 tysięcy – większość przedstawicieli tej mniejszości to wierni Kościoła rzymskokatolickiego
- **Rosjanie** – ok. 511 obywateli – większość z nich należy do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego
- **Ukraińcy** – ok. 1422 obywateli – ok. 70% członków tej mniejszości stanowią wyznawcy Kościoła greckokatolickiego, 30% – prawosławia
- **Romowie** – 426 obywateli – w większości członkowie Kościoła Rzymskokatolickiego, wyróżnia się także wyznawców prawosławia, członków Kościoła Zielonoświątkowców i Związku Świadców Jehowy
- **Tatarzy** – 319 obywateli – wyznawcy religii muzułmańskiej [4].

Wierzenia od najdawniejszych czasów wpływały na postrzeganie życia i śmierci. Interesujące jest zatem poznanie wpływu religii na współczesne poglądy wobec zjawiska śmierci i umierania, w wielokulturowej populacji mieszkańców Podlasia.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena poglądów dotyczących śmierci i umierania w populacji mieszkańców Podlasia w zależności od wyznawanej religii.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 119 osób – 25 (21%) Katolików, 25 (21%) Prawosławnych, 25 (21%) Świadków Jehowy, 25 wyznawców Islamu (21%) oraz 11 (9,2%) Protestantów i 8 ateistów (6,7%). W grupie respondentów kobiety stanowiły 63%, mężczyźni 37%. Zdecydowaną większość – 63,9%, stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim. Wiek w grupie badanej wahał się od 15 lat do 74. roku życia. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 35–44 lata (27,7%), w dalszej kolejności osoby w wieku 25–34 lat (21,8%) i osoby w wieku 15–24 lata (20,2%). Wśród ankietowanych 42%, to osoby z wykształceniem średnim, 39,5% z wykształceniem wyższym, najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym – 5,9%. Osoby mieszkające w mieście stanowiły 90,7%.

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano kwestionariusz ankiety, opracowany samodzielnie dla celów badania.

Wyniki

Analizie poddano wypowiedzi respondentów dotyczące uczuć, jakie wywołuje w nich śmierć. Badani najczęściej określali, że śmierć powoduje uczucie smutku: Świadkowie Jehowy – 100%, Protestanci – 73%, Muzułmanie – 68%, Prawosławni – 64%, Katolicy – 64%. Jediną grupą, w której najczęstszym uczuciem jest bezsilność są ateści – 75% (tab. 1).

Tabela 1. Jakie uczucia wywołuje w Panu(i) śmierć?

Odpowiedzi	Katolicyzm		Prawosławie		Świadkowie Jehowy		Islam		Protestanci		Ateści	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Smutek	16	64	16	64	25	100	17	68	8	73	4	50
Lęk	9	36	9	36	2	8	14	56	1	9	1	12,5
Bezsilność	10	40	12	48	13	52	13	52	6	55	6	75
Rozpacz	4	16	3	12	3	12	6	24	4	36	0	0
Poczucie krzywdy	1	4	1	4	1	4	3	12	0	0	0	0
Osamotnienie	5	20	6	24	8	32	4	16	3	27	0	0
Strach przed przyszłością	4	16	4	16	0	0	3	12	1	9	1	12,5
Ogółem*	49	196	51	204	52	208	60	240	23	209	12	150

* pytanie z możliwością wielokrotnego wyboru odpowiedzi

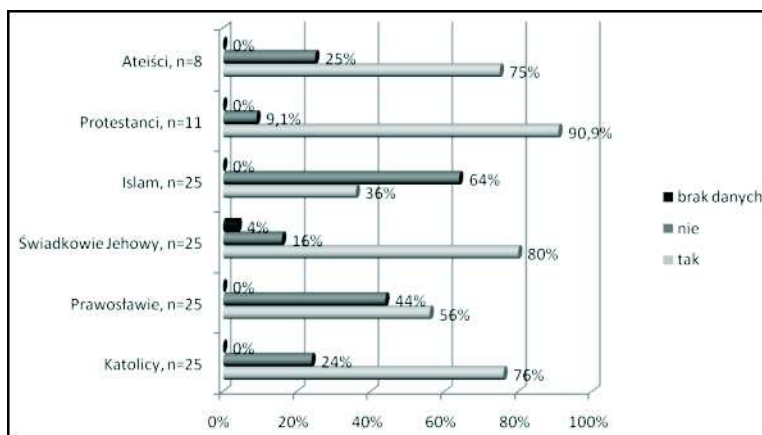
Większość osób badanych uważa, że pozostawienie osób bliskich jest tym faktem, który w śmierci przeraża ich najbardziej: Świadkowie Jehowy – 96%, ateści – 75%, Protestanci 73%, Muzułmanie – 72%, Katolicy – 64% oraz Prawosławni – 44%. Źródłem lęku w przypadku znaczącego odsetka Katolików, Prawosławnych i ateistów jest sam proces umierania. Warto podkreślić, iż 28% Katolików oraz 20% Prawosławnych swój strach przed śmiercią wiąże z niewiedzą dotyczącą „bytu” po śmierci (tab. 2).

Tabela 2. Co Pana(nią) przeraża w śmierci?

Odpowiedzi	Katolicyzm		Prawosławie		Świadkowie Jehowy		Islam		Protestanci		Ateści	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
pozostawienie osób bliskich	16	64	11	44	24	96	18	72	8	73	6	75
proces umierania	12	48	8	32	2	8	6	24	2	18	3	37,5
nieuchronność śmierci	3	12	7	28	4	16	1	4	1	9	3	37,5
niewiedza odnośnie bytu po śmierci	7	28	5	20	0	0	3	12	0	0	0	0
Ogółem *	38	152	31	124	30	120	28	112	11	100	12	150

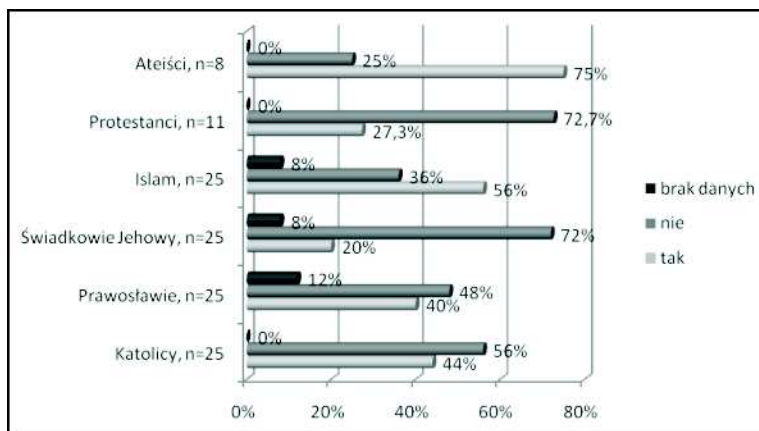
* pytanie z możliwością wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Na pytanie: Czy zastanawiał się Pan nad własną śmiercią: 90,9% Protestantów, 80% Świadków Jehowy, 76% Katolików, 75% Ateistów oraz 56% Prawosławnych odpowiedziało twierdząco. Muzułmanie (64%) nie zastanawiają się nad własną śmiercią (ryc. 1).



Rycina 1. Czy zastanawiał(a) się Pan(i) nad własną śmiercią?

Ateiści – 75% oraz Muzułmanie – 56% uważają, że człowiek ma prawo decydowania o własnej śmierci. Przeciwni temu są: Protestanci 72,7%, Świadkowie Jehowy 72%, Katolicy 56% i w dużej części Prawosławni 48% (ryc. 2).



Rycina 2. Czy według Pana(i) człowiek ma prawo decydować o własnej śmierci?

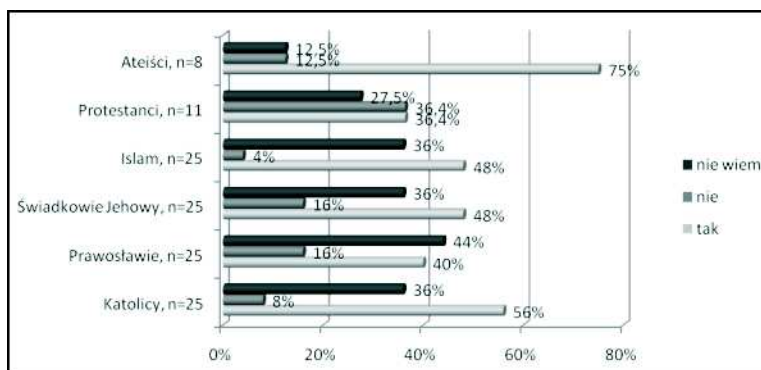
Oceniając postawę analizowanych grup wobec leczenia chorych w stadiach terminalnych, za najważniejsze zadanie: 91% Protestantów, 62,5% ateistów, 56% Katolików, 56% Świadków Jehowy, 44% Prawosławnych, 44% Muzułmanów uważa zaspokojenie podstawowych potrzeb oraz bezbolesności (tab. 3).

Tabela 3. W przypadku procesu umierania pacjenta z nieuleczalną chorobą wg Pana(i) należy:

Odpowiedzi	Katolicyzm		Prawosławie		Świadkowie Jehowy		Islam		Protestanci		Ateiści	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nie ingerować w proces umierania	4	16	1	4	1	4	1	4	1	9	0	0
zapewnić choremu bezbolesność	5	20	11	44	8	32	10	40	0	0	3	37,5
znieść świadomość chorego	1	4	2	8	0	0	2	8	0	0	0	0
zapewnić zaspokojenie podstawowych potrzeb i bezbolesność	14	56	11	44	14	56	11	44	10	91	5	62,5
zapewnić zaspokojenie podstawowych potrzeb	10	40	8	32	11	44	1	4	6	55	4	50
Ogółem*	34	136	33	132	34	136	25	100	17	155	12	150

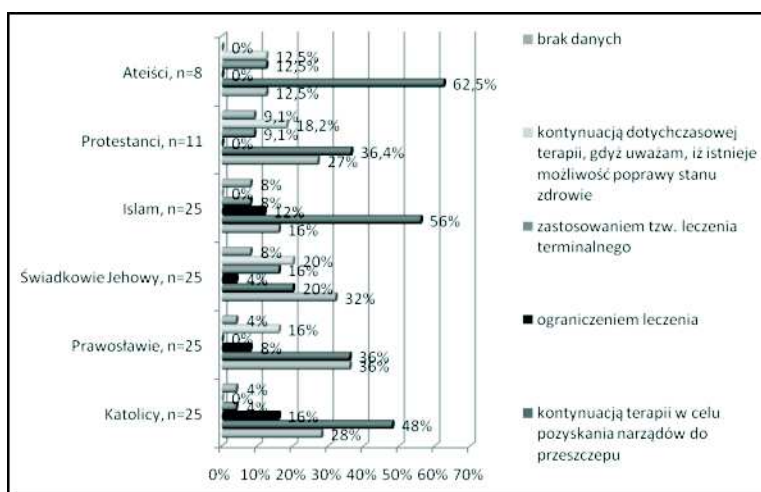
* pytanie z możliwością wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Współczesna definicja śmierci równoważy śmierć ze śmiercią pnia mózgu. Z tym stwierdzeniem zgodziło się 75% ateistów oraz 56% Katolików. Duża część osób badanych nie ma wiedzy na temat śmierci pnia mózgu (ryc. 3).



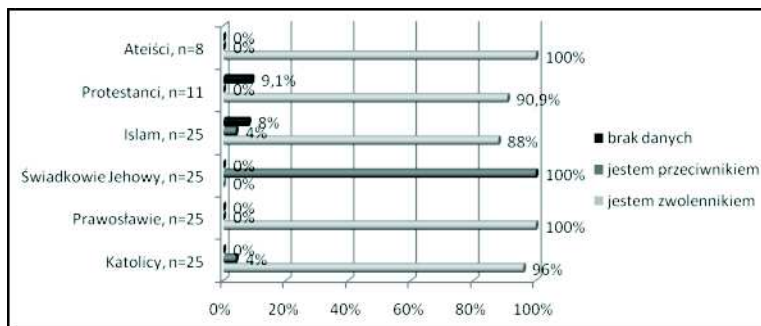
Rycina 3. Czy według Pana(i) śmierć pnia mózgu jest jednoznaczna ze śmiercią człowieka?

Największy odsetek osób badanych jest zdania, że rozpoznanie śmierci pnia mózgu powinno wiązać się z kontynuacją terapii w celu pozyskania narządów do przeszczepu (średnio 40,5%) lub z odłączeniem od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe (średnio 25%) (ryc. 4).



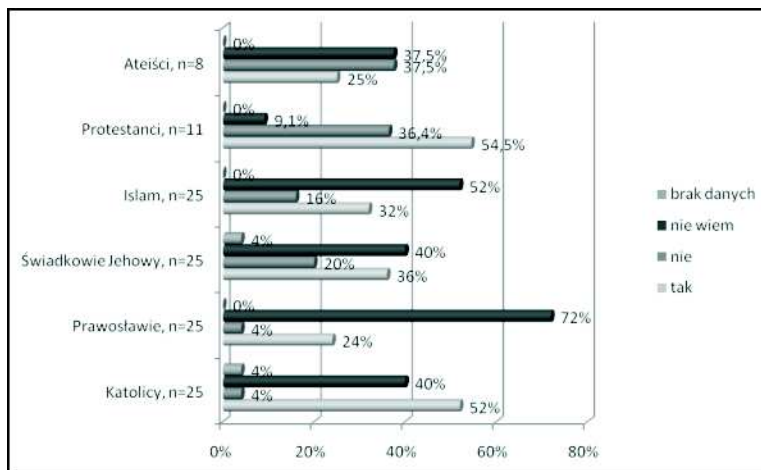
Rycina 4. Czy uważa Pan(i), że rozpoznanie śmierci pnia mózgu winno wiązać się z:

Świadkowie Jehowy w 100% są przeciwnikami przetaczania krwi. Pozostałe grupy osób biorących udział w badaniu średnio w 95% opowiedziały się za przetaczaniem krwi (ryc. 5).



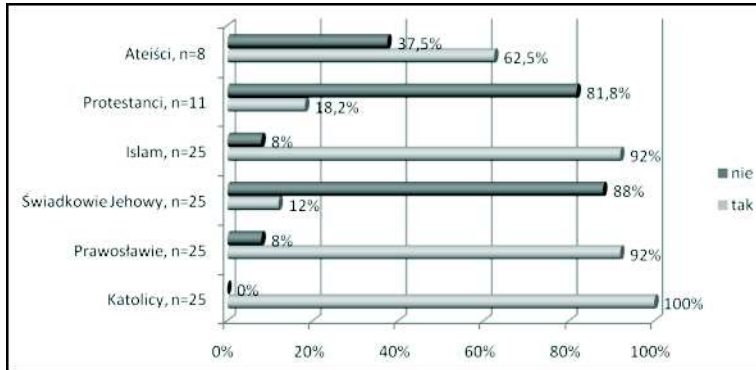
Rycina 5. Jaki jest Pana(i) stosunek do przetaczania krwi?

Protestanci – 54,5% oraz Katolicy – 52% uważają, że ważne jest umieranie w sposób świadomy. Warto również dodać, że duża część osób badanych nie ma zdania na ten temat (od 9,1% wśród Protestantów do 72% wśród Prawosławnych) (ryc. 6).



Rycina 6. Czy uważa Pan(i) za ważne umieranie w sposób świadomy?

Z uzyskanych danych wynika, iż wszyscy Katolicy, duży odsetek Prawosławnych oraz Muzułmanów, a także 62% ateistów obchodzi okres żałoby po osobie zmarłej. Natomiast 88% Świadców Jehowy oraz 82% Protestantów podało, że nie praktykują żałoby po osobie zmarłej (ryc. 7).



Rycina 7. Czy obchodzony jest w Pana(i) rodzinie okres żałoby po zmarłej osobie?

Omówienie wyników i dyskusja

Badania postaw człowieka w obliczu śmierci nie są oparte na łatwym materiale empirycznym, ponieważ niemożliwe jest jej zgłębienie przez osoby żyjące. Dlatego śmierć jest bardzo trudnym problemem do uchwycenia w badaniach eksperymentalnych. Wielu naukowców próbowało jednak badać zachowania ludzkie w obliczu śmierci stosując różne techniki. Liczne badania wykazały, że na postawę wobec śmierci i umierania wpływa między innymi religijność. Badania dotyczące śmierci i umierania wymagają stałego uzupełniania, ponieważ zmieniają się uwarunkowania kulturowe i cywilizacyjne [9, 10, 11].

Badania własne wykazały, że bez względu na wyznawaną wiarę u większości osób ankietowanych śmierć wywołuje smutek (50–100%). Wyjątkiem są ateści, w których śmierć wzbudza przede wszystkim bezsilność (75%). Wyniki eksperymentu D.K. i wsp. wykazały, iż osoby wierzące mniej bały się śmierci w porównaniu do osób niewierzących. Badania przeprowadzane były wśród pacjentów w terminalnym okresie choroby [2].

Osoby przez nas ankietowane w 69,7% stwierdziły, że w śmierci najbardziej przeraża je pozostawienie osób bliskich. Źródłem lęku w przypadku znaczącego odsetka respondentów jest sam proces umierania. Warto podkreślić, iż 28% Katolików oraz 20% Prawosławnych swoje obawy przed śmiercią wiąże z niewiedzą dotyczącą „bytu” po śmierć, co może budzić zdziwienie ze względu na jego określenie przez Biblię. W przypadku ateistów największe obawy, poza opuszczeniem osób bliskich (75%), wiązały się z samym procesem umierania i nieuchronnością śmierci (37,5%). Świadkowie Jehowy, Protestanci i ateści nie zastanawiają się nad „bytem” po śmierci, w przypadku dwu pierwszych grup świadczy to o ugruntowanej wierze. W przypadku ateistów, najprawdopodobniej wiąże się to z podejściem do życia, jako istnienia tu i teraz, które kończy się wraz ze śmiercią.

Wyniki badań przeprowadzonych w 2001 roku przez CBOS ukazują, iż zmartwienia, lęki czy obawy, żywione w związku ze śmiercią, najczęściej (65%) dotyczą umierania w bólu oraz pozostawienia osób bliskich (63%). Pomimo faktu, iż 97% polskiego społeczeństwa stanowią katolicy, a 98% Polaków uznaje się za wierzących wykazano, że stosunek do spraw eschatologicznych związanych z perspektywą życia po śmierci nie jest już tak jednoznaczny. W 2005 roku prawie dwie trzecie Polaków (65%) wyraziła przekonanie, że wraz ze śmiercią nie wszystko się kończy. Większość z tej grupy (78%) definiuje rzeczywistość po śmierci jako inne życie, stosując różne określenia (np. życie pozagrobowe, wieczne, długie) [12].

Wyniki przeprowadzonych badań własnych wykazują, że 65,5% przedstawicieli poszczególnych wyznań jest zainteresowana tematyką tanatyczną, w aspekcie własnej śmierci, zaś 33,6% badanych nie zastanawia się nad własną śmiercią. Wyniki CBOS z 2005 roku dowodzą, iż śmierć nie należy do kręgu codziennych zainteresowań Polaków: 29% respondentów nigdy nie myśli o śmierci, a prawie połowa robi to rzadko lub bardzo rzadko. Do częstszych rozmyślań na temat śmierci przyznaje się jedynie co czwarty badany (26%) [13].

W naszych badaniach zdecydowana większość respondentów opowiedziała się za kontynuacją terapii w celu pozyskania narządów do przeszczepu, w sytuacji rozpoznania śmierci pnia mózgu (62,5% ateistów, 56% Muzułmanów, 48% Katolików, w mniejszym odsetku Protestanci oraz Świadkowie Jehowy). Duża część osób opowiedziała się za odłączeniem od aparatury osoby, u której stwierdzono śmierć pnia mózgu (12,5% ateści do 36% Prawosławni). Powyższe fakty mogą świadczyć o tym, iż większość przedstawicieli badanych grup akceptuje transplantację narządów i unikanie tzw. „terapii uporczywej”. Potwierdzeniem tej tezy są badania przeprowadzone przez CBOS w 2005 roku, które ukazało kontrowersyjność podtrzymywania życia nieuleczalnie chorej osoby za pomocą specjalistycznej aparatury. Grupa przeciwników takich metod (44%) jest niewiele większa od grupy zwolenników (39%). Spory odsetek (17%) nie miało zdania na ten temat [13]. W przypadku naszych badań odsetek osób, które nie wypowiedziały się na ten temat to około 5,5%.

Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. w pozycji „Problemy wielokulturowości w medycynie” potwierdzają w dużej części uzyskane przez nas wyniki. Według autorek postrzeganie śmierci wynika z odrębności kulturowych, kształtowanych w dużej mierze przez religie danego regionu. Żadna z głównych religii świata nie zabrania oddawania narządów ani ich przeszczepiania, natomiast różnie interpretowane i akcentowane są problemy etyczne z nimi związane. Dotyczy to przede wszystkim problemu ustalenia momentu śmierci, jej definicji oraz akceptacji procedur związanych ze stwierdzeniem śmierci pnia mózgu [4].

Badania własne wykazują, że jedyną grupą przeciwną przetaczaniu krwi są Świadkowie Jehowy. Pozostałe grupy są niemal w 100 procentach zwolenni-

kami tej metody leczenia. Z powyższych wyników można wnioskować, iż religia jest czynnikiem, który kształtuje stosunek do przetaczania krwi. Można domniemywać, że znaczny wpływ na postrzeganie przetaczania krwi przez ateistów i wyznawców innych omawianych religii wywiera nauka. W rozdziale Kolasieńskiej J. „Kulturowe uwarunkowania transfuzjologii” zawartym w książce Krajewskiej-Kułał E. i wsp. [4] autorka pisze, iż jedyną religią w Polsce wyraźnie zakazującą transfuzji jest wyznanie Świadków Jehowy i żadne okoliczności nie zwalniają ich z przestrzegania tego zakazu [4].

Stanowisko kościoła katolickiego wobec transfuzjologii jest pozytywne. Muzułmanie nie mają prawa spożywać krwi, jednak Koran nie mówi o zakazie transfuzji krwi. Współczesne stanowisko wyznawców islamu wobec przetaczania krwi jest pozytywne [4].

W kwestii świadomego umierania, z badań własnych wynika, iż ok. 37% respondentów uważa za ważne umieranie w sposób świadomy, według 15% nie jest to ważne, zaś 46% osób nie ma wyrobionej opinii na ten temat. Badania przeprowadzone w 2001 roku przez CBOS dowodzą, że ponad połowa ankietowanych (52%) opowiada się za umieraniem w nieświadomości, a tylko co trzeci badany (36%) uważa, że lepiej jest zdawać sobie z tego sprawę [12]. W porównaniu z wynikami uzyskanymi przez tą instytucję, w 1994 roku odsetek zwolenników świadomego umierania wzrósł. Wyniki uzyskane przez CBOS w 2005 roku są podobne: ponad połowa ankietowanych (53%) uważa, że lepiej jest, gdy człowiek umiera nieświadomy tego, a jedynie 35% jest przeciwnego zdania [13].

Wnioski

Religia jest istotnym czynnikiem kształtującym postawy wobec śmierci i umierania w wielokulturowej populacji mieszkańców Podlasia. Różnice poglądów dotyczą głównie sfery duchowej. W aspekcie śmierci ciała postawy wyznawców różnych religii są podobne. Może to wynikać z dostępności i powszechności profesjonalnych informacji medycznych w środkach masowego przekazu.

Piśmiennictwo

1. Kolek. B.: Sens życia i umierania. Antropologiczno – tanatologiczne aspekty myśli A. Kępińskiego, Wyd. Impuls, Kraków 2009, s. 18–21.
2. Hinc M. R., Jaworski R.: Człowiek współczesny wobec zjawiska śmierci umierania [w] Psycholodzy chrześcijańscy wobec problemów człowieka, Płocki Instytut Wydawniczy, Płock 2005, s. 170–190.
3. Parkes M. C., Laungani P., Young B.: Przemijanie w kulturach. Obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie, Wyd. Astrum, Wrocław 2001.
4. Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K.: Problemy wielokulturowości w medycynie, PZWL, Warszawa 2010.

5. Kenneth P. K.: Śmierć i umieranie w różnych religiach świata. Wydawnictwo WAM, Kraków 2007.
6. Pruszyński J.: Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia. *Gerontol. Pol.*, 2007, 4, 128–136.
7. Drozdowicz Z., Stachowski Z.: Ilustrowana encyklopedia religii świata, wydawnictwo Kurpisz, Poznań 2002.
8. Pruszyński J.: Potrzeby i oczekiwania przedstawicieli różnych religii w okresie choroby. *Terapia*, 2006, 53–57.
9. Ostrowska A.: Śmierć i umieranie, Wyd. Oficyna Wydawnicza Almapress, Warszawa 1991, 5–10.
10. Lenart M., Wańczowski M.: Księga żałoby i śmierci, Oficyna wydawnicza RYTM, Warszawa 2009: 282–284.
11. Zawila M.: Religia i śmierć: trajektoria umierania i jej religijne elementy na przykładzie środowisk hospicyjnych w Polsce, Wyd. NOMOS, Kraków 2008, 15–22.
12. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K_146_01.PDF.
13. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_098_05.PDF.

Jerzy T. Marcinkowski¹, Anna Bajek^{2,3},
Irena Galewska²

O konieczności właściwego kształtowania relacji pacjent – personel medyczny, na przykładzie Świadców Jehowy

„Każda prawda, bez względu na to, kto ją głosi
pochodzi od Ducha Św.”

Św. Ambroży [1]

Wprowadzenie

Na świecie jest wiele religii. Mieszkający i sąsiadujący ze sobą ludzie są nieraz wyznawcami różnych religii. Większość z nich wierzy w jednego Boga, którego inaczej nazywa. O religiach można mówić z różnego punktu widzenia. Można je w różny sposób klasyfikować. Religie można podzielić w zależności od:

- liczby wyznawców;
- wyznawanej wiary.

Religie dzieli się także na chrześcijańskie i niechrześcijańskie. Między religiami jednak zauważa się istotne różnice doktrynalne.

Religia jest fundamentalnym doświadczeniem człowieka, które towarzyszy mu od zarania dziejów. Nie istniało w historii żadne plemię, żaden lud czy naród pozbawiony jakiejś formy życia religijnego. Człowiek ze swej natury otwarty jest na Boga. Poszukiwał możliwości wejścia w intymną zażyłość z Bogiem. Te dążenia doprowadziły do powstania religii [2].

Oprócz religii mamy związki wyznaniowe i grupy religijne, do których zalicza się Świadców Jehowy (ŚJ).

1. Historia Świadców Jehowy

Świadcowie Jehowy swymi korzeniami sięgają ruchu „Badaczy Pisma Świętego”. Za założyciela tego ruchu uważany jest Charles Taze Russell. Urodził się

¹ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny

² Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu

³ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa

on 18 listopada 1852 r. w stanie Pensylwania w zamożnej rodzinie kupieckiej. Rodzice, Joseph L. Russell i Anna E. Russell zd. Birney byli prezbiterianami. Syn wychowywany był w duchu religijnym. Nie otrzymał też zbyt wysokiego wykształcenia. Mimo słabego zdrowia był człowiekiem niezwykle pracowitym o nieprzeciętnych zdolnościach organizacyjnych [3].

W wieku 17 lat wstępuje do młodzieżowej, protestanckiej organizacji YMCA (Organizacja Religijno-Społeczna Protestanckiej Młodzieży Męskiej). W krótkim czasie związał się też z Adwentystami i od nich to przejął niektóre idee religijne, np. naukę o rychłym przyjściu Chrystusa, kwestionowanie nauki o nieśmiertelnej duszy i piekle [3].

Adwentyści wierzyli i głosili widzialne przyjście Pana w 1874 r. Przepowiednia jednak się nie spełniła, a Russell zapowiedział niewidzialne przyjście Chrystusa, który miał zniszczyć wszystkie państwa i religie, a na ich miejsce założyć nowe tysiącletnie królestwo [3].

Russell uczestniczył też w wydawaniu czasopisma „Zwiastun Poranka”. Współpracę tę jednak zrywa i od 1879 r. publikuje pismo „Strażnica Syjońska” i Zwiastun Obecności Chrystusa” [4].

Krótko po tych zapowiedziach Russell rozstał się z adwentystami i zaczął gromadzić wokół siebie uczniów. Odbywał wiele podróży i głosił wiarę w Jehowę. Swoją naukę propagował w różnych publikacjach, kazaniach, audycjach radiowych, ulotkach, filmach. Dzięki tym działaniom jego ruch zaczął nabierać międzynarodowego znaczenia [3].

Podczas podróży odwiedzał wiele miast i tworzył klasy, czyli eklezje nazywane później zborami. Zebrania odbywały się 2 razy w tygodniu w wynajętych salach i obejmowały wykład głoszony przez dobrego i zdolnego mówcę oraz w domach. Na te spotkania zabierano Biblię. Uczestnicy byli zachęceni do czynnego udziału w spotkaniu i nazywano ich Badaczami Pisma Świętego [4].

Russell zakłada też stowarzyszenie pod nazwą Towarzystwo Traktatowe i Biblijne Strażnicy i zostaje jego prezesem. Głównym jego dziełem są „Wykłady Pisma Św.” wydane w 7. tomach. W 1914 r. Russell ogłasza, że w październiku zakończą się Czasy Pogan. Wielu badaczy Pisma Świętego wierzyło, że pójdą do nieba. Zapowiedź ta jednak nie spełniła się. Zmarł 31.X.1916 r. w pociągu w miejscowości Pampa w stanie Teksas [3].

Następcą Russella został Józef Franklin Rutherford ur. 1868 r. Z zawodu był adwokatem. Nie posiadał żadnego przygotowania teologicznego ani biblijnego, ale napisał kilka książek o treści teologicznej. Był bardzo pracowity, bezwzględny, nieustępliwy, konsekwentny w działaniu, dążył do centralizacji władzy oraz „przywracania czystości wiary”. W tym celu wykorzystywał ówczesne zdobycze techniki, jak: nowoczesne maszyny drukarskie, własne radiostacje. Było to odejście od linii założyciela, co doprowadziło do rozłamu. Najlicniejsza jednak była grupa Rutherforda, która na Kongresie w Columbus – Stan Ohio przyjmuje nazwę Świadków Jehowy [3].

W 1942 r., po śmierci Rutherforda, kierownictwo obejmuje Natan Homer Knorr. Założył tzw. Szkołę Teokratycznego Usługiwania. Celem Szkoły było doskonalenie religijne swoich członków oraz przygotowywanie głosicieli do przemówień. Wydawane były podręczniki „Kurs służby teokratycznej”, „Wyposażony do wszelkiego dzieła dobrego”, „Wykwalifikowani do służby kaznodziejskiej”, „Czy Biblia jest rzeczywiście Słowem Bożym?”, „Poradnik dla Teokratycznej Służby Kaznodziejskiej” [3].

W 1943 r. założono Wyższą Szkołę Kaznodziejską, nazwaną też „Biblijną Szkołą Strażnicy – Gilead” [3]. Kurs trwał dwadzieścia tygodni, a głównym podręcznikiem była Biblia. Dnia 08.06.1977 r. zmarł Nathan Knorr. Następcą został Frederick William Franz.

2. Świadkowie Jehowy w Polsce

Historia Świadków Jehowy w Polsce sięga 1892 r., gdy do Polski wrócił z USA Olszański oraz Szwajcar Beute, który został dyrektorem fabryki koronek w Warszawie. Dzięki nim była publikowana w języku polskim „Strażnica”.

W czasie II wojny światowej wielu Świadków Jehowy zginęło. Po wojnie władze Urzędu Bezpieczeństwa utrudniały im działalność. W 1950 r. zdelegalizowano działalność Świadków Jehowy; dnia 12.04.1989 r. zostali zarejestrowani i zalegalizowani. Grupa ta jest wpisana do rejestru MSWiA pod nr 34 [4].

3. Działalność kaznodziejska

Świadkowie Jehowy prowadzą na szeroką skalę rozwiniętą działalność kaznodziejską. Chodzą po domach, zatrzymują przechodniów na ulicy. Próbują zainteresować rozmówców, pokazując im kolorowe obrazy, np. stworzenie świata. W ten sposób prowokują oraz zachęcają do dyskusji. Czasami są nawet natarczywi. Cechuje ich duża dyspozycja czasowa. Są w stanie umówić się na każde spotkanie o wyznaczonym czasie i miejscu byleby padła taka propozycja ze strony rozmówcy. Wręczają czasopisma, takie jak „Strażnica”, „Przebudźcie się”. W celu zapoznania się z nimi i kontemplowania zawartych treści oferują ponowne spotkanie – celem wymiany myśli i doświadczeń. Autorzy wiele razy doświadczyli tych sytuacji w swoim życiu prywatnym i zawodowym. Podczas jednego z dyżurów, odwiedzający pacjentkę ojciec zaproponował rozmowę na temat chrztu jako świadek Jehowy. Mimo zdecydowanej odmowy kilkakrotnie zachęcał do podjęcia dyskusji, oferując swoją dyspozycyjność czasową.

Postawa taka wynika z faktu, że każdy głosiciel składa co miesiąc sprawozdanie ze swej działalności [5].

4. Życie religijne Świadków Jehowy

Każdy Świadek Jehowy 3 razy w tygodniu uczestniczy w spotkaniach zboru w Salach Królestwa. Odbývają się wykłady i studia Biblii. Raz w roku odbywają

się Kongresy, które zwykle trwają trzy dni. Słowo głoszone i pisane ma istotne znaczenie dla zaangażowanych Świadków Jehowy. Dla wielu członków organizowane są specjalne szkolenia, np. „Kurs Służby Pionierskiej”, „Kurs Służby Królestwa” [6].

5. Służebna organizacja „W służbie Informacji o Szpitalach”

SIS ang. *Hospital Information Services* (Służba Informacji o Szpitalach). Jest to jednostka organizacyjna powołana w 1988 r. przez ŚJ w celu nadzorowania pracy międzynarodowej sieci Komitetów Łączności ze środowiskiem medycznym. Koordynuje ona działalność ok. 1500 Komitetów Łączności ze szpitalami w około 150 krajach. Organizuje też szkolenia dla starszych zborów ŚJ, którzy pracują w tych komitetach. Celem działalności tej organizacji jest pomoc lekarzom w leczeniu metodami zgodnymi z życzeniami ŚJ. Jeśli jest taka potrzeba organizują wykłady, udostępniają przez siebie materiały na temat alternatywnych metod leczenia [7].

6. Świadkowie Jehowy a transfuzja krwi

Stanowisko Świadków Jehowy w kwestii przetaczania krwi jest znane. Odmawiają oni przyjęcia krwi od innego dawcy, również preparatów otrzymanych z krwi jak też autotransfuzji. Wynaczyniona krew nie może wrócić do łożyska naczyniowego. Użycie krwi własnej jest możliwe tylko w sytuacji takiej, gdy nie straci ona łączności z krwiobiegiem [8]. Zasada ta obowiązuje Świadków Jehowy od 1945 r. Wtedy to na czele tej organizacji stał Knorr. Wcześniej ŚJ nie zgłaszali zastrzeżeń co do przyjmowania krwi. Rutherford widział nawet zalety transfuzji [5].

Świadkowie Jehowy krew utożsamiają z życiem. Swoje poglądy, jak twierdzą, opierają na Biblii: „Powstrzymajcie się od ofiar składanym bożkom, od krwi, od tego co uduszone i od nierządu” – Dz 15, 29. Fragment ten mają wydrukowany na specjalnym oświadczeniu, który z chwilą przybycia do szpitala wręczają lekarzowi czy też pielęgniarce. Często jest też ważniejszy niż inne dokumenty większej wagi z punktu widzenia medycznego. Świadkowie Jehowy godzą się jedynie na zastosowanie takich środków, jak: fizjologiczny roztwór chlorku sodu, HES, dekstran [5].

Centrala Świadków Jehowy znajduje się w Brooklynie; ona to narzuca takie stanowisko w kwestii odmowy przyjmowania krwi. Ci, którzy nie stosują się do zarządzeń nawet w sytuacji zagrożenia życia, zostaną wykluczeni z organizacji wraz z utratą życia wiecznego [5].

7. Świadkowie Jehowy jako pacjenci

Wykonując zabiegi u Świadków Jehowy pożądane jest, aby mieć wyraźne rozeznanie w tym, co im zabrania ich wiara w odniesieniu do zabiegów ope-

racyjnych i co jest dopuszczalne. Na przykład, jeśli u pacjenta ma mieć miejsce pobranie krwi do strzykawki, następnie odłączenie tej strzykawki poprzez wyciągnięcie igły z żyły i kolejne wkłucie z podaniem tejże samej krwi własnej pacjenta w innym miejscu, co ma np. miejsce przy wstrzyknięciu tzw. „łaty” do przestrzeni zewnątrzoponowej, to jest to sposób niedopuszczalny dla ŚJ. Mia nowicie bardzo ważne jest dla nich, by nie dochodziło do przerwania ciągłości przepływu krwi.

Dlatego też konstruuje się takie urządzenia, które pozwalają zabiegi w rodzaju opisanego powyżej przeprowadzać w sposób dopuszczalny przez wyznawców tej religii.

Naszym naczelnym przykazaniem jest pomagać pacjentom i nie szkodzić im w żaden sposób. Szkodzeniem byłoby oszukiwanie ŚJ odnośnie szczegółów zabiegów wyżej opisywanych. Psułoby to nieodwracalnie relacje z pacjentem i członkami ich rodzin. Dlatego, jak jest możliwość wymyślenia sposobu prowadzenia zabiegu w sposób dopuszczalny przez wyznawców tej religii, to trzeba temu wychodzić naprzeciw w ten sposób, że wysłuchiwać ich argumentów. Nie zawsze jednak da się to rozwiązać w zadowalający sposób, co ilustruje poniższe przykłady.

Przykład 1: Mężczyzna, lat 50, Świadek Jehowy, miał być operowany z powodu raka przetyku. Chirurdzy powiadomili go dokładnie, jak i członków jego rodziny, że może mieć miejsce w tym trudnym zabiegu operacyjnym większe krwawienie od spodziewanego. Pacjent i cała jego rodzina po wysłuchaniu stanowiska chirurgów raz jeszcze nie zgodził się na przetoczenie krwi bez względu na to, co będzie się działo podczas operacji i to swoje stanowisko wyraził ze szczegółami na piśmie i podpisał. Niestety, w trakcie zabiegu operacyjnego krwawienie było bardzo duże i powstała sytuacja bezpośredniego zagrożenia życia przy natychmiastowym nie przetoczeniu krwi. W trakcie tej operacji zwołano natychmiastowe konsylium z udziałem kierownika kliniki. Zdecydowano uszanować wolę pacjenta i jego rodziny, i nie przetaczać krwi. Po godzinie pacjent zmarł. Należy dobitnie podkreślić, że w opisanym wyżej przypadku rodzina pacjenta, Świadka Jehowy, nie miała najmniejszych zastrzeżeń do postępowania lekarzy i nawet podziękowała serdecznie całemu personelowi za opiekę nad swym zmarłym dodając przy tym, że gdyby miało miejsce przetoczenie krwi, złożyłaby pozew do sądu.

Jest to przykład bardzo pouczający, że należy absolutnie stosować się do woli pacjenta, co zresztą jest wyraźnie napisane, między innymi, w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Zdarzały się przypadki, że do ordynatorów zgłaszali się Świadkowie Jehowy z prośbą o podpisywanie deklaracji, że u wyznawców nie będzie stosowany przymus podawania krwi nawet w przypadkach zagrożenia życia.

Chory Świadek Jehowy, kiedy przybywa do szpitala, a zwłaszcza w sytuacji planowanego zabiegu operacyjnego, to zazwyczaj nie pojawia się sam, ale w to-

warzystwie współmałżonka lub innej bliskiej osoby z rodziny oraz osoby, która niejako w społeczności Świadków Jehowy dba o to, aby w trakcie hospitalizacji nie doszło do zabiegu niezgodnego z zasadami ich wiary. Chodzi tutaj głównie o to, aby nie przetaczać tym chorym krwi. Zazwyczaj zainteresowanie personelu medycznego zwrócone jest w kierunku swobody wypowiedzi chorego Świadka Jehowy; czy jest to, aby z całą pewnością jego wola, że nie życzy on sobie przetaczania krwi, czy też jest to mu narzucone przez współwyznawców, z których jeden pojawia się w szpitalu, aby tego nieprzetaczania krwi dopilnować. Czasami zdarzają się jednak sytuacje, że Świadek Jehowy zmieni zdanie tuż przed operacją, co ilustruje poniższy przykład:

Przykład 2: Chora 35-letnia z pękniętą ciążą pozamaciczną przy przyjęciu nie życzyła sobie przetaczania krwi. Później, jak poczuła się gorzej, tuż przed znieczuleniem ogólnym zmieniła zdanie, i podpisała własnoręcznie zgodę na przetoczenie jej krwi. W tych okolicznościach zwróciła się do personelu z następującymi słowami: „Proszę, abyście przetaczali mi krew tyle ile potrzeba, ale kiedy się wybudzę z zabiegu i ta krew będzie nadal przetwarzana, to zakryjcie ją, abym jej nie widziała. Proszę też Was bardzo, żeby się o tym nikt poza Wami nie dowiedział.” O ile można domniemywać, że pacjenci dorośli mają jednak możliwość bardziej czy mniej swobodnej decyzji odnośnie przetwarzania bądź nie krwi, o tyle gdy sytuacja dotyczy małego dziecka, może wzbudzać ona niepokój wśród personelu medycznego, a nawet obrót sprawy może być zaskakujący, co przedstawia poniższy przykład.

Przykład 3: Chłopiec w wieku 4 lat trafia do szpitala z wypadku komunikacyjnego z obrażeniami wielonarządowymi. Istnieje konieczność natychmiastowej operacji oraz natychmiastowego przetwarzania krwi. Obydwoje rodziców są Świadkami Jehowy.

W gabinecie ordynatora oddziału odbywa się dramatyczna rozmowa z rodzicami. Ojciec dziecka kategorycznie nie zgadza się do końca na przetoczenie krwi. W tej dramatycznej sytuacji matka zmienia zdanie i zwraca się do ordynatora o przetwarzanie krwi dziecku. I tą swoją wolę przedstawia też na piśmie, które podpisuje. Ordynator wraz z personelem naradzają się: co robić? Dochodzą do konsensusu: wybieramy dobro dziecka i przetwarzamy krew.

Podsumowanie

Sprawując opiekę medyczną nad pacjentem należy troszczyć się nie tylko o rozwiązanie problemów zdrowotnych. Należy zająć się też problemami społecznymi, psychicznymi, duchowymi. Zatem, personel powinien posiadać nie tylko wiedzę medyczną, psychologiczną, ale także religijną. W związku z włączeniem Polski w struktury Unii Europejskiej wskazane jest uzupełnianie wiadomości w zakresie komunikacji międzykulturowej. Pozwoli to na wyeliminowanie stereotypów, przełamanie opory, ułatwi współpracę, wzbudzi wzajemne zaufanie. Korzyści będą dla obu stron [9].

Piśmiennictwo

1. Łuczak H. Syna Swego Bóg dał. Wyd. Poligrafia Salezjańska, Kraków 1997.
2. Marek Z. (red). Drogi świadków Chrystusa. Wyd. WAM, Kraków 2003.
3. Hanc W. Świadkowie Jehowy. Włocławskie Wydawnictwo Diecezjalne, Włocławek 1990.
4. http://pl.wikipedia.org/wiki/Historia_%C5%9Awiadk%C3%B3w_Jehoy
Data dostępu 12.01.2011 r.
5. Majda A. (red). Pielęgniarstwo transkulturowe. PZWL, Warszawa 2010.
6. Fels G. Świadkowie Jehowy bez retuszu. Wyd. Ojców Franciszkanów, Niepokalanów 1996.
7. http://pl.wikipedia.org/wiki/S%C82u%C5%BCba_Informacji_o_Szpitalach. Data dostępu 12.01.2011 r.
8. Jak krew może ocalić twoje życie? Strażnica – Towarzystwo Biblijne i Traktatowe, Nadarzyn 1990.
9. Szopski M. Komunikowanie międzykulturowe, WSiP, Warszawa 2005.

Ewelina Pietrasiuk¹, Marta Paniczko¹, Agata Kulikowska²,
Iwona Jarocka², Sławomir Lech Czaban^{2,3}

Opinie mieszkańców Podlasia dotyczące transplantacji narządów – w aspekcie wielokulturowości regionu. Doniesienie wstępne

Wstęp

Możliwość zastąpienia chorego organu zdrowym, pobranym od zmarłego, jest tak stara, jak stare są próby ratowania ludzkiego zdrowia i życia. Z historią idei transplantacji można zetknąć się w zachowanych papirusach egipskich, które spisane zostały 2000 lat przed narodzeniem Chrystusa [1].

Według definicji zawartej w *Medycznym słowniku encyklopedycznym* transplantacja to: „postępowanie operacyjne, polegające na przeniesieniu tkanki lub narządu w miejsce brakującego narządu, ubytku lub uszkodzenia prowadzącego do daleko idącej niewydolności” [2].

Lecznictwo transplantacyjne to szczególna dziedzina medycyny. Swój zakres poszerza niezmiernie szybko, zwiększając możliwości leczenia pacjentów ze skrajną niewydolnością narządów, takich jak: nerki, serce, wątrobę, płuca, trzustka. Dla wielu pacjentów jest to jedyna nadzieja na poprawę stanu zdrowia, na drugie, „lepsze” życie [3].

Transplantologia jest związana z szeregiem problemów moralnych, obyczajowych, medycznych, etycznych czy prawnych [1]. Dylematy etyczno-moralne dotyczą:

- przekazywania własnego narządu do przeszczepu za życia lub po śmierci,
- uwzględniania prawa i opinii rodziny przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów do przeszczepu (*ex mortuo*) od potencjalnego dawcy,
- nielegalnego pozyskiwania narządów w celu transplantacji,
- godności i poszanowania zwłok.

Województwo podlaskie położone w północno-wschodniej Polsce to jeden z najbardziej zróżnicowanych pod względem kulturowym, wyznaniowym i oby-

¹ Studentka II Roku Pielęgniarstwa Studia II stopnia UMB

² Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii WNoZ UMB

³ Szpitalny Oddział Ratunkowy USK w Białymstoku

czajowym region Polski. Graniczą tu ze sobą kultury Wschodu i Zachodu. Obok siebie zamieszkują mniejszości narodowe, tj.: Białorusini, Litwini, Ukraińcy, Żydzi, Cyganie. Mieszkańców Podlasia cechuje różnorodność pod względem wyznawanej religii, spotykamy Katolików, wyznawców Prawosławia, Protestantów, Muzułmanów (głównie Tatarów), wyznawców Judaizmu, wyznawców Jehowy oraz nielicznych staroobrzędowców. Wielokulturowość tego regionu, to nie tylko sąsiedztwo odmiennych narodowości, kultur, religii, tradycji, ale również codzienne relacje międzyludzkie, które kształtują opinię publiczną [2, 4]. Systemy religijne w dużej mierze wpływają na postawy dotyczące m.in. takich sytuacji, jak – narodziny i śmierć; czy pobieranie narządów od zmarłych do celów transplantacji [5].

Kościół katolicki nie przeciwstawia się działaniom związanym z przeszczepianiem narządów. Za nadrzędną i fundamentalną wartość uznaje życie człowieka, dozwolona jest każda interwencja medyczna dla ratowania zdrowia i życia, z zachowaniem jasnych zasad związanych z szacunkiem dla ciała ludzkiego od poczęcia do naturalnej śmierci [6]. Stanowisko Kościoła wobec etyki transplantacji wyrażał niejednokrotnie Jan Paweł II. Istocie ofiarowania organu do przeszczepu nadawał znamię aktu heroicznego. W encyklice *Evangelium Vitae* spotykamy się ze słowami dotyczącymi przyjmowania daru życia: „W takim kontekście, bogatym w wartości ludzkie i w miłość, rodzą się także gesty heroiczne. Są one najbardziej uroczystym wysławianiem Ewangelii życia, ponieważ głoszą ją poprzez całkowity dar z siebie; są chwalebny objawieniem miłości największej, która każe oddać życie za ukochaną osobę (por. J 15, 13); są uczestnictwem w tajemnicy Krzyża, w której Jezus objawia, jak wielką wartość ma dla Niego życie każdego człowieka i jak realizuje się ono w pełni poprzez bezinteresowny dar z siebie (...) Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei” [6]. Przychyłość Kościoła do idei transplantacji jest spełnieniem zasadniczych kryteriów etycznych, które chronią dobro osoby ludzkiej, o czym mówi Katechizm Kościoła Katolickiego [7].

Prawosławni duchowni nie wyrażają sprzeciwu wobec wykorzystywania organów do transplantacji, o ile służyć będą poprawie jakości życia, jeśli wynikają z rzeczywistej potrzeby i istnieje szansa powodzenia, przy właściwej ocenie ryzyka wobec dawcy i biorcy [4, 6].

Biblia Świadców Jehowy nie mówi bezpośrednio o problemie transplantacji, lecz stanowisko wobec transfuzji jest niezmiennie, przetoczenie krwi jest ciężkim grzechem i jest zakazane. Warunkiem dokonania przeszczepu jest użycie organów pozbawionych krwi. Musi być wypłukana z organu przed dokonaniem ewentualnego zabiegu. Błędny jest więc stwierdzenie, że Świadkowie Jehowy są przeciwnikami transplantacji, poprzez głoszony sprzeciw wobec przetaczania krwi [7].

Współczesne stanowisko wyznawców Islamu oficjalnie akceptuje transplantację narządów, z zastrzeżeniami [6, 8]:

- pobieranie narządów ze zwłok dorosłej osoby musi być poprzedzone stwierdzeniem śmierci,
- przeszczep jest możliwy jedynie po uzyskaniu zgody potencjalnego dawcy i jego rodziny, (oddanie musi być dobrowolne),
- handel organami ludzkimi jest sprzeczny z godnością człowieka, jest surowo zabroniony.

Wśród Protestantów ze względu na istnienie różnych wspólnot religijnych, trudne jest określenie jednolitego stanowiska. Kościół Ewangelicko-Augsburski głosi, że pośmiertne oddawanie organów jest to część nakazu pomagania bliźnim, a donacja narządów to wyraz najwyższej miłości bliźniego i wsparcie idei humanitaryzmu w społeczeństwie. Wyznawcy Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego interpretują transplantologię jako działanie charytatywne, darowanie narządów jest czynem miłości i aktem samoofiarywania. Ideę transplantacji wspierają czynnie Adwentyści Dnia Siódmego, prowadząc m.in. szpitale, które specjalizują się w transplantacji narządów [4, 9].

W 2009 roku, wg danych pozyskanych z Biuletynu Informacyjnego „Poltransplantu” – nr 1 (18) 2010 wynika, iż dokonano pobrania narządów do przeszczepu od 420 zmarłych i 45 żywych dawców, przeszczepiając 1102 organy 1118 biorcom. Pomimo rosnącej liczby chorych oczekujących na przeszczep, w 2009 r. w Krajowej Liście Oczekujących KLO liczba oczekujących wynosiła 3399, w tym 2604 na przeszczep nerki, tylko co trzeci z nich mógł zostać biorcą [10, 11].

Każdego dnia możemy stanąć w obliczy zagrożenia życia i zdrowia (wypadek, choroba), wymagającego całościowej opieki medycznej. Każdy z nas może być potencjalnym dawcą lub biorcą przeszczepu. Te zagadnienie nie powinno być nam obce.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie opinii mieszkańców województwa podlaskiego na temat przeszczepiania narządów w aspekcie wielokulturowości regionu.

Materiał i metody

Badaniem objęto 119 respondentów mieszkających na terenie województwa podlaskiego. Do oceny opinii mieszkańców regionu na temat przeszczepienia narządów – w aspekcie wielokulturowości zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dla podjęcia i opracowania tematu użyto narzędzia badawczego – kwestionariusza ankiety. Analizie poddano następujące aspekty:

- akceptacja pobierania narządów od osób zmarłych,
- deklaracja oddania narządów do przeszczepu po śmierci,
- wyrażenie zgody na pobranie organów do przeszczepu po śmierci bliskiej osoby,
- branie pod uwagę opinii rodziny przy podejmowaniu decyzji o pobieraniu narządów do przeszczepu od potencjalnego dawcy,
- opinia dotycząca istnienia „podziemia transplantologicznego”.

We wstępie kwestionariusza zamieszczono informacje o sposobie wypełniania ankiety, poinformowano o celu i przeznaczeniu badań. Zapewniono o całkowitej anonimowości ankietowanych.

Wyniki

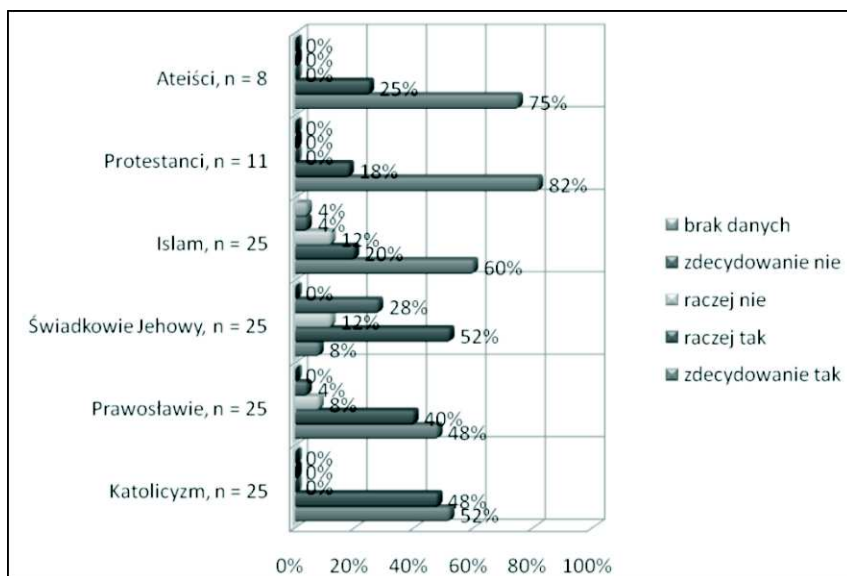
Badaniem objęto 119 respondentów mieszkających na terenie województwa podlaskiego w wieku od 15 do 74 lat. W badaniach uczestniczyło 75 kobiet (63%) i 44 mężczyzn (37%). Zdecydowaną większość – 76 ankietowanych (63,8%) stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim. W grupie badawczej było 47 osób (39,5%) z wykształceniem wyższym, 50 (42%) ze średnim, 7 (5,9%) z zawodowym, wykształcenie podstawowe miało 13 (10,9%), 2 (1,7%) respondentów nie odpowiedziało na to pytanie. Większość (90,7%) respondentów mieszkała w mieście. Ankietowani reprezentowali takie wyznania, jak: Katolicy 25 (21%), Prawosławni 25 (21%), Świadkowie Jehowy 25 (21%), Muzułmanie 25 (21%), Protestanci 11(10%) i ateści 8 (6%).

Przeprowadzając badania zapytano osoby, jakie jest ich stanowisko na temat przeszczepiania narządów od osób zmarłych. W całej grupie 101 osób (84,8%) akceptuje pobranie narządów od zmarłych celem ratowania życia i zdrowia drugiego człowieka. Za ledwie 14,3% (17) osób wyraziło sprzeciw wobec przeszczepiania narządów, z czego 10 osób to Świadkowie Jehowy (ryc. 1).

Gotowość oddania swoich narządów po śmierci wyraża 42,8% ankietowanych, 43,6% nie podaje jednoznacznego stanowiska, a 10% jest zdecydowanie przeciwna oddaniu swoich narządów do przeszczepu. Warto podkreślić, że ponad połowa ankietowanych Katolików, Protestantów i ateistów z pełnym przekonaniem deklaruje zgodę na pobranie narządów po ich śmierci (tab. 1).

Według przeważającej grupy ankietowanych (69,7%) nie miałyby problemu z wyrażeniem zgody na pobranie organów do przeszczepu po śmierci od bliskiej osoby. Najwięcej odpowiedzi przeczących odnotowano w grupie Świadków Jehowy – 15 osób (60%), również 36% Muzułmanów i 27,2% Protestantów nie chce decydować za osobę zmarłą o jej organach po śmierci (ryc. 2).

Dla 42 ankietowanych (35,2%) brak sprzeciwu w Krajowym Rejestrze Sprzeciwów KRS, tzw. „zgoda domniemana”, jest wystarczająca do pobrania narządów od osoby zmarłej, zdaniem 40% badanych „zgoda domniemana” jest niewystarczająca. Swojego stanowiska nie określiło 30 osób (25,2%) (ryc. 3).

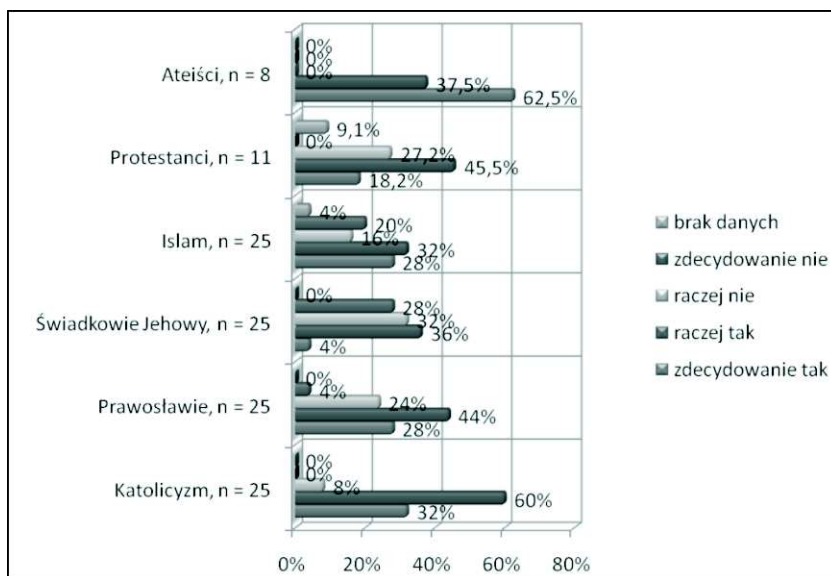


Rycina 1. Opinia respondentów wobec pobierania narządów od osób zmarłych

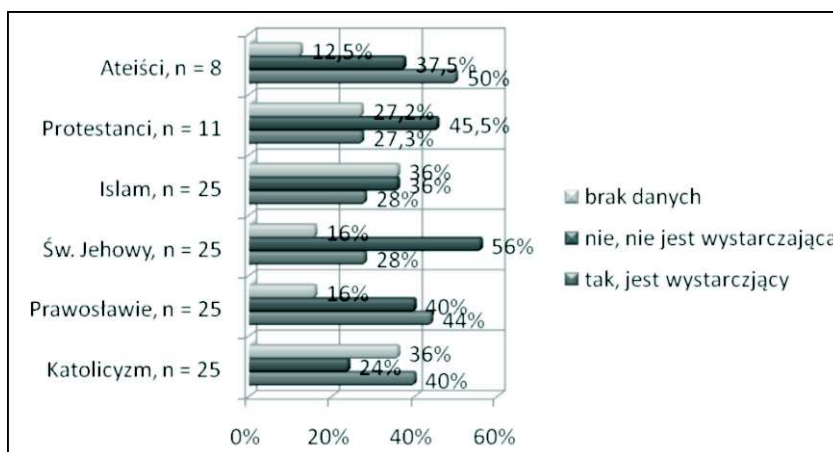
Tabela 1. Opinia ankietowanych, czy po śmierci oddałyby swoje narządy do przeszczepu

Odpowiedzi	Katolicyzm		Prawosławie		Świadkowie Jehowy		Islam		Protestanci		Ateiści	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
tak, na pewno to zrobię	15	60	11	44	3	12	10	40	6	54,5	6	75
jeszcze nie wiem	10	40	11	44	15	60	10	40	5	45,5	1	12,5
na pewno nie	0	0	3	12	7	28	1	4	0	0	1	12,5
brak danych	0	0	0	0	0	0	4	16	0	0	0	0
Ogółem	25	100	25	100	25	100	25	100	11	100	8	100

W opinii ankietowanych mieszkańców Podlasia, niezależnie od wyznania, ponad połowa badanych uważa, że zgoda rodziny powinna być brana pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów. Rodzina nie powinna decydować o pobieraniu narządów zdaniem 23 ankietowanych (19,3%), 22 badanych (18,5%) nie ma sprecyzowanej opinii na ten temat (tab. 2).



Rycina 2. Opinia osób czy wyraziliby zgodę na pobranie organów do przeszczepu po śmierci od bliskiej osoby

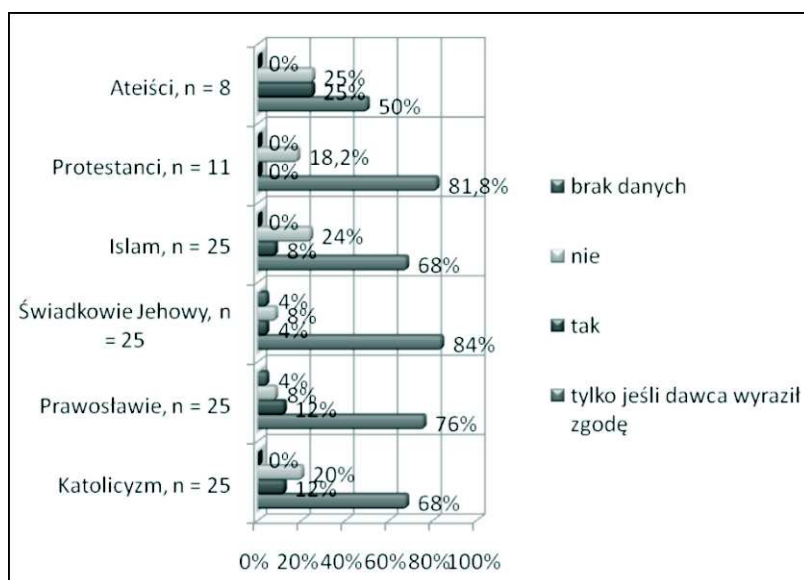


Rycina 3. Czy uważa Pan(i), że brak sprzeciwu potencjalnego dawcy w KRS tzw. „zgoda domniemana” jest wystarczająca do pobrania narządów?

Tabela 2. Czy uważa Pan(i), że opinia rodziny winna być brana pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów do przeszczepu od potencjalnego dawcy?

Odpowiedzi	Katolicyzm		Prawosławie		Świadkowie Jehowy		Islam		Protestanci		Ateiści	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
tak	16	64	15	60	14	56	15	60	10	90,9	4	50
nie powinna mieć wpływu	5	20	7	28	6	24	2	8	0	0	3	37,5
nie mam zdania	4	16	3	12	5	20	8	32	1	9,1	1	12,5
Ogółem	25	100	25	100	25	100	25	100	11	100	8	100

W opinii 87 ankietowanych (73,1%) pobieranie narządów pomimo sprzeciwu rodziny dawcy byłoby zasadne, tylko jeśli potencjalny dawca wyraził zgodę za życia, 7,5% ankietowanych odpowiedziało, że jest zasadne nawet bez znajomości wcześniejszej woli dawcy, natomiast jest nieuzasadnione dla 19 osób (ryc. 4).



Rycina 4. Czy Pana(i) zdaniem pobieranie narządów pomimo sprzeciwu rodziny dawcy jest uzasadnione moralnie?

Ankietowanych zapytano, czy ich zdaniem istnieje w Polsce transplantologiczne podziemie. Całkowicie przekonanych o istnieniu nielegalnych metod pozyskiwania narządów do przeszczepu jest 22,6%, natomiast zdaniem 30,2% takie

zjawisko jest prawdopodobne. Spośród ankietowanych Protestantów, Wyznawców Islamu i Świadków Jehowy ponad połowa nie określiła jednoznacznie swojego stanowiska (tab. 3).

Tabela 3. Czy uważa Pan(i), że w Polsce istnieje transplantologiczne „podziemie”?

Odpowiedzi	Katolicyzm		Prawosławie		Świadkowie Jehowy		Islam		Protestanci		Ateiści	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
tak, istnieje	4	16	7	28	6	24	3	12	3	27,3	4	50
prawdopodobnie istnieje	9	36	11	44	5	20	5	20	2	18,2	4	50
nie mam zdania	10	40	5	20	13	52	16	64	6	54,5	0	0
nie, nie istnieje	2	8	2	8	0	0	1	4	0	0	0	0
brak danych	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0
Ogółem	25	100	25	100	25	102	25	100	11	100	8	100

Na zadane pytanie, czy w razie konieczności skorzystałby/łaby Pan(i) z możliwości nielegalnego pozyskania narządów do celu transplantacji respondenci – 71,4% odpowiedzi, że nie skorzystaliby z takiej metody pozyskania organów (tab. 4).

Tabela 4. Czy w razie konieczności skorzystałby Pan(i) z możliwości nielegalnego pozyskania narządów do celu transplantacji?

Odpowiedzi	Katolicyzm		Prawosławie		Świadkowie Jehowy		Islam		Protestanci		Ateiści	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
tak	6	24	10	40	1	4	7	28	2	18,2	3	37,5
nie	16	64	15	60	24	96	16	64	9	81,8	5	62,5
brak danych	3	12	0	0	0	0	2	8	0	0	0	0
Ogółem	25	100	25	100	25	100	25	100	11	100	8	100

Omówienie wyników i dyskusja

Wraz z rozwojem medycyny i biegiem lat rośnie świadomość i poparcie wśród społeczeństw na całym świecie wobec przeszczepiania narządów. Wciąż istnieje duża różnica między oczekującymi na przeszczep a liczbą dawców. Celem prezentowanej pracy było przedstawienie opinii mieszkańców województwa podlaskiego na temat przeszczepiania narządów w aspekcie wielokulturowości regionu.

W przeprowadzonym badaniu własnym wykazano, że przeszczepianie narządów popiera 84,8% (101 osób) ogółu ankietowanych. Grupą, która wyraziła największe poparcie (100%) byli Katolicy. Sprzeciw wobec przeszczepiania narządów wyraziło 14,3% (17 respondentów), z czego 10 osób stanowili Świadkowie Jehowy. Badania dowodzą, że zarówno osoby wierzące, niezależnie od wyznawanej religii, jak i ateści akceptują pobieranie narządów od dawców zmarłych.

Wyniki przeprowadzone przez TNS OBOP w 2005 roku obrazują, że 84% oddałoby swój narząd, aby pomóc w taki sposób bliskiej osobie, 73% członkowi dalszej rodziny, a 62% badanych oddałoby obcemu [12]. Według badań opinii społeczeństwa polskiego, przeprowadzonych przez CBOS i opublikowanych w październiku 2009 r. wynika, że większość Polaków (91%) ma przychylny stosunek do transplantologii. Sprzeciw wyrażało (6%) społeczeństwa. Relatywnie rzadziej mniejsze poparcie wyrażali starsi ankietowani w stosunku do osób młodych, również ci z podstawowym wykształceniem w stosunku do tych z wykształceniem wyższym [13].

Na decyzję o zostaniu dawcą narządów wpływ wywiera wiele czynników moralno-religijnych. Przenikanie się wzajemne kultur zamieszkujących region Podlasia kreuje podobne postawy i opinie, jednakże to proces wieloetapowy i wieloaspektowy. Z analizy własnego materiału wynika, że gotowość do oddania narządu po śmierci jest wysoka i wyraża ją 42,8% respondentów, 43,6% nie podaje jednoznacznego stanowiska w tym temacie. Wśród badanych znaczny odsetek zadeklarowanych zwolenników przekazania własnego narządu po śmierci stanowili: ateści 75%, Katolicy 60% oraz Protestanci 54,5%. W badaniu opinii studentów uczelni wyższych Szczecina przeprowadzonych przez Gożkiewicz Bożenę i wsp. w 2009 roku odnotowano wysoki stopień gotowości studentów do oddania narządu, szczególnie studiujących na uczelniach medycznych – 88% [14]. Według komunikatu z 2007 r., opublikowanego przez CBOS gotowość do podpisania oświadczenia woli wyraziło 72% ankietowanych. Ponadto w przeprowadzonym badaniu pytano, skąd bierze się niechęć społeczeństwa do dawstwa narządów, 25% osób podała, jako przyczynę względy religijne [8, 15]. W rozdziale Kulturowe uwarunkowania w transplantologii, autorstwa Małkowskiego P. czytamy, że w Rosji, pomimo braku sprzeciwu Kościoła prawosławnego, rozwój transplantologii jest na zdecydowanie niskim poziomie. Wynika to z niechęci, jaką Rosjanie prezentują wobec wyrażania zgody, spowodowanej brakiem zaufania do procedur medycznych oraz instytucji stwierdzających zgon. Podobna sytuacja ma miejsce w Grecji [8].

Istotnym problemem dzisiejszej transplantologii jest częsty brak wyrażania zgody przez rodzinę potencjalnego dawcy. W opinii ankietowanych mieszkańców Podlasia, niezależnie od wyznania, ponad połowa badanych uważa, że zgoda rodziny powinna być brana pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów, a pobieranie narządów, pomimo sprzeciwu rodziny dawcy, byłoby zasadne, tylko jeśli potencjalny dawca wyraził na to zgodę za życia.

Wprawdzie opinia rodziny nie ma mocy prawnej, wg ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 169, poz. 1411), nawet najbliższa rodzina nie może przeciwstawić się decyzji podjętej przez komisję kwalifikacyjną, jeśli potencjalny dawca za życia nie wyraził swojego sprzeciwu do transplantacji w Krajowym Rejestrze Sprzeciwów. Mimo to, ze względów etycznych należy informować rodzinę i brać pod uwagę jej opinię, co mogłoby mieć wymierny wpływ na wzrost liczby dawców narządów i zwiększyłoby liczbę wykonywanych zabiegów [16].

Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, że społeczność zamieszkująca Podlasie nie godzi się z obowiązującymi prawnymi uregulowaniami. Przy podejmowaniu decyzji powinna być brana pod uwagę wola rodziny, co należałoby uwzględnić przy aktualizacji aktów prawnych.

Rosnąca liczba chorych oczekujących na przeszczep, w stosunku do niewspółmiernej liczby dawców powoduje, że ludzie w desperackim kroku poszukają alternatywnych dróg pozyskiwania narządów. Mimo, że handel organami jest postrzegany we współczesnej bioetyce za zjawisko negatywne, proceder ten rozwija się na coraz większą skalę. Wiele religii głosi tożsame stanowisko dotyczące handlu organami. Dla przykładu, wśród wyznawców Islamu sprzedaż, kupno i płatne dawstwo są sprzeczne z godnością człowieka, oficjalnie jest surowo zakazane. Kościół Katolicki przeciwstawia się przedmiotowemu traktowaniu całości ludzkiego ciała: „jakikolwiek postępowanie prowadzące do komercjalizacji ludzkich organów lub do traktowania ich jako przedmiotów wymiany lub handlu musi być uznane za moralnie niedopuszczalne, ponieważ wykorzystywanie ciała jako „przedmiotu” poniża godność ludzkiej osoby (Jan Paweł II) [17, 18]. Ankietowanych w badaniu własnym zapytano, czy ich zdaniem istnieje w Polsce transplantologiczne podziemie. Całkowicie przekonanych o istnieniu nielegalnych metod pozyskiwania narządów do przeszczepu jest 22,6%, natomiast zdaniem 30,2% takie zjawisko jest prawdopodobne. Spośród ankietowanych Protestantów, Wyznawców Islamu i Świadków Jehowy ponad połowa nie określiła jednoznacznie swojego stanowiska. Badani respondenci w 71,4% odpowiadali, że nie skorzystaliby z nielegalnej metody pozyskania organów.

Wnioski

Na podstawie analizy badań sformułowano następujące wnioski:

1. Mieszkańcy Podlasia, niezależnie od tego z jakiej kultury lub religii się wywodzą, akceptują pobieranie narządów jako formę leczenia.
2. Większość z ankietowanych deklaruje, że oddałaby narządy do przeszczepu, co świadczy o dojrzałości edukacyjnej społeczeństwa.
3. Społeczność zamieszkująca Podlasie nie godzi się z obowiązującymi prawnymi uregulowaniami, przy podejmowaniu decyzji powinna być również brana pod uwagę wola rodziny, co powinno być uwzględnione przy aktualizacji aktów prawnych.

4. Ankietowani uważają, iż istnieją nielegalne drogi pozyskiwania narządów, jednakże niechętnie by korzystali z takiego rozwiązania problemu.

Piśmiennictwo

1. Guzik-Makaruk E. M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu karnoprawnym i kryminologicznym. Wyd. Temida 2, Białystok 2008: 13–37.
2. Barczyński M., Bogusz J.: Medyczny słownik encyklopedyczny. Wyd. Fogra, Kraków 1993: 342.
3. Wasak A.: Transplantacje. Dar życia. Wyd. POLWEN, Radom 2007: 17–23.
4. Krajewska-Kułał E., Łukaszuk C.: Wielokulturowość społeczeństwa polskiego. [W:] Problemy wielokulturowości w medycynie. red. Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. Wyd. PZWL, Warszawa 2010: 79–91.
5. Rutkowski B., Kaliciński P.: Transplantacja narządów w świecie i Polsce. [W:] Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński: Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2009: 3–11.
6. Modlińska A., Krakowiak P.: Stanowisko Kościoła katolickiego oraz innych religii wobec przeszczepiania narządów. [W:] Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. red. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wyd. Via Medica, Gdańsk 2009: 27–41.
7. Storkebaum S.: Dar życia. Wszystko o przeszczepach narządów. Wyd. Świat Książki, Warszawa 1999: 178–179, 188.
8. Małkowski P.: Kulturowe uwarunkowania w transplantologii. [W:] Problemy wielokulturowości w medycynie. red. Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. Wyd. PZWL, Warszawa 2010: 327–337.
9. Książ G.: Kościół a transplantacja. [W:] Biblioteka wiedzy o transplantacji. Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”, Skwierzyna 2005.
10. Biuletyn Informacyjny „Poltransplantu” Nr 1 (18) 2010.
11. Rowiński W., Bariery przeszczepiania narządów w Polsce i sposoby ich pokonania. *Medycyna Praktyczna* 2009 (1): 156–157.
12. http://www.esculap.pl/wiadomosc/polacy_o_narzadach/id,16154a3a163aaee03800fae8040586b0/ 15.02.2011.
13. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_146_09.PDF; 15.02.2011.
14. Gorzkowicz B., Majewski W., Tracz E., Zamojska E., Czarnota-Chlewicka J., Brzózka W., Maksymowicz M., Szydlik M., Szymańska K., Bilski S., Szankowska N.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina: 111–116.
15. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_100_07.PDF 15.02.2011.
16. Dz.U. Nr 169, poz. 1411.
17. Encyklopedia Bioetyki, A. Muszala (red.), Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne „Polwen”, Radom 2005.
18. Jan Paweł II: Poszukiwanie naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty. Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego (29 VIII 2000), *ORpol* 21 (2000) nr 11/12.

Joanna Romanowska¹, Barbara Turko¹, Weronika Porowska¹,
Urszula Skiepkó¹, Emilia Rozwadowska²,
Elżbieta Krajewska-Kułał Elżbieta²

Terapie Wschodu w medycynie naturalnej – akupunktura

Tradycyjna medycyna chińska, za Stadnikiem [A], ma już ponad dwa tysiące lat (300–500 lat p.n.e.) . Wtedy już istniał rękopis klasycznej medycznej księgi „*Nei Jing*”, a znakomity chiński chirurg stosował środki znieczulające. Szczepionka przeciwko ospie znana była w Chinach już w XI w., chociaż na zachodzie uważa się, że opracował ją angielski lekarz Jenner, 700 lat później [cyt. za A].

W medycynie chińskiej zarówno w fizjologii, jak i w patologii, rozpatruje się procesy biofizyczne, a nie biochemiczne [A]. Chińscy lekarze podchodzą do analizy organizmu człowieka całościowo, rozpatrując zmiany w nim zachodzące w odniesieniu do zmian otoczenia i przyrody. Medycyna chińska uważa, iż procesy fizjologiczne, mentalne, psychiczne i duchowe mają na siebie wzajemny wpływ, w związku z tym oprócz ciała fizycznego (narządy, tkanki, krew, płyny ustrojowe) rozpatruje i zajmuje się takimi zagadnieniami, jak *Jieng* (Esencja), *Chi* (Energia) oraz *Shen* (Duch) [A].

Maciej Borzęcki twierdzi, iż: „odległość i czas są czynnikami, które pobudzają ludzką wyobraźnię. To, co odległe w czasie i przestrzeni, jest zazwyczaj doskonalsze niż to, co tu i teraz. Obecnie przeżywamy »potop« UFO; w różnych miejscach na Ziemi pojawiają się małe, zielone ludziki, a ponieważ nie są agresywne, liczymy po cichu, że pomogą nam między innymi zwalczyć nieuleczalne choroby. Tuż przed zielonymi ludzikami przeżywalismy »potop« uzdrowicieli ze złotymi i srebnymi igiełkami. Z charakterystyczną dla ludzi ufnością, wiarą poddaliśmy się prawie wszyscy akupunkturze, jak jedna wielka poduszka do wkuwania igieł” [cyt. za 1].

Etymologicznie słowo akupunktura wywodzi się od łacińskiego *acus* – igła i *punctio* – ukłucie. Metoda rodem z Chin, w języku ojczystym nosi nazwę *Chen* [1]. Akupunktura jest formą terapii skórnej, polegającej na stymulowaniu

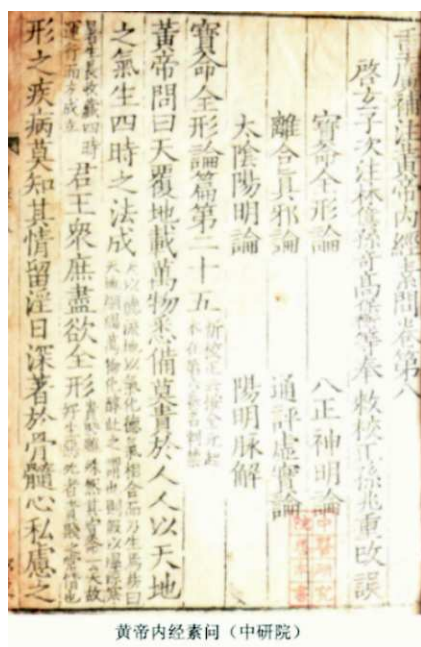
¹ SKN Wolontariuszy Medycznych, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

pewnych miejsc, punktów. Uznawana jest za metodę fizykalną, ze względu na aspekty, takie jak mechaniczny charakter bodźca, możliwość dawkowania [2].

Początków akupunktury nie da się jednoznacznie określić, wiadomo jednak, że jest to okres kilku tysięcy lat przed naszą erą. Według ludowych podań chińskich pierwszy nietypowy zabieg akupunktury miał miejsce około 6–4 tysiące lat p.n.e. za panowania mitycznego cesarza Fu-Si [cyt. za 3]. Legenda głosi, że jeden z jego poddanych cierpiał na chroniczne bóle głowy, które ustąpiły dopiero, gdy przypadkiem uderzył się w nogę. Od tej pory każdy, kogo bolała głowa uderzał się w to miejsce na nodze. Do czasu, gdy dowiedział się o tym sam cesarz i brutalny sposób uderzania kamieniem zastąpił używaniem kamiennej igły. Z biegiem czasu odkryto, że nakłuwanie innych miejsc pomaga w leczeniu wielu różnorodnych schorzeń [cyt. za 3].

Największy rozwój akupunktury nastąpił w XXV wieku przed naszą erą, kiedy to Huang-Ti, zwany „Żółtym cesarzem” polecił wprowadzenie metalowych igieł zamiast kamiennych i rozpowszechnił tę metodę. „Pierwszym i najstarszym zachowanym do dzisiaj pisemnym dokumentem medycznym dotyczącym akupunktury jest dzieło *Huangdi-Nei-Jing – Przyroda i życie*, nazywane także *Kanonom Medycyny*” [cyt. za 3]. Zawarto w nim informacje o anatomii, fizjologii, patologii, terapii, opis igieł, kanałów energetycznych oraz topografię 295 punktów leczniczych. To zbiór wiedzy praktykowanej przez ponad dwa tysiąclecia [cyt. za 3].



黃帝內經素問 (中研院)

Huangdi-Nei-Jing [B]

Akupunktura osiągnęła status odrębnej specjalności medycznej za czasów dynastii Tang, a w Cesarskim Kolegium Medycznym powstał wówczas poświęcony jej wydział, na którym studia trwały 7 lat, a komisję egzaminacyjną powoływał sam cesarz. Ten wielki rozwój akupunktury zakończyło dopiero objęcie władzy przez zniechęconą przez Chińczyków mandżurską dynastię Tsing w latach 1644–1912, która zarzuciła akupunkturze prymitywizm i znachorstwo. Lekarzy zaczęto kształcić na wzór europejski, jednak akupunktura nadal była uprawiana w ukryciu i tak przetrwała ten okres, nie tracąc na popularności [cyt. za 3].

Momentem zwrotnym dla tej metody było powstanie w 1949 roku Chińskiej Republiki Ludowej, po którym tradycyjne chińskie metody stały na równi z nowoczesnymi [cyt. za 3]. W 1955 roku w Pekinie powstał Centralny Instytut Medycyny Tradycyjnej, zajmujący się między innymi akupunkturą. Obecnie stosuje się tę metodę w każdej klinice i przychodni w Chinach, wykładana jest na każdym wydziale lekarskim, a instytuty naukowe prowadzą badania na ten temat z udziałem najnowocześniejszych metod. Akupunktura, dzięki misjonarzom, dyplomatom i podróżnikom dotarła także do Europy, gdzie zyskuje coraz szersze poparcie, a Światowa Organizacja Zdrowia uznała ją oficjalnie za metodę leczniczą [3].

Medycyna ludowa każdej cywilizacji łączy się w mniejszym lub większym stopniu z filozofią i religią. Szczególnie silne powiązanie obu tych dziedzin można zauważyć w krajach Dalekiego Wschodu. Główne nurty klasycznej filozofii chińskiej przetrwały od VIII w. p.n.e. po dzień dzisiejszy [1].

Leczenie metodą akupunktury jest ściśle oparte na rozbudowanych teoriach i koncepcjach chińskich, tak więc przeprowadzenie zabiegu poprawnie i skutecznie wymaga od specjalisty wtajemniczenia filozoficznego. Jakikolwiek uproszczenia tak rozbudowanego systemu filozoficznego Chin są krzywdzące, jednak mówiąc o akupunkturze, należy wspomnieć przynajmniej o podstawowych teoriach będących kluczem do zrozumienia mechanizmu i celu akupunktury. Podstawowym pojęciem, na którym opiera się tradycyjna medycyna chińska, w tym akupunktura, jest termin Qi, odnoszący się do niewidzialnej „energii życiowej”, „siły” krążącej po ciele człowieka i każdej materii. *Qi niezbędna jest do prawidłowego funkcjonowania elementów ciała oraz organizmu jako całości. Siła, która napędza wszelkie procesy życiowe nieustannie cyrkuluje ustalonymi szlakami zwanymi meridianami lub po prostu kanałami. Energia rozpoczyna swój przepływ z serca i po 24h wraca do serca. Określona kolejność przepływu Qi tworzy prostą zależność, tzw. wysokość fali w narządzie zależy od poziomu Qi w narządzie poprzedzającym. Tak więc w przypadku choroby, gdy energia w narządzie ulega obniżeniu, automatycznie to samo stanie się w narządzie kolejnym. Lekarstwem na wyrównanie poziomu w kanale osłabionym energetycznie tym samym podniesienie poziomu Qi w narządzie kolejnym, jest nakłucie kanału „chorego” [3].*

Według Chińczyków energia w ciele człowieka przepływa podobnie jak w naturze, czyli zgodnie z porami roku. Pięć pór roku systemu chińskiego od-

powiada pięciu elementom i tworzy Teorię Pięciu Elementów. Poszczególne elementy odpowiadają narządom ciała. Zaczynając od lata związanego z Elementem Ognia, ma się na myśli takie narządy, jak: serce i jelito cienkie. Późne lato (okres między połową lipca a połową września) – to Element Ziemi, odpowiadający za żołądek i śledzionę, której Chińczycy nadają szczególnie ważne znaczenie. Jesień odpowiada za element Metalu, z którym wiążą się płuca i jelito grube. Z nerkami i pęcherzem moczowym wiąże się zima i Element Wody. Ostatni Element, to Drzewo charakterystyczne dla wiosny i związane z pęcherzykiem żółciowym i wątrobą. Teorię tę obrazuje okrąg, każdy okres prowadzi do następnego i między nimi istnieją zależności [4].

Mieczysław Szcześniewski [2], autor książki „Podstawy akupunktury”, w swojej publikacji przedstawia zależności między pięcioma elementami na podstawie dwóch więzi:

- więź twórcza – pobudzająca, opierająca się na zależności „matka–syn”, w której każdy element jest pobudzający i pobudzany. Relacja ta ma określony porządek „ drzewo pobudza (rodzi) ogień, ogień pobudza (ogrzewa) ziemię, ziemia pobudza (rodzi) metal, metal pobudza (daje) wodę, woda pobudza (żywi) drzewo”
- więź destrukcyjna-hamująca, powstająca gdy jest nadmiar lub niedobór jednego lub wielu elementów, występuje między nimi wtedy zwalczanie lub przeciwdziałanie. W więzi tej: „drzewo hamuje (podrywa korzeniami) ziemię, ziemia hamuje (wypija) wodę, woda hamuje (gasi) ogień, ogień hamuje (topi) metal, metal hamuje (tnie) drzewo”. Relacje te przekładają się na narządy odpowiadające poszczególnym elementom [3].

Wszelkie zaburzenia równowagi w organizmie powodują chorobę. Zaburzeniom działania narządów nadaje się również specyficzne określenia, takie jak zbyt „wilgotne” lub zbyt „suche”, mówi się, że narząd może zawierać zbyt wiele „ognia” lub może być „chłodny” [4].

Brakującym ogniwem do lepszego poznania teorii dotyczącej Qi oraz Pięciu elementów, jest teoria przeciwieństwa sił. Życiodajna siła, istnienie energii Qi zapewnia wzajemna zależność dwóch sił, walka pomiędzy przeciwieństwami Jang i In. Pojęcie Jang-IN odnosi się do „dwóch stron” zjawisk naturalnych, przedmiotów, stanów, np.: gorąco i zimno, dzień i noc, kobieta i mężczyzna, dobro i zło, ruch i spokój, bierny i aktywny. Wszelkie prawa przyrody, rozwój i ruch, harmonia bądź nieład podyktowane są wewnętrzną walką obydwu tych sił. W opinii japońskiego autora Soren Janagija: „Nie byłoby biegunowości, nie byłoby i harmonii; gdzie nie ma przeciwieństw, tam nie ma i jedności”. Relacje między Jang (jasne pole) a In (ciemne pole) symbolizuje chińska monada. Rozdzielone są falistą linią, ale obydwie znajdują się w jednym kole, w Jang i In znajduje się mały załazek przeciwnej siły [5]. Odnosząc teorię o przeciwieństwach do pojęcia choroby, najważniejszym wydaje się fakt, że powstaje ona z powodu zachwiania równowagi między tymi siłami. Choroba może więc powstać w wyniku

nadmiaru, przewagi procesów pobudzenia (Jang) lub też z powodu nadmiaru procesów hamujących (Iń). Przyczyny te są gruntem do dalszego rozpoznania i działania w zakresie akupunktury [1].

Polski misjonarz Michał Boym, od 1644 do 1659 roku przebywał na terenie Chin, gdzie zapoznawał się z chińskimi metodami leczenia. Opublikowano książki jego autorstwa: pt. *Flora Chin*, w której zawarte zostały opisy roślin leczniczych, a także pt. *Klucz Medyczny*, która była poświęcona zasadom chińskiej medycyny. Polski misjonarz miał bardzo duży wpływ na rozwój akupunktury w naszym kraju. Jego książki są dowodem na to, że korzenie polskiej akupunktury sięgają połowy siedemnastego stulecia [cyt. za 6].

Następnymi osobami piszącymi na ten temat byli polscy lekarze: Antoni Baronowski oraz Józef Domaszewski. W XIX i XX wieku, w związku z gwałtownym rozwojem medycyny europejskiej, zainteresowanie akupunkturą spadło. Sytuacja zmieniła się dopiero w 1971 roku, kiedy to profesor Zbigniew Garnuszewski wrócił ze swojej podróży do Chin i systematycznie walczył o uznanie akupunktury jako pełnoprawnej metody leczenia. W 1978 roku założył pierwszą w Polsce Poradnię Leczenia Akupunkturą w Warszawie, a w następnym roku rozpoczął regularne szkolenie lekarzy na kursach. Mimo śmierci profesora Garnuszewskiego, ośrodek nadal kształci nowych lekarzy, a akupunktura zyskuje coraz większe uznanie w świecie medycznym [6].

Kluczem do sukcesywnego stosowania metody akupunktury jest znajomość swoistej anatomii akupunktury. Składają się na nią kanały energetyczne, zwane meridianami lub południkami (od południków ziemskich, w związku z kierunkiem przebiegania przez ciało), którymi przepływa energia życiowa Qi. Należy podkreślić, iż nie odpowiadają one żadnym rzeczywistym strukturom, ani naszym anatomycznym. Bywa jednak, że przebieg niektórych południków pokrywa się w niektórych odcinkach z przebiegiem nerwów obwodowych, np. kanał pęcherza moczowego z krótkimi odcinkami nerwu kulszowego w kończynie dolnej [1]. Najbliżej powierzchni ciała mają swój przebieg tzw. meridiany więzadłowo-mięśniowe. Tworzą one sferę oddziaływania między organizmem a środowiskiem, w którym się on znajduje. Stanowią też pierwszą reakcję obronną na zagrożenia zewnętrzne. Kolejny rodzaj kanałów to meridiany główne, przebiegają przez mięśnie i odżywiają tkanki, lecz nie wszystkie. Meridiany wewnętrzne, z kolei, biegną z powierzchni ciała do głęboko położonych narządów, są tym samym nośnikami energii wyprodukowanej przez narządy, która krąży po całym ciele. Istnieje również układ ścieżek nazywanych cudownymi meridianami, są one połączeniami między kanałami głównymi, spełniają również rolę źródła energii w ekstremalnych sytuacjach deficytu lub nadmiaru Qi [7]. Wyróżniono 12 parzystych i 2 nieparzystych południków, których nazwy wywodzą się od nazw narządów: I. Kanał płuc, II. Kanał jelita grubego, III. Kanał żołądka, IV. Kanał śledziony i trzustki, V. Kanał serca, VI. Kanał jelita cienkiego, VII. Kanał pęcherza moczowego, VIII. Kanał nerki, IX. Kanał osierdzia, X. Kanał potrójnego

ogrzewacza, XI. Kanał pęcherzyka żółciowego, XII. Kanał wątroby. Kanały nieparzyste to: XIII zwany środkowo-tylnym, XIV zwany środkowo-przednim. Akupunktura opiera się na nakłuwaniu specjalnymi igłami odpowiednich miejsc, zwanych punktami. Z ponad tysiąca znanych punktów – 365 zlokalizowanych jest wzdłuż wymienionych wyżej kanałów. Poza tym 130 znajduje się na małżowinie usznej, punkty te są związane z odpowiednimi narządami i układami w organizmie. W związku z tą wiedzą rozwinęła się tzw. aurikuloterapia – akupunktura uszna [8].

Autor *Akupunktury*, Maciej Borzęcki [1], klasyfikuje punkty na główne i szczególne. Punkty główne dzielą się na:

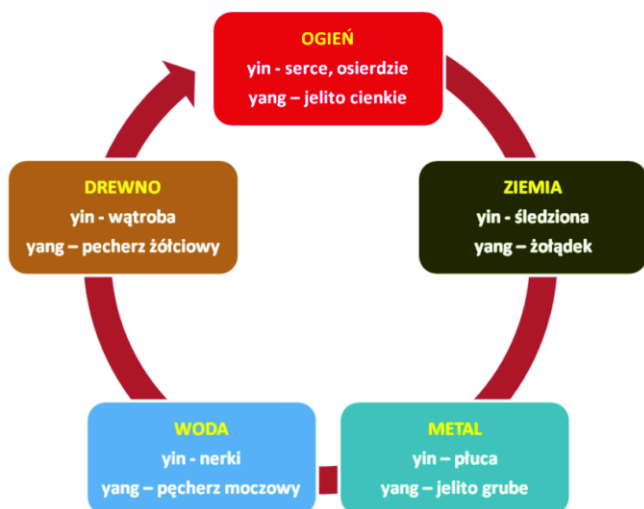
- pobudzający (Jang), którego drażnienie poprawia niedostateczną funkcję narządu (chorobę In), następuje uzupełnienie deficytu energii
- punkt rozpraszający (In), którego pobudzenie ma na celu zwalczanie nadmiernej funkcji narządu (choroby Jang), czyli wykazuje działanie hamujące; wzmożenie efektu poprzednich punktów wzmożone jest dzięki drażnieniu punktu źródła [1].

Punkty szczególne, to punkty odczucia, położone na południku pęcherza moczowego, będące jednak w zależności z pozostałymi południkami. W praktyce więc każdy narząd, czy też układ, ma swój punkt na kanale pęcherza moczowego. Zalicza się tu:

- punkt alarmowy, możliwy jest do zlokalizowania przez samego chorego, ponieważ znajduje się nad chorym narządem lub w pobliżu
- punkt przejściowy, nakłuwany w chorobach dwóch narządów, które powiązane są tym samym pulsem (np. nerka i pęcherz moczowy) [1].

Fizjologia organizmu ludzkiego z perspektywy akupunktury to trzy główne, symetryczne obiegi krążenia, z których każdy utworzony jest z pary narządów: jednego narządu mięsaszowego Yin i jednego trzewnego Yang. Narządy Yin, nazywane także stałymi to połowa spośród wyróżnianych 12 głównych narządów w organizmie, których funkcją jest tworzenie energii. Drugą szóstkę tworzą narządy puste – Yang, które zajmują się transportem substancji, krwi i wytworzonej energii do wszystkich organów i tkanek ciała. Te 12 głównych narządów ściśle ze sobą współpracuje i uzupełnia swoje czynności, aby utworzyć energię, czerpaną z powietrza i pożywienia oraz zapewnić jej stały przepływ *Qi* [7]. Z patologią ma się do czynienia w przypadku zaburzenia przepływu *Qi* „w jednym z podziałów sieci cyrkulacyjnej, związanej z organem lub jawnym zaburzeniem w metabolizmie lub funkcjach transportowych narządu” [cyt. za 7]. Zaznaczyć należy, iż w akupunkturze skupia się z założenia przede wszystkim na pierwszych objawach tych dysharmonii.

Akupunktura nie pomaga na wszystkie choroby. Zanim zastosuje tę metodę powinno się uwzględnić wszystkie wskazania i przeciwwskazania, określić stan odporności naszego organizmu i stadium choroby, aby nie przeoczyć konieczności zastosowania innego sposobu leczenia. Najlepsze wyniki stosowania



Pięć żywiołów obrazujących nieustanną przemianę wszechświata i wszystkich stworzeń oraz ich przedstawiciele w postaci narządów zan-fu, na podstawie [C]

akupunktury uzyskuje się w zaburzeniach czynnościowych, czyli takich, których zaburzenia w układach i narządach są jeszcze odwracalne, w chorobach występujących w młodym wieku i we wczesnych stadiach choroby.

Do jednostek chorobowych, których nie wolno stosować akupunktury należą:

- nowotwory złośliwe
- ostre choroby zakaźne i stany gorączkowe
- przewlekłe choroby, np. gruźlica
- niewydolność oddechowa i krążeniowa, stany pozawałowe
- stany ostrego pobudzenia psychicznego
- ostre wyniszczenie ogólne
- ostre zespoły bólowe niejasnego pochodzenia
- ciąża (szczególnie w drugiej połowie)
- wiek niemowlęcy i powyżej siedemdziesiątego roku życia
- stany po ciężkim wysiłku fizycznym, biegu, gorącej kąpieli, obfitym posiłku oraz spożyciu alkoholu [cyt. za 8].

Do jednostek chorobowych, w których akupunktura jest wskazana, zalicza się:

- choroby obwodowego układu nerwowego z zaburzeniami czuciowymi i ruchowymi, obwodowe zapalenie nerwu twarzowego, zapalenie nerwu trójdzielonego
- nerwice: histeria, czynnościowe zaburzenia mowy, moczenie nocne, tiki, powikłania okresu przekwitania

- choroby autonomicznego układu nerwowego; nerwobóle pochodzenia wegetatywnego, migrena, choroba Meniere'a
- stany alergiczne: wysypki skórne, obrzęk Quinckego, astma oskrzelowa
- zaburzenia ruchowe przewodu pokarmowego i dróg żółciowych, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy
- choroby stawów i mięśni kręgosłupa pochodzenia reumatycznego, dystroficznego, urazowego i na podstawie zaburzeń przemiany materii (dna)
- inne zespoły bólowe [cyt. za 8].

Utworzono także listę wskazań do leczenia akupunkturą przez Światową Organizację Zdrowia [cyt. za 3], na której zamieszczono następujące choroby:

- dróg oddechowych: ostre zapalenie zatok, ostre zapalenie nosa, ostre zapalenie migdałków, ogólne choroby z przeziębienia
- oskrzeli i płuc: ostre zapalenie oskrzeli, zapalenie siatkówki, krótkowzroczność, zaćma bez powikłań
- jamy ustnej: bóle zębów, bóle poekstrakcyjne zębów, zapalenie dziąseł, ostre i przewlekłe zapalenie gardła
- żołądka i jelit: kurcze przełyku i wpustu, czkawka, opadnięcie żołądka, ostre i przewlekłe zapalenie żołądka, nadkwaśność żołądka, przewlekły wrzód dwunastnicy (złagodzenie bólów), ostry wrzód dwunastnicy bez powikłań, ostra biegunka bakteryjna bez powikłań, zaparcia, biegunka, niedrożność porażenna jelit
- neurologiczne i ortopedyczne: bóle głowy, migrena, neuralgia nerwu trójdzielnego, porażenie nerwu twarzowego, porażenia po udarach mózgowych, neuropatie obwodowe, porażenie dziecięce nagminne, choroba Meniere'a, neurogenne zaburzenia czynności pęcherza moczowego, moczenie nocne, neuralgia międzyżebrowa, zespół „bark-ręka”, powysiłkowe zapalenie stawu łokciowego u tenisistów, zespół bolesnego barku, rwa kulszowa, reumatoidalne zapalenie stawów.

Dzięki akupunkturze można uzyskać pozytywne wyniki leczenia, ale trzeba znać dokładnie wszystkie teorie chińskie, które są podstawą tej metody. Nie nadaje się ona do stosowania w warunkach domowych, gdyż można ją także zaszkodzić choremu. Stosować ją powinni wyłącznie lekarze znający jej podstawy teoretyczne i mający duże doświadczenie praktyczne w tej dziedzinie [8].

Sesję terapeutyczną rozpoczyna się od postawienia diagnozy, ponieważ od jej trafności będzie zależała terapia. Składa się na nią: obserwacja, wywiad, badanie słuchem, węchem oraz dotykiem. Specjalista akupunktury koncentruje się na zidentyfikowaniu słabego ogniwa w łańcuchu energetycznym organizmu i ułożeniu wszystkich symptomów chorobowych we wzorzec dysharmonii. Robi się to w oparciu o system pięciu żywiołów [9].

Pierwsze badanie jest podobne, jak w przypadku wywiadu alopacyjnego i badania medycznego. Rozpoczyna się je od wywiadu. Pacjent jest zachęcany do opowiedzenia o zgłaszanych problemach oraz sytuacji ogólnej. Terapeuta bada

cechy problemów oraz zachowania, próbując połączyć je z wyraźnym lub subtelnym wpływem narządów wewnętrznych [7]. Pytania są drobiazgowo i dotyczą z reguły: stylu życia, aktywności fizycznej, pracy i zainteresowań pacjenta, jak również rodziny pacjenta, chorób w niej występujących, doświadczeń z dzieciństwa oraz jego relacji z innymi ludźmi. Ważną informacją jest częstotliwość zmiany miejsca zamieszkania, relacje z rodziną oraz partnerem.

Terapeuta zbiera informacje na temat stanu zdrowia i osobowości pacjenta. Zazwyczaj prosi go o następujące informacje:

- pełną historię chorób
- doświadczone symptomy
- charakter odczuwanego do tej pory bólu
- typowy przebieg snu
- doznawanie odczuć gorąca i zimna
- występowanie zawrotów głowy
- zwyczajów żywieniowych
- ruchów jelita i oddawania moczu [9].

Wywiad umożliwia odpowiedź na takie pytania, jak: cykliczność występowania objawów oraz ich związek z sezonowością i klimatem oraz reakcją na ucisk, ruch, gorąco czy zimno [7].

Kolejnym etapem badania jest obserwacja, w której zwraca się uwagę na wygląd zewnętrzny i postawę pacjenta. Szczególnie znaczenie ma koloryt cery pacjenta. Jej bladość jest kojarzona z brakiem harmonii i zimnem, kolor żółty związany jest z wilgocią, a czerwony z oznaką nadmiaru gorąca [7]. Obserwuje się również oczy, aby określić stan *Shen*. Jeśli są jasne i błyszczące znaczy, że jest pacjent w harmonii, a jeśli oczy nie mają wyrazu lub blasku świadczy to o jej wyczerpaniu. Często ogląda się również język, jego kolor i nalot. Zdrowy język powinien mieć barwę jasnoczerwoną, z cienkim, białawym nalotem. Jeśli jego barwa jest sinawa to oznacza to, że energia *Chi* jest w stagnacji. Zbyt gruby świadczy o jej nadmiarze, a zbyt cienki – o niedoborze. Poszczególne obszary języka odpowiadają za inne narządy. Akupunkturzysta sporządza mapę języka, która może być pomocna w późniejszej konsultacji [7].

Następnie przechodzi się do badania słuchem i węchem. Terapeuta obserwuje sposób oddychania, mówienia, kaszlu i barwę głosu pacjenta. Ta ostatnia porównywana jest do pięciu żywiołów, podobnie jak zapach wydzielany z ust chorego. Odstępstwa mogą świadczyć o braku równowagi w jednym z nich np. kwaśny zapach oraz krzykliwy głos wskazują na zakłócenia elementu drewna [7].

Ostatnim etapem w postawieniu diagnozy jest badanie dotykiem. Jest to najważniejsze badanie. Składa się z dwóch etapów: badania skóry i dokładnego mierzenia pulsu na obu przegubach. Podczas takiego badania pacjent powinien być zrelaksowany. Medycyna chińska wyróżnia sześć typów pulsu. Specjalista potrafi określić nawet 28 cech tętna. Tętno na lewym przegubie informuje o stanie serca, jelita cienkiego, wątroby, pęcherzyka żółciowego, nerek i pęcherza moczowego.

wego, na prawym natomiast płuca, jelito grube, żołądek, śledzionę i krążenie. Po badaniu tętna przechodzi się do tzw. Japońskiej diagnozy brzusznej, która polega na uciskaniu brzucha w różnych miejscach, co informuje o stanie konkretnych organów. Bada się również miejsce nad i pod pępkiem oraz klatkę piersiową. Są to obszary regulowane przez „potrójny ogrzewacz” – południk będący termostatem ciała. Nieprawidłowości ciepłoty ciała mogą świadczyć o jego zaburzeniach albo o zakłóceniu równowagi jednego z organów, którymi on steruje. Niektórzy akupunkturzyści używają testu Akabne. Polega to na przesunięciu zapalonego stożka wzdłuż koniuszków palców stóp i rąk. Ma to na celu ustalenie południków na obu stronach ciała. Lekarz liczy, ile razy ciepło przesuwają się na drugą stronę nim dotrze do danego punktu. Jeżeli jest różnica w ilości przesunięć między jedną a drugą stroną, świadczy to o braku równowagi w przepływie energii. Za pomocą rąk możliwe jest też zlokalizowanie miejsc zimnych i gorących na kończynach. Wszystkie cztery badania powinny prowadzić to tego samego wniosku [9].

Przed zakończeniem procesu diagnostycznego, w celu potwierdzenia właściwej diagnozy, osoba badająca przegląda zapisy medyczne, badania radiograficzne i laboratoryjne oraz zleca nowe badania. Na podstawie wszystkich dostępnych informacji zostaje określony najbardziej zaburzony narząd lub wpływ narządu. Energetyczno-funkcjonalny poziom zaburzenia dotyczy równowagi w aktywności energetycznej i metabolicznej narządów i ich wpływów. Poziom kanałowo-strukturalny dotyczy skóry, powięzi, mięśni i kości, a poziomy narządowy funkcji metabolicznych lub transportowych samych narządów. Akupunkturzysta decyduje, która sieć przepływu energii umożliwi najlepszy dostęp do poziomu największego zakłócenia [7, 9].

Wstępne badanie umożliwia poznanie problemu oraz mocnych i słabych stron pacjenta [7].

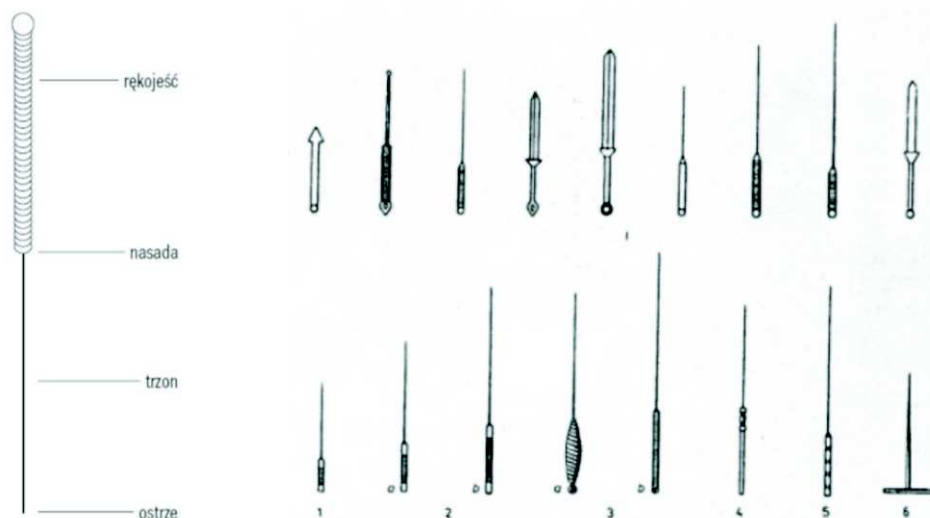
Następnie lekarz decyduje o sposobie leczenia, którego zasadniczym celem jest przywrócenie energii oraz równowagi w ciele pacjenta. Badania odbywa się na leżąco. Osoba badana odsłania punkty wyznaczone przez akupunkturzystę. Części ciała nie poddane zabiegowi mogą zostać przykryte. Przy wbijaniu igieł pacjent czuje niewielkie ukłucie, mrowienie, drętwienie lub lekki ból. Zależy to od miejsca i głębokości nakłucia. Terapeuta stosuje od jednej do ośmiu igieł i manipuluje nimi w taki sposób, aby pobudzić lub uspokoić wyznaczone wcześniej punkty. Trwa to od kilku sekund do kilku minut [9].

Po wyznaczeniu miejsca i odpowiednim przygotowaniu igieł terapeuta przystępuje do zabiegu. Punkty zaznacza się flamastrem lub za pomocą ucisku rękoleścią igły miejsca wkłucia. Skóra jest dezynfekowana zarówno przed, jak i po zabiegu. Igłę trzyma się na pomoc dwóch lub trzech palców. Zawsze kciukiem i drugim palcem, czasami używa się palca trzeciego, co ułatwia zabieg. Ręka lekarza powinna być oparta o ciało pacjenta, dlatego, że w przypadku braku stabilności mogłoby dojść do wkłucia zbyt głębokiego lub naruszenia sąsied-

nich tkanek. Igłę wkuwa się pionowo, po czym skierowuje się ją w konkretnym kierunku [9].

Wyróżniamy kilka rodzajów wkłuc [3]. Igły mogą być wkłuwane z ruchami obrotowymi lub bez nich. W pierwszym przypadku wkłucie może być powolne lub szybkie. Powolne polega na tym, że igłę ustawia się pionowo nad wyznaczonym wcześniej punktem trzymając ją w prawym ręku, lewa natomiast służy do przytrzymywania skóry. Powoli nakłuwa się skórę na daną głębokość, obracając igłę raz w prawo, raz w lewo w zakresie 90–180 stopni. Przekroczenie 180 stopni może powodować ból pod wpływem nawijania się włókien tkankowych na igłę. Jest to metoda standardowa, którą można wykonywać u każdego pacjenta. Drugi sposób polega na szybkim przebiciu skóry na głębokość około 0,5 cm [3]. Następnie powolnymi ruchami obrotowymi wkuwa się igłę głębiej. Metoda ta zmniejsza uczucie bólu, ponieważ powierzchowna skóra ma największą ilość receptorów bólowych. Stosuje się ją głównie u pacjentów o zmniejszonym progu bólowym, nadwrażliwych, dzieci, osób bojących się nakłucia oraz w przypadku nakłuwania bardzo wrażliwych miejsc. W przypadku niewykonywania ruchów obrotowych, mówi się o tzw. nakłuciu prostym. Również można wykonywać je w sposób szybki lub wolny [3]. Przeważnie stosowane są w przypadku umięśnionych części ciała, np. na pośladkach lub kończynach lub do wywołania silnego bodźca, np. przy omdleniach lub gdy igła akupunkturowa zostanie „uwięziona” w tkankach i nie da się jej wyciągnąć. Polega to na szybkim i wielokrotnym nakłuwaniu. Sposób wkłuwania będzie zależał również od rodzaju igieł. Przy wkłuwaniu igieł długich wykorzystuje się dwa sposoby: bezpośredni oraz pośredni (przy użyciu rurki) [3]. W przypadku pierwszego sposobu za pomocą prawej ręki szybkim ruchem przebija się skórę. Po czym przytrzymuje się igłę, jednocześnie uciska się wkłucia i fiksuje punkt. Następnie ruchami obrotowymi popycha się ją na wymaganą głębokość. Metodę pośrednią stosuje się nie tylko przy igłach długich, ale również cienkich. Używa się do tego rurek szklanych, metalowych lub wykonanych z tworzyw sztucznych o średnicy 3–4 mm. Powinny one być krótsze od igły o ok. 0,5 mm. Rurkę ustawia się prostopadle w środek punktu i wkłada się do niej igłę. Kiedy ta będzie już w środku usuwa się rurkę. Igły długie stosuje się najczęściej na umięśnione części ciała tam, gdzie zachodzi potrzeba głębokiego nakłucia [3]. Kolejnym rodzajem są mikroigły – bardzo krótkie i cienkie, co powoduje, że możliwe jest wkłucie tylko przy pomocy pincety. Wkuwa się je śródskórnie prostopadle do powierzchni ciała. Stosowane są wtedy, gdy zachodzi konieczność pozostawienia ich na dłuższy okres. Ostatnim kryterium podziału jest zależność od sposobu fiksacji. Igły wkuwa się fiksując skórę wokół punktu. Ułatwia to przekłucie skóry, jej stabilizację oraz zmniejsza ból. Z reguły stosuje się ją przy skórze wiotkiej, ze zmarszczkami, u chorych nadwrażliwych, z hyperkinezami lub u dzieci. Wyróżnia się tu trzy sposoby fiksacji: wkłuwanie z uciskiem okolicy skóry, wkłuwanie przy rozciągniętej skórze wokół punktu oraz w uniesiony fałd skóry. Każdy z nich ma zastosowanie w innym przypadku.

Pierwszy stosuje się przy nakłuwaniu mięśni w miejscach, gdzie nie ma ryzyka nakłucia nerwu, naczynia lub narządu wewnętrznego oraz w przypadku igieł krótkich i średnich. Drugi i trzeci służy do nakłuwania głowy, klatki piersiowej, brzucha oraz okolic, gdzie mięśnie i tkanka podskórna są cienkie, a skóra wiotka i pofałdowana lub gdy pod punktem znajdują się ważne narządy i istnieje niebezpieczeństwo ich nakłucia [3].



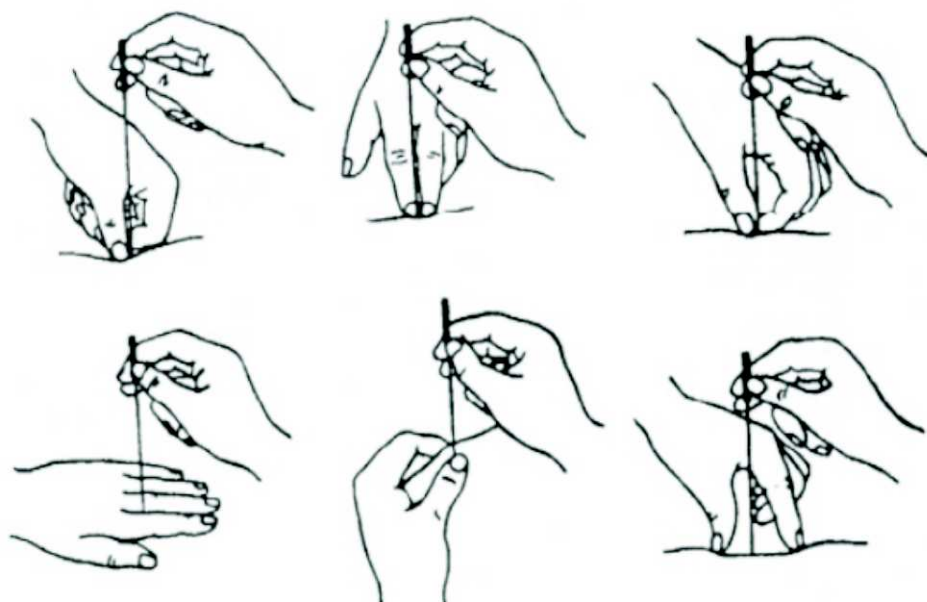
1. igła okrągła; 2a i 2b. igły cienkie; 3a i 3b igły chińskie; 4. igła koreańska; 5. igła japońska; 6. igła w kształcie litery T [D]

Igła akupunkturowa oraz niektóre rodzaje igieł stosowane w nakłuwaniu

Igły wkłuwają się pionowo, ukośnie lub poziomo. Zależy to do lokalizacji punktu, odmienności anatomicznych i rodzaju choroby [3]. Przy wkłuciu pionowym igła tworzy ze skórą kąt 90 stopni. Sposób ten stosuje się w przypadku nakłuć głębokich oraz w miejscach, gdzie skóra ma grubą warstwę. Wkłucie ukośne tworzy ze skórą kąt 30–60 stopni, poziome natomiast 10 stopni. Te dwa sposoby wykorzystuje się przy skórze cenniejszej lub w okolicy pni nerwowych i tętniczo-żylnych, narządów wewnętrznych kości itp. Głębokość ustala się indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od jego budowy anatomicznej.

Czas trwania zabiegu zależy od efektu, jaki chcemy uzyskać. Według medycyny tradycyjnej pozostawienie igieł w skórze do 10 minut powoduje pobudzenie, od 10 do 30 natomiast uspokojenie. U dzieci, osób starszych, nadwrażliwych i wyczerpanych igły pozostawia się na kilka minut. Znana jest również tzw. błyskawiczna akupunktura. Zabieg polega na szybkim wkłuciu igły, wykonaniu kilku ruchów stymulujących i wyciągnięciu jej. Stosowana jest u dzieci i osób bojaźliwych. Ilość zabiegów i częstość ich stosowania zależy od czasu trwania i rodzaju choroby. Przeważnie sesję powtarza się dwa-trzy razy w tygodniu,

a w przypadku chorób ostrych nawet codziennie. Przy schorzeniach przewlekłych zabiegi wykonuje się do dwóch razy tygodniowo. Czasami terapia trwa rok, dwa lub jeszcze dłużej. Poprawę obserwuje się zazwyczaj po trzech-czterech zabiegach. Decyzje o długości terapii i częstotliwości zabiegów podejmuje się na podstawie stanu zdrowia oraz postępów w leczeniu [3].



Różne sposoby wprowadzania igieł [D]

Odczucia bezpośrednio po badaniu zależne są od pacjenta. Może on czuć senność, przyływ nowej siły, albo lekkie zamroczenie. Zazwyczaj działanie zabiegu jest odczuwalne po kilku dniach od jego wykonania. Czasami jednak przynosi natychmiastową ulgę, dzieje się tak w przypadku, gdy celem było uśmierzenie bólu. Poprawa bywa poprzedzona pogorszeniem stanu zdrowia, dlatego, że akupunktura wydobywa problemu psychiczne, umysłowe i emocjonalne. Tak naprawdę jest to objaw pozytywny. Powrót do zdrowia wymaga czasu i cierpliwości [8].

Postępujący rozwój techniki w medycynie współczesnej nie ominął również medycyny naturalnej. Przykładami unowocześnienia w akupunkturze są laseropunktura i elektropunktura [6].

Laseropunktura jest metodą, gdzie igłę zastępuje się wiązką promieni świetlnych, emitowaną przez laser o małej mocy [6]. Jest dobrym sposobem leczenia pacjentów, u których nakłuwanie igłami mogłoby spowodować zakażenie ogólne i u osób wrażliwych, bojących się igły. Laseropunktura nie powoduje żadnego

bólu i jest krótsza niż zabieg akupunktury. Jednak część pacjentów czuje niedosyt po takim zabiegu. Większość woli zabieg nakłuwania, który manifestuje się wyraźnymi doznaniem. Promieniowanie laserowe w dawkach leczniczych nie uszkadza komórek i tkanek, ani też nie sprowadza stanu zapalnego. Jedynym narządem zagrożonym promieniami lasera jest narząd wzroku, w którym wywołują one zmiany w obrębie soczewki i dna oka [6]. Laseropunktura polega na tym, że wiązka promieniowania skierowana na punkt akupunktury w skórze pobudza zakończenia nerwowe leżące 0,2 mm poniżej powierzchni skóry i głębiej. Pobudzenia te wyzwalają odruch skórno-narządowy, który działa leczniczo na chory narząd. Wskazania do laseroterapii są takie same, jak do akupunktury, ale skuteczność tej metody jest nieco mniejsza. Lekarze zajmujący się niekonwencjonalnym leczeniem dochodzą do wniosku, że sposób ten nie zastąpi klasycznej akupunktury [6].

Elektroakupunktura jest metodą, gdzie w celu pobudzenia punktów czynnych używa się prądu o niewielkim natężeniu, czyli do 5 woltów [6]. Stosuje się ją w przypadkach, gdy klasyczna akupunktura nie przyniosła wyraźniejszej poprawy. Zabieg taki polega na drażnieniu impulsami elektrycznymi, płynącymi z generatora elektrycznego poprzez cienkie przewody połączone z igłami tkwiącymi w powłokach ciała. Wskazania i przeciwwskazania do tej metody są takie same, jak w klasycznej akupunkturze. Do tych zabiegów wymagany jest dobry stan serca. Nie wolno wykonywać elektropunktury u pacjentów z rozrzuśnikiem serca [6].

W każdym przypadku, gdy akupunktura jest stosowana przez wyszkolonego terapeuty, jest ona wtedy metodą bezpieczną. Natomiast efekty uboczne mogą przytrafić się nawet najlepszym specjalistom.

Przy użyciu stymulacji elektrycznej, wielu pacjentów odczuwa relaks, czasami jednak zamienia się on w poczucie zmęczenia lub depresji trwające nawet przez kilka dni. Innymi przemijającymi reakcjami mogą być: niepokój, wstrząsy, ciężenie głowy i płaczliwość [7].

Czasami może się także zdarzyć zgięcie lub złamanie igły [7]. Przyczyną tych powikłań są, np. zła jakość igieł, nagła zmiana pozycji lub ułożenia ciała chorego spowodowana gestykulowaniem podczas rozmowy z lekarzem lub przy niewygodnym ułożeniu, lub przy uczuciu bólu [7].

Skutkami akupunktury mogą być też omdlenia, przekłucia narządu, infekcja, odma opłucnowa. Zanotowane zostały również: odma otrzewnowa, krwiak opłucnej, tamponada serca, przekłucie nerki, pęcherza moczowego i rdzenia kręgowego [7].

W wyniku kontaktu z nierdzewnymi, stalowymi igłami mogą pojawić się: kontaktowe zapalenie skóry, miejscowe stany zapalne i wrzody bakteryjne. Przez używanie niesterylizowanych igieł udokumentowane zostały zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B i kilka przypadków zarażenia się HIV przez akupunkturę [7].

Akupunktura jest metodą dość kontrowersyjną, wywołującą nierzadko skrajne odczucia. Wśród negatywnych poglądów istnieje przekonanie, że metoda ta związana jest z szarlatanerią i znachorstwem, podważa się jej wiarygodność pod względem naukowym, niektórzy uważają, że może być wręcz niebezpieczna dla zdrowia i życia człowieka. Grono zwolenników uważa, że akupunktura leczy, jako argument podając badania kliniczne przeprowadzone w ostatnich latach [10].

Pozytywne skutki akupunktury zostały przedstawione w badaniach przeprowadzanych w klinikach stosujących ją jako pomoc w leczeniu różnego rodzaju uzależnień i schorzeń.

W 1989 roku w Okręgowym Centrum Detoksykacji Hennepin przeprowadzono badania na grupie alkoholików, u których nie stwierdzono poprawy po terapii konwencjonalnej. U części z nich za pomocą akupunktury pobudzono środki detoksykacji, a u pozostałej części wykorzystano metodę placebo. U tych pierwszych zaobserwowano zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu o połowę.

Akupunktura jest także stosowana w leczeniu narkomanii. Zapoczątkował to dr Mike Smith, dyrektor Oddziału Uzależnień w Szpitalu im. Lincolna w Nowym Jorku. Przeprowadził on miesięczną kurację poddając część osób biorących kokainę terapii akupunkturą, część natomiast placebo. Wyniki były podobne, chociaż po miesiącu u grupy poddanej akupunkturze zanotowano mniejszą ilość kokainy w moczu.

Kolejnym badaniem potwierdzającym skuteczność akupunktury było przeprowadzenie w roku 1985 akcji pomagającej rzucić palenie osobom zainteresowanym. Przebadano 651 palaczy, którzy porównywali akupunkturę z nikotynową gumą do żucia. Oba te środki okazały się równie skuteczne. Jednak odsetek ludzi, którzy powrócili do palenia był duży. Po upływie miesiąca od badania odsetek ludzi nie palących wynosił 19% u tych, którzy korzystali z akupunktury i 22% u tych, którzy korzystali z gumy do żucia, a po upływie 13 miesięcy ich liczba spadła odpowiednio do 8% i 12%.

Skuteczności akupunktury potwierdził również test przeprowadzony na grupie 21 pacjentów cierpiących na dusznicę bolesną [cyt. za 9]. Wobec części z nich stosowano trzy razy w tygodniu akupunkturę, a wobec drugiej części metodę placebo. U pierwszej części pacjentów stwierdzono o cztery ataki mniej tygodniowo niż w tej drugiej grupie. Testy wysiłkowe udowodniły, że pacjenci obu grup odczuwali mniej intensywny i łagodniejszy ból w klatce piersiowej. A sami zainteresowani twierdzili, że ich samopoczucie uległo znacznej poprawie [cyt. za 9].

Akupunkturę stosowano także w terapii osobach cierpiących na migrenę [cyt. za D]. Badanie wykazało, że osoby, u których zastosowano akupunkturę, zażywały mniej leków, doznawały mniej kryzysów i przebywały krócej na zwolnieniu lekarskim niż osoby niepoddane akupunkturze [cyt. za D].

W przypadku pacjentów cierpiących na artrozę kolana leczenie łączone z akupunkturą i lekami przeciwzapalnymi przyniosło lepsze efekty w redukcji bólu i ruchomości stawu po 12 tygodniach leczenia w porównaniu z tymi, którzy stosowali tylko leki [cyt. za D].

Różne badania wykazały użyteczność akupunktury i ignipunktury (stymulacja punktu akupunktury za pomocą ciepła) w ułatwieniu odwrócenia płodów znajdujących się w pozycji pośladkowej po 30. tygodniu [cyt. za D]. Odsetek odwróceń wynosi ok. 35% u pierworódek i ok. 65% u kobiet w kolejnej ciąży. Technika polega na stymulowaniu punktu umiejscowionego po zewnętrznej stronie małego palca stopy [cyt. za D].

Istotnym elementem omawiania akupunktury jest kwestia etyki lekarza wykonującego zabiegi. Omawia to zagadnienie m.in. Olgierd Kossowski w swoim artykule pt. *Problemy etyczno-deontologiczne lekarza leczącego akupunkturą*, który ukazał się w czasopiśmie „Sztuka leczenia”. Autor przywołuje definicję etyki lekarskiej, wg której to zbiór pewnych „tradycyjnych i nowopowstających, pisanych i niepisanych norm moralnych, do których lekarz wykonujący swój zawód musi się dostosować” (wg Kielanowskiego) [cyt. za 10]. Deontologia zaś odwołuje się do obowiązku i nauki. Reasumując, zasady etyczno-deontologiczne dotyczą wiedzy, nauki, obowiązku, obyczaju w relacji lekarz–pacjent. Lekarz wykonujący akupunkturę powinien być przewidywalny i posiadać wysokie poczucie odpowiedzialności. Leczenie wymaga rozważności i odpowiedniej diagnozy, ponadto lekarz powinien poznać osobowość i psychikę pacjenta, ponieważ każdy człowiek inaczej cierpi.

Czasem bywa tak, że lekarz leczący akupunkturą może odmówić terapii, gdyż uzna, że pacjent wymaga innego leczenia. Również przy braku poprawy podczas stosowania wybranej metody, lekarz powinien przerwać leczenie i skonsultować się z innym specjalistą [10].

Akupunktura postrzegana ciągle jako „egzotyczna” metoda leczenia u niektórych wzbudzi ciekawość i uznanie, u innych strach i niedowierzanie. Pomimo badań klinicznych powątpiewanie w słuszność i wiele kontrowersji będzie zawsze wokół ludowej medycyny chińskiej. Być może wiele osób oddala od akupunktury niepojęta i odległa nam Europejczykom filozofia starochińska – matka akupunktury.

David Eisenberg pisze: „Różnice pomiędzy tradycyjną medycyną chińską a współczesną medycyną Zachodu polega na sposobie, w jaki choroby są postrzegane, diagnozowane i leczone. Pozostaje nam jedynie porównać te dwa systemy pod względem skuteczności, przy czym nie muszą się one wcale wykluczać. Nie ma powodu, dla którego lekarze nie mieliby łączyć najlepszych elementów obu tych szkół”. Chińskie przysłowie mówi: *Metody stosowane przez jednego człowieka mogą być słabe, ale metody stosowane przez dwóch ludzi mogą okazać się lepsze* [4].

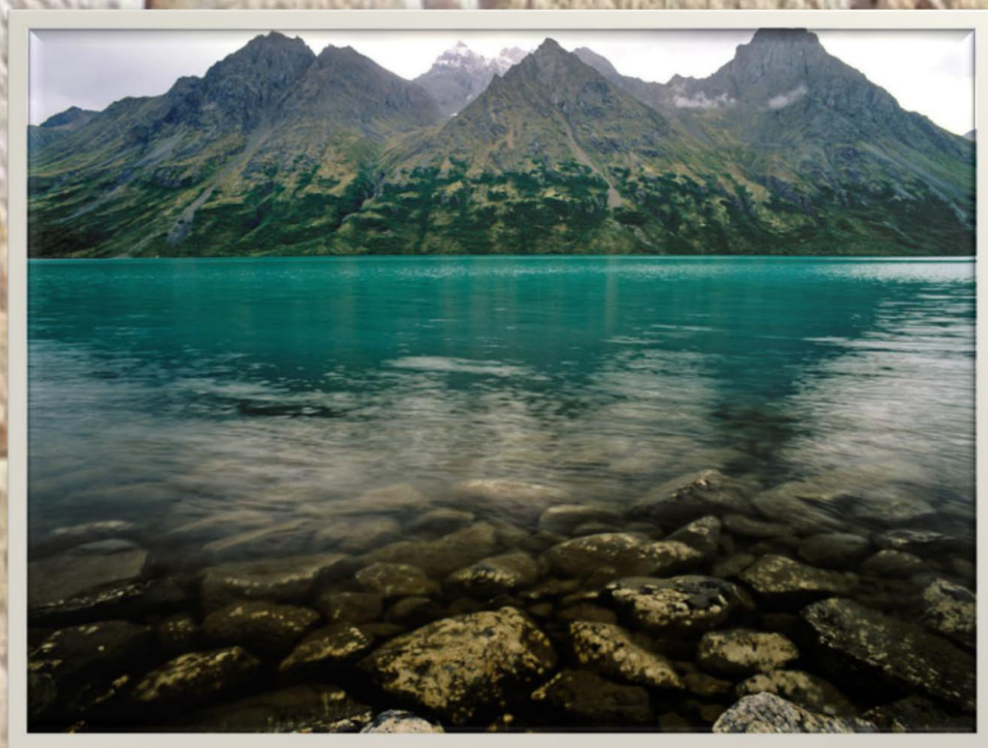
Piśmiennictwo

1. Borzęcki M, Akupunktura, PWN, Warszawa, 1987, 7–8.
2. Szczęśniewski M., Podstawy akupunktury, Wydawnictw Medycyny Naturalnej, Koszalin, 1991, 5–22.
3. Operacz H., Zasady akupunktury: teoria i praktyka, Kantor Wydawniczy SAWW, Poznań, 1993, 15–23.
4. Monte T., Encyklopedia medycyn świata. Wschód i Zachód o zdrowiu ciała, Limbus, Bydgoszcz, 1999, 37–41.
5. Sapiński W., Sapińska I., O leczeniu akupunktury, PZWŁ, Warszawa, 1986, 20–22.
6. Garnuszewski Z., Renesans akupunktury, Sport i Turystyka, Warszawa, 1988, 41–256.
7. Jonas W. B., Levin J. S., Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej, Universitas, Kraków, 2000, 355–363.
8. Janicki K., Rewerski W.: Medycyna naturalna. PZWŁ, Warszawa 1990, 146–150.
9. Lavery S., Encyklopedia medycyny naturalnej, PASCAL, Warszawa, 1997, 15–19.
10. Kossowski O., Problemy etyczno-deontologiczne lekarza leczącego akupunkturą, Sztuka leczenia, 1998, 4, 57–59.

Netografia

- A. Stadnik L.: Tradycyjna medycyna chińska w życiu codziennym, http://www.ymaawarszawa.4me.pl/index.php?site=seminarium_09&tut=Tradycyjna%20medycyna%20chi%F1ska%20w%20%BFyciu%20codziennym, data pobrania 29.01.2011.
- B. <http://www.harmonymanly.com.au/history.htm>, data pobrania 29.01.2011.
- C. <http://www.akupunktura.net/5el.html>, data pobrania 29.01.2011.
- D. <http://www.wet-plus.pl/wp/page/5?s=akupunktury>, data pobrania 29.01.2011.
- E. <http://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/1,111848,8976203,Akupunktura.html>, data pobrania 29.01.2011.

ZAGROŻENIA ZAWODOWE



Elżbieta Krajewska-Kuřak¹, Cecylia Regina Łukaszuk¹, Hanna Rolka¹,
Tadeusz Makarowski², Bogumiła Kraszyńska¹

Wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie ludzi

Wprowadzenie

Mikroklimat, to za Wikipedia [A], „klimat charakterystyczny dla małej części środowiska, której odrębność jest wynikiem specyfiki układu czynników ją tworzących, np. wysokości i wahań temperatury, wilgotności, szybkości ruchu powietrza itp. Określony mikroklimat może posiadać zarówno obszar geograficzny (np. miejscowość, kotlina, wąwóz), jak też wewnątrz mieszkania, pokoju w miejscu pracy, hala produkcyjna, wewnątrz samochodu itp.”

Mikroklimat pomieszczenia to „zbiór parametrów fizycznych oraz chemicznych, zmiennych w czasie i przestrzeni, wywierających wpływ na każdy żywy organizm. Warunkiem dobrego samopoczucia człowieka, w sensie jego zdolności do pracy i regeneracji, a także utrzymania odpowiedniego stanu zdrowia, jest zapewnienie mu właściwego komfortowego mikroklimatu” [cyt. za B].

Parametry mikroklimatu można podzielić na dwie grupy:

- warunki ciepłno-wilgotnościowe, wywierające wpływ na bilans cieplny i odczucie wrażeń termicznych, związanych z oddziaływaniem środowiska na organizm człowieka;
- warunki higieniczno-zdrowotne, obejmujące jakość powietrza wewnątrz pomieszczeń, oddziaływanie przegród oraz wyposażenia pomieszczenia, oświetlenie, barwa wnętrz, poziom hałasu, natężenie pól elektrostatycznego i elektromagnetycznego itp. [1, 2].

Wszystkie części składowe mikroklimatu wywierają wpływ na samopoczucie człowieka, jego sprawność fizyczną i umysłową, na wydajność pracy oraz zachowanie dobrego stanu zdrowia. Mikroklimat decyduje także o gospodarce cieplnej organizmu [3, 4].

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Zakład Diagnostyki Obrazowej Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku

W literaturze przedmiotu [3, 4] podkreśla się, iż każdy człowiek posiada wrodzone możliwości oceny stanu warunków mikroklimatycznych, dlatego też, jako miarę komfortu cieplnego coraz częściej przyjmuje się subiektywne odczucie temperatury przez człowieka (temperatury odczuwane lub rzeczywiste), zależne od odporności organizmu, stanu zdrowia, wieku i przyzwyczajajeń. Najistotniejsze parametry mikroklimatu są od siebie wzajemnie zależne i ściśle powiązane z bilansem energetycznym pomieszczenia czy budynku [3, 4].

Ocena warunków ciepłno-wilgotnościowych, za Grzegorzcyk [1], Przydrożny [2] w pomieszczeniach przeznaczonych do stałego przebywania ludzi, podporządkowana jest przede wszystkim kryterium komfortu cieplnego, oznaczającego stan zadowolenia organizmu z warunków otoczenia. Stan taki jest z natury rzeczy odczuciem indywidualnym i subiektywnym, uwarunkowanym wieloma czynnikami fizjologicznymi i psychosomatycznymi. Wynika także z przyzwyczajajeń i nawyków danej populacji, a czasem nawet jest efektem stanu zamożności. Czynniki te utrudniają sprecyzowanie zaleceń dotyczących wymaganego poziomu parametrów mikroklimatu i z konieczności zmuszają do przyjmowania dość szerokiego ich zakresu. Badania przeprowadzone na różnych populacjach ludzi pozwalają określić „główne” parametry fizyczne powietrza, wpływające na odczucie komfortu pomieszczenia [1, 2]. Są to: temperatura powietrza w pomieszczeniu, temperatura przegród budowlanych, prędkość ruchu powietrza w strefie przebywania ludzi oraz wilgotność względna powietrza [1, 2].

Różne rodzaje pomieszczeń (biurowe, przemysłowe, szkolne, szpitalne itd.) mają odmienne zalecenia lub normy, podające wartości poszczególnych parametrów. Wszystkie obecnie stosowane normy mikroklimatu, za Pacholski [4], Kania [5] oparte są wyłącznie na parametrach fizycznych. Określenia wartości optymalnych oraz dopuszczalnych dla tych parametrów dokonuje się na podstawie wyników badań kompleksowego wpływu wszystkich parametrów mikroklimatu na funkcje fizjologiczne organizmu człowieka. Rozróżnia się normy określające warunki: optymalne, dopuszczalne i krańcowo dopuszczalne [4, 5].

Za optymalne uważa się takie warunki mikroklimatu, które zapewniają zachowanie wyrównanego bilansu cieplnego organizmu. Wszelkie odchylenia od warunków optymalnych powodują uczucia uciążliwości, obniżają sprawność funkcji fizjologicznych i obserwuje się zwiększenie liczby błędów i wypadków przy pracy [4, 5].

Za dopuszczalne określa się takie warunki, które wprowadzie nie zapewniają człowiekowi komfortu termicznego, lecz nie powodują zaburzeń funkcji fizjologicznych i szkody dla zdrowia, a w których aktywnie działają mechanizmy termoregulacji ciała (obfite wydzielanie potu, przyspieszony oddech, rozszerzenie naczyń krwionośnych) [4, 5].

Normy krańcowo dopuszczalne określają takie graniczne wartości parametrów mikroklimatu, których przekroczenie grozi poważnymi zaburzeniami funkcjonowania organizmu i upośledzeniem stanu zdrowia [4, 5].

W opinii Pacholskiego [4], warunkiem normalnego funkcjonowania organizmu, jako całości, jest zrównoważenie bilansu cieplnego i utrzymanie temperatury ciała w granicach 36,5–37,5°C. Autor [4] podkreśla, iż organizm człowieka musi w sposób ciągły oddawać ciepło do otoczenia, ponieważ przemiany materii zachodzące w organizmie są źródłem nieustannego wytwarzania energii cieplnej. Zwraca także uwagę, iż około 90% energii całkowitej, zawartej w pokarmie przyjętym przez człowieka, zamienia się w ciepło w wyniku przemiany metabolicznej, które jest tym bardziej intensywne, im cięższą pracę fizyczną człowiek wykonuje. Konsekwencją pozbywania się ciepła wytworzonego w organizmie na skutek procesów przemiany materii jest parowanie [4]. Organizm ludzki posiada pewne możliwości termoregulacji – przy wysokich temperaturach zwiększa się wydzielanie potu i ukrwienie skóry (ułatwienie wymiany ciepła), w niskich temperaturach – odwrotnie. W momencie, gdy złe warunki klimatyczne przekraczają możliwości adaptacji organizmu, występuje ograniczenie możliwości pracy fizycznej i umysłowej, maleje odporność na inne szkodliwe czynniki środowiskowe oraz na czynniki chorobotwórcze [4].

W literaturze przedmiotu [3, 6] zwraca się uwagę, iż zakres temperatury, w której człowiek czuje się dobrze, jest bardzo zróżnicowany i indywidualnie zależny od rodzaju ubrania, odżywienia, pory roku, wieku, płci. Szacuje się, iż temperatury gwarantujące dobre samopoczucie, są dla kobiet przeciętnie o 10 wyższe niż dla mężczyzn, a dla osób powyżej czterdziestego roku życia o 10 wyższe niż dla osób młodszych [3, 6]. Uważa się także, że latem czuje się człowiek dużo lepiej niż zimą. W związku z powyższym, dla dobrego samopoczucia jest rzeczą istotną, aby różnice między temperaturą powietrza a temperaturą otaczających powierzchni były niewielkie. W tym miejscu wypada podkreślić, iż szczególnie nieprzyjemne są duże, zimne powierzchnie ścian lub okien, które nawet przy wystarczająco wysokich temperaturach powietrza wytwarzają nieprzyjemny mikroklimat [3, 6].

W piśmiennictwie fachowym [1, 2, 3, 4], dla osób znajdujących się w pozycji siedzącej, normalnie ubranych, za temperaturę komfortu przyjmuje się zazwyczaj 22°C w zimie i 22–24°C w lecie. Podkreśla się także, iż w pomieszczeniach mieszkalnych pionowy rozkład temperatury jest zazwyczaj niewielki, gdyż nie są one wysokie. Zaleca się, aby temperatura pomieszczenia przy 50% wilgotności, w warunkach bezruchu powietrza wynosiła w przypadku pracy umysłowej: 21–23°C, lekkiej – fizycznej: 18–19°C, ciężkiej – fizycznej: 17°C, bardzo ciężkiej – fizycznej 16°C [1, 2, 3, 4].

Grandjean [3] i Pacholski [4] uważają, iż z medycznego punktu widzenia, ważniejszy niż wpływ wilgotności względnej na dobre samopoczucie, jest problem wilgotności w powietrzu.

Wilgotność powietrza określa się przy użyciu parametru zwanego wilgotnością względną [1, 2]. W przypadku, gdy temperatura powietrza w pomieszczeniu

mieści się w granicach komfortu, to człowiek nie odczuwa zmian wilgotności względnej w zakresie 30–70% [1, 2].

Przy niskiej wilgotności względnej – szybko jednak wysychają odzież, dywany i meble, co powoduje powstawanie i łatwe unoszenie się pyłu. Niska wilgotność względna wywołuje także wysuszanie błon śluzowych organizmu człowieka, zmniejszając ich naturalną odporność na infekcję i wpływ czynników alergizujących, przedmioty z tworzyw sztucznych łatwo się elektryzują statycznie, w związku z czym przyciągają i magazynują na swej powierzchni pył z powietrza [1, 2].

Powyższe zjawiska najsilniej występują w okresie zimnym, co związane jest z niską zawartością wilgoci w powietrzu atmosferycznym [1, 2]. W literaturze przedmiotu [1, 2] podkreśla się, iż np. powietrze zewnętrzne całkowicie nasycone (o wilgotności względnej 100%), o temperaturze $+5^{\circ}\text{C}$, ogrzane do temperatury $+22^{\circ}\text{C}$, będzie miało wilgotność względną 23%, a o temperaturze początkowej -12°C , ogrzane do temperatury $+22^{\circ}\text{C}$ – zaledwie 8%. W związku z tym pojawia się konieczność nawilżania zimą powietrza w pomieszczeniach. Warto w tym miejscu podkreślić, iż o ile w pomieszczeniach mieszkalnych istotnym źródłem wilgoci są ludzie, rośliny doniczkowe i kuchnia, to w budynkach użyteczności publicznej, zwłaszcza w dużych pomieszczeniach biurowych, wymagana jest klimatyzacja [1, 2].

Wysoka wilgotność względna, zwłaszcza w zimie, może powodować wykraplanie się wody na powierzchni szyb w oknach i na ścianach zewnętrznych, zwłaszcza w narożnikach, za meblami, gdzie ruch powietrza jest utrudniony, co może powodować pojawianie się grzybów i pleśni na powierzchni i w strukturze ściany oraz na meblach i podłodze [1, 2].

Problem nadmiernej wilgotności względnej pojawił się wraz z wprowadzeniem nowej generacji bardzo szczelnych okien, bez możliwości kontrolowanego doprowadzania powietrza zewnętrznego [1, 2].

W piśmiennictwie [1, 2] zauważa się, iż wymiana powietrza w pomieszczeniach odbywa się dzięki różnicy ciśnień powietrza wywołanej działaniem sił naturalnych lub pracą wentylatora, napędzanego silnikiem elektrycznym. W pierwszym przypadku mówi się o wentylacji naturalnej, w drugim – o wentylacji mechanicznej [1, 2].

Zwraca się także uwagę, za Grzegorzyciem [1] i Przydrożnym [2] na zjawisko *infiltracji* – polegające na samoczynnym napływie powietrza przez nieszczelności w drzwiach i oknach oraz pory w strukturze przegród budowlanych, *eksfiltracji* – zjawisko odwrotne, czyli wypływ powietrza z pomieszczenia na zewnątrz oraz *przewietrzanie* – zjawisko polegające na tym, iż wykorzystując różnicę ciśnień po obu stronach przegród zewnętrznych, można zwiększyć intensywność wymiany powietrza poprzez otwarcie okien lub innych otworów do tego celu przeznaczonych i wykonanych [1, 2].

Samoczynną wymianę powietrza można zintensyfikować na drodze wentylacji

grawitacyjnej, poprzez wyposażenie pomieszczenia (budynku) w pionowe kanały wywiewne, w których przepływ powietrza wywołany jest przez naturalny ciąg [1, 2]. Ten rodzaj wentylacji może działać, jeżeli umożliwiony jest napływ powietrza do pomieszczenia [1, 2].

Areacja – zorganizowana wymiana powietrza w pomieszczeniu, odbywa się przez wykonane specjalnie w tym celu otwory nawiewne i wywiewne, uzbrojone w urządzenia regulujące przepływ powietrza, co z reguły jest stosowane wyłącznie w halach przemysłowych o bardzo dużych zyskach ciepła [1, 2].

Wentylacja naturalna jest najintensywniejsza wówczas, gdy występują duże różnice temperatury powietrza pomiędzy pomieszczeniem i jego otoczeniem, przy jednoczesnym występowaniu silnych wiatrów, co ma zazwyczaj miejsce w okresie zimnym (jesienią, zimą i wiosną) [1, 2].

Wentylacja mechaniczna, oparta o właściwy projekt wentylacji lub klimatyzacji, jest integralną częścią projektu budynku [1, 2].

W polskich warunkach klimatycznych, do kształtowania mikroklimatu stosuje się najczęściej wentylację latem, a wentylację i ogrzewanie zimą.

Kania [5] podkreśla, że w chłodnych porach roku, prądy powietrza o dużej nieraz prędkości i niskich temperaturach (przez otwarte okna, drzwi) trafiają na organizm ludzki i powodują złe samopoczucie i często nawet zaziębienia. W związku z tym formułuje się zalecenia dotyczące ograniczenia prędkości przepływów powietrza, zwłaszcza na poziomie głowy pracownika, a do zmniejszenia prędkości ruchu powietrza stosuje się różne sposoby polegające na kierowaniu strumieni powietrza w górę lub dzielenia go na mniejsze strumienie rozbiegające się koncentrycznie [5].

Mikrobiologia powietrza

Powietrze, jako czynnik sprzyjający rozwojowi różnych schorzeń i przyczynę rozwoju niektórych chorób zakaźnych, brał pod uwagę już Hipokrates (460–377 p.n.e), pisząc o tym w swoim znakomitym dziele *Corpus Hippocraticum*: „Gdy powietrze jest zainfekowane zanieczyszczeniami wrogimi dla rasy ludzkiej, człowiek staje się chory” [cyt. za 8].

Powyższe poglądy podzielał także Lukrecjusz udowodniając, że wdychanie „cząstek z zanieczyszczonej atmosfery” może być przyczyną wielu chorób [cyt. za 8].

Galen zaś, podjął próbę wytłumaczenia rozwoju epidemii współdziałaniem trzech głównych czynników: wpływu atmosfery, indywidualnych predyspozycji organizmu oraz zakażenia [cyt. za 8].

W okresie nowożytnym Herz, po raz pierwszy zasygnalizował, że w górnych warstwach powietrza znajdują się różne grupy mikroorganizmów [cyt. za 8].

Jego badania kontynuował Fleming, a następnie Weston, pobierając próbki powietrza do badań podczas lotów samolotem [cyt. za 8]. Pozwoliło to im

na zaobserwowanie, że bakterie i grzyby występowały licznie na wysokości 3000 m, natomiast w zdecydowanie mniejszej ilości powyżej tego poziomu [cyt. za 8].

Badania nad mikrobiologią powietrza i wpływem jego zanieczyszczeń na zdrowie ludzi prowadzili także polscy uczeni, np. Bujwid (ocena powietrza wewnątrz pomieszczeń) oraz Kryński (badający powietrze w okolicach Zakopanego) [cyt. za 8].

W opinii Krzysztofika [8], powietrze domów mieszkalnych i pomieszczeń użytkowych, prawidłowo eksploatowanych i higienicznie utrzymanych, niewiele różni się od czystego powietrza zewnętrznego.

W piśmiennictwie [11–25] podkreśla się, że wszystkie obiekty budowlane stwarzają doskonale warunki do zasiedlania, wzrostu oraz rozmnażania się licznych i zróżnicowanych organizmów.

Szacuje się, iż w budynkach może żyć kilkadziesiąt gatunków bakterii (głównie Gram ujemnych), ponad 400 gatunków grzybów pleśniowych (głównie rodzaju *Aspergillus*, *Cladosporium*, *Penicillium*, *Fusarium*), kilkanaście gatunków grzybów powodujących procesy gnicia drewna i materiałów drewnopodobnych, wiele gatunków glonów, mszaków, porostów, roślin nasiennych, w tym ozdobnych (np. *ficus beniamina*, *abutilon*), a także ponad 30 gatunków roztoczy (głównie w kurzu domowym), ponad 300 gatunków owadów (stwarzających zagrożenia parazytologiczne i sanitarne oraz niszczących drewno konstrukcyjne domów), kilka gatunków gryzoni, kilkanaście gatunków ptaków (przebywających na dachach i ścianach zewnętrznych budynków) oraz kilka gatunków nietoperzy [12–25].

Grzyby pleśniowe, w klimatyzowanych budynkach i pomieszczeniach z wykładzinami podłogowymi, znajdują dogodne warunki do rozwoju (np. dostateczną ilość pożywienia w postaci okruchów żywności, złuszczonego naskórka, włosów, sierści, rozmaitych wydzielin zwierzęcych, roślin, kwiatów, drobin drewna, tkanin, kału roztoczy, owadów oraz właściwą dla ich życia wilgotność powyżej 20% i temperaturę od 5 do 30°C) [14, 25–28]. Rozwijając się mogą powodować niszczenie fragmentów budynków, ich wykończeń zewnętrznych i wewnętrznych oraz materiałów użytych do budowy [25–28].

W tym miejscu warto podkreślić, iż powietrze atmosferyczne ma, niestety ograniczone możliwości samooczyszczania i jest głównym komponentem środowiska naturalnego. W związku z powyższym problem jego zanieczyszczeń ma szczególne znaczenie we współczesnym świecie, a występujące w powietrzu atmosferycznym bakterie oraz cząstki wirusowe mogą wnikać do budynku z zewnątrz [27] i wywoływać zakażenia aerogenne, czyli przenoszone drogą powietrzną [29].

Źródła zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego można podzielić na naturalne lub sztuczne (antropogenne) [30]. Zanieczyszczenia powietrza zaś na:

- *pyłowe* (cząstki ciał stałych rozproszonych w powietrzu, ze szczególnie dużą koncentracją pyłów o wielkości mniejszej niż 5 mikronów, wpływające niekorzystnie na funkcjonowanie układu oddechowego u ludzi oraz zwierząt i powodujące rozwój pylicy płuc)
- *gazowe* (dwutlenek siarki, dwutlenek azotu, dwutlenek węgla)
- *biologiczne* (tzw. bioareozol – wirusy, bakterie, grzyby, roztocza oraz cząstki nieożywione pochodzenia biologicznego, jak również komórki roślinne, sierść zwierząt domowych, pyłki roślin kwitnących) [31, 32].

Yang i wsp. [cyt za 33] twierdzą, iż średnio 87% czasu ludzie przebywają w zamkniętych budynkach, a około 6 % czasu w środkach transportu, w związku z powyższym potencjalne źródła zanieczyszczeń oraz ich koncentracja w powietrzu wewnętrznym stały się istotnym czynnikiem indywidualnego narażenia większości ludzi. W przypadku dzieci i osób starszych, okres ten jeszcze wydłuża się.

W opinii Światowej Organizacji Zdrowia z powodu chorób wywołanych przez zanieczyszczenia powietrza w pomieszczeniach zamkniętych, cierpi ponad trzy miliardy ludzi [cyt. za 33].

Za zasadnicze zanieczyszczenia powietrza wewnętrznego uważa się bioaerozole, stanowiące zróżnicowany kompleks cząstek składających się m.in. z materiałów biologicznych (wirusy, pierwotniaki, komórki bakteryjne, fragmenty komórkowe, fragmenty grzybni i zarodniki grzybów), produktów ich mikrobiologicznego metabolizmu (endotoksyny, enterotoksyny, enzymy i mykotoksyny) oraz pyłki kwiatowe, szczątki roślin, łupież zwierzęcy i cząsteczki pochodzące ze złuszczenia się naskórka u ludzi oraz zwierząt i obejmujące ok. 5–34% zanieczyszczeń powietrza wewnętrznego [cyt. za 33]. Cząsteczki bioaerozoli mają z reguły średnicę 0,3–100 μm . Pojedyncze komórki bakteryjne – rozmiar od 0,5–2,0 μm np. *Bacillus*, *Pseudomonas*, *Xanthomonas* czy *Arthrobacter*. Powszechnie występują ziarniaki, pałeczki i spirale. Wiele zarodników grzybów pleśniowych charakteryzuje rozmiar większy niż 2,5–3,0 μm , np. *Aspergillus fumigatus* (3,5–5,0 μm), *Aspergillus niger* (3,0–4,5 μm), *Penicillium brevicompactum* (7–17 μm), *Cladosporium macrocarpum* (5–8 μm), *Epicoccum nigrum* (15,0–25 μm), czy *Trichoderma harizanum* (2,8–3,2 μm) [cyt za 33].

Do potencjalnych źródeł wewnętrznych zanieczyszczeń zalicza się także takie czynności domowe, jak: gotowanie, palenie, odkurzanie, czy zamiatanie [cyt. za 33].

Według Jo i Kanga [cyt. za 33], artykuły spożywcze, kwiaty doniczkowe, kurz, dywany, materiały drewniane oraz meble, mogą uwalniać zarodniki grzybów rodzaju: *Alternaria*, *Aspergillus*, *Botrytis*, *Cladosporium*, *Pencillium* i *Scopulariopsis*, wchodzących w skład bioaerozoli.

Stężenie grzybów w powietrzu może także podwyższać obecność roślin w domu, np. w ziemi roślin doniczkowych często znajdują się zarodniki grzyba *Aspergillus* [cyt. za 33].

Głównym źródłem formaldehydu, VOC i VOCs, są za Brooks oraz Kędzierska i wsp. [cyt. za 33], meble, tapety, wykładziny i środki używane do ich czyszczenia.

Sprzęt fotograficzny, papier, kserokopiarki, faxy wydzielają natomiast ozon, kwas octowy, amoniak, dwutlenek azotu [cyt. za 33].

Remonty budynków [cyt. za 33] nasilają także stężenie substancji lotnych VOC (*volatile organic compounds*) i VOCs (*semivolatile organic compounds*) oraz stężenie zarodników grzybów rodzajów *Penicillium* i *Aspergillus*.

Według Szosta-Kot [cyt. za 33], z powierzchni plastikowanego PCW hoduje się grzyby, np. z rodzaju *Cladosporium*, *Alternaria*, *Trichoderma*, *Penicillium* i *Aspergillus*.

Włókna szklane wydobywające się głównie ze starych, nieszczelnych izolacji są rozkładane i uwalniane do pomieszczeń przez wegetujące na nich pleśnie, zaś powierzchnie ocieplane watą – sprzyjają rozwojowi grzybów z rodzaju *Alternaria*, a cementowe – rodzaju *Cladosporium* [26].

Stoiska [cyt. za 33] podaje, że wilgotne ściany, sufity i podłogi stanowią główną przyczynę intensywnego rozwoju różnych gatunków grzybów na powierzchni tapet i zalicza do nich grzyby z rodzaju *Acremonium*, *Alternaria*, *Aspergillus*, *Aureobasidium*, *Chaetomium*, *Cladosporium*, *Fusarium*, *Mucor*, *Paecilomyces*, *Penicillium*, *Stachybotrys*, *Trichoderma*, *Trichurus*, *Ulocladium*. Wykazano, że przy wilgotności względnej powietrza 96–98%, czas potrzebny na całkowity rozwój grzybów na tapecie wynosi od 8 do 10 dni [cyt. za 33].

Gotowe wytwory papiernicze, dostępne w każdym pomieszczeniu, za Stoiska [cyt. za 33] łatwo ulegają korozji mikrobiologicznej, a w procesie ich rozkładu uczestniczą, w pierwszej kolejności, grzyby z rodzaju *Aspergillus*, *Penicillium* oraz *Mucor*, które łatwo wykorzystują składniki papieru, a następnie uaktywniają szczepy *Chaetomium*, *Stachybotrys* i *Alternaria*, hydrolizujące odporne włókna celulozy [cyt. za 33]. Autorka wskazuje także, że podobne właściwości posiadają również grzyby drożdżopodobne np. *Aureobasidium pullulans*, *Geotrichum candidum*, *Trichosporum cutaneum*, *Candida melinii*, *Lipomyces starkey* [cyt. za 33].

Szosta-Kot [cyt. za 33] zwraca uwagę, iż w mikrośrodkowisku pomieszczeń dużą rolę odgrywają grzyby rozkładające: celulozę (*Chaetomium*, *Myrothecium*, *Memmoniella*, *Stachybotrys*, *Curvularia*, *Trichocladium*, *Botryodiplodia*, *Acrothecium*, *Cephalosporium*, *Alternaria*, *Stemphylium*, *Trichoderma*, *Penicillium*, *Aspergillus*); bawełnę (*Chaetomium*, *Myrothecium*, *Sordaria*); len (*Aspergillus*, *Penicillium*, *Chaetomium*, *Trichoderma*), wełnę (*Chrysosporum*, *Aspergillus*, *Penicillium*); jedwab (*Chaetomium*, *Cladosporium*, *Penicillium*, *Rhizopus*) i włókna syntetyczne (*Aspergillus*, *Alternaria*, *Culvouraria*, *Fusarium*, *Areobasidium*, *Stemphylium*, *Paecilomyces*, *Penicillium*, *Chaetomium*, *Trichoderma*, *Stachybotrys*). Z tkanin znajdujących się w pomieszczeniach różni autorzy izolowali także dermatofity, np. *Microsporum gypseum* [cyt. za 33].

Według Zyski [cyt. za 33], z obuwia skórzanego można wyizolować do 20 gatunków bakterii oraz grzyby (dermatofity, drożdżopodobne i pleśnie). Mikroflora izolowana z materiałów i powłok malarskich jest bardzo złożona. Emulsje polimerów mogą być zasiedlane przez grzyby, np. rodzaju *Alternaria*, *Aspergillus*, *Candida*, *Cladosporium*, *Fusarium*, *Geotrichum*, *Penicillium*, *Rhodotorula*, *Saccharomyces*, *Torulopsis* [cyt. za 33].

Z wodorocieńczalnych farb uzyskiwano wzrost grzybów z rodzaju *Aspergillus*, *Cephalosporium*, *Fusarium*, *Geotrichum*, *Penicillium* oraz *Candida*, *Rhodotorula* i *Saccharomyces* [cyt. za 33].

W opinii Zyska [cyt. za 33], na stan mikrośrodowiska powietrza wpływają także kamienie budowlane wraz z zasiedlającą je mikroflorą. Autor uważa je za bardzo złożone ekosystemy, które rozwijają się różnymi drogami, w zależności od warunków środowiska i od ich właściwości fizykochemicznych. W skład biocenozy kamienia wchodzi organizmy fotolitoautotroficzne (sinice, glony, mchy, rośliny wyższe), drobnoustroje chemolitoautotroficzne (np. bakterie nitryfikacyjne, bakterie utleniające siarkę) i chemoorganiczne (bakterie, grzyby, w tym np. z rodzaju *Aspergillus*, *Cladosporium*, *Curvularia*, *Penicillium*, *Trichoderma*, *Alternaria* [cyt. za 33].

W procesach korozji metali i stopów, za Cwalina [cyt. za 33] uczestniczą np. grzyby z rodzaju: *Alternaria*, *Aspergillus*, *Cladosporium*, *Fusarium*, *Penicillium*, *Trichoderma*.

W tym miejscu warto podkreślić, iż zgodnie z wymaganiami Unii Europejskiej liczba mikroorganizmów w 1 m³ powietrza wewnętrznego nie powinna przekraczać 500 komórek [cyt. za 33].

Górny i Dutkiewicz [cyt. za 33], na podstawie dostępnej literatury i danych o jakości powietrza wewnętrznego w Europie, zaproponowali kolejne wskaźniki mieszkaniowe wynoszące odpowiednio dla grzybów, bakterii i bakteryjnych endotoksyn: 5×10^3 CFU/m³, 5×10^3 CFU/m³ i 5 ng/m³.

Obecność patogennych grzybów uznana została za nie do przyjęcia we wszystkich koncentracjach [cyt. za 33].

W opinii Wittczaka [cyt. za 33], obiekty budowlane wytwarzają specyficzny mikroklimat (nisze ekologiczne), którego elementami wpływającymi na stan zdrowia, są sami mieszkańcy, meblowanie, sprzęt, rośliny doniczkowe oraz elementy konstrukcyjne budynku.

Do cech budynków, które warunkują jakość powietrza wewnątrz pomieszczeń, zalicza się także: teren, na którym stoi budynek, warunki zewnętrzne wokół niego, wiek budynku oraz zespół tzw. „ciasnego budynku” [cyt. za 33].

W jego powstawaniu bierze się pod uwagę czynniki zależne od liczby ludzi przebywających w pomieszczeniu, takie jak: hałas, stres, dym tytoniowy, zapachy (np. kosmetyki, środki do czyszczenia ubrań), infekcje zbiorowisk ludzkich (różyczka, legionelloza, grypa, ospa wietrzna) oraz rodzaj użytego materiału budowlanego, sposób konserwacji, rodzaj systemów wentylacyjnych, wyposa-

zenie mieszkańców, jak również rodzaj ogrzewania i/lub chłodzenia pomieszczeń [cyt. za 33].

Wpływ powietrza na zdrowie

W roku 1982, został wprowadzony termin „Zespół chorych budynków” – *Sick Building Syndrome* (SBS), oznaczający różnorodne dolegliwości powstające wskutek długotrwałego przebywania w budynkach, których konstrukcja i wyposażenie mogą wywierać szkodliwy wpływ na zdrowie ludzkie [cyt. za 33].

W roku 1987 WHO ustaliła listę objawów i jednostek chorobowych, które mogą powstać w „chorych budynkach”, według częstości występowania takich cech, jak: podrażnienie lub uszkodzenie śluzówek (oczu, nosa, krtani, oskrzeli), wysuszenie i podrażnienie skóry, objawy neurotoksyczne (ból głowy, zmęczenie, rozdrażnienie, osłabienie koncentracji), astma oskrzelowa, objawy astmopodobne (ucisk w klatce piersiowej, duszności), gorączka klimatyzacyjna oraz uszkodzenie tkanki płucnej [cyt. za 33].

WHO dokonała także podziału niespecyficznych dolegliwości związanych z przebywaniem w budynkach na: zaburzenia neurotoksyczne (ból głowy, zmęczenie, rozdrażnienie, trudności w koncentracji uwagi, zawroty głowy), podrażnienie błon śluzowych spojówek jamy nosowo-gardłowej, objawy „astmopodobne” (ucisk w klatce piersiowej, świsty), podrażnienie skóry, krwawienia z nosa oraz uczucie przykrego zapachu [cyt. za 33].

W kolejnych latach doprowadzono do zmiany nazwy terminu SBS na *BRI building – related illness* – „schorzenie związane przyczynowo z przebywaniem w budynku”, a w jego ramach wyodrębniono dwie grupy schorzeń: specyficzne (stany pochodzenia alergicznego, immunologicznego, infekcyjnego) oraz niespecyficzne (o niejednorodnej symptomatyce – podrażnienie skóry oraz błon śluzowych, ból głowy, zmęczenie, zaburzenia koncentracji) [cyt. za 33].

Niektórzy badacze, jak np. Brooks [cyt. za 33], rozszerzyli jeszcze zakres schorzeń charakteryzujących BRI o: infekcje (legionelloza, grypa, różyczka, nawracające infekcje dróg oddechowych, przewlekły stan zapalny zatok obocznych nosa), choroby alergiczne (głównie astma oskrzelowa, całoroczny alergiczny katar i zapalenie spojówek), gorączkę klimatyzacyjną, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, suchość i zaczerwienienie skóry, zwłaszcza twarzy, świąd, pokrzywkę, pogorszenie przewlekłych chorób skóry (np. wyprysk atopowy, kontaktowe zapalenie skóry), podrażnienie i przewlekłe zapalenie spojówek, wysychanie spojówek, nawracające i przewlekłe zapalenie ucha środkowego i zewnętrznego, objawy neurotoksyczne, objawy astmopodobne, grypopodobne, zespoły zmęczeniowe (CFS – *The chronic fatigue syndrome*) oraz nowotwory [cyt. za 33].

Zanieczyszczenia powietrza w wybranych placówkach ochrony zdrowia

Badania przeprowadzone przez Łukaszuk i wsp. [34] w **oddziałach onkologicznych** w Białymstoku i Lublinie, wykazały, iż powietrze i ściany oddziału onkologicznego w Lublinie wykazywały większe nasilenie kolonii grzybów w porównaniu z oddziałem w Białymstoku. Powietrze oddziału onkologicznego w Lublinie charakteryzowało się większą różnorodnością flory mikologicznej. Stwierdzono prawie dwukrotnie większą liczbę kolonii grzybów w powietrzu na zewnątrz budynku szpitalnego w Lublinie w porównaniu z Białymstokiem. Z próbek powietrza pobranego z pomieszczeń oddziału onkologicznego w Białymstoku wyizolowano ogółem 1723 kolonie grzybów. Najwięcej patogenów wyhodowano z próbek powietrza z łazienek (1034) oraz sali chorego (235). Grzybów nie izolowano w ogóle z powietrza pobranego z pracowni cytostatyków. Z próbek powietrza pobranego z pomieszczeń oddziału onkologicznego w Lublinie wyizolowano ogółem 5234 kolonie grzybów. Najwięcej patogenów wyhodowano z próbek powietrza z łazienek (1823) oraz korytarzy (1470), najmniej z dyżurki pielęgniarek 79 i pokoju zabiegowego (98). Z powietrza pomieszczeń oddziału onkologicznego w Białymstoku izolowano 5 różnych rodzajów/gatunków grzybów, z powietrza w Lublinie 7 gatunków. Z wymazów ścian w pomieszczeniach oddziału białostockiego wyhodowano ogółem 67 kolonii grzybów. Najwięcej kolonii – ze ścian na korytarzu (24), sali chorych (13) i w pokoju zabiegowym (12). Najmniej – w pracowni cytostaticznej (3). W oddziale lubelskim w wymazów ścian wyizolowano ogółem 123 kolonie, najwięcej z pokoju zabiegowego (30), brudownika (14) i pracowni cytostaticznej (10). Najmniej – z sal chorych (3) i łazienki (8). Ze ścian pomieszczeń oddziału onkologicznego w Białymstoku hodowano pięć różnych rodzajów/gatunków grzybów, ze ścian w Lublinie – siedem gatunków [34].

W innych badaniach Łukaszuk i wsp. [35] dotyczących powietrza **oddziałów noworodkowych** w Białymstoku i Lublinie, pozwoliły na wyizolowanie, z próbek powietrza pobranego z pomieszczeń oddziału noworodkowego w Białymstoku, ogółem 1160 kolonii grzybów. Najwięcej patogenów wyhodowano z próbek powietrza z jednej z sal noworodkowych. Ogółem z tych pomieszczeń wyizolowano 760 kolonii grzybów. Najmniej kolonii grzybów hodowano z powietrza z dyżurki pielęgniarek (60 kolonii). Z próbek powietrza pobranego z pomieszczeń oddziału noworodkowego w Lublinie wyizolowano ogółem 1380 kolonii grzybów. Najwięcej patogenów wyhodowano z próbek powietrza z dyżurki lekarskiej, korytarza i jednej z sal noworodkowych (po 300 kolonii). Ogółem z powietrza z sal noworodkowych wyizolowano 600 kolonii grzybów. Autorzy nie wykazali istotnych statystycznie różnic w średniej ilości grzybów izolowanych z próbek powietrza z Białegostoku i Lublina. Z próbek powietrza pobranego na zewnątrz oddziałów wyizolowali prawie dwa razy więcej grzybów w Lublinie niż w Białymstoku. Z powietrza pomieszczeń oddziału noworodkowego w Białymstoku izolowali

4 różne rodzajów/gatunki grzybów, z powietrza w Lublinie 5 gatunków. Z wymazów ścian w pomieszczeniach oddziału białostockiego wyhodowano ogółem 116 kolonii grzybów. Najwięcej kolonii izolowano ze ścian korytarza, najmniej z jednej z sal noworodkowych i dyżurki lekarskiej. W oddziale lubelskim z wymazów ścian wyizolowano ogółem 152 kolonie, najwięcej ze ścian korytarza, najmniej ze ścian w dyżurce pielęgniarskiej. Ogółem ze ścian w salach noworodkowych oddziału białostockiego izolowano 25 kolonii grzybów, ze ścian oddziału lubelskiego – 37 kolonii. Autorzy nie wykazali istotnie statystycznych różnic w średniej ilości grzybów izolowanych ze ścian w Białymstoku i Lublinie. Ze ścian pomieszczeń oddziału noworodkowego w Białymstoku hodowano 5 różnych rodzajów/gatunków grzybów, ze ścian w Lublinie – 7 gatunków. Autorzy wykazali istotne różnice w występowaniu flory grzybiczej (pod względem ilości i rodzaju grzyba) w zależności od miejsca izolacji oraz lokalizacji oddziału. Powietrze na zewnątrz budynku szpitalnego w Lublinie, w porównaniu z Białymstokiem, charakteryzowało się większym nasileniem liczby kolonii grzybów. Liczba kolonii grzybów w powietrzu sal chorych znacznie przekraczała normy zalecane w literaturze [35].

Krajewska i wsp. [36] badając powietrze **oddziałów położniczo-ginekologicznych**, z próbek powietrza pobranego z 16 pomieszczeń oddziału położniczego izolowali różne liczby kolonii grzybów od 0 do 560. Najwięcej patogenów (560 CFU/1000L powietrza) wyhodowano z próbek z sali chorych nr 9, sali chorych nr 1 (330 CFU/1000L) oraz korytarza przed oddziałem (360 CFU/1000L powietrza). Grzybów nie hodowano z próbek powietrza pokoju przygotowawczego, sali septycznej, sali operacyjno-cięciowej, sali porodów rodzinnych oraz brudownika i łazienki chorych. Największą liczbę kolonii grzybów *Aspergillus species* i *Penicillium species* uzyskano z hodowli próbek powietrza pobranego przed wejściem do budynku (lita masa kolonii). Z próbek powietrza pobranego w pomieszczeniach oddziału wyhodowano ogółem 1600 kolonii grzybów *Candida albicans*, *non-Candida albicans*, *Penicillium species* i *Cladosporium species*. Najczęstszym patogenem były grzyby gatunku *Candida albicans* (82,5%). Najwyższa temperatura panowała w dyżurkach pielęgniarek, pokoju przygotowawczym nr 2 (po 20,5 oraz 20 st. C) oraz sali chorych nr 1 (20 st. C). Największą wilgotność stwierdzono w umywalni (85,2%) oraz pokoju przygotowawczym nr 1 (79,5%). Nie wykazano istotnych statystycznie zależności między temperaturą ($r = 0,09$, $p = 0,73$), wilgotnością ($r = -0,23$, $p = 0,31$) a liczbą kolonii grzybów (CFU/1000L powietrza). Uzyskane wyniki pozwoliły autorom na stwierdzenie zróżnicowanej liczby kolonii grzybów w zależności od rodzaju pomieszczenia szpitalnego. Wykazali także, iż najwięcej patogenów grzybiczych izolowali z próbek powietrza pobranego w salach chorych. Nie izolowali kolonii grzybów z sal septycznych, operacyjno-cięciowych i porodów rodzinnych. Głównym patogenem grzybiczym izolowanym z próbek pobranego powietrza był grzyb *Candida albicans* [36].

Makarowski i wsp. [37] pobierali próbki powietrza do badań mikologicznych z **pracowni radiologicznych** w trzech punktach Białegostoku, korytarzy przed pracowniami oraz na zewnątrz budynku, w którym mieściły się w/w pomieszczenia. Badania prowadzali w czterech porach roku, rano, przed rozpoczęciem pracy i po południu, po jej zakończeniu. W budynku przy ulicy Bema materiał pobierano w gabinecie USG, RTG ogólnym oraz RTG zębów. W budynkach przy ul. Białówny – w gabinecie RTG, pokoju lekarskim oraz gabinecie RTG zębów, a przy ulicy Sienkiewicza w pracowni USG, gabinecie RTG oraz ciemni. W każdym z budynków dokonywano także pomiaru na korytarzu przed gabinetami oraz na zewnątrz budynków. Analiza zebranych danych pozwoliła stwierdzić, iż najwyższy poziom CFU w większości miejsc występował w porze letniej. Wartości CFU zimą i jesienią były wyższe po południu, zaś wiosną odwrotnie. Statystycznie znamiennej różnicę w poziomie CFU rano i po południu stwierdzono w okresie wiosennym w pomieszczeniach budynku przy ul. Białówny i w okresie letnim przy ul. Sienkiewicza. Wiosną wartości CFU wzrastały po południu, jesienią rano, a zimą były ponownie wyższe po południu. W okresie letnim, pora dnia nie miała żadnego wpływu na wartości CFU. W przypadku pomiarów dokonanych rano autorzy zauważyli zdecydowaną „dominację” pory letniej, gdy wartości CFU były największe w prawie wszystkich pomieszczeniach. W okresie popołudniowym sezonowość nie była już tak wyraźna. Zauważyli także, dość znaczące powiązanie temperatury i wartości CFU w porze wiosennej (nieco silniejsze dla pomiarów wykonanych rano) oraz w okresie jesiennym. Zależności te miały kierunek ujemny, to znaczy, że im wyższa temperatura w pomieszczeniu tym wartości CFU były niższe. W przypadku pomiarów dokonanych rano, wiosną wilgotność była czynnikiem stymulującym rozwój grzybów, a jesienią miała miejsce sytuacja odwrotna. Na poziom CFU latem i jesienią (oraz w słabszym stopniu wiosną) wpływał poziom wilgotności powietrza. W przypadku pomiarów popołudniowych, zauważono zależność o przeciętnej sile, dotyczącą okresu zimowego. Wraz ze wzrostem wilgotności, występowała tendencja do spadku wartości CFU. Zimą we wszystkich budynkach w większości pomieszczeń przeważał wzrost grzybów z gatunku *Candida albicans*, chociaż jeśli chodzi o liczbę kolonii, to ustępował on w dwóch porach roku wzrostowi grzyba rodzaju *Aspergillus species*. W okresie wiosennym liczba grzybów była już dużo większa, a ich struktura bardziej zróżnicowana zarówno pomiędzy pomieszczeniami, jak i w zależności od pory dnia. Dominowały trzy rodzaje/gatunki grzybów: *Penicillium species*, *Candida albicans* i *non-Candida albicans*, które stanowiły ponad 90% wszystkich pojawiających się w poszczególnych budynkach kolonii. Rano relatywnie więcej izolowano kolonii grzyba *Penicillium species*, zaś po południu *Candida albicans* i *non-Candida albicans*. Latem struktura grzybów była jeszcze bardziej urozmaicona, jednak ponownie zaczynają dominować grzyby z gatunku *Candida albicans*. Warto zwrócić uwagę na duże, większe niż wiosną, podobieństwo struktury grzybów występujących rano i po południu. Poza nie-

licznymi wyjątkami, procentowy udział poszczególnych rodzajów grzybów nie zmieniał się wyraźnie w obrębie danego pomieszczenia pomiędzy pomiarami dokonanymi rano i po południu. Jedynym wyjątkiem od tej reguły był gabinet RTG przy ul. Białówny, gdzie po południu w ogóle nie izolowano grzyba *Candida albicans*. Struktura grzybów w okresie jesiennym wydaje się być podobna do tej z okresu wiosennego, z tym, że nieco większy jest udział dwóch grzybów, z rodzaju *Acremonium species* i *Aspergillus species*, które wiosną występowały sporadycznie. Autorzy zauważyli dosyć wyraźne różnice pomiędzy budynkami w strukturze występujących w nich grzybów. Przy ul. Sienkiewicza dominował grzyb *Candida albicans*, zaś przy ul. Bema było relatywnie więcej kolonii *Penicillium species*, którego to grzyba prawie wcale nie izolowano przy ul. Białówny w okresie po południowym. Uzyskane wyniki pozwoliły autorom na stwierdzenie, że głównym patogenem grzybiczym izolowanym z próbek pobranego powietrza w pomieszczeniach radiologicznych był grzyby gatunku *Candida albicans*, a na zewnątrz budynków grzyby rodzaju *Aspergillus species*. Stwierdzili także istotnie statystycznie różnice w wartościach CFU w zależności od pory roku, dnia oraz miejsca lokalizacji badanych pomieszczeń radiologicznych. Wykazali też, że temperatura i wilgotność panująca w badanych pomieszczeniach świadczą o korzystnych warunkach dla rozwoju grzybów [37].

Rolka i wsp. [38] pobierali do badań próbki powietrza z **sal operacyjnych, myjni lekarzy i narzędzi, centralnej sterylizatorni**, korytarzy bloku operacyjnego, przed wejściem do bloku oraz wejściem do budynku szpitala. Z próbek powietrza pobranego z 11 sal bloku operacyjnego izolowano różne liczby kolonii grzybów, od 0 do 110 rano przed zabiegami oraz od 0 do 30 po południu po zabiegach operacyjnych. Najwięcej patogenów (110 CFU/1000 L powietrza) wyhodowano z próbek z sali operacyjnej nr 7. Z powietrza jednej sali nie izolowano żadnych grzybów ani rano, ani po południu. Największą liczbę kolonii uzyskano z hodowli próbek powietrza z korytarza przed wejściem na blok operacyjny (140 CFU/1000 L). Zaobserwowano tendencję zniżkową w liczbie kolonii grzybów przed i po zabiegach. we wszystkich badanych salach operacyjnych oraz wzrostową w pozostałych pomieszczeniach. Z próbek powietrza pobranego na zewnątrz bloku wyizolowano grzyby rodzaju *Candida albicans*. *non-Candida albicans*. *Mucor species*. *Penicillium species* i *Aspergillus species*, najczęściej *Candida albicans* (64%). Rano najwyższa temperatura panowała w pomieszczeniach centralnej sterylizatorni (23.5 st. C) oraz sali operacyjnej nr 10 i myjni lekarzy przy sali 3/3a (po 21.5 st. C). Utrzymywała się ona w tych samych granicach po zabiegach operacyjnych. Największą wilgotność stwierdzono w salach operacyjnych nr 8, nr 6 i nr 5 oraz na korytarzu bloku operacyjnego i z reguły wzrastała ona po południu. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności między temperaturą, wilgotnością a liczbą kolonii grzybów (CFU/1000L powietrza). Autorzy zauważyli tendencję obniżania się po zabiegach operacyjnych ilości patogenów grzybiczych w salach operacyjnych i wzrostu w pozostałych pomieszczeniach.

Głównym patogenem grzybiczym izolowanym z próbek pobranego powietrza był grzyb *Candida albicans* [38].

Krajewska-Kułał i wsp. [39] badając powietrze pobierane z **pracowni Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej**, korytarzy przed pracowniami oraz na zewnątrz budynku szpitala, w którym mieści się Klinika oraz próbki z powierzchni ścian w w/w pomieszczeniach, ścian basenu i wanien do hydromasażu oraz powierzchni mat i ławek, największą liczbę grzybów izolowali z próbek powietrza pobranych z gabinetu zabiegowego (CFU/L – 560, $p < 0,001$, sali gimnastycznej (CFU/L – 360, $p = 0,01$), gabinetu do ćwiczeń metodą Vojta (CFU/L – 40) i korytarza II (CFU/L – 34). Najmniej grzybów – z próbek powietrza pobranego z gabinetu do stosowania zabiegów z parafiną (CFU/L – 2) oraz z szatni chorych przy sali gimnastycznej (CFU/L – 4). Średnie wartości CFU/L wynosiły $170,6 \pm 177,3$. Najwyższa temperatura panowała w szatni chorych przy sali z przyrządami gimnastycznymi (23,8 st. C), a najniższa na korytarzu I (21,4 st. C). Najwyższa wilgotność względna panowała na korytarzu II (31,6%), a najniższa w sali gimnastycznej (20,1%). Autorzy stwierdzili dodatnią zależność pomiędzy wilgotnością a liczbą grzybów w badanych pomieszczeniach ($\beta = 0,3147$, $p = 0,021$). Z badanych powierzchni największą liczbę kolonii grzybów izolowano z próbek pobranych z powierzchni maty do ćwiczeń (CFU/L – 202, $p < 0,05$), ławek (CFU/L – 70 koloni), ścian w gabinecie fizykoterapii (CFU/L – 36) i ścian wanny (CFU/L – 28). Z próbek pobranego powietrza najczęściej izolowano grzyby rodzaju *Penicillium species*, a z materiału pobranego z powierzchni należące do gatunku *Candida albicans*. Autorzy stwierdzili istotnie statystycznie różnice w liczbie izolowanych grzybów w 1000 L powietrza w zależności od pomieszczenia i badanej powierzchni. Według nich, temperatura i wilgotność panujące w badanych pomieszczeniach świadczą o korzystnych warunkach dla rozwoju grzybów [39].

W innych badaniach, w **zakładzie opieki długoterminowej**, Krajewska-Kułał i wsp. [40], najwięcej grzybów izolowali z próbek powietrza z sal chorych niesamodzielnymi na parterze (średnio $235 \pm 24,8$ j.k.t. w m^3 powietrza), na korytarzu na parterze przed salami chorych niesamodzielnymi (535 j.k.t. m^3) i w łazience chorych niesamodzielnymi na parterze (320 j.k.t. grzybów m^3). Najwyższa temperatura panowała w salach chorych niesamodzielnymi na parterze ($24,2 \pm 0,1$), a wilgotność – w salach chorych niesamodzielnymi na I piętrze ($42,1 \pm 1,98$). Na zewnątrz budynku izolowano 200 j.k.t. grzybów w m^3 . Z próbek powietrza w salach chorych najczęściej izolowano *Penicillium sp.*, *Cladosporium herbarum* oraz *Mycelia sterilia*. Na korytarzach grzyby z rodzaju *Aspergillus ochraceus*, *Penicillium sp.* oraz *Mycelia sterilia*, ze ścian w salach chorych grzyby z rodzaju *Stachybotrys sp.*, *Mycelia sterilia*, *Penicillium sp.* oraz *Mucor*, a na zewnątrz budynku *Penicillium sp.* oraz *Cladosporium herbarum*. W samoocenie respondenci w pojedynczych przypadkach deklarowali obecność w ich mieszkaniu: plam na ścianach i/lub suficie, pleśni, śladów wody oraz stęchłego zapachu. Wyłącznie u chorych z sal z najwyższymi wartościami j.k.t. w m^3 występowały takie dolegliwości, jak: pęk-

nięcia/krwawienia na rękach, uczucie palenia, zaczerwienienia rąk, świąd/suchość skóry rąk, suchość/zatkanie w nosie, kaszel, mrowienie kończyn, obrzęk powiek, pieczenie oczu w domu oraz konieczność odpoczynku podczas kąpieli i ubierania się. Dolegliwości te występowały podczas ekspozycji na kurz i częściej, niż w grupie pozostałych chorych, nasilały się podczas przeziębienia. Autorzy w niewielkim odsetku sal stwierdzili wyższe, niż zalecane przez Krzysztofika, wartości j.k.t. grzybów m³ powietrza. Temperatury i wilgotność panujące w badanych pomieszczeniach świadczą o korzystnych warunkach dla rozwoju grzybów. Z próbek powietrza i ścian w salach chorych najczęściej izolowano *Penicillium sp.*, *Cladosporium herbarum* oraz *Mycelia sterilia*. W samoocenie respondenci stwierdzili, iż warunki panujące w ich mieszkaniach, nie są szkodliwe dla ich zdrowia. Chorzy z sal o największych wartościach j.k.t. w m³ powietrza deklarowali znacznie więcej dolegliwości, niż osoby przebywające w pozostałych salach [40].

Wyniki zacytowanych powyżej badań własnych wskazują na celowość prowadzenia systematycznych badań mikrobiologicznych, dotyczących oceny patogenów grzybiczych, i obejmujących personel, chorych, ściany, podłogi, wyposażenie oddziałów (sprzęt, bielizna) oraz powietrze. Problemem w powyższych działaniach jest jednak brak jednolitej polskiej normy, dotyczącej klas czystości mikrobiologicznej powietrza wewnętrznego oraz brak ujednoczenia obowiązujących zasad pobierania próbek powietrza do oceny zanieczyszczenia powietrza grzybami w placówkach ochrony zdrowia

Piśmiennictwo

1. Grzegorzczak A., Misiński J.: Klimatyzacja, wentylacja, ogrzewanie. Inteligentny biudynek. Integracja systemów. Raport 1997/98. Walter Open System, Wrocław, 1998, 97–112.
2. Przydrożny S.: Wentylacja. Skrypt Politechniki Wrocławskiej; Wrocław, 1991.
3. Grandjcan E.: Fiziologia pracy. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1971.
4. Pacholski L.: Ergonomia. Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań, 1986.
5. Kania J.: Wybrane zagadnienie z ergonomii. Wydawnictwo Politechniki Warszawskiej, Warszawa, 1983.
6. Sudół-Szopińska I., Łuczak A.: Wpływ temperatury środowiska zewnętrznego na sprawność działania człowieka, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2006, 7–8, 16–19.
7. Brzeziński T.: Historia medycyny, PZWL, Warszawa, 1998, 56–59.
8. Krzysztofik B.: Mikrobiologia powietrza, Wydawnictwo Politechniki Warszawskiej, Warszawa, 1992, 19–20.
9. Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie, PZWL, Warszawa, 1977, 49–55, 244–253, 575–580.
10. Szumowski W.: Historia medycyny, Sanmedia, Warszawa, 1994, 408–409, 478–481, 605–611.

11. Zyska B.: Grzyby powietrza wewnętrznego w krajach europejskich, *Mikol. Lek.*, 2001, 8, 127–140.
12. Alberts M.: Indoor air pollution No, No₂, Co and CO₂. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 289–296.
13. Chester A. C.: Sick building syndrome fatigue as a possible predation defense. *Int. Phys. Behavioral Science.*, 1995, 30, 68–83.
14. Chester A. C., Levine P. H.: The natural history of concurrent sick building syndrome and chronic fatigue syndrome. *J. Psychiat. Res.*, 1997, 31, 51–57.
15. Ledford D.: Indoor allergens. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 327–334.
16. Meegs W.J.: Neurogenic switching: a hypothesis for a mechanism for shifting the site of inflammation in allergy and chemical sensitivity. *Environ. Health Perspect.*, 1995, 103, 54–56.
17. Michel O., Ginanni R., Duchateau J., Vertongen F., Le Bon B., Sergysels R.: Domestic endotoxin exposure and clinical severity of asthma. *Clin. Exp. Allergy.*, 1991, 21, 441–448.
18. Platts–Mills T., Sporik R., Ward G., Heymann P., Chapman M.: Dose-response relationships between asthma and exposure to indoor allergens [w:] *Progress in allergy and clinical immunology*. Vol. 3, ed. Johansson S. G. O., Hogrefe and Huber Pb., Seattle, 1994, 90–96.
19. Procyk A.: Wpływ roślinności na jakość powietrza w budynkach. *Wiad. Zielar.*, 1999, 41, 22–23.
20. Rylander R.: Sick building syndrome [w:] *Proceedings of XVI European Congress of Allergology and Clinical Immunology ECACI 95*, Basomba A., Sastre J. Monduzzi ed., Bologna, 1995, 409–414.
21. Schlesinger R., Driscoil K., Gunnison A., Zelikoff J.: Pulmonary arachidonic acid metabolism following acute exposures to ozone and nitrogen dioxide. *J. Toxicol.*, 1990, 31, 275–290.
22. Selzer J.: Building – related factors to consider in indoor air quality evaluations. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, (part 2), 351–361.
23. Sindhu R.: Exposure to environmental tobacco smoke results in an increased production of anti-Benzpyrene-7,8-dihydrodiol-9,10 epoxide in juvenile ferret lung homogenates. *J. Toxicol.*, 1996, 47, 523–534.
24. Teeuw K. B., Vandenbroucke-Grauls C. M., Verhoef J.: Airborne gram-negative bacteria and endotoxin in sick building syndrome. *Archiv. Int. Med.*, 1994, 154, 2229–2345.
25. Trudeau W., Fernandez-Caklas E.: Identifying and measuring indoor biologic agents. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 393–400.
26. Ezeonu I. M., Price D. L., Simmons R. B., Crow S. A., Ahearn D. G.: Fungal production of volatiles during growth on fiberglass. *Appl. Environ. Microbiol.*, 1994, 60, 4172–4173.
27. Ochmański W., Barabasz W.: Mikrobiologiczne zagrożenia budynków i pomieszczeń mieszkalnych oraz ich wpływ na zdrowie (syndrom chorego budynku), *Przegl. Lek.*, 2000, 7–8, 419–423.
28. Trout D., Bernstein J., Martinez K., Biagini R., Wallingford K.: Bioaerosol lung damage in a worker with repeated exposure to fungi in a water-damaged building. *Environ. Health Perspect.*, 2001, 109, 641–644.

29. Bobrowski M. M.: Podstawy biologii sanitarnej, Wydawnictwo Ekonomia i Środowisko, Białystok, 2002, 162–167.
30. Hammad Y.: The problem of the „sick” building – facts and implications. Identifying and measuring indoor nonbiologic agents. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 94, 296–303.
31. Kurnatowska A.: Ekologia, jej związki z innymi dziedzinami wiedzy, PWN, Warszawa, 2002, 12–43.
32. Rejmer P.: Podstawy toksykologii, Wydawnictwo Ekoinżynieria, Lublin, 1997, 128–139.
33. Krajewska-Kułał E., Łukaszuk C., Gniadek A., Macura A.B., Van Damme-Ostapowicz K., Lewko J., Rolka H., Rozwadowska E., Guzowski A.: Zanieczyszczenie powietrza w pomieszczeniach mieszkalnych, *Mikologia Lekarska*, 2010, 17,3, 188–192.
34. Łukaszuk C., Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Krawczuk-Rybak M., Laskowska A.: Badania powietrza w oddziałach onkologicznych w Białymstoku i Lublinie, *Onkol. Pol.*, 2002, 5, 147–152.
35. Łukaszuk C., Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Szczepański M., Szamatowicz J., Badania powietrza na oddziałach noworodkowych w Białymstoku i Lublinie, *Ped. Pol.*, 2003, 78, 369–375.
36. Krajewska K., Krajewska-Kułał E., Łukaszuk C., Rolka H., Lach J., Karczewski J.: Analiza występowania patogenów grzybiczych w powietrzu sal oddziału położniczego. *Doniesienie wstępne. Ginekol. Pol.*, 2004, 75, 451–456.
37. Makarowski T., Krajewska-Kułał E., Łukaszuk C., Rolka H., Fiłon J.: Analiza występowania patogenów grzybiczych w powietrzu pracowni radiologicznych w Białymstoku. *Doniesienie wstępne. Mikologia Lekarska*, 2006, 13,2, 111–118.
38. Rolka H., Krajewska-Kułał E., Szepietowski J., Łukaszuk C., Kowalczyk K., Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska K.: Analiza występowania grzybów w pomieszczeniach bloku operacyjnego, *Mikol. Lek.*, 2006, 13, 301–305.
39. Krajewska-Kułał E., Łukaszuk C., Kułał W., Kraszyńska B.: Analiza występowania patogenów grzybiczych w pracowniach rehabilitacyjnych. *Doniesienie wstępne, Mikologia Lekarska*, 2008, 15, 140–144.
40. Krajewska-Kułał E., Gniadek A., Kantor A., Łukaszuk C., Macura A. B.: Analiza występowania patogenów grzybiczych w powietrzu oddziału opieki długoterminowej. *Doniesienie wstępne, Mikologia Lekarska*, 2010, 1, 17,21–29.

Netografia

- A. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Mikroklimat>, data pobrania 16.02.2011.
- B. http://www.cieplej.pl/index_artykuly.php5?dzial=2&kat=9&art=60&limit=0, data pobrania 16.02.2011.

Krystyna Kowalczuk¹, Barbara Jankowiak¹, Hanna Rolka¹,
Elżbieta Krajewska-Kułał¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz¹,
Krystyna Klimaszewska¹, Emilia Rozwadowska¹,
Dorota Kondzior¹, Beata Kowalewska¹

Stres zawodowy w pracy pielęgniarek i położnych na terenie województwa podlaskiego

Wstęp

Większość koncepcji dotyczących stresu w pracy odwołuje się do interakcji między wymaganiami stawianymi przez środowisko pracy a indywidualnymi zasobami pracowników. Relacyjne ujęcie stresu w pracy przedstawiła Kalimo, która określa stres jako „stan silnego napięcia psychicznego wywołany rozbieżnością między wymogami otoczenia a możliwościami człowieka” [1, 2, 3, 4].

Podobnie Weroński model stresu zawodowego przedstawiany jest przez autorów w kontekście relacji występujących pomiędzy obciążeniem pracą a możliwościami jednostki. Stres powstaje wówczas, gdy wymagania pracy przerastają możliwości jednostki. W sytuacji, gdy pracownik dysponuje właściwymi możliwościami sytuacja nie jest wówczas stresorodna [1, 2].

Nieco szerszą koncepcję stresu w pracy (organizacyjny) przedstawili Kahl i Byosiere. Autorzy ujmują stres na pięciu poziomach: zdarzenia stresowe przedorganizacyjne, stresory związane z organizacją, ocena poznawcza, konsekwencje długoterminowe stresu organizacyjnego [1, 2].

Koncepcja stresu organizacyjnego Van Harrisona zdefiniowana została jako „niedopasowania jednostki i otaczającego ją środowiska”. Opiera się na założeniu, że interakcja między zmiennymi środowiskowymi a określonymi właściwościami jednostki wywołują napięcie związane ze stresem. Model Van Harrisona zawiera cztery podstawowe elementy. Proces stresu organizacyjnego może być modyfikowany na każdym poziomie przez modyfikatory osobowe związane z różnicami indywidualnymi, uwarunkowanymi genetycznymi, osobowościowymi i demograficznymi [1, 2, 3, 4]:

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

- obiektywne środowisko obejmuje wszystkie elementy otaczające jednostkę, niezależnie od cechującego sposobu percepcji,
- subiektywne środowisko, czyli sposób, w jaki jednostka widzi i odczuwa środowisko pracy,
- obiektywna osoba, tj. rzeczywiste właściwości osoby, jej względnie trwałe potrzeby, nawyki, wartości zdolności i inne mniej lub bardziej trwałe wartości,
- subiektywna osoba, tj. sposób, w jaki sposób jednostka spostrzega właściwości indywidualne, spostrzeganie obiektywnego „ja” obraz u samego siebie.

Model Kraska opracowany w latach 80 ubiegłego wieku zdominował badania empiryczne. Autor skoncentrował się na dwóch psychospołecznych właściwościach: wymaganiach i zakresie kontroli, zwanej swobodą podejmowania decyzji. Zdaniem autora interakcja wysokich wymagań i niskiego zakresu kontroli jest szczególnie stresorodna. W modelu własnym Kraski wyróżnił cztery główne sytuacje różniące się stopniem nasilenia krytycznych wymiarów wymagań i kontroli [1]; wysokie wymagania – mały zakres kontroli. jest to sytuacja szczególnie stresująca, ponieważ pracownik otrzymuje trudne lub pracochłonne zadanie bez możliwości swobodnego wykonania [1, 2, 3]:

- wysokie wymagania – duży zakres kontroli, sytuacja ta stwarza warunki rozwoju pracowników. Trudne zadanie mobilizuje, ale jednocześnie stwarza warunki modelowego zachowania,
- niskie wymagania – mały zakres kontroli. Powyższa sytuacja nie pobudza do działania, ani też nie daje możliwości działania z powodu niskiej kontroli, w efekcie pojawia się pasywność, a w konsekwencji jednostka nie ma możliwości rozwoju,
- niskie wymagania – duży zakres kontroli, wywołuje najmniejsze napięcie. Wysoki zakres kontroli pozwala jednostce optymalnie zareagować na pojawiające się niewygórowane wymagania. W tej sytuacji występuje najmniejsze ryzyko pojawienia się złego samopoczucia, czy też wystąpienia chorób psychosomatycznych.

Model Kompensowania napięcia wzbudzanego przez wymagania w pracy de Jongi i Dormana zakłada, że zdrowie pracownika zależy od dwóch aspektów pracy: wymagań i zasobów. Wymagania prowadzą do negatywnych konsekwencji, jeżeli zmuszają pracownika do dodatkowego wysiłku. Zasoby pracy to aspekty, które mogą być wykorzystywane przez pracownika w celu zredukowania wymagań w pracy, uzyskania zaplanowanych celów, pobudzenie wzrostu osobistego i zasobów [1, 5, 6].

Jedną z nowszych koncepcji dotyczących stresu w miejscu pracy jest teoria nierównowagi pomiędzy wysiłkiem jednostki a otrzymywaną nagrodą. W modelu wysiłek określany jest jako wymagania i zobowiązania, np. presja czasu, występowanie przeszkód w realizacji zadań, duża odpowiedzial-

ność, konieczność pracy w nadgodzinach, wykonywanie obciążających zadań. Pojęcie wysiłku obejmuje także nadmierne zaangażowanie jednostki, które oceniane jest za pomocą czterech wymiarów radzenia sobie. Nagrody, jakie może otrzymać pracownik w zamian za poniesiony wysiłek dotyczą: aspektu finansowego, poważania, bezpieczeństwa zatrudnienia i możliwości rozwoju kariery [1, 6].

Witaminowa Koncepcja Warra dotyczy oddziaływania czynników środowiskowych, głównie właściwości pracy na zdrowie psychiczne człowieka oraz wpływu witamin na stan zdrowia fizycznego.

Każde miejsce pracy może być źródłem stresu, gdzie pracownik może zetknąć się z czynnikami, które będą wywoływać stan napięcia i silne emocje. Klasyfikacja stresorów związanych z pracą oparta jest na modelach teoretycznych [1, 6, 7]. Jedną z pierwszych kwalifikacji czynników stresogennych w miejscu pracy została opracowana przez Landa i Trumbo [1]. Obejmowała następujące stresory zawodowe: niepewność pracy, nadmierne współzawodnictwo, niebezpieczne warunki pracy, wymagania płynące z zadań, wydłużone lub nietypowe godziny pracy. Na podstawie literatury można stwierdzić, że przeprowadzono wiele badań na temat stresu w grupie pielęgniarek.

Cel pracy

Określenie stopnia i źródła narażenia na stres w populacji pielęgniarek i położnych w zależności od miejsca pracy.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone w roku 2010 po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej R-I-002/66/2010. Populację tworzyło 230 położnych i 246 pielęgniarek pracujących lecznictwie otwartym i zamkniętym na terenie województwa podlaskiego. W badaniach wykorzystano kwestionariusze Ogólnego Stanu Zdrowia GhQ 28 i kwestionariusz do oceny cech pracy. Wyniki opracowano statystycznie z wykorzystaniem testu chi-kwadrat.

Wyniki

Badaną populację stanowiło 230 położnych i 246 pielęgniarek zatrudnionych w zamkniętej i otwartej opiece medycznej na terenie województwa podlaskiego. Wiek respondentek był zróżnicowany. Największa liczba położnych była w wieku 40–45 lat, natomiast wśród pielęgniarek najwięcej osób było w wieku 35–40 lat. Respondentki pracowały zarówno w zamkniętej, jak i otwartej opiece medycznej. Większy odsetek pielęgniarek posiadał wykształcenie wyższe 37,4%, natomiast wśród położnych 30,43%. W badanej populacji większość respondentek

pracowała w 12-godzinny systemie: 33,19% położnych i 31,93% pielęgniarek. Większy odsetek pielęgniarek i położnych pracował na stanowisku pielęgniarki odcinkowej. Badania przeprowadzono w kilku etapach.

W pierwszym etapie badań analizowano narażenie na stres w zależności od miejsca pracy. Bardziej narażone na występowanie stresu były respondentki pracujące w zamkniętej opiece medycznej (10,29% położnych i 8,61% pielęgniarek) niż w otwartej.

W analizowanym materiale źródłem stresu dla wszystkich respondentek, niezależnie od miejsca pracy, była presja czasowa – położne (33,19%), pielęgniarki (33,46%), niski poziom wynagrodzenia otrzymywanego za wykonywaną pracę położne (25,21%), pielęgniarki (27,10%) oraz zbyt mało personelu: położne (30,88 5%), pielęgniarki (34,45%).

Analizując źródła stresu w zależności od miejsca pracy wykazano, że presja czasowa stanowiła obciążenie dla 69% położnych i 89% pielęgniarek. Sytuacje związane z ratowaniem życia ludzkiego stanowiły źródło stresu dla 46% położnych i 65% pielęgniarek pracujących w zamkniętej opiece medycznej. Natomiast w otwartej opiece medycznej źródłem stresu były: niskie płace i przeciążenie obowiązkami (analogicznie położne 55%, pielęgniarki 45%).

W badaniach własnych analizowano subiektywne odczucia dotyczące wykonywania pracy. W populacji położnych 40,55% lubiło własną pracę, w grupie pielęgniarek 44,2%. W badanej populacji analizowano także atmosferę panującą w pracy. Zdecydowana większość respondentek pracujących w opiece otwartej określiła atmosferę jako miłą: analogicznie położne 20,38% i pielęgniarki 21,43%. Większy odsetek respondentek chętniej przychodził do pracy w otwartej opiece medycznej (położne 22,69% oraz pielęgniarki 24,16%). Analizując wymagania stawiane respondentkom w zależności od miejsca pracy stwierdzono, że „bardzo zadowolone” były respondentki niezależnie od grupy zawodowej (analogicznie położne 3,99% i pielęgniarki 18,85%) pracujące w zamkniętej opiece medycznej. Natomiast „zadowolone” były respondentki pracujące w otwartej opiece medycznej (analogicznie położne 7,7% i pielęgniarki 10,71%) (tab. 1).

W badaniach własnych analizowano także zadowolenie z realizacji aspiracji zawodowych. Bardzo zadowolone z możliwości realizacji własnych aspiracji były położne pracujące w zamkniętej opiece medycznej (położne 4,20%, pielęgniarki 1,6%). Natomiast bardzo „niezadowolone” były położne i pielęgniarki pracujące w zamkniętej, jak i otwartej opiece medycznej (analogicznie położne 0,84% i pielęgniarki 0,21%) (tab. 2).

W badaniach własnych wykazano, że respondentki nie były zadowolone z otrzymywanego wynagrodzenia w stosunku do posiadanego doświadczenia (pielęgniarki 15,55% i położne 15,97%). Położne i pielęgniarki były raczej zadowolone z rozwiązywania konfliktów w miejscu pracy (położne 14,50% i pielęgniarki 16,81%).

Tabela 1. Subiektywna ocena zadowolenia z wymagań w pracy pielęgniarek i położnych w zależności od miejsca pracy

Stopień zadowolenia		Miejsce pracy				Razem	
		Opieka zamknięta		Opieka otwarta			
Bardzo zadowolona	Położna	19	3,99%	5	1,05%	24	5,04%
	Pielęgniarka	8	1,68%	6	1,26%	14	2,94%
Zadowolona	Położna	31	6,51%	37	7,77%	68	14,29%
	Pielęgniarka	43	9,03%	51	10,71%	94	19,75%
Raczej zadowolona	Położna	41	8,61%	63	13,24%	104	21,85%
	Pielęgniarka	51	10,71%	54	11,34%	105	22,06%
Raczej niezadowolona	Położna	9	1,89%	7	1,47%	16	3,36%
	Pielęgniarka	11	2,31%	6	1,26%	17	3,57%
Niezadowolona	Położna	4	0,84%	2	0,42%	6	1,26%
	Pielęgniarka	3	0,63%	6	1,26%	9	1,89%
Bardzo niezadowolona	Położna	5	1,05%	1	0,21%	6	1,26%
	Pielęgniarka	0	0,00%	1	0,21%	1	0,21%
Nie mam zdania	Położna	3	0,63%	3	0,63%	6	1,26%
	Pielęgniarka	5	1,05%	1	0,21%	6	1,26%
Razem		233	48,95%	243	51,05%	476	100,00%

Tabela 2. Subiektywna ocena poziomu zadowolenia z realizacji aspiracji zawodowych

Stopień zadowolenia		Miejsce pracy				Razem	
		Opieka zamknięta		Opieka otwarta			
Bardzo zadowolona	Położna	20	4,20%	7	1,47%	27	5,67%
	Pielęgniarka	8	1,68%	10	2,10%	18	3,78%
Zadowolona	Położna	32	6,72%	29	6,09%	61	12,82%
	Pielęgniarka	34	7,14%	43	9,03%	77	16,18%
Raczej zadowolona	Położna	30	6,30%	58	12,18%	88	18,49%
	Pielęgniarka	50	10,50%	47	9,87%	97	20,38%
Raczej niezadowolona	Położna	15	3,15%	14	2,94%	29	6,09%
	Pielęgniarka	16	3,36%	12	2,52%	28	5,88%
Niezadowolona	Położna	8	1,68%	5	1,05%	13	2,73%
	Pielęgniarka	10	2,10%	12	2,52%	22	4,62%
Bardzo niezadowolona	Położna	4	0,84%	4	0,84%	8	1,68%
	Pielęgniarka	1	0,21%	1	0,21%	2	0,42%
Nie mam zdania	Położna	3	0,63%	1	0,21%	4	0,84%
	Pielęgniarka	2	0,42%	0	0,00%	2	0,42%
Razem		233	48,95%	243	51,05%	476	100,00%

Dyskusja

Działalność zawodowa człowieka we współczesnym świecie nabiera coraz większego znaczenia i staje się czynnikiem przyspieszającym rozwój jednostki w zakresie sprawności, wiedzy oraz osobowości. Praca może wywierać pozytywny wpływ na człowieka lub być źródłem frustracji, niezadowolenia oraz złego stanu zdrowia. Ważnym aspektem każdego pracownika jest zadowolenie związane z wykonywaniem pracy. Usatysfakcjonowani pracownicy gwarantują stałość zatrudnienia, reklamują firmę i w większym stopniu dbają o jakość świadczonych usług. Aby praca stanowiła przyjemność należy dbać nie tylko o czynniki zewnętrzne, ale także o właściwe zarządzanie zasobami ludzkimi.

W badaniach własnych wykazano, że stres stanowi nieodłączny element pracy zawodowej pielęgniarek i położnych. Podobne wyniki uzyskano przeprowadzając badania wśród 1248 szwajcarskich pielęgniarek [4]. Także badania prowadzone w ramach Northwestern National Life wykazały, że 40% respondentów uznało swoją pracę za ekstremalnie stresującą, a 29% pracowników ankietowanych przez Yale University odczuwało stres związany ze swoją pracą [6]. W badaniach własnych wykazano, że atmosfera miała wpływ na chęć przychodzenia do pracy. W badaniach przeprowadzonym przez Tęczę i Klapę wykazano, że szanowanymi członkami zespołu terapeutycznego czuło się jedynie 12% respondentek. W relacjach pacjent – pielęgniarka aż 84% ankietowanych doświadczyło w swej pracy uznania i wdzięczności [8]. W opinii Wolskiej-Lipiec pielęgniarka w swojej pracy zawodowej kontaktuje się nie tylko z podopiecznymi, ich rodzinami, członkami personelu, przedstawicielami dyscyplin medycznych, społecznych (zespołów interdyscyplinarnych) oraz także z własną grupą zawodową (społeczną, formalną i zadaniową), posiadającą własne odrębne zasady. Znaczenie grupy zawodowej pielęgniarek dla osiągnięcia satysfakcji zawodowej z pracy jest więc ogromne. O jej sukcesach decydują umiejętności porozumiewania się, stosunki w niej panujące (wzajemny szacunek członków grupy), umiejętności współpracy oraz stopień identyfikacji pielęgniarek z grupą [9].

Badania Piechy i Kosińskiej także wykazały, że środowisko szpitala, czy przychodni, jak każda społeczność ludzka nie jest wolne od napięć, problemów i różnych nieporozumień. Najczęstsze konflikty w opinii badanych pielęgniarek (i pielęgniarzy) występują pomiędzy: pielęgniarkami (30%), pielęgniarkami a lekarzami (25%), pielęgniarkami a innymi pracownikami placówki (15%), pielęgniarkami a przełożonymi (11%) oraz pielęgniarkami a pacjentami (10%). Wymienione konflikty wiązały się przede wszystkim z częstotliwością kontaktów między członkami personelu. Im ściślejszy kontakt, tym częstsze konflikty. Autorki dokonały klasyfikacji źródeł konfliktów na: zawodowe, merytoryczne (niepełna 7%), kompetencyjne (11%), organizacyjne (31%), osobowościowe (44%) i inne (7%) [10]. Wyniki powyższe wydają się sugerować, że najwięcej konfliktów ma podłoże osobowościowe. Każdy człowiek jest bowiem indywidualnością

o temperamencie, wzorach zachowań, oczekiwaniach, itp. odmiennych od innych ludzi. Problem pojawia się wtedy, gdy jeden z członków zespołu wyraźnie dominuje i nie pozwala pozostałym na samodzielne działanie [10]. Chęć do pracy, jak też dobre samopoczucie zależą od tego, jak się ułożą w pracy stosunki z kolegami, z przełożonymi, podwładnymi. Postawy pełne życzliwości, wzajemnego zrozumienia i zaufania kształtują się bowiem w atmosferze wzajemnego zrozumienia i zaufania.

W badaniach własnych stwierdzono także, że respondentki nie były zadowolone z wynagrodzenia otrzymywanego za wykonywaną pracę.

Badania przeprowadzone przez Wzorek wykazy także, że niskie zarobki pielęgniarek były powodem do zmiany zawodu [11]. Problem wynagrodzenia pielęgniarek można ująć w kilku aspektach. Przede wszystkim niskie zarobki są niewystarczające do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Niekorzystna dysproporcja między zarobkami pielęgniarek a innymi grupami zawodowymi stanowi barierę społeczną. Niewspółmierne relacje między zarobkami a wymaganiami stawianymi w pracy powodują, że część młodych ludzi odchodzi z zawodu [12].

Wnioski

1. Pielęgniarki i położne pracujące w zamkniętej opiece medycznej były bardziej narażone na stres niż pracujące w opiece otwartej.
2. W zamkniętej opiece medycznej przyczynami stresu zarówno w populacji położnych j pielęgniarek były sytuacje związane z ratowaniem zdrowia i życia ludzkiego i presja czasu
3. W otwartej opiece medycznej przyczynami stresu pielęgniarek i położnych były: niskie płace, nadmierne przeciążenie obowiązkami.

Piśmiennictwo

1. Oginska-Bulik N.: Stres zawodowy w zawodach usług medycznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie. Wydawnictwo Di fin, Warszawa 2006.
2. Dudek B., Merecz D., Makowska Z.: Poczucie kontroli w miejscu pracy a poziom stresu zawodowego i związane z nim skutki. *Medycyna Pracy*, 2001, 52, 6, 451–457.
3. Maslach Ch.: Wypalenie się, utrata troski o człowieka. [w:] *Psychologia i życie*. Zimbardo P., Ruch F. (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, 623–627, (135).
4. Rowe M. M., Sherlock H.: Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 2005, 13, 242–248.
5. Armstrong M.: Zarządzanie zasobami ludzkimi. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, 1–784.
6. Kowalczyk R.: Podstawy psychologii, socjologii i organizacji pracy. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1974.

7. Łuczak A., Żołnierczyk – Zreda D.: Praca a stres. *Bezpieczeństwo Pracy*, 2002, 10, 2–5.
8. Tęcza B., Kłapa Z.: Satisfakcja pielęgniarek z wykonywanej pracy. *Pielęgniarka i Położna*, 2003, 6/509, 8–10.
9. Wolska-Lipiec K.: Komunikowanie się z własną grupą zawodową [w:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 110–117.
10. Piecha M., Kosińska M.: Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek. *Pielęgniarka i Położna*, 2003, 3, 10–12.
11. Wzorek A: Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. *Studia Medyczne* 2008, 11, 33–37
12. Trelak J. (red.): *Stres zawodowy*. Warszawa, 2007.

Barbara Jankowiak¹, Hanna Rolka^{1,2}, Elżbieta Krajewska-Kułałak¹,
Krystyna Klimaszewska¹, Tadeusz Oleszczuk², Krystyna Kowalczyk¹,
Dorota Kondzior¹, Beata Kowalewska^{1,2}

Wypalenie zawodowe a funkcjonowanie społeczne wśród położnych

Jedną z ról, jakie pełni człowiek w swoim życiu, jest rola zawodowa. Zawód położnej jest zawodem, który wymaga dużego doświadczenia, wiedzy, umiejętności kontaktu z drugim człowiekiem, kondycji fizycznej (praca w ciągłym ruchu), kondycji psychicznej (np. towarzyszenie choremu w różnych jego problemach).

Położna obejmuje swoją opieką pojedynczego człowieka, osobę dorosłą – kobietę, ale także dziecko. Podopieczni położnej mogą znajdować się w różnym stanie: zdrowia, zagrożenia zdrowia, niepełnej sprawności, jak również w chorobie. Zależnie od tego, w jakim stanie się znajdują, od położnej wymaga się pełnienia określonych funkcji i podejmowania określonych działań, np. wzmocnienia zdrowia, zapobiegania chorobom, motywowania do świadomej troski o własne zdrowie [1].

Jednak w pracy położnej pojawiają się też tzw. sytuacje trudne, które powodują, że tworzy się taka sytuacja, z którą pracownik nie radzi sobie lub radzi z trudem.

Jarosz podaje, że „sytuacje trudne zawierają czynniki, które stanowią zagrożenie dla jednostki – sygnalizowane lub bezpośrednio doznawane – lub zakłócają bądź uniemożliwiają działanie zmierzające do osiągnięcia celu (zaspokojenia potrzeby), rozwiązania zadania, bądź powodują pozbawienie cenionych wartości. Sytuacje trudne wyzwalają stan wzmożonej aktywizacji i obciążają lub przeciążają system regulacji zachowania” [3].

Do sytuacji trudnych, według Formańskiego, zaliczyć można:

- **sytuacje zagrożenia**, w których zachodzi prawdopodobieństwo utraty określonych wartości (dobrej opinii, zdrowia)

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

- **sytuacje deprywacji**, w których dochodzi do niezaspokojenia potrzeb psychicznych położnej, gdy zostaje ona pozbawiona podstawowych potrzeb niezbędnych do jej funkcjonowania, np. snu (system pracy zmianowej), braku pozytywnych efektów w opiece nad chorym
- **sytuacje utrudnień** – są to sytuacje, gdy położna ma np. pod opieką dwóch lub więcej pacjentów w ciężkim stanie, wymagających w jednym czasie wzmożonej uwagi
- **sytuacje przeciążenia** występują, gdy stopień wykonania zadania pozostaje na granicy możliwości fizycznych, umysłowych danej osoby, np. kiedy położna ma poczucie nieradzenia sobie z zadaniami powierzonymi jej przez przełożonego
- **sytuacje konfliktowe**, gdy musi dokonać wyboru między celami działania lub wartościami, jakie dana osoba wyznaje a celami, które leżą w zakresie potrzeb człowieka [2].

Należy też dodać, że sytuacje trudne są sytuacjami stresującymi, z którymi położna spotyka się na co dzień, w różnym zakresie wykonywania swojej pracy. Wykonuje bowiem taki zawód, w którym występuje wiele problemów natury nie tylko biologicznej, ale też psychologicznej i społecznej u jej podopiecznych. Często przeżywa napięcia emocjonalne, pozytywne, jak i negatywne, które mogą mieć także wpływ na jej psychikę [4].

Sytuacje trudne trwające długo, a zwłaszcza sytuacje przeciążenia, mogą doprowadzić do zespołu wypalenia zawodowego. Wpływa to bezpośrednio na stan biologiczny pracownika, jak też na funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Zespół wypalenia zawodowego jest zagrożeniem nie tylko dla osoby, u której się pojawi, ale także dla osób pozostających pod jej opieką [2].

Celem pracy było określenie czynników wpływających na zespół wypalenia zawodowego u położnych oraz ich wpływ na stan zdrowia położnych.

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone wśród 300 losowo wybranych położnych pracujących w lecznictwie otwartym i zamkniętym w województwie podlaskim.

W pracy wykorzystano Kwestionariusz do Oceny Cech Pracy oraz Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ28. Do wymienionych kwestionariuszy dołączono zestaw 12 pytań autorskich pozwalających określić stopień wypalenia zawodowego w badanej grupie, które nie pojawiały się w standaryzowanych kwestionariuszach.

Kwestionariusz do Oceny Cech Pracy – służy do oceny subiektywnej percepcji pracy i przeznaczony jest do pomiaru indywidualnego poczucia stresu zawodowego pracowników. Kwestionariusz ten pozwala również scharakteryzować czynniki psychospołeczne występujące na danym stanowisku. Dla potrzeb niniejszej pracy wykorzystano z kwestionariusza jedynie te pytania, które były powiązane z zespołem wypalenia zawodowego.

Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ28) wskazuje na wskaźnik zdrowia psychicznego oraz określa symptomy somatyczne: niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji.

Podstawowym testem statystycznym był test niezależności chi-kwadrat. W obliczeniach do analizy zmiennych typu porządkowego oraz zmiennych ilościowych bez normalności rozkładu wykorzystano test U – Manna – Whitneya oraz test ANOVA rang Kruskala-Wallisa dla oceny zależności intensywności czynników narażenia od zmiennych jakościowych (np. miejsce pracy). Dlatego też przyjęto, że niskie wartości p uprawniają do stwierdzenia tzw. istotności statystycznej rozważanego efektu. Wyniki istotne statystycznie uznano na poziomie $p < 0,05$. Badania prowadzono w ramach pracy statutowej Nr 3-10528P Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, na które uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB.

Wyniki

Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu były kobietami. Badana grupa była zróżnicowana ze względu na wiek, stan cywilny, wykształcenie, staż pracy oraz zajmowane stanowisko.

W badanej grupie 35% położnych było w wieku 41–50 lat, 43% miało powyżej 31 lat, a 14% stanowiły położne w wieku powyżej 50 lat. Mężatki stanowiły 76% ankietowanych, 14% stanowiły panny, 8% to rozwódki, a 2% to wdowy. Większość badanych (85%) miała wykształcenie średnie, a studia wyższe zawodowe posiadało 15% badanych. 12% respondentek posiadało specjalizację z różnych dziedzin położnictwa, a 18% – ukończony kurs kwalifikacyjny. Respondentki, które pracowały w zawodzie położnej powyżej 25 lat stanowiły 22% badanych. Największą grupę respondentek stanowiły położne odcinkowe – 72%, środowiskowe – 22%, oddziałowe i koordynujące to 6% badanych. Położne najczęściej pracowały w systemie dwuzmianowym, natomiast 38% ankietowanych to osoby pracujące w jednozmianowym systemie pracy.

Powołanie do zawodu położnej może odegrać dużą rolę w wykonywaniu czynności zawodowych. U 8% nie było to czynnikiem decydującym o wyborze zawodu. Natomiast 62% odpowiedziało twierdząco, że zawód ten wybrały ze świadomością i powołaniem. Zdecydowana większość respondentek nadal lubi swoją pracę (83%). Wśród uzasadnień odpowiedzi pozytywnej pojawiały się najczęściej: „chęć pomagania” (19%), „satisfakcja z wykonywanego zawodu” (15%), a nieco rzadziej „atrakcyjność pracy” (9%) i „zamiłowanie do dzieci” (6%). Bliższe 14% nie wykazywało zadowolenia z wyboru zawodu, tłumacząc to, że praca położnej jest ciężka, słabo wynagradzana, stresująca.

W celu zbadania częstości występowania syndromu wypalenia zawodowego u badanych zadano wprost pytanie „Czy czuje się Pani wypalona zawodowo?” Aż 62% odpowiedziało, że „tak”. Pozostałe odpowiedzi były to, że „nie” (28%)

oraz „nie wiem” (10%). Te osoby, które uznały, że czują się wypalone zawodowo były to głównie położne ze stażem pracy powyżej 25 lat oraz pracujące w lecznictwie zamkniętym ($p = 0,0164$).

Dla potwierdzenia takich odpowiedzi przeprowadzono analizę dalszych pytań.

Potwierdzenie syndromu wypalenia zawodowego można zauważyć, m.in. w wynikach dotyczących stanu biologicznego i psychicznego położnych występującego w odniesieniu do tego, jak się czują rano, przed pójściem do pracy. Z przeprowadzonych badań wynika, że 14% kobiet czuło się zmęczonych przed pójściem do pracy, 8% odczuwało to uczucie bardzo często, 38% tylko czasami, a 40% nie miało takich odczuć.

Blisko 20% położnych przyznało, że stały się one bardziej obojętne wobec ludzi odkąd pracują w szpitalu, 56% ankietowanych udzieliło przeczącej odpowiedzi, a 24% określiło, że taki syndrom występuje „w niektórych sytuacjach”.

Zawód położnej jest zawodem ciężkim i odpowiedzialnym. Stając do pracy potrzebne są duże pokłady energii. 52% ankietowanych odpowiedziało, że takowej energii do pracy już nie posiada, 48% badanych taką energię jeszcze posiada w różnym stopniu. Jednocześnie 60% badanych uważało swoje zaangażowanie w pracę za wysokie, 12% za bardzo wysokie, a 28% za średnie. Nie udzielono żadnej odpowiedzi negatywnej.

Położne przyznały także, że na koniec dnia (po pracy) czują się zmęczone i wyczerpane, że nie mają już ochoty i siły na przyjemności. Takiej odpowiedzi udzieliło 36% ankietowanych. Były to położne zwłaszcza pracujące w systemie dwuzmianowym (68%) oraz w opiece otwartej (32%). Jedynie 12% położnych problem ten nie dotyczył.

Ponieważ praca zmianowa może być przyczyną występowania syndromu wypalenia zawodowego, wartym było przeanalizowanie tej kwestii. Okazało się, że jest ona źródłem stresu oraz wyczerpania fizycznego. U 36% badanych występował stres związany z pracą zmianową i te osoby określiły, że nie chcą już pracować w systemie dwuzmianowym. Najczęstszym uzasadnieniem było zaburzenie rytmu dobowego dnia, zmęczenie, coraz mniejszy kontakt z przyjaciółmi. Jednak aż 64% badanych odpowiedziało, że praca zmianowa nie przyczynia się do wywoływania u nich stresu.

Większość ankietowanych uważała, że zwłaszcza dyżury nocne powodują u nich zaburzenia snu (61%), trudności w prowadzeniu domu w dniu po dyżurze (30%). Również blisko 40% respondentek wskazało na obniżoną koncentrację i uwagę.

Jako najczęstsze objawy, które według nich mogą sugerować występowanie syndromu wypalenia zawodowego, położne wymieniały: drażliwość w pracy i w domu (64%), zbytnią nerwowość (34%), nieadekwatną do sytuacji wybuchowość (28%), zmęczenie fizyczne i psychiczne oraz znużenie pracą zawodową.

Badania dowiodły też, że w sytuacji stresowej nasze ankietowane częściej sięgały po papierosa (dotyczyło to osób, które palą z różną częstotliwością – 90% badanych), rozładowują stres kieliszkiem wina, drinka lub innego alkoholu (13%), sięgają po leki uspakajające, nawet w trakcie pracy (8%).

Praca zawodowa wpływa na życie rodzinne u 35% położnych w stopniu dużym, w niewielkim stopniu u 44%. Po przepracowanym dyżurze odczuwają one niechęć do rozmów ze swoimi bliskim (32%), 12% położnych nie miało cierpliwości do swoich dzieci i najbliższych, a około 10% badanych przyznało, że zdarza się im w sposób niekontrolowany rozładowywać stres „na swoich bliskich”.

Dyskusja i omówienie wyników

Pojęcie *wypalenie zawodowe* pojawiło się w literaturze psychologicznej ponad 30 lat temu, gdy w 1974 roku wprowadził je Freudenberg, amerykański psychiatra, publikując w „Journal of Social Issue” artykuł zatytułowany *Staff burnout*. Użył określenia „wypalenie” do oznaczenia stanu wyczerpania jednostki, spowodowanego nadmiernymi zadaniami stawianymi jej przez fizyczne lub społeczne środowisko pracy [5, 6].

Freudenberg obserwował bowiem grupę młodych wolontariuszy pracujących w ośrodku dla narkomanów, u których zauważył stopniową utratę energii, motywacji i zaangażowania w podjętą działalność charytatywną oraz obecność wielu symptomów psychosomatycznych. Trudna praca w ośrodku prowadziła do widocznego wyczerpania sił, które nazwał terminem „wypalenie” [5, 7].

Niemal równocześnie z Freudenbergiem badania rozpoczęła Maslach, która zajęła się zagadnieniem radzenia sobie z emocjami w miejscu pracy. Zapoczątkowała badania empiryczne i opracowała strukturę syndromu wypalenia zawodowego. Swoimi badaniami objęła osoby pracujące w służbie zdrowia. Z wywiadów, które przeprowadziła wynikało, że „emocje towarzyszące kontaktom zawodowym z ludźmi cierpiącymi mogą być źródłem bardzo silnych, czasem wręcz obezwładniających napięć emocjonalnych” [8]. Te napięcia powodowały, że osoby, które początkowo były zaangażowane w swoją pracę, czuły się emocjonalnie wyczerpane. Maslach określa wypalenie zawodowe jako „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [8].

Na wypalenie zawodowe, jak podaje literatura, narażone są osoby, u których praca związana jest ze „służeniem innym”, np. nauczyciele, pielęgniarki, lekarze, terapeuci, rodzice dzieci autystycznych, ludzie opiekujący się osobami psychicznie chorymi, logopedzi, księża, prawnicy. Wykonują oni swoją pracę zawodową, będąc w stałym kontakcie z osobami, które oczekują pomocy, są cierpiące, chore, słabe. Jednocześnie napotykać na problemy swoich podopiecznych, które powodują obciążenie negatywnymi przeżyciami [5, 9]. Grupa zawodowa położnych

należy, ze względu na specyfikę i charakter pracy, do jednej z bardziej narażonych na stres i wypalenie grup zawodowych [10].

Symptomy wypalenia zawodowego przebiegają w trzech stadiach.

Pierwsze stadium to **wyczerpanie emocjonalne** (*emotional exhaustion*). „Proces wypalania sił rozpoczyna się w sferze emocjonalnej powodując emocjonalne wyjąłowanie” [11]. Objawia się on zniechęceniem do pracy, do realizacji planów, przewlekłym poczuciem braku satysfakcji z pracy pomimo osiągnięć, pesymizmem, obniżoną aktywnością [5, 6, 11].

Zdarza się, że położna na co dzień spotyka się i przeżywa bardzo silnie problemy ludzi chorych, ich niepowodzenia zdrowotne. Przez to wzbudza u siebie silne przeżycia emocjonalne, czując się odpowiedzialną za ich los. 18% badanych w naszych badaniach przyznało, że ma poczucie wyczerpania emocjonalnego, 56% miało je tylko czasami, 8% bardzo często, a tylko 18% nie miało.

Elementem symptomu wyczerpania emocjonalnego jest również obwinianie się za niemoc udzielenia skutecznej pomocy. 16% respondentek odpowiedziało, że bardzo często obwinia siebie za to, że nie może udzielić skutecznej pomocy swojemu podopiecznemu. Natomiast nie obwinia się 36% ankietowanych.

Wyczerpanie emocjonalne to także znudzenie, zniechęcenie i złość. 28% odpowiedziało, że nigdy nie odczuwało takich objawów, natomiast 8% miało takie uczucia często, a nawet w pracy.

W pełnym obrazie wyczerpania emocjonalnego pojawiają się także zmiany somatyczne, np.: zaburzenia gastryczne [5, 6, 12]. Wśród naszych respondentek tuż przed wyjściem do pracy występowały tępe bóle żołądka (14%), nagłe parcie na stolec (4%).

Drugim stadium wypalenia zawodowego jest **depersonalizacja** (*depersonalization*). „Depersonalizacja, czyli odczłowieczenie lub inaczej uprzedmiotowienie jest próbą zwiększenia dystansu wobec osoby, z którą się pracuje” [5]. W tej fazie dochodzi do zmiany stosunku do podopiecznych, obojętności, powierzchowności, przedmiotowego traktowania osób pozostających pod opieką danej osoby. Pojawia się negatywne przekonanie, że osoba potrzebująca pomocy zasługuje na taki los, jaki ją spotkał i nie jest warta godnego traktowania. Celem działania osoby w drugim stadium wypalenia zawodowego jest izolowanie się od stresu. Na tym etapie dochodzi do utraty sensu pracy [5, 6, 12].

Na pytanie do naszych badanych „Czy zdarza się, że traktują pacjentów jakby byli przedmiotami, jednostkami chorobowymi?” – 12% badanych odpowiedziało, że tak, 40% odpowiedziało, że bardzo rzadko. W tym przypadku wynik okazał się istotny statystycznie, gdzie $p = 0,0173$ w zależności od miejsca pracy. Okazało się bowiem, że położne pracujące w opiece zamkniętej częściej wyrażały negatywną opinię.

Trzecim stadium syndromu wypalenia zawodowego jest **obniżone poczucie dokonań osobistych** (*reduced personal accomplishment*). Jest to pełnoobjawowy zespół wypalenia zawodowego. Pojawia się zmniejszenie wydajności pracy, prze-

świadczanie o braku kompetencji, utrata zdolności do rozwiązywania problemów, brak kontroli nad sprawami zawodowymi, a także trudności w opanowaniu emocji, niezadowolenie i niechęć do wykonywanej pracy. Pracownik na tym etapie może przyjmować dwie skrajne postawy. Pierwsza, kiedy intensyfikuje wysiłki w pracy przy jednoczesnym braku efektów. W drugiej może zacząć unikać pracy. Wynikiem tego będzie postawa agresywna [5, 6]. Symptomy te stanowią samonapędzający się mechanizm. Pracownik zaczyna mniej angażować się w pracę, odczuwa zmęczenie, jednocześnie jego praca jest oceniana negatywnie, sam również nie jest zadowolony z jej efektów. Pojawia się wrogi stosunek do podopiecznego, co może owocować konfliktami. W relacjach ze współpracownikami jest zazdrosny, niechętny i jednocześnie ma poczucie krzywdy i lęku. Pojawia się całkowity brak wglądu w przyczynę takiego stanu. Na tym etapie może dochodzić do powstania depresji [5, 10].

Wśród naszych ankietowanych nie zaobserwowano objawów związanych z trzecim stadium wypalenia zawodowego.

Zespół wypalenia zawodowego nie pojawia się w całej swej sile od razu. Wymienione objawy poszczególnych stadiów mogą występować łącznie lub osobno. Wypalenie zawodowe ma jednak sygnały ostrzegawcze, wskazujące na to zjawisko, które są dostrzegalne dla osoby trudniącej się pomaganiem innym. Jednym z nich jest niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy. Osoba uskarża się na odczuwalny brak chęci do pracy lub też przepracowanie, czuje się odizolowana od świata, życie wydaje się jej ciężkie i ponure. Pojawia się poirytowanie, negacja, drażliwość i brak cierpliwości w domu [13].

Wynik testu niezależności chi-kwadrat był istotny statystycznie w zakresie badania chęci wyjścia do pracy naszych ankietowanych w zależności od miejsca pracy ($p = 0,0025$). Przekładało się to jedynie na niewielkie, kilkuprocentowe różnice w pojawianiu się poszczególnych odpowiedzi, dla przykładu: 24% położnych pracujących w zamkniętej opiece zdrowotnej było co najmniej „często” zmęczonych rano, podczas gdy wśród położnych pracujących w otwartej opiece zdrowotnej było takich osób 18%.

Źródłem zespołu wypalenia zawodowego są w równej mierze cechy osobowościowe, jak również struktura i organizacja pracy, którą człowiek wykonuje. Czynniki mające wpływ na syndrom można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne [14].

Najliczniejszą grupę stanowią **czynniki zewnętrzne** związane z miejscem pracy, stosunkiem do pracy, warunkami pracy, ale niezależne od samego pracownika. Typowymi czynnikami zewnętrznymi są złe warunki lokalowe i materialne (hałas, brak sprzętu do pracy itp.), także niekorzystne warunki pracy (np. występowanie czynników szkodliwych) oraz zagrożenie bezpieczeństwa osobistego w miejscu pracy (np. praca z pacjentami agresywnymi) [7, 14, 15].

Położne pracujące w otwartej opiece zdrowotnej były częściej narażone na agresję słowną (podniesiony głos, wulgarność) ze strony pacjentek (68%,

gdzie \bar{x} (średnia punktowa) = 3,28) niż położne pracujące w opiece zamkniętej (15%, gdzie \bar{x} = 2,61). Również test Kruskala-Wallisa wykazał w tym zakresie wynik wysoce istotny statystycznie, gdzie $p < 0,0002$. Przejawy zwłaszcza agresji słownej prezentowanej przez pacjentki i/lub ich rodziny miały najczęściej miejsce w stosunku do położnych pracujących w poradniach, gdzie $p = 0,0001$.

Dotkliwym czynnikiem zewnętrznym jest także duże tempo pracy i fizyczne obciążenie pracownika, krótki czas na wypoczynek w czasie pracy albo jego brak, niskie płace, nieadekwatne do wykonywanej pracy i umiejętności oraz niewielka możliwość awansu, rozwoju zawodowego i spełnienie ambicji (poprzez nieudzielenie przez pracodawcę np. urlopu szkoleniowego).

Czynnikiem stresującym, ale niezależnym od pracownika jest charakter pracy położnej. Jest to bowiem praca wymagająca znacznego zaangażowania (pracodawca oczekuje dyspozycyjności, kompetencji, pacjent życzliwości, cierpliwości, uśmiechu, poświęcania mu jak największej uwagi). Jest to również praca, gdzie wymagania stawiane pracownikowi są niekiedy sprzeczne ze sobą (realizacja jednego zadania uniemożliwia wykonanie drugiego). Do istotnych czynników zewnętrznych należy również zaliczyć styl kierowania nieodpowiedni do zadań placówki, jak i niekorzystny sposób zarządzania instytucją, bowiem od sposobu zarządzania, jak również od osoby, która zarządza placówką będzie zależała kondycja psychiczna pracowników i relacje, jakie zachodzą wewnątrz zespołu. Innym czynnikiem zewnętrznym jest zablokowanie komunikacji pomiędzy członkami zespołu, jak i przełożonymi, co negatywnie wpływa na relacje w zespole terapeutycznym oraz powoduje wzrost agresywnych zachowań i rywalizacji wewnątrz zespołu [7, 14, 15].

W naszych badaniach nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy subiektywną oceną narażenia na obciążenia psychiczne a stażem pracy położnych ($p = 0,1069$), czy też miejscem pracy ($p = 0,108$).

Czynniki wewnętrzne są te, które są związane z pełnionymi rolami społecznymi, cechami osobowości, relacjami międzyludzkimi, czyli te, które tkwią w samym człowieku i związane są z jego osobowością. Cechy osobowości pracownika są bowiem ważnym ogniwem w procesie wypalenia. W wyniku działania różnych czynników może nastąpić deformacja osobowości, jako wynik wykonywania zawodu związanego z pomaganiem.

Wśród czynników wewnętrznych zaliczyć można także umiejętność (lub jej brak) radzenia sobie ze stresem, który szczególnie jest znany dla zawodów medycznych. Do źródeł stresu w pracy położnej należy:

- *poczucie braku kontroli*, np. w zakresie powrotu pacjenta do zdrowia, konfrontacji ze śmiercią, konfliktów międzyludzkich czy też braku wsparcia
- *niepewność w zakresie podejmowania decyzji*, zwłaszcza w pierwszych latach kariery zawodowej przy wykonywaniu pewnych czynności zabiegowych

- *poczucie niespełnienia oczekiwań*, które wynikają z naturalnej tendencji człowieka do oczekiwania uczucia wdzięczności od innych, którymi się opiekuje, wyraża swoją sympatię lub poświęca życzliwą uwagę, a zdarza się, że pacjenci są zatroskani o własne zdrowie i często są drażliwi, mało kontaktowi, nie postępują zgodnie z poleceniami i uwagami
- *stres pracy zmianowej* wynikający głównie z zaburzenia rytmu okołodobowego, jest nieodłącznie związany z pracą położnych, głównie zatrudnionych w szpitalach. Jest on czynnikiem wzmacniającym działanie wielu stresorów i przyczynia się do nasilenia zespołu wypalenia zawodowego, we wszystkich trzech wymiarach [8, 10, 16, 17].

Źródła stresu (w szerokim jego znaczeniu) towarzyszyły również grupie badanych naszych położnych. Niepewność przy wykonywaniu czynności zawodowych towarzyszyła dla 42% badanych i te określiły, że w wyniku stresu, konfliktów w zespole, zdarza się im zastanawianie się, czy zrobiły wszystko w sposób należyty przy pacjencie.

Tak więc wypalenie zawodowe powstaje w ścisłej zależności, między siłą obciążeń a podatnością na jej wpływ. Jest ukrytym sprawcą zaburzeń funkcjonowania pracownika: emocjonalnych, psychosomatycznych i behawioralnych, niesie niekorzystne skutki osobiste i społeczne.

Wnioski

W trakcie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Położne narażone są na występowanie wypalenia zawodowego.
2. Najczęstszymi symptomami wypalenia zawodowego jest drażliwość w pracy i w domu, nieadekwatna do sytuacji wybuchowość, znużenie pracą zawodową, zaburzenia snu.
3. Praca zawodowa położnych wpływa w sposób istotny na funkcjonowanie społeczne, zwłaszcza w środowisku zawodowym.

Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek. *Pielęgniarstwo* 2000, 1997, 5, 6–7.
2. Formański J.: *Psychologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
3. Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1983.
4. Waniak A.: Stres w pracy pielęgniarek. *Biuletyn Informatyczny OIPiP w Rzeszowie*, 2004, 10–11, 15–16.
5. Bilaska E.: Jak Feniks z popiołów czyli symptom wypalenia zawodowego. *Niebieska Linia*, 2002, 4, 6–9.
6. Szlendak B.: Gdy nie opuszcza nas stres. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2000, 10, 25.
7. Rogala-Pawelczyk G., Parkitna J.: Zespół wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek pediatrycznych. *Pielęgniarka i Położna*, 2003, 5, 8.

8. Sęk H. (red.): Wypalenie zawodowe przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
9. Parkitna I., Wrońska I.: Etyka zawodowa pielęgniarek a cierpienie człowieka. *Pielęgniarka i Położna*, 2003, 1, 4.
10. Wilczek-Różyczka E.: Radzenie sobie ze stresem, a syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2002, 1–2, 180.
11. Iwanowicz-Paulus G., Kępa-Mitura K.: Dehumanizacja pracy pielęgniarki przyczyną zespołu wypalenia zawodowego. IV Kongres Pielęgniarek Polskich, Busko Zdrój, 1998, 59–60.
12. Kartacz A.: Syndrom wypalonych sił. IV Konferencja „Humanizacja opieki medycznej nad człowiekiem w terminalnym okresie choroby nowotworowej”. Wydawnictwo Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa, 2000, 30–32.
13. Fengler J.: Pomaganie mężczy. Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2000.
14. Brzezińska H.: Pielęgniarka oddziałowa wobec problemu wypalenia zawodowego. *Biuletyn Informatyczny OIPiP w Kaliszu* 2002.
15. Łaboda M.: Czynniki stresogenne w organizacji [w:] Biela A.: Stres pracy zawodowej. Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1990.
16. Iskra-Golec I. (red.): Stres pracy zmianowej. Przyczyny, skutki i strategie przeciwdziałania. Universitas, Kraków 1998.
17. Piątek J.: Stres pomagania ludziom w kryzysach. *Nowiny Psychologiczne*, 1998, 4, 19.

Wojciech Kułak¹, Dorota Kondzior²

Objawy zespołu depresyjnego u pacjentów czynnych zawodowo z dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego

Wprowadzenie

Bóle kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, określane potocznie „bólami krzyża”, odczuwa około 80% osób w ciągu swego życia; są to bóle o różnym natężeniu [1, 2]. U ponad 90% chorych z ostrym bólem i 70% z przewlekłym bólem kręgosłupa nie stwierdza się innych zmian poza zwyrodnieniowymi, widocznymi w obrazie radiologicznym [3, 4, 5]. W takich przypadkach ból jest jedynym objawem klinicznym, a jego usunięcie jest równoznaczne z wyleczeniem. Ten rodzaj bólu jest powodem wizyty 40% chorych u lekarza rodzinnego, neurologa, reumatologa lub ortopedy. Bardzo często nie udaje się jednoznacznie stwierdzić, z jakim konkretnym uszkodzeniem mechanicznym mamy do czynienia, dlatego często mówimy o tzw. niespecyficznych, nieswoistych bólach kręgosłupa [3, 4, 6]. Bóle kręgosłupa są problemem społecznym na całym świecie. Jest to najczęściej zgłaszany problem we wszystkich badanych populacjach, niezależnie od kraju [2, 4, 7]. Ból, który trwa dłużej niż trzy miesiące określa się mianem bólu przewlekłego [6, 7]. Następstwem bólu przewlekłego jest obniżenie sprawności fizycznej, społecznej i zawodowej, co bardzo często wpływa na stan psychiczny osób nim dotkniętych. Dodatkowo mogą występować stany lękowe, gniew, agresja, a także objawy depresji [7–9].

Depresja występuje aż u 60% osób borykających się z bólem przewlekłym. Doznania bólowe są wówczas większe. Badania epidemiologiczne potwierdzają częstsze występowanie dolegliwości bólowych u chorych na depresję [2, 3, 7, 8]. Najczęściej mamy do czynienia z bólami głowy, mięśniowymi karku, barków i kręgosłupa. W takich przypadkach dolegliwości bólowe maskują prawdziwą przyczynę bólu, czyli depresję.

Celem pracy jest ocena występowania objawów depresyjnych u pacjentów aktywnych zawodowo z dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego.

¹ Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Materiał i metody

Pacjenci

Badaniem objęto 120 pacjentów (67 mężczyzn i 53 kobiety) ze zdiagnozowaną dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego, będących pod opieką Oddziału Rehabilitacji Leczniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Rozpoznanie zostało postawione na podstawie badania klinicznego potwierdzonego w badaniu obrazowym (tomografia komputerowa – TK, lub rezonans magnetyczny – MRI). Kryteria włączenia do badania były następujące: pacjenci z rozpoznaną dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego, wiek chorych 18–62 lat, dolegliwości bólowe utrzymujące się co najmniej 3 miesiące, wykonanie wcześniej badania obrazowego kręgosłupa (rtg, KT lub MRI). Kryteria wyłączenia z badania: ciąża, choroby psychiczne, choroba nowotworowa, pacjentki z chorobami ginekologicznymi. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Pomiary

W badaniu wykorzystano: skalę intensywności bólu oraz skalę depresji Becka.

Skala intensywności bólu

Skala natężenia bólu we rwie kulszowej i bólach krzyża: 0 – brak, 1 – łagodny ból, 2 – tolerowany, 3 – umiarkowany, 4 – ostry/silny, 5 – nie do zniesienia [9]. Pacjenci byli pytani o aktualną intensywność bólu.

Skala depresji Becka

Skala depresji Becka składa się z 21 punktów, ocenianych według intensywności objawów, od 0 do 3. Z każdego punktu badany powinien wybrać jedną odpowiedź, która jego zdaniem, w najlepszy sposób opisuje jego stan [10]. Interpretacja skali przedstawia się w sposób następujący: 0–11 bez depresji, 12–26 łagodna depresja, 27–49 umiarkowanie ciężka depresja, 50–63 bardzo ciężka depresja.

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica 8.0 PL. W analizie statystycznej wykorzystano test nieparametryczny χ^2 z poprawką Yeats'a oraz test korelacji Spearmana. Za wartość istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Dane kliniczne pacjentów

W badaniu wzięło udział 120 pacjentów z dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego 67 (56%) mężczyzn i 53 (46%) kobiety (Tab. 1).

Tabela 1. Dane demograficzne i kliniczne pacjentów z dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego

	N = 120	%
Wiek	43,07 ± 8,74	
Płeć		
Mężczyźni	67	56
Kobiety	56	46
Miejsce zamieszkania		
miasto	103***	86
wieś	17	14
Stan cywilny		
Zamężny/na	86***	72
Niezamężny/na	19	16
Wdowa/wdowiec	8	7
Rozwiedziony/a	7	6
Wykształcenie		
Podstawowe	7	5,8
Średnie	75***	62,5
Wyższe	33	27,5
Inne	5	4,2
Praca		
Umysłowa	44	36,6
Fizyczna	53**	44,2
Umysłowa/fizyczna	23	19,2
Lokalizacja bólu		
okolica lędźwiowo-krzyżowa z promieniowaniem do palca małego stopy	50	41,67
okolica lędźwiowo-krzyżowa	36	30
dół podkolanowy, łydka i inne	34	28,3
Częstość zgłaszanego bólu		
Raz w miesiącu	14	11,67
Raz na tydzień	31	25,83
Codziennie	59***	49,17
Inna częstotliwość	16	13,33
Badania radiologiczne kręgosłupa		
MRI	56**	66,6
KT	24	20
RTG	40	40
Poziom dyskopatii		
L4-L5	45***	37,5
L5-S1	30*	25
L3-L4	17	14,5
L3-S2	13	11
Pozostałe lokalizacje (L-2-L3, L2-L5, S1-S2)	15	12,5

*** P < 0,001, ** P < 0,01; * p < 0,05 (test chi²)

Średnia wieku chorych wynosiła $43,07 \pm 8,74$ (18–62 lat). Średnia wieku kobiet wynosiła $42,04 \pm 8,87$ lat, a mężczyzn $43,94 \pm 8,60$ lat i nie różniła się statystycznie. Spośród ocenianych pacjentów istotnie więcej ($p < 0,001$) 86% mieszkało w mieście, a 14% na wsi. Znamienne częściej ($p < 0,001$) pacjenci z dyskopatią – 86 (72%) pozostawali w związku małżeńskim. Panny i kwalerowie stanowili 19 chorych, wdowa lub wdowiec – 8, zaś rozwiedzeni – 7. Częściej chorzy posiadali wykształcenie średnie – 75 (62,5%), wyższe – 33, podstawowe – 7 a inne – 5. Pracę fizyczną wykonywało – 53 (44,2%) chorych, umysłową – 44 (36,6%), umysłowa/fizyczna – 23 (19,2%). Średni wiek zachorowania wynosił $35,48 \pm 8,48$ lat. Czas trwania dolegliwości wahał się pomiędzy 1–31 (średnio $6,90 \pm 6,47$) lat. Lokalizacja bólu w dyskopatii przedstawia się w następujący sposób: 50 (41,67%) – w okolicy lędźwiowo-krzyżowej z promieniowaniem do palca małego stopy, 36 (30%) w okolicy lędźwiowo-krzyżowej oraz dół podkolanowy, łydka i inne: 34 (28,3%). Blisko połowa 59 (49,17%) chorych zgłaszała dolegliwości bólowe codziennie. Wykonano następujące badania radiologiczne w diagnostyce dyskopatii kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego: MRI – 56 (66,6%), KT – 24 (20%) i RTG – 40 (33,3%). Stwierdzono dyskopatię na różnych poziomach kręgosłupa: L4–L5 kręgosłupa lędźwiowego 45 (37,5%) i L5–S1 – 30 (25%), rzadziej w lokalizacji L3–L4 – 17 (14,5%) i L3–L4 – 13 (11%). W pojedynczych przypadkach obserwowano zmiany na poziomach L2–L3, L2–L5 i S1–S2 (Tab. 1). Z powodu choroby absencja w pracy wynosiła średnio $55,89 \pm 71,37$ (2–300) dni.

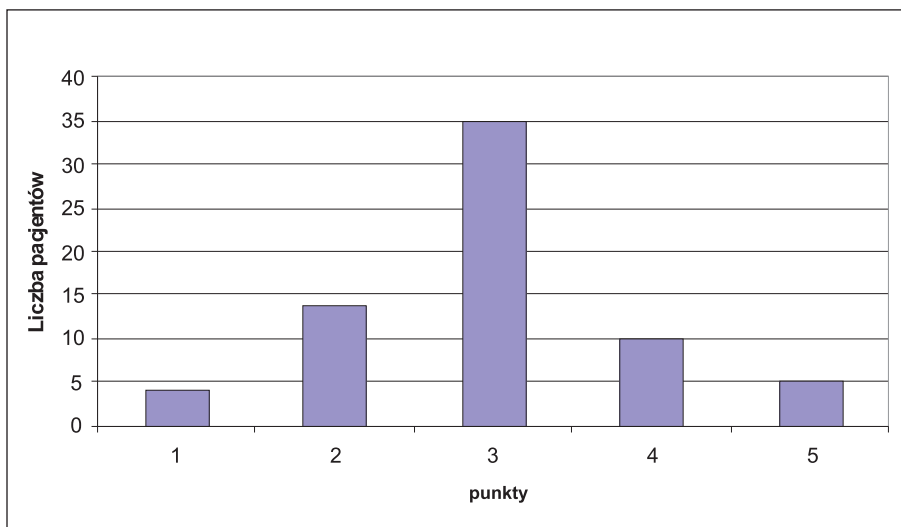
Intensywność bólu

Większość pacjentów 35 (56,4%) zgłaszała ból o natężeniu średnim, natężeniu 3 w 5 stopniowej skali. Wartość ta różniła w sposób istotny statystycznie ($p < 0,001$) z grupami o natężeniu bólu 1 i 5 oraz grupami o natężeniu 2 i 5 ($p < 0,05$). (Ryc. 1). Ponad połowa chorych, 59 (49,16%) określała swój ból jako umiarkowanie ostry w 5 stopniowej skali. Wartość ta odbiegała istotnie ($p < 0,001$) od wartości o łagodnym bólu i nie do zniesienia, odpowiednio $n = 4$ i $n = 6$. W stosunku do ostrego i tolerowanego bólu jest średnio o 28% większa.

Intensywność bólu w odniesieniu do płci nie wykazywała znaczących różnic; umiarkowanie ostry ból zarówno u kobiet, jak i mężczyzn wahał się w przedziale 50% w stosunku do innych nasileń (dane nie zostały przedstawione).

Objawy depresji

Objawy łagodnej i ciężkiej depresji stwierdzono u 55 (41,6%) pacjentów, większość 65 (54,17%) chorych nie miało depresji (Tab. 2). W badanej grupie dominowała łagodna depresja 48 (40%), objawy ciężkiej depresji wykazano jedynie w 7 (5,83%) przypadkach. Odsetek kobiet i mężczyzn z objawami depresji był podobny.



Rycina 1. Liczba pacjentów z dolegliwościami bólowymi odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowej według wizualnej skali bólu 1–5 punktów

Tabela 2. Występowanie objawów depresji w zależności od płci u pacjentów z bólami odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowej według skali Becka

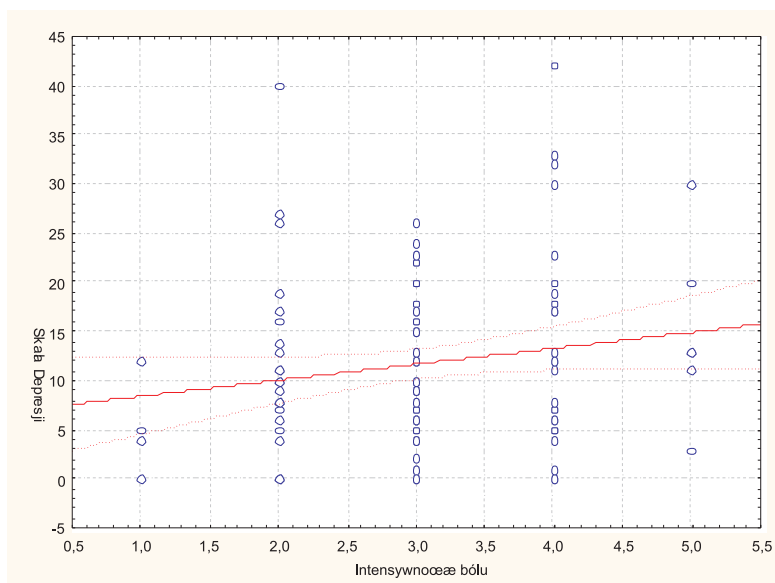
Płeć	Skala Depresji Becka							
	Bez depresji		Łagodna depresja		Umiarkowanie ciężka depresja		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobieta	37	30,83	24	20,00	4	3,33	65	54,17
Mężczyzna	28	23,33	24	20,00	3	2,50	55	45,83
Razem	65	54,17	48	40,00	7	5,83	120	100,00

Nie stwierdzono zależności pomiędzy intensywnością bólu w odcinku odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowej a objawami depresji według skali Becka ($R = 0,134$, $p = 0,142$; Ryc. 2).

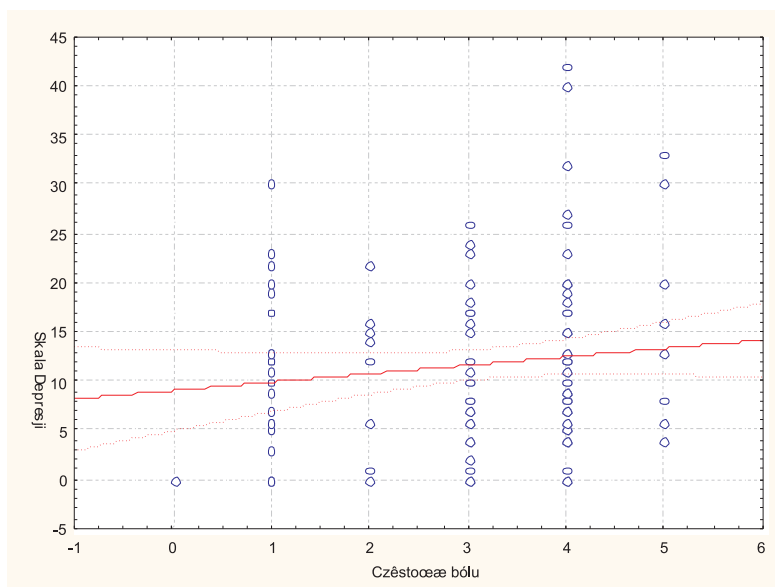
Podobnie nie wykazano korelacji pomiędzy częstością zgłaszanego bólu w odcinku odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowej a objawami depresji $R = 0,103$, $p = 0,262$ (Ryc. 3).

Nie stwierdzono także związku ($R = 0,0118$, $p = 0,899$) pomiędzy czasem trwania dyskopatii a objawami depresji (Ryc. 4).

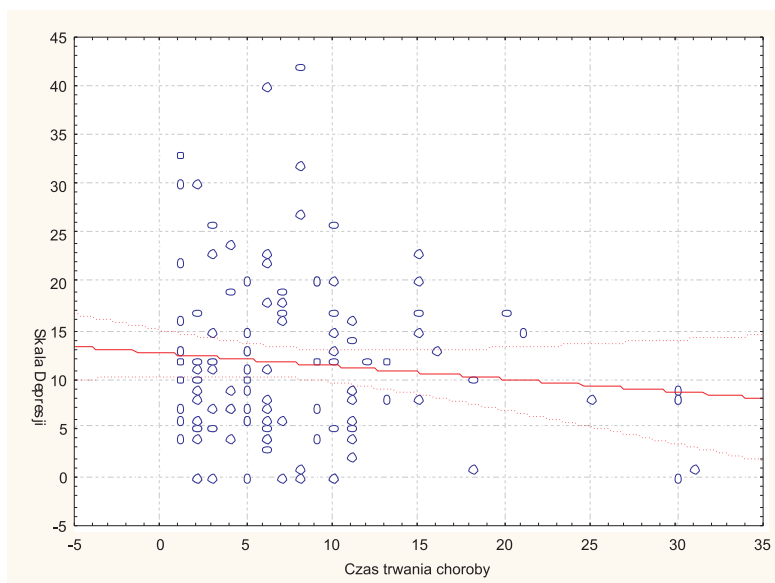
Wykazano natomiast częstsze występowanie objawów depresji u pracowników fizycznych 53 (36,6%) ($p = 0,010$), (Tab. 3).



Rycina 2. Zależność pomiędzy intensywnością bólu w odcinku odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowej a skalą depresji według Becka ($R = 0,134$, $p = 0,142$)



Rycina 3. Zależność pomiędzy częstością bólu w odcinku odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowej a skalą depresji według Becka ($R = 0,103$, $p = 0,262$)



Rycina 4. Zależność pomiędzy czasem trwania dyskopatii odcinka lędźwiowego kręgosłupa a objawami depresji ($R = 0,0118$, $p = 0,899$)

Tabela 3. Objawy depresji w zależności od wykonywanej pracy u pacjentów z bólami odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowej według skali Becka

Rodzaj wykonywanej pracy	Skala Depresji Becka							
	Bez depresji		Łagodna depresja		Umiarkowanie ciężka depresja		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Umysłowa	22	18,3	18	15	3	2,5	44	29,2
Fizyczna	27	22,5	24	20	2	1,6	53	36,6*
Umysłowa/Fizyczna	16	13,3	6	5	1	0,8	23	19,2
Razem	65	54,1	48	40	7	5,8	120	100,0

* $p = 0,01$ vs umysłowa/fizyczna, (test χ^2)

Pacjenci z opuszczonymi dniami w pracy z powodu choroby stanowili 50 (41,7%). Absencja w pracy z powodu bólów kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego nie zależała od nasilenia objawów depresji. W przypadku łagodnej depresji występuje podobna proporcja pomiędzy dniami opuszczonymi a hospitalizacją (Tab. 4).

Tabela 4. Objawy depresji a absencja w pracy z powodu bólów kręgosłupa

Czy występowała absencja	Skala Depresji Becka							
	Bez depresji		Łagodna depresja		Umiarkowanie ciężka depresja		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Opuszczone dni w pracy	32	26,6	18	15,0	0	0,0	50	41,7
Hospitalizacja	15	12,5	15	12,5	5	4,2	35	29,2
Pełna frekwencja	18	15,0	15	12,5	2	1,6	35	29,2
Razem	65	54,1	48	40,0	7	5,8	120	100,0

Dyskusja

W obecnym badaniu nie wykazano istotnej zależności pomiędzy dolegliwościami bólowymi w odcinku lędźwiowo-krzyżowym a objawami depresji. Większość pacjentów zgłaszała bóle o miernym stopniu nasilenia. W analizowanej grupie byli to głównie pacjenci dość młodzi, średnia wieku ponad 40 lat, wykonujący przeważnie pracę fizyczną. Z powodu choroby absencja w pracy wynosiła średnio $55,89 \pm 71,37$ dni. Co ciekawe, absencja chorobowa nie zależała od nasilenia dolegliwości bólowych, objawów depresji lub akceptacji choroby. Wyniki obecnego opracowania są zbieżne z doniesieniami innych autorów na temat dolegliwości bólowych kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego [11–14]. Ocena aktywności zawodowej uważana jest za wartościowy wskaźnik oceny efektywności leczenia. Podkreśla się, że mierniki aktywności zawodowej nie zawsze ściśle korelują z innymi parametrami oceny, jak natężenie bólu, stopień niesprawności itp. [12, 14]. Podobnie w naszym badaniu nie wykazano zależności pomiędzy natężeniem bólu a absencją w pracy. Zdolność do pracy, oceniana na podstawie przyjętych w metodyce badania kryteriów, odzwierciedla subiektywną ocenę pacjenta o własnej gotowości do podjęcia pracy zawodowej. Wynik końcowy jest wypadkową stopnia upośledzenia fizycznego oraz stanu psychicznego pacjentów, wynikającego z poziomu zaawansowania choroby dyskowej kręgosłupa lędźwiowego. Kompleksowa ocena pacjentów z dyskopatią lędźwiową powinna uwzględniać wiele subiektywnych czynników związanych z życiem osobistym, rodzinnym, społecznym, warunkami i stosunkami w miejscu pracy [15]. Czynniki subiektywne mają nie mniejszą wartość prognostyczną odnośnie do powrotu do pracy niż obiektywna ocena stanu zdrowia pacjentów. Pacjenci powracający do pracy mieli mniej problemów osobistych, rodzinnych oraz dobre stosunki w miejscu pracy [15]. Może to podkreślać znaczenie zaburzeń nastroju, w tym objawów depresji, w odczuwaniu dolegliwości bólowych, w prezentowanym badaniu objawy łagodnej depresji stwierdzono u blisko połowy pacjentów z bólami kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Nie stwierdzono istotnych

różnic w badaniach obrazowych (RTG, mielografia, TK) pacjentów podejmujących pracę oraz nie powracających do pracy [15]. Należy jednak podkreślić, że zmiany radiologiczne nie pozostają w ścisłej zależności z objawami klinicznymi. We wczesnym okresie klinicznym objawom dyskopatii może nie towarzyszyć zwężenie przestrzeni międzyprzonowej. Bardzo często stwierdzane są różnego typu nieprawidłowości w badaniach radiologicznych u ludzi po 50. roku życia. Stwierdza się zmiany zwyrodnieniowe (w ok. 70%) krążków międzykręgowych, ale 2/3 z nich przebiega bezobjawowo [16]. W naszym opracowaniu badania rtg kręgosłupa wykonano u 1/3 pacjentów, większość 66% chorych miała wykonane badanie MRI kręgosłupa. W pracy oceniającej 98 bezobjawowych osób jedynie w 36% przypadków wynik badania MRI był prawidłowy. Natomiast 52% miało wypuklenie dysku, 27% przepuklinę jądra miazdżystego, a 38% miało zmiany na co najmniej dwóch poziomach [17]. Reasumując, badania radiologiczne kręgosłupa nie zawsze korelują ze zgłaszanymi dolegliwościami przez pacjentów.

Istnieją różnice w osobniczej wrażliwości na ból, są ludzie, którzy znoszą go lepiej i tacy, którzy bardzo ostro reagują nawet na niewielkie bodźce bólowe [6, 7, 13]. Często jest ważnym problemem dla cierpiącego, który musi nauczyć się żyć z bólem, w przypadku, gdy jeszcze nie znaleziono skutecznego środka na jego uśmierzanie [8]. Jest również problemem dla lekarza lub innego pracownika służby zdrowia, który usiłując pomóc cierpiącemu pacjentowi, sięga po dostępne mu środki. Dolegliwości bólowe są również obciążeniem dla społeczeństwa, które powinno zadbać o środki medyczne, naukowe, finansowe, umożliwiające usuwać ból lub zapobiegać mu [6, 13].

Kiedy ból zaczyna być kłopotliwy, staje się cierpieniem dla człowieka, rzuca na jego życie w różnych obszarach, wpływa również na życie jego bliskich [1, 6, 13].

Kliniczna ocena bólu jest bardzo trudna, wymaga dużego doświadczenia i znajomości zagadnienia [6]. Badając ból należy brać pod uwagę jego cechy kliniczne, jakimi są natężenie, czas trwania, lokalizacja i jakość. Badać też należy reakcje na ból, zwłaszcza reakcję psychiczną i ze strony mięśni, czyli ruchową. Natężenie bólu jest najtrudniejszą do oceny cechą. Posługuje się tu różnymi skalami liczbowymi, np. od 1 do 10, czy analogowymi, porównującymi ból do najsilniejszego, jakiego pacjent wcześniej doznał. Najczęściej w praktyce używa się prostej skali, dzielącej ból na bardzo silny, silny, umiarkowany, słaby i brak bólu. W obecnym badaniu zastosowano 5 stopniową skalę dla objawów dyskopatii odcinka lędźwiowo-krzyżowego [9], która jest podobna do opisywanych powyżej [6]. U ponad 80% cierpiących na depresję ból jest głównym objawem somatycznym. Bardzo często jest najbardziej eksponowanym przez chorego objawem maskującym objawy osiowe depresji, co powoduje pomyłki diagnostyczne. Lokalizacja przykręgosłupowa jest znamienne dla takiego bólu. Należy także brać pod uwagę nawarstwienie psychogenne, spowodowane nastawieniem roszczeniowym chorego, a także fakt, że każdemu przewlekłemu bólowi towarzyszą mniej lub bar-

dziej wyraźne objawy depresyjne. Rozpoznanie komponentu psychogenego jest trudne, ale wiadomo z praktyki, że taki element bólu jest powszechnym zjawiskiem i reakcją na ból somatyczny. W bólu krzyża specyficzne są pochylenie, usztywnienie, utykanie z ręką ułożoną na miejscu bólu, cierpiący wyraz twarzy oraz pojękiwanie i stękanie [18]. Zachowanie bólowe może być świadomym działaniem podkreślającym stopień cierpienia, co obserwuje się w wielu przypadkach w orzecznictwie. Często jednak jest to podświadome zachowanie osób z niską tolerancją bólu. W naszym badaniu nie stwierdziliśmy zależności pomiędzy objawami depresji a czasem trwania dolegliwości bólowych kręgosłupa, ich intensywnością, częstotścią, i płcią, co jest częściowo zgodne z opracowaniami innych autorów [19–22].

Wśród chorych z bólami korzeniowymi kręgosłupa stwierdza się najniższe natężenie lęku i depresji w porównaniu z pacjentami z chorobą nowotworową lub bólami głowy [16]. Prawdopodobnie wiąże się to z odmiennym patomechanizmem bólu w różnych grupach badanych. W przypadku osób cierpiących z powodu bólu głowy o podłożu psychogenym należy przypuszczać, że lęk i depresja są współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi. Z drugiej zaś strony pacjenci z bólami kręgosłupa zgłaszają także objawy depresji [18, 19, 23–25], podobnie było naszym opracowaniu.

Wśród epidemiologii występowania zespołów bólowych kręgosłupa podaje się grupy zawodowe związane z ciężką pracą fizyczną (np.: górnicy) lub długotrwałą pracą w wymuszonych pozycjach np.: pracownicy biurowi, nauczyciele czy zawodowi kierowcy [13, 15].

Podobnie w obecnym doniesieniu dominowali pracownicy fizyczni i biurowi lub osoby pracujące w wymuszonych pozycjach.

Huljen i wsp. [26] analizowali zależność pomiędzy objawami depresji i intensywnością dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego a aktywnością ruchową. Przy użyciu akcelerometra i elektronicznego dziennika mierzono aktywność ruchową w ciągu dnia u 66 pacjentów z bólami kręgosłupa w ciągu 14 dni. Nie stwierdzono zależności pomiędzy depresją a intensywnością bólu. Co ciekawe, stwierdzono średni związek pomiędzy zgłaszaną przez pacjentów aktywnością ruchową a obiektywnym poziomem aktywności ruchowej ($p < 0.01$). Rozbieżność ta była istotnie i ujemnie związana z depresją ($p = 0.01$), co wskazuje, że pacjenci, którzy mają bardziej nasilone objawy depresji zgłaszają niższą aktywność ruchową aniżeli była w rzeczywistości dzięki obiektywnej ocenie. Podobnie intensywność bólu nie była zależna od aktywności pacjentów.

W innym doniesieniu autorzy z Niemiec analizowali objawy depresyjne u 58 pacjentów z przewlekłym bólem krzyża w zależności od poziomu TNF- α (tumor necrosis factor – czynnik martwicy nowotworu) we krwi, intensywności bólu, stanu funkcjonalnego, palenia papierosów, picia alkoholu i zaburzeń snu [27]. Nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy objawami depresji a poziomem TNF- α we krwi, intensywnością bólu i stanem funkcjonalnym kręgo-

ślupa. Wykazano istotnie częstsze spożywanie alkoholu i palenie papierosów przez chorych z objawami depresji w porównaniu do grupy.

Wyniki powyższych prac są częściowo zgodne z naszymi rezultatami. W badanej przez nas grupie podobnie były to osoby czynne zawodowe, pomimo zgłaszanych dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa.

W terapii zespołów bólowych kręgosłupa stosowane są różne metody fizyko-terapeutyczne (elektroterapia, laseroterapia, ultradźwięki), kinezyterapeutyczne i operacyjne. Coraz szerzej stosowane są zabiegi terapii manualnej [28]. Podobnie pacjenci z obecnego badania korzystali z równych metod terapii (danych nie przedstawiono).

Ograniczenia naszego badania mogą dotyczyć między innymi braku analizy takich czynników ryzyka bólów kręgosłupa, jak: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, otyłość, wzrost oraz występowania chorób przewlekłych i metod stosowanego leczenia.

Podsumowanie

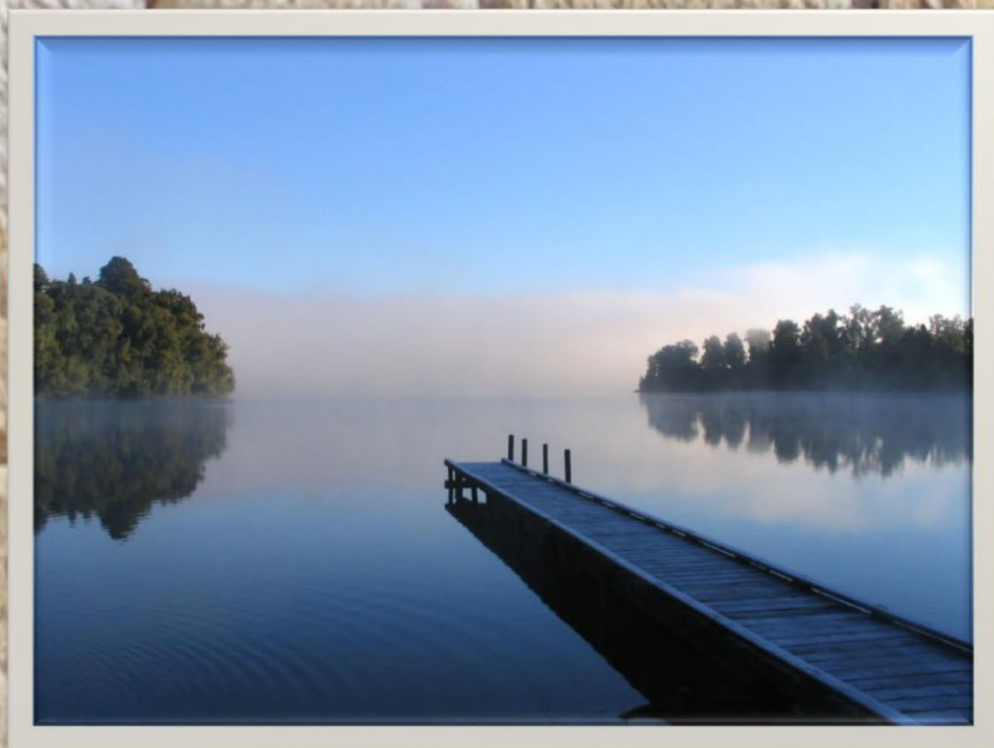
Bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym wpływają na różne obszary funkcjonowania chorego człowieka. Dolegliwości bólowe miały charakter przewlekły. Większość pacjentów zgłaszała dolegliwości bólowe z powodu dyskopatii kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego o średnim stopniu natężenia. Nie stwierdzono zależności pomiędzy dolegliwościami bólowymi a objawami depresji. Absencja w pracy nie zależała od nasilenia bólu i objawów depresji.

Piśmiennictwo

1. Borenstein D. G.: Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Curr. Opin. Rheumatol.*, 2001, 13, 128–134.
2. Murphy P. L., Volinn E.: Is occupational low back pain on the rise? *Spine (Phila Pa 1976)*, 1999, 24, 691–697.
3. Tucer B., Yalcin B. M., Ozturk A., Mazicioglu M. M., Yilmaz Y., Kaya M.: Risk factors for low back pain and its relation with pain related disability and depression in a Turkish sample. *Turk. Neurosurg.*, 2009, 19, 327–332.
4. McGorry R. W., Hsiang S. M.: Meteorological conditions and self-report of low back pain. *Spine.*, 1998, 23, 2096–2103.
5. Witt I., Vestergaard A., Rosenklint A.: A comparative analysis of x-ray findings of the lumbar spine in patients with and without lumbar pain. *Spine.*, 1984, 9, 298–300.
6. Domżał T.: Ból – podstawowy objaw w medycynie. Wyd PZWL, Warszawa 1996.
7. Golec A.: Psychologiczne aspekty bólu. Wyd Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
8. Walden-Galuszko de K.: Psychologiczne aspekty bólu. *Przew. Lek.*, 2001, 4, 58–59.
9. Lisiński P., Wołoszyk M.: Zastosowanie całkowitego wskaźnika bólu w ocenie leczenia fizyko-terapeutycznego rwy kulszowej. *Fizjoter. Pol.*, 2005, 5, 305–312.
10. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 1961, 4, 53–63.

11. Ang D. C., Bair M. J., Damush T. M., Wu J., Tu W., Kroenke K.: Predictors of pain outcomes in patients with chronic musculoskeletal pain co-morbid with depression: results from a randomized controlled trial. *Pain Med.*, 2010, 11, 482–491.
12. Walsh K., Cruddas M., Coggon D.: Low back pain in eight areas of Britain. *J. Epidemiol. Community Health.*, 1992, 46, 227–233.
13. Dziak A.: Bóle krzyża. Wyd Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
14. Szubert Z., Szeszenia-Dąbrowska N., Kaczmarek T.: Zmiany w zachorowalności i chorobowości na podstawie absencji analizowanej w okresie 20-letnim. *Med. Pracy.*, 1991, 3, 179–184.
15. Radziszewski K. R.: Analiza porównawcza aktywności zawodowej pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych. *Wiad. Lek.*, 2007, LX, 15–20.
16. Witt I., Vestergaard A., Rosenklint A.: A comparative analysis of x-ray findings of the lumbar spine in patients with and without lumbar pain. *Spine.*, 1984, 9, 298–300.
17. Jensen M. C., Brant-Zawadzki M. N., Obuchowski N., et al.: Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N. Engl. J. Med.*, 1994, 331, 69–73.
18. Prkachin K. M., Hughes E., Schultz I.: Ocena zachowania bólowego podczas klinicznej oceny chorych z bólem krzyża. *Ból.*, 2002, 2, 22–31
19. Walden-Gałuszko de K.: Psychologiczne aspekty bólu. *Przew. Lek.*, 2001, 4, 58–59.
20. Hampel P., Moergel M. F.: Staging of pain in patients with chronic low back pain in inpatient rehabilitation, validity of the Mainz Pain Staging System of pain chronification. *Schmerz.*, 2009, 23, 154–165.
21. Mohr B., Gräf T., Forster M., Krohn-Grimberghe B., Kurzeja R., Mantel F., Thomsen M., Hampel P.: Influence of depressive symptoms and gender in chronic low back pain rehabilitation outcome, a pilot study. *Rehabilitation (Stuttg.)*, 2008, 47, 284–298.
22. Durmus D., Durmaz Y., Canturk F.: Effects of therapeutic ultrasound and electrical stimulation program on pain, trunk muscle strength, disability, walking performance, quality of life, and depression in patients with low back pain, a randomized-controlled trial. *Rheumatol. Inter.*, 2009, 29, 947–954.
23. Hampel P., Graef T., Krohn-Grimberghe B., Tlach L.: Effects of gender and cognitive-behavioral management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain, a 1 year longitudinal study. *Eur. Spine J.*, 2009, 18, 1867–1880.
24. Mason V. L., Mathias B., Skevington S. M.: Accepting low back pain, is it related to a good quality of life? *Clin. J. Pain.*, 2008, 24, 22–29.
25. Janowski K., Steuden S., Kuryłowicz J.: Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *Eur. Spine J.*, 2010, 19, 613–623.
26. Huijnen I. P., Verbunt J. A., Peters M. L., Delespaul P., Kindermans H. P., Roelofs J., Goossens M., Seelen H. A.: Do depression and pain intensity interfere with physical activity in daily life in patients with chronic low back pain? *Pain.*, 2010, 150, 161–166.
27. Wang H., Ahrens C., Rief W., Schiltenswolf M.: Influence of comorbidity with depression on interdisciplinary therapy: outcomes in patients with chronic low back pain. *Arthritis Res. Ther.*, 2010, 12, R185. [Epub 2010 Oct 11].

**EDUKACJA/EDUKACJA
ZDROWOTNA**



Zbigniew Rudnicki¹

O zapomnianej kategorii *ars moriendi* z pedagogicznej perspektywy

Wprowadzenie

Współczesne nauki społeczne postrzegają człowieka i jego obecność w świecie w optyce kształtowanej przez filozofię optymistycznego pragmatyzmu (K. T. Toeplitz). „Normalne” życie ludzkie ma się koncentrować na nieustannym doświadczeniu miłych rzeczy i podnoszeniu poziomu adrenaliny. „Żyjemy w świecie, w którym liczy się młodość, zdrowie, energia, talent, pieniądze, a śmierć, umieranie, ciężka choroba są zwyczajnie niemodne (...). Nie wszyscy przeżyją przecież dobrą miłość, nie wszyscy będą szczęśliwi, nie wszyscy będą mieć satysfakcję z pracy, natomiast wszyscy umrą” [1].

Ciemne strony życia, jeśli są przedmiotem refleksji, to traktowane są jak odstępstwo od normy. Nawet jeśli ktoś ciężko zachoruje, jest niepełnosprawny, z pogmatwaną biografią, czy wreszcie umiera; to jest to postrzegane jako przykład patologii. Obraz życia, którego integralną częścią jest cierpienie i śmierć, we współczesnej kulturze postrzegany jest jako wynaturzony. Doświadczenia graniczne ludzkiej egzystencji przeniesione są poza granice (za nawias) głównego nurtu życia. Ich eksterytorialność czyni je tym samym bezpiecznymi dla tych, których szczęśliwym trafem na razie one nie dotyczą.

W kulturze natychmiastowej satysfakcji szkoda czasu na sprawy, które z satysfakcją nie mają nic wspólnego. Socjolog Edith Bogue z College of Scholastica w stanie Minnesota uważa, że:

W naszej kulturze, która gloryfikuje młodość i zdrowie, śmierć jest ostatnią rzeczą, o jakiej rozmawiają ludzie (...). Nasza kultura zachęca do celebrowania chwili, wyciskania z życia wszystkich soków, więc gdy przychodzi jego kres, koncentrujemy się na cierpieniu i nieszczęściu [2].

¹ Zakład Polityki Oświatowej i Edukacji Obywatelskiej, Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

Ludzie cywilizacji konsumpcyjnej nie są oswajani z doświadczeniami, które stanowią nieunikniony składnik egzystencji. Wyprowadzenie spraw trudnych i nieprzyjemnych z codzienności, skrywanie ich za zasłoną prywatności powoduje, iż zaniedbywane są działania mające na celu przygotowanie do „stawienia im czoła”. Umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach (tzn. takich, które nie są zgodne z preferowanym aktualnie modelem życia) sprowadza się do korzystania z usług profesjonalnych doradców i terapeutów.

Pedagogika wobec śmierci

W potocznym rozumieniu treść i przeznaczenie pedagogiki wydają się radykalnie klócić z pojęciem śmierci. Etymologicznie pedagogika znaczy (z greki) *paidos* – dziecko, *agagos* – przewodnik. *Paidagogos*, to w starożytnej Grecji niewolnik odpowiedzialny za bezpieczne doprowadzenie synów wolnych obywateli na miejsce ćwiczeń fizycznych (palestra). Jego zadanie polegało pierwotnie na zapewnieniu fizycznego bezpieczeństwa odprowadzanemu chłopcu. Z czasem do jego obowiązków zaliczono również troskę o rozwój intelektualny, moralny i duchowy wychowanka [3].

Stefan Kunowski wskazuje, że oddziaływanie wychowawcy na wychowanka może być dwojakiego rodzaju: w formie rzemiosła oraz sztuki. W pierwszym przypadku działania wychowawcy zasadzają się na nabytej praktyce, często są powielaniem sprawdzonych wzorców. Z wychowaniem rozumianym jako sztuka (*ars*) mamy do czynienia wówczas, gdy działanie wychowawcy wynika z pełnego pasji, twórczego zaangażowania w proces rozwoju dzieci i młodzieży. Ten podział odpowiada greckiemu rozumieniu edukacji, którą można opisać za pomocą pojęć *techne* i *paideia*. Gdzie *techne* oznaczało działanie według z góry przyjętych zasad, jego efektem miało być nabycie ściśle określonych sprawności, takich jak: czytanie, pisanie czy kompetencje zawodowe (np.: rzemiosło, handel, żegluga). Te działania, choć podyktowane pragmatyzmem i życiową użytecznością, nie były jednak traktowane jako najwyższej rangi, bowiem dotyczyły tylko fragmentu ludzkiej aktywności oraz nie zapewniały możliwości rozwoju całego potencjału ludzkiego życia. Najwyższy poziom rozwoju greckiej myśli o wychowaniu dostrzec można w pojęciu *paidei*, która polega na „(...) wychowaniu w człowieku jego właściwego charakteru, prawdziwego człowieczeństwa” [4]. Charakterystyczne dla niej podejście generuje pedagogię, której „(...) celem jest cały człowiek złożony z ciała i duszy, z uczucia i rozumu, z charakteru i ducha” [5]. By temu sprostać konieczna jest realizacja wychowania opartego na „programie kultury ogólnej”, której celem jest *kalokagathia* (od greckiego *kalos* – piękny i *agatos* – dobry). Oznacza ona „(...) harmonijne połączenie w człowieku piękności ciała z dobrocią i szlachetnością moralną” [6]. Uzyskanie takiego stanu możliwe jest przez zrównoważone podejście do rozwoju wszelkich władz w człowieku. „(...) całość bowiem jest dopiero człowie-

kiem, a jeżeli wybierze tylko jedną cząstkę, sam się we własnym mniemaniu kaleczy" [7].

Klasyczna pedagogia grecka nisko sobie ceni pracę wytwórczą, do której wykonania konieczne jest posiadanie wąskiej wiedzy specjalistycznej, która powoduje redukcję człowieka do poziomu narzędzia wykonującego ściśle określone czynności. Natomiast zmierza ona do wychowania człowieka wszechstronnego, zdolnego do podołania wszelkim życiowym zadaniom oraz przeciwnościom losu. Jej celem jest utworzenie człowieka o wysokiej kulturze wewnętrznej. Z uwagi, że ma ona charakter uniwersalny i powszechny, staje się czynnikiem jednoczącym ludzkość. Henri Irenee Marrou pisze, iż „stąd pochodzi, mogący na pierwszy rzut oka zawodzić, nacisk położony na pojęcie SŁOWA – LOGOS, na przyznawaną piśmiennictwu zwierzchność nad tego rodzaju wychowaniem. Bo przecież właśnie Słowo jest wybranym narzędziem kultury i wszelkiej cywilizacji, jest ono najpewniejszym sposobem umożliwiającym zetknięcie się i wymianę międzyludzką. Ono to przełamuje zaczarowane koło osamotnienia, w którym w sposób nieunikniony zamyka specjalistę jego wyodrębniony spośród innych zawodów" [8].

Pedagogia uprawiana w duchu *paidei* jest szczególnym rodzajem sztuki. Jej wyjątkowość wynika z tego, iż odnosi się do samego człowieka. W zakresie tak pojmowanej refleksji i działania znajduje się więc cały człowiek w przestrzeni całego swojego życia.

Śmierć jako istotny problem pedagogiki

Jan Amos Komeński – twórca nowożytnej pedagogiki, propagator wychowania całego człowieka we wszystkich okresach jego życia, wskazał w swoim dziele „Pampaedia” na konieczność uczenia się dobrego umierania. „I nie wystarczy uczyć się umrzeć, lecz dobrze umrzeć, po wygaszeniu już przed śmiercią cielesną wszystkich zarzewi grzechu i zacząwszy już w cielesnym dotąd kształcie wieść takie życie, jakie nas czeka poza ciałem. Żyj więc tak, jak gdybyś już był pozbawiony ciała, życiem naprawdę i w pełni duchowym, umierając już nie tylko dla świata i innych, lecz dla samego siebie" [9]. Nie trudno doszukać się w powyższym fragmencie inspiracji płynących z Nowego Testamentu. Mądrze żyje ten, kto ma świadomość końca i wykazuje stałą gotowość do śmierci. Komeński wskazuje na to, że kolejne etapy ludzkiego życia nieuchronnie przybliżają nas do jego końca. „A ponieważ wiek męski przechodzi w starość, a starość w śmierć, śmierć zaś w zmartwychwstanie – należy ich więc tak wychowywać, aby przez życie doczesne mogli dojść szczęśliwie do życia wiecznego. A ponieważ śmierć jest pewna, a jej godzina niepewna – trzeba ich kształcić bez zwłoki" [10]. Kształcenie, w rozumieniu Komeńskiego, to nie mechaniczne nabywanie wiedzy, ale działanie na rzecz uwolnienia człowieka z tego, co nie pozwala mu w pełni rozwinąć ukrytego w nim człowieczeństwa, które swą godność czerpie z Boga. „Od

Boga, jako ostatecznego celu człowieka, bierze orientację. Ostateczny cel życia: wieczność, jest zarazem najwyższym celem wychowania” [11].

W utworze „Regulae vitae” Komeński bardzo wyraźnie wskazuje na to, że człowiek żyje po to, by przygotowywać się do wieczności; a skoro aby do niej dojść trzeba umrzeć, stąd całe życie należy się do niej przygotowywać. Życie ma być nieustannym ćwiczeniem dobrej śmierci [12]. Paradoksalnie – wydawać się może – ciągle odnoszenie się do momentu śmierci daje w efekcie dobre życie. Adam Zych wskazuje analogiczną „jedność życia i śmierci” występującą w myśli św. Benedykta z Nursji „(...) który miał świadomość jedności życia i śmierci, przypominając swoim uczniom, że w życiu należy »zawsze mieć śmierć przed oczyma«, a więc musimy się uczyć jak żyć, aby nie być zaskoczonym w godzinie śmierci (...)” [13]. Śmierć jest etapem koniecznym do przejścia po to, by dostąpić zmartwychwstania. „Bramę śmierci musisz przejść. Ale po to, abyś umierając nie umarł (...)” [14].

Komeński przykłada wielką wagę do ćwiczenia się w sztuce umierania, stąd wskazuje na konieczność świadomego działania w tym kierunku. służyć ma temu szkoła śmierci (*schola mortis*). I chociaż najczęściej o potrzebie sposobienia się do umierania przypomina wówczas, gdy pisze o starości, to jednak wyraźnie zaznacza: „(...) odnosi się to nie tylko do starców, lecz do każdego wieku ludzkiego” [15].

Poglądy Jana Amosa Komeńskiego są kontynuacją pisarstwa religijnego występującego w późnym średniowieczu. *Ars moriendi* były to dzieła ascetyczne wykorzystywane w działalności duszpasterskiej duchowieństwa, mające na celu wzbudzenie refleksji o nieuchronności śmierci i konieczności przygotowywania się do niej [16]. Przełom XIV i XV wieku, obfitujący w niepokoje o podłożu ekonomicznym, społecznym i religijnym, sprzyjał powstawaniu również świeckich *ars moriendi*. Jednym z najbardziej znanych przykładów jest dzieło „*Ars bene moriendi. Traktatus brevis et valde utilis de arte et scientia bene moriendi*” przypisywany (między innymi) Mateuszowi z Krakowa [17].

W czasach bliższych współczesności problem śmierci umieszcza w refleksji pedagogicznej Janusz Korczak. Niezwykle poważnie traktował on życie ludzkie, którego jednorazowość domaga się równorzędnego uznania wszystkich etapów życia. Wzywa on do „szacunku dla bieżącej godziny, dla dnia dzisiejszego. Jak będzie umiało jutro, gdy nie damy żyć dziś świadomym, odpowiedzialnym życiem?” [18]. Prawo do swobodnego rozwoju zawiera w sobie również prawo do śmierci [19]. Dorośli w trosce o bezpieczeństwo skłonni są mnożyć przed dzieckiem zakazy, a tym samym „(...) wydzieramy dziecko życiu, nie chcąc by umarło, nie pozwalamy żyć” [20]. W *Czasie Zagłady* Korczak obcuje każdego dnia ze śmiercią swych podopiecznych. Szczególnie bolesnym doświadczeniem jest praca w Głównym Domu Schronienia przy ulicy Dzielnej 39 w Warszawie. Ludwik Hirszfild opisuje sytuację w tej placówce następująco: „Było to piekło na ziemi... Przy wejściu uderzał zapach kału i moczu. Niemowlęta le-

żały zanieczyszczone, pieluch nie było, zimą mocz zamarzał i na tym lodzie leżały zamrożone trupki. Dzieci nieco starsze siedziały po całych dniach na podłodze lub ławeczkach, kiwały się monotennie, jak zwierzęta, żyły od posiłku do posiłku, oczekując marnej, zbyt marnej strawy. Szalał dur plamisty, czerwotka” [21]. W samym styczniu 1942 roku w sierocińcu zmarło 96 dzieci. Korczak zdaje sobie sprawę z dramatyzmu sytuacji w tym miejscu. Pisząc podanie o posadę wychowawcy w tej placówce określa ją „rzeźnią dzieci i domem przedpogrzebowym” [22]. Powszechność śmierci sprawia, że staje się ona obojętna. „Leży na chodniku zmarły chłopak. Obok trzech chłopcy poprawiają sznurkiem lejce. W pewnym momencie spojrzeli na leżącego, odsunęli się kilka kroków, nie przerwali zabawy” [23]. Walka o godną śmierć dzieci w czasie wojny przybiera postać dramatycznego apelu: „Jeżeli nie możemy ich przywrócić do życia, to przynajmniej zapewnimy im ludzką i porządną śmierć (...). Coś w rodzaju wielkiego pokoju z półkami, jak w sklepie (...). To nie wymaga dużo miejsca i kosztów” [24]. Dla Korczaka, który całe życie poświęcił dzieciom, bezradność i bezsilność wobec masowej zagłady podopiecznych było doświadczeniem skrajnie dramatycznym.

Podsumowanie

Współczesna pedagogika (poza nielicznymi wyjątkami) bardzo umiarkowanie rozwija refleksję dotyczącą ludzkiej śmierci. Być może jest to skutek oddziaływania kultury, dla której priorytetem jest sukces. Stefan Chwin pisze o współczesnej edukacji: „Wielkim błędem szkoły dzisiejszej jest tyrania optymizmu, tyrania udawania, że wszystko będzie okey – tylko uczcie się pilnie! Prawdziwa komedia ludzka... Masz odnosić sukcesy! Żądają od ucznia nauczyciele, rozwiedzeni, bez forsy, załamani, upokarzani przez dyrektorów (...) i rodziców. I widmo sukcesu unosi się nad szkołą, jak uśmiechnięty wampir. Wartość szkoły mierzy się dziś liczbą absolwentów, którzy dostali się na studia, to znaczy weszli do wąskiego grona lepszych. Reszta, która do tego grona nie weszła jest uznawana za wstydlivy balast instytucji wychowawczej, z którym nie wiadomo co począć (...). Słowo »nieszczęście« stało się wstydlivym tabu. Wykadzamy je tak, jak się wykadza pokój po ciężkiej chorobie. Kultura masowa tego słowa nie cierpi” [25]. W takim rozumieniu edukacji brak miejsca dla doświadczenia porażki, niespełnienia, smutku. Zupełnie nie na miejscu jest uznanie własnej śmiertelności. Śmierć wydaje się czymś zupełnie niestosownym. Jak z ironią zauważył Bogusław Wolniewicz: „(...) tyle nam się wreszcie udało nagromadzić ludzkiego dobra wszelakiego, tych willi, aut, magnetofonów i magnetowidów, mebli, orderów i dyplomów, no i dolarów, a teraz do piachu? To jest jakiś niepojęty, upiorny nonsens. Tak nie powinno być” [26]. Aktualnym wyzwaniem dla pedagogów (ale nie tylko) są słowa Juliana Aleksandrowicza: „Każdy człowiek powinien być wychowany i przygotowany do odejścia; jego postawa wobec śmierci własnej tak

czy inaczej jest miarą i wyrazem jego kultury oraz dojrzałości życiowej. Ludzie z pewnością mogliby być dla siebie życzliwsi, gdyby umieli za siebie spojrzeć przez pryzmat nieuchronnego przemijania” [27].

Piśmiennictwo

1. Winch B.: Gdzie dzisiaj podziła się śmierć? Śmierć jest w komputerze. *Gazeta Wyborcza*, 23–24.03.2008, s. 10.
2. Kim R.: Umiera i uczy Amerykę jak żyć. *Dziennik*, 29–30.03.2008, s. 23.
3. Kunowski S.: *Podstawy współczesnej pedagogiki*. Warszawa 2000, s. 25–26.
4. Jaeger W.: *Paideia*. Tom I, Warszawa 1962, s. 26.
5. Marou H. I.: *Historia wychowania w starożytności*. Warszawa 1969, s. 311.
6. Milerski B., Śliwerski B. (red.): *Pedagogika*. Leksykon PWN. Warszawa 2000, s. 94.
7. Marou H. I.: *Historia wychowania w starożytności*. Warszawa 1969, s. 312.
8. Marou H. I.: *Historia wychowania w starożytności*. Warszawa 1969, s. 312.
9. Komeński J. A.: *Pampaedia*. Wrocław 1973, s. 281.
10. Komeński J. A.: *Pampaedia*. Wrocław 1973, s. 177.
11. Finke M.: *Podstawy religijnego wychowania w pedagogice Jana Amosa Komeńskiego*. *Poznańskie Studia Teologiczne*, Poznań 1972, s. 315.
12. Finke M.: *Podstawy religijnego wychowania w pedagogice Jana Amosa Komeńskiego*. *Poznańskie Studia Teologiczne*, Poznań 1972, s. 317.
13. Zych A. A.: *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*. Katowice 2009, s. 179.
14. Komeński J. A.: *Pampaedia*. Wrocław 1973, s. 261.
15. Komeński J. A.: *Pampaedia*. Wrocław 1973, s. 283.
16. Głowiński M., Kostkiewiczowa T., Okopień-Sławińska A., Sławiński J.: *Słownik terminów literackich*. Wrocław 1988, s. 43.
17. Gryglewicz F., Łukaszyk R., Sułkowski Z. (red.): *Encyklopedia katolicka*. Tom I, Lublin 1989, s. 950.
18. Korczak J.: *Prawo dziecka do szacunku*. w: *Pisma wybrane*. Tom I, Warszawa 1984, s. 79.
19. Korczak J.: *Jak kochać dziecko*. w: *Pisma wybrane*. Tom I, s. 124.
20. Korczak J.: *Jak kochać dziecko*. w: *Pisma wybrane*. Tom I, s. 127.
21. Musiał S.: *Ordynator oddziału konających dzieci. Janusz Korczak i tragedia najmłodszych w warszawskim getcie*. *Tygodnik Powszechny*, 13.10.2002, s. 11.
22. Korczak J.: *Podanie*. w: *Pisma wybrane*. Tom IV, Warszawa 1984, s. 312.
23. Korczak J.: *Pamiętnik*. Wrocław 1998, s. 40.
24. Musiał S.: *Ordynator oddziału konających dzieci. Janusz Korczak i tragedia najmłodszych w warszawskim getcie*. *Tygodnik Powszechny*, 13.10.2002, s. 11.
25. Chwin S.: *Tyrania optymizmu*. *Rzeczpospolita*, 14–15.07.2001, s. D1.
26. Narbutt M.: *Z odwróconą głową*. *Rzeczpospolita*, 31.10–2.11. 2003, s. D5.
27. Aleksandrowicz J., Duda H.: *U progu medycyny jutra*. Warszawa 1988, s. 215.

Andrzej Guzowski¹

Pedagogika Nadziei – czyli w kręgu rozważań eschatologicznych księdza profesora Wacława Hryniewicza

1. Problem zbawienia a interpretacja eschatologicznych tekstów biblijnych

1.1. Język przypowieści eschatologicznych Jezusa w kontekście wypowiedzi proroków Starego testamentu

Kluczowe znaczenie w zrozumieniu podejścia Hryniewicza do kwestii zbawienia ma jego metodologia interpretacji tekstu biblijnego. Teolog zwraca uwagę na konieczność zachowania przynajmniej czterech przesłanek metodologicznych:

1. Każdorazowe rozpatrywanie wypowiedzi biblijnych z punktu widzenia ich ewentualnego metaforycznego charakteru;
2. Rozpatrywania tych wypowiedzi w kontekście wczesnej tradycji biblijnej (np. wypowiedzi Jezusa w kontekście wcześniejszej tradycji żydowskiej)
3. Rozpatrywanie tekstu biblijnego z uwzględnieniem hiperbolicznego charakteru wypowiedzi Jezusa.
4. Każdorazowe rozpatrywanie tekstu wypowiedzi biblijnych w świetle oryginalnego znaczenia tekstów. Próba analizy etymologicznej użytych słów w oryginalnym przekładzie.

Kluczem do zrozumienia przypowieści Jezusa Chrystusa, przytaczanych w ewangeliach, jest odwołanie się do języka tradycji, w której przebywał Jezus. Język przypowieści, o których mowa była wyżej, nie jest łatwy do zrozumienia we współczesnym odbiorze. Człowiek znajdujący się w obecnej rzeczywistości jest przyzwyczajony do pojmowania wszystkiego w sposób zgodny z obecnie panującymi zasadami kulturowymi. Jezus natomiast stosował metody i odwoływał się w symbolach do zasad panujących w tej kulturze, w której przebywał. Z uwagi na to, że uczestniczył w spotkaniach świątynnych i słuchał nauczających rabinów, zapożyczał ich język oraz metody, którymi oni się posługiwali.

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

Teksty ewangelicznych przypowieści, które dotyczą rzeczy ostatnich, często były interpretowane dosłownie, a nie w przenośni co sprawiało, jak zauważa Hryniewicz, że „niektórzy uważali, iż jest to język [język ewangelii] zgoła absurdalny. Brany bowiem dosłownie, rzeczywiście może szokować, zdumiewać i wprowadzać w błąd”². Przykładem takich wypowiedzi biblijnych, zdaniem Hryniewicza, mogą być przypowieści o „uchu igielnym”, czy też o morwie, która miałaby się przesadzić z jednego miejsca na drugie. Innym razem Hryniewicz wskazuje na fragment Ewangelii Mateusza (Mt 10,34)³, gdzie sam Jezus mówi o tym, iż przyniósł miecz na świat, co wydaje się dziwne w kontekście jego wypowiedzi o tym, że powinno nastawić się drugi policzek. Brak uwzględnienia zamierzonej przesady w Ewangelii, przy ich interpretacji, może doprowadzić do błędnego zrozumienia tekstu. Teolog wskazuje, iż literalna interpretacja tekstów przypowieści, jest to „dla nas ostrzeżenie, aby tego rodzaju przenośni i paradoksów nie rozumieć dosłownie. Wyrażenia te nie były wypowiedzane w abstrakcyjnej próżni... Wyrażenia i metafory sprawiające wrażenie absurdalności były od wieków częścią kulturowej tradycji żydowskiej”⁴.

Profesor Waław Hryniewicz uważa, że chrześcijaństwo zbyt dosłownie traktowało teksty biblijne, szczególnie te o znaczeniu eschatologicznym, czego przykładem jest przedstawianie najczęściej Boga jako srogiego i nieugiętego sędziego. Pyta bowiem Hryniewicz: „jak pogodzić obraz miłującego i miłosiernego ojca z wizją niemiłosiernego Sędziego? Co oznaczają takie obrazowe zwroty, jak piec ognisty, ciemności zewnętrzne, wieczny ogień. [...] Wiele takich wypowiedzi traktowano dosłownie, co prowadziło do sprzeczności”⁵. Jak więc zrozumieć ten język słów eschatologicznych występujących w tekstach Nowego Testamentu? Hryniewicz zwraca uwagę na fakt, iż bez wglębnienia się w znaczenie odcieni słów z greki jest to praktycznie niemożliwe. Wskazuje też, że greckim Ojcom Kościoła – takim, jak Klemens Aleksandryjski, Orygenes, Grzegorz z Nyssy czy Izaak Syryjczyk – znacznie łatwiej było poruszać się w niuansach greckiego słownictwa niż późniejszym interpretatorom, którzy swoją wykładnię opierali na łacińskich przekładach Nowego Testamentu. Za nimi właśnie ks. Waław Hryniewicz mówi, że: „Wszelka kara ma sens jedynie wówczas, gdy służy poprawie i nawróceniu. Tym samym Ojcowie ci rzucają odpowiedniejsze – jak się wydaje – światło na groźby i ostrzeżenia, obecne w nauczaniu proroków i samego Jezusa Chrystusa, i pozwalają uchwycić ich właściwy sens”.

² Tamże, 12.

³ „Nie sądzicie, że przyszedłem pokój przynieść na ziemię. Nie przyszedłem przynieść pokoju, ale miecz”.

⁴ W. Hryniewicz, *Nadzieja Uczy Inaczej*, Warszawa 2003, 12–13.

⁵ Tamże, 14.

1.2. Metaforyczny i hiperboliczny charakter słów Jezusa w przypowieściach ewangelicznych

Kolejną trudnością w interpretacji słów Biblii, oprócz wspomnianego wyżej problemu związanego z wyrywaniem słów Jezusa z kontekstu kulturowego, jest zbyt dosłowne ich traktowanie. Szczególnie, jeśli chodzi o teksty związane z nauczaniem Jezusa w kwestiach kary i zatracenia. Mistrz z Nazaretu bardzo często stosował w swoim nauczaniu zamierzoną przesadę. „Literaliści” biblijni nie zwracają jednak na to uwagi i teksty, zwłaszcza o znaczeniu eschatologicznym, traktują dosłownie. Profesor Wacław Hryniewicz przywołuje, jak się wydaje, bardzo zabawną sytuację związaną z dosłownym rozumieniem słów biblijnych. Autor książki *Abym nie utracił nikogo* zwraca uwagę na fakt, iż: „kto nie bierze pod uwagę zamierzonej przesady w tekstach biblijnych, naraża się na śmieszność. W przypowieści o dobrym i złym słudze Jezus mówił o surowej kaze w miejscu, gdzie »będzie płacz i zgrzytanie zębów« (Mt. 24;51). Niektórzy ze zwolenników interpretacji dosłownej wyrażali swoje przekonanie, że w tym celu sam Bóg zatroszczy się o uzębienie dla tych, którzy umarli bezzębni: *teeth will be provided!*”⁶. Analizując teksty Jezusowe, bardzo często właśnie na taką przesadę możemy się natknąć. Hryniewicz pokazuje przykład z ewangelii św. Marka, w której możemy znaleźć przypowieść, gdzie Jezus posługuje się przykładem hiperboli w swoich wypowiedziach: *...Jeśli twoja ręka prowadzi cię do grzechu odetnij ją. Lepiej jest dla ciebie, abyś zyskał życie będąc ułomnym, niż mając obie ręce...*⁷. Co oznaczają te słowa i czy należy je traktować literalnie? Hryniewicz stwierdza, iż nawet najbardziej ortodoksyjni interpretatorzy słów biblijnych tych zapisów nie biorą dosłownie. Podobne zdania możemy znaleźć w innych księgach Pisma św., jak na przykład w Apokalipsie św. Jana, która jest specyficznym dziełem pod względem zarówno treściowym, jak i literackim. Jest tam między innymi zapis o mieczu obosiecznym, który wychodzi z ust Chrystusa – ciężko jest również i ten zapis traktować dosłownie. Dlaczego więc Jezus przywoływał właśnie takie słowa? Hryniewicz uważa, że właśnie w podobny sposób nauczali rabini. Stosowali oni wyolbrzymienie, jako swoisty rodzaj retoryki. Teolog zwraca uwagę, że język Jezusa nie służył tylko do przekazywania informacji, ale miał wywoływać w odbiorcy również „wzburzenie emocjonalne”⁸.

⁶ W. Hryniewicz, *Abym nie utracił nikogo*, Warszawa 2008, 62 Autor powołuje się w tym przypadku na krytyczne uwagi R. Klassen. Zob. R. Klassen, *What Does the Bible Really Say about Hell? Wrestling with the Traditional View*: Telford, Penn. – Scottdale, Penn. 2001, str. 76.

⁷ Mk. 9;43.

⁸ W. Hryniewicz, *Abym nie utracił nikogo*, Warszawa 2008, 62.

1.3. Znaczenie słów oryginalnych w interpretacji Biblii

Poprzedni akapit zakończyłem stwierdzeniem, że męki wieczne opisane w przypowieści o „sądzie nad narodami” mają mieć charakter oczyszczający, a więc czasowy. Biblia przełożona z języków oryginalnych, w pierw na łacinę, a potem na inne języki narodowe, utraciła często właściwe rozumienie niektórych słów. Hryniewicz słusznie zauważa analizując przypowieść o sądzie nad narodami, iż nigdzie nie zostało napisane, że odesłanie na karę wieczną to koniec dziejów stworzenia i Stwórcy, ale taki fakt jedynie wskazuje na potrzebę oczyszczenia. Jak pisze teolog, „nastąpiło odesłanie winowajców na karę ku poprawie”⁹. W polskim języku nie ma określenia na karę poprawczą, natomiast greka takie określenia ma i właśnie w tym kontekście zostało ono użyte – (gr.) *eis kólasin aiónion* (na karę wieczną). Słowo *kólasin* oznacza karę poprawczą terapeutyczną. Jak pisze Hryniewicz „kólasin jest karą, którą ukarał siebie winowajca »na wieki«. Wyrażenie, natomiast, wieczny nie oznacza, iż chodzi o stan ostateczny i nieodwracalny”. Król z przypowieści o sądzie nie mówi do nich: idźcie precz od Ojca na wieki, lecz odstąpcie ode mnie. Oni natomiast muszą „odstąpić do czasu nawrócenia”¹⁰, aby godnie przebywać w królestwie Boga. To dość ważny fragment z przypowieści o sądzie nad narodami. Ksiądz profesor zwraca również uwagę na to, iż słowo *kólasis* w greckim oryginale zostało zestawione z przymiotnikiem *aiónis*, a dokładnie ten fragment brzmi: *eis kólasin aiónin*, czyli na mękę wieczną (Mt. 25,46). Co ten grecki przymiotnik *aiónis* oznacza? „U Platona oznaczał on trwanie mające czas”¹¹, czyli koniec. Jednak Hryniewicz wskazuje na potrzebę odnalezienia etymologicznego sensu słowa *aióis* w języku hebrajskim: „Jego znaczeniowym odpowiednikiem jest tam słowo *olam*, ale i ono jest wieloznaczne, gdyż wywodzi się od czynności ukrywania. Może [w hebrajskim] oznaczać zarówno wieczność, jak i długie trwanie”¹². Hryniewicz wskazuje, że właśnie jeden z ojców wielkiej nadziei, Orygenes, zdawał sobie z tego sprawę, lecz znalazł w Biblii teksty, które świadczą o tym, iż słowo „wieczne” miewa różne znaczenia. Natomiast Hryniewicz wskazuje, iż długi czas w grece był nazywany po prostu wiekiem, bądź wiecznym. Jednak w obydwu przypadkach w tekście ewangelii Mateusza w przypowieści o sądzie nad narodami i gdy Jezus mówi, że grzechy przeciwko Duchowi świętemu nie zostaną odpuszczone na wieki, użyto słowa *aiónion* zarówno do opisanego kary (*kólasis aiónion*), jak i życia szczęśliwego ze stwórcą (*eis zoen aiónion*), co, jak zauważa Hryniewicz, jest koronnym dowodem dla zwolenników twierdzenia o wiecznym piekle. Jednak profesor wskazuje na to że, nie można do słów Jezusa w tym przypadku

⁹ Tamże, 38.

¹⁰ Tamże, 39.

¹¹ Tamże, 39.

¹² Tamże, 39.

stosować paralelizmu symetrycznego. Czyli, jeśli w jednym i drugim przypadku występuje *aiónis*, to trzeba wziąć pod uwagę fakt, iż przy „potępionych” jest *kólasis*, co oznacza karę poprawczą.

2. Dwa wielkie nurty w teologii eschatologicznej i ich przedstawiciele

Do tej pory została omówiona metodologia, którą posługuje się Hryniewicz w poszukiwaniach potwierdzenia możliwości istnienia nadziei na powszechne zbawienie. Dotyczyła ona głównie sposobów interpretacji słów Biblii w całości jako objawienia Bożego, zwłaszcza teolog skupiał się na tych słowach, gdzie pojawiały się zwroty dotyczące wiecznego zatracenia, ognia nieugaszonego, czy też Gehenny. Dotychczasowe rozważania skupiały się również na tym, w jaki sposób należy rozumieć słowa użyte w oryginalnym zapisie Biblii, które opisywały karę wieczną. W tej części pracy natomiast skupię się głównie na dwóch nurtach dominujących w eschatologii chrześcijańskiej oraz na ich opisie. Jest to bardzo istotne, ponieważ poniżej będę wskazywał, że we wczesnym chrześcijaństwie nie istniał jeden model koncepcji eschatologicznej.

W eschatologii, jako nauce o rzeczach ostatnich, możemy wyróżnić dwa nurty. Pierwszy z nich to **nurt dualistyczny**, który zakłada istnienie dwóch paralelnych wobec siebie światów, królestwa wiecznego szczęścia zbawionych i świata potępionych na wieki. Drugim nurtem, który po raz kolejny próbuje przebić się do świadomości ludzi wierzących, jest **uniwersalistyczne podejście w eschatologii**. Zakłada ono zbawienie dla wszystkich i w ostateczności pokonanie zła. Unicestwienie zła, w rozumieniu uniwersalistycznego podejścia, to odtworzenie wszystkiego na nowo. Opisanie tych dwóch nurtów, jak i wskazanie najważniejszych historycznie ich przedstawicieli, jest bardzo ważne w tej pracy. Przedstawiciele wczesnochrześcijańskiej myśli eschatologicznej, których poglądy poniżej przedstawię, są nie przypadkowi. Hryniewicz, jako współczesny głosiciel nadziei na powszechne zbawienie, właśnie na tych greckich Ojców Kościoła powołuje się. W odniesieniu do ujęcia uniwersalistycznego często będę posługiwał się pojęciem *apokatastaza*. Jego znaczenie można wyjaśnić następująco: jest to przywrócenie rzeczy do prawdziwego stanu pierwotnego. Prawdziwego oznacza zjednoczonego ze stwórcą. Słowo apokatastaza od V Soboru Powszechnego, gdzie rzucono anatemy na naukę Orygenesusa, dotyczącą między innymi rozważań nad powszechnością zbawienia, stało się terminem technicznym dotyczącym powszechności zbawienia. Jednak owo słowo apokatastaza, wywodzące się z greki, ma różne znaczenie i nie jest ono tylko nakierowane na czasy eschatyczne. Słowo to używane było w medycynie jako uzdrowienie, prawie, jako np. przywrócenie własności oraz w astronomii, jako powrót gwiazdy do poprzedniego miejsca w konstelacji.

2.1. Podejście dualistyczne w eschatologii

Pierwszy z wspomnianych wyżej nurtów, czyli dualistyczne ujęcie czasów eschatycznych, pojawił się w II wieku u Ojców Apostolskich w liście Barnaby. Pogląd ten „wskazywał wizje paralelnego losu zbawionych w niebie i zatraconych na zawsze w piekle”¹³. We wspomnianym powyżej liście Barnaby, który powstał około 130 roku, możemy znaleźć następujący fragment: „Każdy otrzyma to, na co zasłużył. Jeśli jest dobry, poprzedzi go jego sprawiedliwość. Jeśli był zły przed nim zapłata jego niegodziwości”¹⁴. Inny Ojciec Apostolski Ignacy z Antiochii stwierdza, iż kto niszczy życie rodzinne i głosi herezje, będzie potępiony: „Nie ludźcie się, bracia moi: burzyciele rodzin nie odziedziczą Królestwa Bożego... Kto fałszywą nauką niszczy wiarę Bożą. Człowiek tak skalany pójdzie w ogień nie gasnący podobnie tak, jak i ten kto go słuca”¹⁵. Jako wieczne zatracenie, śmierć i opuszczenie przez Boga – w taki sposób los ludzi zatraconych widział Hermes, autor utworu pt. *Pasterz*: „Kamienie rzucone w ogień i tam płonące [mowa jest o ludziach skazanych na potępienie – A.G.] to ludzie, którzy nieodwracalnie wyparli się Boga żywego, a żądza rozpusty i różne niegodziwości, jakie popełniają, nie dopuszczają, aby nawet myśl o pokucie obudziła się w ich sercu... Grzesznicy będą płonąć, ponieważ zgrzeszyli i się nie nawrócili, a poganie ponieważ nie poznali Stwórcy swego”¹⁶. Zarówno Barnaba, Ignacy z Antiochii, jak i Hermes wskazują na los potępionych jako tych, którzy zostaną odsunięci od oblicza Boga. Ich dusze będą cierpiały męki wieczne i nigdy nie będą mogły z powrotem dotrzeć jedności z Bogiem. Natomiast wszystkim tym, którzy poszukiwali Boga i zachowywali jego przykazania, ofiarowana będzie łaska ciągłego obcowania ze Stwórcą. W słowach Ojców Apostolskich, twierdzi Hryniewicz „Trudno dopatrywać się pogłębionej interpretacji tekstów biblijnych. Pojmują je oni w sensie literalnym”¹⁷. Pseudoklemens zwraca uwagę, iż pobyt w naszym ciele nie będzie trwał długo, więc należy się przygotować, aby osiągnąć życie wieczne w zjednoczeniu z Bogiem. Natomiast Ireneusz apologeta z II wieku zwracał uwagę na to, że los grzesznika po śmierci jest okrutny, ale również wskazywał na fakt, że grzesznicy sami sobie ten los wybrali.

Hryniewicz w pierwszym rozdziale książki *Bóg wszystkim we wszystkich* stawia pytanie: Co przeraża w tradycji eschatologicznego dualizmu: „Przesłanie o wiecznej męce większej lub mniejszej części ludzkości, o jej przerażających mękach bez końca – czy można nazwać Dobrą Nowiną, Ewangelią radości i na-

¹³ W Hryniewicz, *Świadkowie wielkiej nadziei*, Warszawa 2009, 14.

¹⁴ Tamże, 14.

¹⁵ Tamże, 15.

¹⁶ Tamże, 14.

¹⁷ Tamże, 16.

dzieci dla wszystkich”¹⁸. Papież Inocenty IV (zm. 1254) w liście do kardynała – legata na Cyprze również potwierdza istnienie piekła wiecznego: „Jeśli zaś ktoś bez pokuty umiera w grzechu śmiertelnym, to bez wątpienia cierpi **na zawsze** męki ognia wieczystego piekła”¹⁹. Najważniejszą postacią, która utwierdzała tego typu myśl eschatologiczną, był bez wątpienia św. Augustyn. Biskup z Hippony w swojej koncepcji grzechu pierworodnego był bezwzględny, jego poglądy na temat wiecznej kary były nie do przyjęcia nawet dla ówczesnych teologów jego epoki. Augustyn odmawiał zbawienia wszystkim, którzy byli nie ochrzczeni, na przykład zbawienia nie mogły dostąpić dzieci, które zmarły przed chrztem. Koncepcja augustiańska mówiąca o potępieniu takich dzieci spotkała się z krytyką biskupa Eklanum, Juliana: „Ty, Augustynie, jesteś daleki od uczuć religijnych, od cywilizowanego myślenia, daleki nawet od zdrowego rozsądku ludzkiego, skoro myślisz, że twój Bóg jest zdolny do popełniania zbrodni przeciw sprawiedliwości, trudnych do wyobrażenia nawet dla barbarzyńców”²⁰. Wspomniany biskup Boga z wizji augustiańskiej nazywał prześladowcą nowo narodzonych; nie mógł się ów biskup pogodzić z tym, że niewinne istoty miałyby zostać skazane na wieczne potępienie. Strach przed gniewem Bożym, którym groził Augustyn, był tak daleko posunięty, że na przykład w niektórych rejonach Europy zakazywano wprowadzania do kościołów zwłok kobiet zmarłych przed porodem. Zmarła taka, aby mogła spocząć w poświęconej ziemi, musiała zostać poddana operacji usunięcia nienarodzonego dziecka. Dziecko to było chowane natomiast w niepoświęconej ziemi, pomiędzy samobójcami i najgorszymi zbrodniarzami.

2.2. Podejście uniwersalistyczne w eschatologii

Drugi nurt nauczania o rzeczach ostatnich to **uniwersalizm eschatologiczny**. Pogląd ten mówi inaczej niż w dualistycznym modelu eschatologicznym, omówionym wyżej, że nie istnieją dwa paralelne światy obok siebie. Za głównych przedstawicieli myśli uniwersalistycznej w eschatologii uważa się Orygenes (ok. 185–251) i Grzegorza z Nyssy (ok. 331–395). Jednak najstarsze teksty wiadomego autorstwa pochodzą od żyjącego około 160 roku Klemensa Aleksandryjskiego, reprezentującego ten nurt eschatologii.

Pod koniec II w. n.e. ukazał się tekst, którego autor nie jest znany; ów tekst ma tytuł *Do Diogeneta*. Różni się on znacznie w swojej wymowie od poprzednich (cytowanych powyżej). Możemy tam przeczytać między innymi: „Z całą łaskawością i łagodnością, jak król posyła swego syna – króla, posłał Go jak Boga do ludzi; posłał by ich zbawić, by nakłaniał, a nie zmuszał. W Bogu bowiem nie ma przemocy. Posłał, by nas wzywać, a nie oskarżać. Posłał, gdyż nas kocha, a nie

¹⁸ W. Hryniewicz, *Bóg wszystkim we wszystkich*, Warszawa 2005.

¹⁹ *Breviarum Fidei*, Ignacy Pokowy prac. Zbiorowa. Księgarnia św. Wojciecha Poznań 2007, 105.

²⁰ U. Ranke-Heineman, *Eunuchy do raju* Gdańsk 199, 80.

chce sądzić. Przyjdzie dzień, gdy Go pośle, aby sądził, a któż się ostoi gdy on nadejdzie... W kim moglibyśmy znaleźć usprawiedliwienie, my występni bezbożni, jeśli nie w Nim, w Synu Bożym... Niegodziwość wielu znika w sprawiedliwości Jednego, a sprawiedliwość jednego wielu niegodziwych usprawiedliwiła. W czasach minionych dowiódł, że nasza natura nie może dostąpić życia, teraz zaś wysłał Zbawcę, który może zbawić i to co nie może być zbawione"²¹. Hryniewicz zwraca uwagę na ostatnie słowa i porównuje je do tych, które znajdują się w Ewangelii Łukasza: „Co niemożliwe jest u ludzi, możliwe jest u Boga” (Łk. 18,27). Pogląd o powszechnym zbawieniu już w IV wieku został obłożony anatema. Wpierw uczyniono to na synodzie lokalnym, pod przewodnictwem cesarza Justyniana w Konstantynopolu, następnie ponownie został on potępiony na V Soborze Powszechnym (553): „Jeśli by kto mówił albo utrzymuje, że kara demonów i ludzi bezbożnych jest czasowa i po pewnym określonym czasie będzie miał koniec, względnie będzie dane odnowienie demonów albo ludzi bezbożnych, ten niech będzie obłożony anatema. (anatema sit)”²². Obłożenie klątwą poglądu Orygenesisa przez cesarza Justyniana było spowodowane, jak zauważa Hryniewicz, względami politycznymi. W idei powszechnego zbawienia widziano zagrożenie dla ortodoksyjności nauki oraz dla samego autorytetu Kościoła²³. Trzeba jednak zwrócić uwagę na fakt, który jest nie bez znaczenia – uchwały V Soboru Powszechnego były podejmowane pod przymusem. Oznacza to, że właściwie o tym, co będzie ogłoszone na soborze decydował cesarz, a nie biskupi. Papież Virgiliusz był więziony przez cesarza i zmuszony do podpisania uchwał soboru. Jean Daniell i Henri Marrou w pierwszym tomie *Historii Kościoła*, w rozdziałach poświęconych Soborowi Konstantynopolitańskiemu (553), zwracają właśnie uwagę na to, w jaki sposób potraktowano papieża Virgiliusza: „Justynian chcąc zapewnić sobie zgodę papieża Virgiliusza, kazał go sprowadzić do Konstantynopola i uwięzić (547). Miał on tam pozostać przez siedem lat, poddawany nieludzkiej presji ze strony cesarskiego dworu, już to w sposobie perswazji, już to jako pogróżki. Stary i nieszczęśliwie chory Virgiliusz długo się opierał, wreszcie ustąpił i podpisał”²⁴. Pomimo obłożenia poglądów Orygenesisa o powszechności zbawienia klątwą, chrześcijanie nadal poszukiwali innego oblicza Boga, niż tylko srogiego sędziego. Oficjalnie w Europie staniał tylko jeden dualistyczny model czasów ostatecznych.

Pisma Ojców greckich powróciły do Europy za sprawą Erazma z Rotterdamu, ale tak naprawdę dopiero pod koniec XIX w., „teologowie zdobyli się na odwagę głoszenia swoich ogłędów”²⁵. Pierwsza połowa wieku XX była przepę-

²¹ Tamże 20, 21.

²² Justynian, w: *Breviarum Fidei*, pod red. Ignacy Pokowy, Poznań 2007, 129.

²³ Por. Hryniewicz *Świadkowie wielkiej nadziei* Warszawa 2009.

²⁴ J. Danielou, H. Marrou, *Historia Kościoła* t. 1. Warszawa 1986, 272.

²⁵ W. Hryniewicz *Świadkowie wielkiej nadziei* Warszawa 2009, 23.

niona złem. Teologowie więc zaczęli zadawać pytanie, skąd to zło i czy Bóg je zamierza ostatecznie usunąć. Od XX wiku rozpoczęła się w kościołach chrześcijańskich dyskusja nad sensem wiecznego potępienia oraz nad sensem trwania zła. Teologowie zastanawiają się nad możliwością ostatecznego przewyciężenia zła.

Nurt uniwersalistyczny, tak samo jak i dualistyczny, nie jest ograniczony do jednego wyznania. Zajmują się nim teologowie różnych konfesji. Zarówno ewangelikalni, jak Thomas Talbott, jak i katolicy (na przykład Hryniewicz czy nieżyjący już kardynał Hans Urs von Balthasar). Międzykonfesyjne podejście do nurtu uniwersalistycznego sprawiło, że panuje w nim duża różnorodność poglądów. Hryniewicz uważa, iż bogactwo poglądów pozwala opowiedzieć się za najbardziej przekonującą argumentacją. Z teologicznego punktu widzenia najbardziej wiarygodne są poglądy zaczerpnięte z Biblii. Ojcowie Kościoła, oprócz wspomnianej powyżej argumentacji biblijnej, czerpali też z filozofii greckiej. Wynikało to z tradycji i kultury, w jakiej się akurat oni znajdowali. Teologia, jak zauważa Hryniewicz, zawsze tworzy się w kontekście kultury, w jakiej znajduje się badacz. Filozofia jest również niezbędnym elementem w myśleniu teologicznym, jednak jest to element zawsze drugorzędny w stosunku do Biblii. Również nauki empiryczne mają wpływ na rozwój myśli teologicznej. Współczesna nauka dostarczyła wielu informacji na temat motywów działań człowieka, na przykład szczególną uwagę zwraca się dziś na okres dzieciństwa, kiedy to dobre i złe doświadczenia tego wczesnego okresu wpływają na kształtowanie całej reszty życia. Nauki o człowieku wyznaczyły poprzez swoje odkrycia również nowe obszary w teologii. Kolejnym aspektem wpływającym na teologię jest dialog międzyreligijny oraz dialog z niewierzącymi. Nowe spojrzenie na inne religie, jak i na osoby niewierzące, zmusiło do doszukiwania odpowiedzi na pytanie, czy zbawienie jest rzeczywiście tylko w Kościele²⁶, czy może jednak zbawienie jest powszechne. W świetle nowych odkryć nauki należało jeszcze raz zastanowić się nad rozumieniem sprawiedliwości w ogóle, a także sprawiedliwości Bożej. Te wszystkie aspekty sprawiły też, że na nowo zaczęto odkrywać także nurt uniwersalistyczny w eschatologii.

2.3. Bankructwo odkupienia czy kara ku poprawie

Hryniewicz zwraca uwagę, że:

- Kara jako terapia. Aby kara odniosła pożądany skutek musi być rodzajem terapii. Karanie dla samego karania nie ma sensu, chyba że przynosi którejs ze stron przyjemność.

²⁶ Zbawienie tylko w kościele odnosi się to do słów Cypriana z Kartaginy, który twierdził że: *Extra Ecclesiam nulla salus* czyli po za kościołem nie ma zbawienia. Kolejne wieki dominacji nurtu dualistycznego przyniosły modyfikacje tego twierdzenia. Papież Bonifacy VI twierdził że zbawienia nie ma po za papieżem.

- Kara musi być proporcjonalna do przewinienia: w związku z tym, że nasze życie na ziemi ma charakter skończony, to również i przewinienia nie są bezkresne. Więc logika karania wskazuje na fakt (jeśli zakładamy proporcjonalność), iż kara musi być skończona. Obecnie w całym cywilizowanym świecie odchodzi się, na przykład, od najwyższego wymiaru kary, jakim jest kara śmierci. Tłumaczy się to tym, że skazany ma prawo do poprawy i zrozumienia swojego błędu. Całość działań prewencyjnych jest procesem wieloetapowym. Nie wystarczy groźba kary, aby człowiek postępował nie-nagannie.
- Uwzględnienie motywów sprawczych przy orzekaniu kary.

Hryniewicz bardzo mocno podkreśla fakt, że zanim osądzi się kogoś i skaże na potępienie, należy się przyjrzeć motywom postępowania takiej osoby. Zwraca on uwagę, że przemoc, która zrodziła się w człowieku do innych ludzi, jest bardzo często efektem tego, że sami oni byli poddawani w dzieciństwie przemocy. Osoby takie trzeba po prostu uczyć nowych zachowań, a nie karać. W myśl klasycznej teologii dualistycznego podejścia eschatologicznego, człowiek wyposażony w wolną wolę, jeśli grzeszy to musi odpowiedzieć. W zależności od ciężaru grzechów, taka też będzie kara. Nurt dualistyczny nie dopuszczał głębszego spojrzenia na człowieka i motywów jego działań.

Hryniewicz zwraca uwagę, że: „Teologia powoływała się często na sprawiedliwość Boga, jako Ojca i Stróża naruszonego porządku. Uzasadnione wydaje się pytanie: Czy naprawdę jest Ojcem ten, kto wyklucza na zawsze wszelką możliwość pojednania ze swoimi dziećmi, dopuszczając na nie najstrasniejsze i całkowite zło w postaci wiecznego wykluczenia”²⁷.

3. Bóg miłosierdzia – Bóg zemsty?

3.1. Wolność jako droga do poznania Boga

Rosyjski Filozof Nikołaj Bierdiajew wyróżnia dwa rodzaje wolności. Wolność irracjonalną i rozumną w prawdzie i dobru. Pierwsza, czyli irracjonalna, jest wolność, która pozwala na istnienie obok siebie zła i dobra. Ta wolność dała też początek koncepcji upadku i grzechu. Wolność taka może doprowadzić do zguby, ponieważ gdy człowiek wchodzi na drogę, gdzie może wybrać zło, gubi samego siebie. Taka wolności pozwala na samowolę i anarchię. Wolność irracjonalna nie wskazuje drogi, którą człowiek może stawać w prawdzie. Ona zakłada, że tak samo można wybrać zło i grzech, jak i to odrzucić. Druga to wolność rozumna w prawdzie i dobru. Wolność ta kieruje się w stronę dobra i prawdy. Taka wolność ma charakter wyzwolenia. Jezus w swoich słowach do niej wła-

²⁷ Tamże, 178.

śnie nawiązywał: „Poznacie prawdę i prawda was wyzwoli” (J. 8,32). Wolność taka jest skierowana ku Bogu, a także od Niego jest ona otrzymana. Taka wolność nie odrzuca możliwości wyboru, nie zamyka drogi do wolności sumienia. Głównym problemem w rozumieniu wolności jest zestawienie jej z wszech- i zawsze wszytkowiedzącym Bogiem. Bóg za wszelką cenę stara się pociągnąć do siebie człowieka. Jednak szanuje ludzkie prawo wyboru. W rozumieniu teologii paschalnej, Bóg nie chce zbawiać człowieka na siłę, jednak za wszelką cenę chce człowieka pociągnąć do Siebie. Wolność taka jest jakby stale ukierunkowana na Boga; oznacza to, że wolny człowiek stale poszukuje drogi do Stwórcy. Nie jest też tak, że Bóg nie dopuszcza grzechu i zła. Oznacza to raczej tyle, że Stwórca cały czas oczekuje na powrót swojego stworzenia. Hryniewicz pisze za Bierdajewem, że „tajemnica dziejów świata polega na tym, że Bóg dopuszcza wolność dobra i zła. Wyrazem troski o wolność dobra jest Jego nieskończona cierpliwość w stosunku do zła i złych”²⁸. Wyrazem podobieństwa człowieka do Stwórcy jest wolność kierująca się ku Bogu. Wolność taka rodzi się przez poznanie prawdy o Bogu, natomiast taka prawda nigdy nie może być narzucana w sposób ostateczny. Poznanie tej wolności musi odbywać się wewnątrz człowieka. Człowiek, który odrzuca zewnętrzne przeszkody w poznawaniu Boga, czyli na przykład swoje nieuporządkowane popędy, staje się jakby oczyszczony przed samym sobą w prawdzie, a więc i w Bogu. Hryniewicz zwraca uwagę na to, że „autentyczna duchowość oświeca irracjonalną wolność, nie niszczy jej jednak, ale ją leczy i przemienia”²⁹. Kiedy człowiek stanie w prawdzie przed sobą samym i przed Bogiem może dopiero wtedy zacząć Go poszukiwać. Odrzucenie nieuporządkowanych, prowadzących do grzechu czynników egzogennych oddziałujących na człowieka sprawia, że może być on prawdziwie wolnym dzieckiem Bożym.

Prawdziwa wolność dziecka Bożego rozwijać się może tylko w kierunku ku Bogu, bo człowiek jest ikoną absolutu. Ale musi to być wolny wybór prawdy. Bierdajew zwraca uwagę na to, że jeżeli prawda jest narzucana pod przymusem, to człowiek istnieje w „koszmarze zła dobrego”³⁰, takie właśnie wynaturzone dobro prowadzi do fundamentalizmu w każdej ortodoksji. Jest to dobro wyjątkowo niebezpieczne, jeżeli chodzi o ortodoksję religijną. Taka sytuacja, gdy narzuca się „urzędowe dobro”, wiąże się też z brakiem czystych intencji osoby, która przyjmuje to dobro, a więc i wolność w wyborze nie jest prawdziwa. Dobro musi być zawsze wolnym wyborem. Jeśli dobro jest narzucone, to wtedy człowiek jest pozbawiony prawdziwej wolności. Hryniewicz podkreśla, że „sfera ducha nie może być zdeterminowana od zewnątrz, nie ma w niej przymusu. Życie człowieka jest

²⁸ W. Hryniewicz, *Dlaczego głoszę nadzieję*, Warszawa 2004, 202.

²⁹ Tamże, 203.

³⁰ Tamże, 202.

wolne”³¹. Jak sygnalizowałem wyżej, trudno jest zrozumieć wolność w kontekście omnipotentnego Boga. „Wolność to nie tylko neutralna zdolność wyboru dobra i zła. To zdolność osiągnięcia wieczności, którą jest tylko Bóg. Tylko w samym Bogu wolność może się stać ostatecznie nieodwołalna”³². Wolność w takim rozumieniu jest dana nie tylko w ziemskiej egzystencji, ale jest zespolona również z wiecznością. Bóg stworzył człowieka obdarzonego wolnością rozumu, wolność jest więc darem Bożym. Wolność może doprowadzić do podejmowania błędnych decyzji, które w następstwie owocują grzechem. Jednak taka wolność jest nadal darem Bożym. Jednak wolność, która oddala od Boga, jest chora i musi zostać uleczone. Hryniewicz wskazuje, że wczesne chrześcijaństwo nazywało Jezusa uzdrowicielem „Christus Medicus”³³. Zdaniem Hryniewicza nie wolno postawić znaku równości pomiędzy powiedzeniem Boga „tak” lub „nie”. „Decyzje negatywne są tymczasowe, eoniczne (długi okres czasu), ale nie wieczne w tym sensie, jak wieczny jest tylko Bóg”³⁴. Gdyby decyzje negatywne względem Boga były ostateczne, to poszukujący i przyciągający Bóg nie byłby wszechwładny. Decyzja ostateczna powodowałaby niemoc Boga wobec decyzji ludzkich.

4. Wnioski końcowe

Aby móc właściwie zrozumieć przesłanie eschatologiczne płynące z Biblii, Hryniewicz wskazuje na kilka istotnych faktów. Pierwszy z nich to kontekst kulturowy, w jakim znajdował się Jezus. Ciężko jest się nie zgodzić z twierdzeniem, że kluczowe dla zrozumienia słów Jezusa jest wniknięcie w sposób, w jaki nauczali rabin. Szkoły rabinackie musiały posługiwać się specyficznym językiem. Hryniewicz twierdzi, że język szkoły rabinackiej można porównać do sposobu, w jaki nauczali przedsoborowi kaznodzieje w Kościele Katolickim. Chodzi o język przesady, porównań. Język hiperboli w ewangeliach nie był stosowany jako dokładne odzwierciedlenie przyszłej rzeczywistości, jaka może spotkać człowieka. Hryniewicz zwraca uwagę, że miał on przede wszystkim wstrząsnąć słuchaczem i zmusić do nawrócenia. Stąd też ostre słowa w przypowieściach o uchu igielnym, o tym, że lepiej uciąć sobie rękę, która namawia do grzechu niż być potępionym. Stosowanie takiego języka było konsekwencją braku wykształcenia słuchaczy. Język hiperboliczny pozwalał na pobudzenie różnych zmysłów, ten rodzaj języka jest sam w sobie zmysłowy i zmuszający do wyobraźni. Drugim elementem składającym się na prawidłowe rozumienie tekstów eschatologicznych w Nowym Testamencie jest odczytywanie ich w kontekście nauczania Starotesta-

³¹ Tamże, 203.

³² Tamże, 207.

³³ Tamże, 206.

³⁴ Tamże, 208.

mentowych proroków. Nie analizowanie słów Jezusa w kontekście wypowiedzi proroków Starego Testamentu doprowadzało przez wieki, zdaniem Hryniewicza, do błędnego rozumienia tekstów o wiecznym potępieniu.

Bóg w rozumieniu księdza prof. Wacława Hryniewicza jest Bogiem miłości i wybaczenia, inaczej niż jak u Augustyna, który proponuje wizję Boga zatracenia. Wspominany już wyżej biskup Julian z Eklanum mówił o Bogu, którego widział Augustyn w następujący sposób: „twój Bóg jest zdolny do popełniania zbrodni przeciw sprawiedliwości, trudnych do wyobrażenia nawet dla barbarzyńców”³⁵. Jednak jak zauważa Hryniewicz obraz Stwórcy z przypowieści Jezusowych świadczy o tym, że jest On tym, który wychodzi na spotkanie grzesznikowi tak, jak wychodzi na spotkanie ojciec z przypowieści o ojcu miłosiernym. Główne założenie Hryniewicza w jego postrzeganiu możliwości powszechnego zbawienia jest podobne jak u Orygenesesa, czyli gdyby Boga coś ograniczało to nie mógłby on być absolutny. Bóg wychodzi na spotkanie człowieka z jego wolną wolą. Teolog zwraca uwagę, że Bóg jako tek, który dał człowiekowi wolną wolę będzie potrafił z nią sobie na koniec poradzić. Jednak nie będzie to zmuszanie na siłę człowieka do zbawienia, a raczej poszukiwanie człowieka nawet po jego śmierci. Zbawienie, zdaniem Hryniewicza, otrzyma ten, kto przyjmie miłość Boga. Jednak rozumie on to inaczej niż klasyczny nurt dualistyczny. Hryniewicz zakłada, że miłosierna miłość Boga nie kończy się ze śmiercią, Bóg będzie poszukiwał człowieka i po śmierci. Inaczej dopuściłby Bóg możliwość wiecznego potępienia, co byłoby ostateczną przegraną Boga. Wieczne piekło, zdaniem Hryniewicza, jest utwierdzeniem zła, a nie jego pokonaniem. Nie zgadza się Hryniewicz z twierdzeniem św. Augustyna o wielkiej masie potępionych. Zdaniem teologa takie rozumienie Boga miłości, które zakładał Augustyn jest błędne, a samego Boga postępowanie zaproponowane przez Augustyna doprowadziło by do bankructwa odkupienia.

Współczesny namysł nad teologią eschatologiczną nie może się odbywać bez uwzględnienia współczesnych odkryć w medycynie, psychologii i innych naukach poza teologicznych. Współczesna psychologia wyjaśnia znaczenie wczesnego wychowania i jakie ma ono wpływ na dorosłe życie człowieka. Hryniewicz w związku z tym stawia tezę, że zanim się pośle kogoś do wiecznego piekła, wpiertw trzeba się przypatrzeć powodom jego postępowania.

³⁵ U. Reinke-Heineman, Eunuchy do raj. Gdynia 1999, 80.

Elżbieta Krajewska-Kula¹, Cecylia Regina Łukaszuk¹, Jolanta Lewko¹,
Katarzyna Van Dame-Ostapowicz¹, Agnieszka Lankau¹, Andrzej Guzowski¹,
Emilia Rozwadowska¹, Krystyna Kowalczuk¹, Barbara Jankowiak¹,
Hanna Rolka¹, Krystyna Klimaszewska¹, Dorota Kondzior¹, Anna Baranowska¹,
Beata Kowalewska¹, Matylda Sierakowska¹, Katarzyna Krajewska-Ferishah¹,
Agnieszka Szyszko-Perłowska¹, Magdalena Anna Kulmaczewska²

Postrzeganie roli pielęgniarki w edukacji wybranych grup społecznych

Wprowadzenie

W opinii Kawczyńskiej-Butrym [1], nowoczesne pielęgniarstwo, przywiązując dużą rolę do edukacji pacjenta, nie ogranicza swych działań tylko do zaspakajania potrzeb pacjentów, ale jest zdolne do aktywnej współpracy i współdziałania, towarzyszenia i doradzania w sprawach ochrony zdrowia oraz umacniania zdrowia człowieka, współdziałania w likwidowaniu choroby, a także przeciwdziałania jej nawrotom.

Obok tradycyjnych ról polegających na opiece nad chorym, wykonywaniu tylko i wyłącznie zaleceń lekarskich, pojawiły się nowe wyzwania m.in. związane z edukacją zdrowotną, doradztwem zdrowotnym i promocją zdrowia.

Wychowanie zdrowotne, za Charońską [2, 3] jest procesem wieloetapowym, a jego celem ma być „dostarczanie wiedzy o zdrowiu, uformowanie właściwych nawyków potrzebnych do jego utrzymania, wyrobienie odpowiednich sprawności, pobudzenie i rozwijanie pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia, nastawianie woli i ukształtowanie postawy umożliwiającej jego pielęgnację, zapobieganie chorobom, leczenie i stosowanie wymagań higieny w życiu jednostki i zbiorowości ludzkiej”.

Edukacja, jak podkreśla Tatoń [4, 5], powinna być skierowana nie tylko do osób chorych, ale także zdrowych i wpływać nie tylko na poprawę stanu zdrowia, a tym samym jakości życia, ale także przekazywać wiedzę, umiejętności, motywacje psychoemocjonalne, które umożliwią partnerską interakcję pomiędzy pacjentem a edukatorem.

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jej celem powinno być uczynienie chorych samodzielnyimi i niezależnymi, wyrobienie motywacji do leczenia poprzez przeciwdziałanie lękowi, depresji, frustracji, a w jej wyniku powinna wzrastać u każdego człowieka świadomość i umiejętność dokonywania wyborów w trosce o swoje zdrowie, z pełną odpowiedzialnością społeczną za ten wybór [4, 5].

W ramach działań edukacyjnych powinno się przygotować ludzi do podejmowania decyzji w oparciu o własne potrzeby i interesy, jeżeli tylko nie mają one negatywnego wpływu na innych [4, 5].

Z racji swoich funkcji zawodowych, pielęgniarki już od dawna odgrywały kluczową rolę w edukacji pacjentów oraz ich rodzin i pomagały chorym w nauczaniu się samoopieki terapeutycznej, realizując swoje działania poprzez doradztwo, uczenie, wyjaśnianie, zachęcanie, zapewnienie odpowiedniego otoczenia.

Warto w tym miejscu podkreślić, iż pielęgniarstwo należy do nielicznej grupy zawodów, które społeczeństwo obdarza zaufaniem.

Szkoda, że nadal rola pielęgniarki, jako edukatora nie zawsze jest doceniana przez pacjentów i ich rodziny, ale także przez pozostałych członków zespołu terapeutycznego.

Celem pracy było zebranie opinii pielęgniarek o roli, jaką mogą odegrać w edukacji wybranych grup społecznych, takich jak: osób z marginesu społecznego, młodzieży zagrożonej patologiami społecznymi i jej rodziny oraz rodzin w trudnej sytuacji życiowej.

Wyniki

Badaniem objęto 628 pielęgniarek. Materiał zebrano drogą anonimowej ankiety, złożonej z pięciu otwartych pytań metryczkowych oraz 11 zasadniczych, z możliwością udzielenia kilku odpowiedzi na każde pytanie.

Zdecydowana większość ankietowanych posiadała wykształcenie średnie zawodowe (93%), pozostałe – niepełne wyższe (3,2%) lub wyższe (3,8%).

Badane pielęgniarki najczęściej zajmowały stanowisko pielęgniarki odcinkowej (67,5%), starszej (20,4%) lub zabiegowej (8,9%), rzadziej pielęgniarki środowiskowej (0,3%).

Najwięcej (44,9%) było respondentek o stażu zawodowym od 11 do 20 lat (średnio ok. 15,1 lat), a następnie od 1 roku do 10 lat (średnio 6,8 lat) – 35,7% i powyżej 21 lat (średnio 26,5 lat) – 19,4%.

Badane pielęgniarki zapytano o ich przygotowanie do sprawowania funkcji edukacyjnej osób z marginesu społecznego, młodzieży zagrożonej patologiami społecznymi i jej rodziny oraz rodzin w trudnej sytuacji życiowej. Ankietowane, w samoocenie, w większości (31,8%) uważały, że ich przygotowanie do sprawowania funkcji edukacyjnej jest minimalne. Częściej zgłaszały to pielęgniarki ze stażem pracy 11–20 lat. Dobre przygotowanie deklarowało 26,1% osób, dość

dobrze – 16,2%, dostateczne – 9,6% ankietowanych, brak przygotowania – 5,1%, a wyłącznie teoretyczne – 0,6% respondentek. Jedynie 1,3% ankietowanych twierdziło, że ich przygotowanie jest bardzo wysokie, a 8,6% nie potrafiło jego ocenić.

Zdecydowana większość badanych wyraziła chęć edukowania wyżej wymienionych grup (78,7%). Najczęściej były to osoby ze stażem pracy 1–10 lat. Jedynie 4,5% pielęgniarek nie wyraziło takiej chęci (głównie osoby pracujące powyżej 21 lat). Zdania w powyższej kwestii nie miało 16,2% ankietowanych, a 0,7% twierdziło, iż nikt nie będzie słuchał pielęgniarki (głównie w grupie pielęgniarek ze stażem pracy powyżej 21 lat).

Prawie wszystkie ankietowane zauważały konieczność dokończenia się i nabywania wiedzy, która będzie im pomocna w pracy edukacyjnej, w tym w formie cyklu szkoleń specjalistycznych – 72%, kursu specjalistycznego – 38,5% osób lub stażu specjalistycznego – 15,1% respondentek. Niezdecydowanych w powyższej kwestii było 11,5% badanych.

Preferowanym przez pielęgniarki sposobem prowadzenia edukacji były pogadanki, wykłady i prelekcje (79,8%). W następnej kolejności – rozmowy indywidualne (9,9%), rozmowy grupowe (3,2%) lub przykład osobisty (1,3%). Blisko 8% badanych nie potrafiło wskazać preferowanej formy edukacji.

Respondentki (45,2%), zwłaszcza te ze stażem pracy 11–20 lat uważały że sposobem rozliczania pielęgniarek z działalności edukacyjnej powinno być prowadzenie odpowiedniej dokumentacji, raportów, dzienników szkoleń pacjenta. Jedynie 5% badanych uważało, iż edukacja jest obowiązkiem pielęgniarki. Pozostałe ankietowane uważały, że o formie rozliczenia powinien decydować ich zwierzchnik, a wskaźnikiem mógłby być, np. stopień zainteresowania zajęciami edukacyjnymi (liczba spotkań, liczba uczestniczących pacjentów i ich rodzin). Opinii swojej w powyższej kwestii nie wyraziło 27,7% respondentów.

W kwestii uzyskiwania gratyfikacji finansowej za prowadzenie działań edukacyjnych, zdecydowana większość (71,1%), głównie ze stażem pracy 11–20 lat, opowiedziała się za nią. Uśmiech i wdzięczność pacjenta byłaby najlepszą zapłatą dla 11,2% respondentek. Prawie taki sam odsetek badanych (odpowiednio 4,5% i 4,1%) uważał, że rekompensatą mogłaby być pochwała lub umożliwienie dalszego szkolenia. Niewielki odsetek ankietowanych sugerował, że formę wynagrodzenia powinna ustalać przełożona (1,3%) lub, że mogło to być np. „odbieranie dni wolnych” (0,6%). 7,3% pielęgniarek nie potrafiło sprecyzować swoich preferencji.

Za osobę, która powinna wspierać pielęgniarkę w działaniach edukacyjnych, najwięcej (72,9%) pielęgniarek uważało lekarza, 26,8% – oddziałową, 22,3% – nauczelną, 21,2% – inne pielęgniarki, 11,1% – psychologa, 8,9% – socjologa i 6,4% – pedagoga. W niewielkim odsetku wymieniano organizacje społeczne, Ministerstwo Zdrowia, izby pielęgniarskie, szkołę. Jedynie 8,2% respondentek wskazało rodzinę chorego, a tylko 2,5% samego pacjenta. Blisko 9% badanych nie miało w tym zakresie własnego zdania.

Za najcenniejszą formę wsparcia respondentki uważały wspólne prowadzenie edukacji z grupą specjalistów (50,6%), pomoc w wyborze pomocy dydaktycznych (46,8%), zbieraniu materiału (39,2%), w znalezieniu właściwego miejsca edukacji (15%) oraz organizowanie szkoleń dla edukatorów (36,6%). Nieduży odsetek badanych uważał, iż powinno to być wsparcie finansowe (11,1%) oraz psychiczne (8,6%). Jedynie 10% ankietowanych uważało, że rodzaj wsparcia powinien być uzależniony od rodzaju problematyki edukacyjnej i miejsca prowadzenia edukacji. Prawie 21% pielęgniarek nie udzieliło na to pytanie odpowiedzi.

W przypadku edukacji rodzin przeżywających nagły dramat, respondentki ze stażem pracy 11–20 lat sugerowały nauczanie rodzin wyszukiwania placówek, gdzie mogą te rodziny uzyskać wsparcie (42,7%) oraz poruszanie tematyki wyjaśniającej, w jaki mogą sobie radzić w tej trudnej sytuacji, jak tę sytuację zaakceptować (17,2%, głównie pielęgniarki ze stażem 1–10 lat). Pielęgniarki pracujące krótko, najczęściej (20,1%) zauważały ważność poruszania problemów wsparcia psychicznego, podbudowy psychoemocjonalnej rodzin. Co więcej, aż 29,9% pielęgniarek nie potrafiło sprecyzować żadnej tematyki wartej do poruszenia w edukacji tej grupy społecznej.

W przypadku edukacji rodzin w trudnej sytuacji materialnej i mieszkaniowej, pielęgniarki, głównie te ze stażem pracy 11–20 lat, za najważniejszy temat edukacyjny uważały wskazanie palcówek, które mogłyby tym rodzinom udzielić wsparcia (40,1%). Pomoc w znalezieniu nowych miejsc pracy, dodatkowych środków do życia deklarowało 23,9% ankietowanych, głównie ze stażem 1–10 lat. Niewielki odsetek badanych, zwłaszcza pracujących 11–20 lat, sugerowało omawianie zasad higieny, właściwego odżywiania, zapobiegania różnym chorobom (6,7%) oraz wsparcia psychicznego (3,2%). Swojej opinii w powyższej kwestii nie potrafiło wyrazić, aż 31,8% pielęgniarek.

W przypadku młodzieży zagrożonej patologiami społecznymi i jej rodziny, zdaniem badanych respondentów, edukacja powinna dotyczyć przede wszystkim skutków, jakie za sobą niesie używanie alkoholu, narkotyków, palenie tytoniu itp. (49,4%) oraz wyjaśniania przyczyn patologii, jej istoty, sposobów zapobiegania (17,2%). Interesującym tematem edukacyjnym wydawała się także badanym pielęgniarkom nauka poszukiwania przez młodzież nowych zainteresowań (11,9% badanych). Nie wypowiedziało się w zakresie preferowanej tematyki edukacyjnej 16,9% respondentek.

W opinii ankietowanych, rodzinom młodzieży zagrożonej patologiami społecznymi powinno się wskazać miejsca, gdzie mogą udać się po pomoc, wyjaśnić co to są i gdzie działają grupy wsparcia (30,6%) oraz jak rodziny mają się komunikować z dziećmi, jak z nimi postępować (27,1%). Innym zgłaszanym tematem edukacyjnym było przybliżanie rodzicom pierwszych objawów patologii, „sygnałów”, że coś niedobrego dzieje się z ich dziećmi, uświadomienie przyczyn sięgania przez młodzież po środki uzależniające (13,7% osób). Pomysłu na temat edukacyjny nie miało aż 26,4% respondentek.

W ramach edukacji osób z marginesu społecznego, respondentki najczęściej (35%) sugerowały omawianie zagrożeń wynikających z prowadzenia takiego trybu życia oraz sposobów radzenia sobie z własnymi problemami i wskazaniem dróg powrotu do normalnego życia (30%). Problem ze sprecyzowaniem tematyki edukacyjnej miało 22,9%.

Dyskusja

Rozwój wewnątrzszpitalnej edukacji pacjentów, za Szczerbińską [A] datuje się od lat 70., kiedy to w USA zaczęły powstawać sformalizowane programy szkoleń dla pacjentów i ich rodzin, a następnie struktury organizacyjne, których zadaniem było opracowywanie, organizowanie i prowadzenie tego typu programów.

W latach 80., za Szczerbińską [A] skupiono się na ekonomicznym aspekcie opieki zdrowotnej, a główny nacisk położono na szacowanie i kontrolę kosztów świadczeń medycznych. W efekcie doprowadzono do skrócenia czasu pobytu pacjentów w szpitalu i tym samym zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych, ale główny ciężar opieki obejmującej badania diagnostyczne i leczenie przeniesiono na poziom opieki ambulatoryjnej [A].

Lata dziewięćdziesiąte, za Szczerbińską [A], to rozwój działań zmierzających do poprawy jakości świadczeń medycznych i wyników leczenia. Ekonomisci zmodyfikowali liczenie kosztów usług medycznych, uwzględniając korzyści zdrowotne wynikające z ich realizacji (*costbenefit analysis*) i okazało się, że edukacja zdrowotna pacjentów może istotnie poprawiać wyniki leczenia [A].

W polskim społeczeństwie stopień edukacji medycznej jest, niestety, niski.

Pielęgniarki, z racji swych funkcji zawodowych i wykonywania odpowiednich czynności związanych z procesem pielęgnowania, odgrywają kluczową rolę w edukacji zdrowotnej pacjentów, ich rodzin oraz pozostałego personelu [6].

Draper, za Pike [6] wraz ze współpracownikami już w 1980 roku wyróżnił trzy typy edukacji zdrowotnej:

- typ 1 – nauka o organizmie ludzkim i sposobach dbania o niego,
- typ 2 – dostarczanie informacji o dostępności i właściwym korzystaniu ze służby zdrowia,
- typ 3 – nauka o narodowych, regionalnych i lokalnych ustawach i strukturach oraz procesach zachodzących w szeroko pojętym środowisku, które są szkodliwe lub niebezpieczne dla zdrowia.

Ingresso, za Słońską [7] wyróżnia trzy modele edukacji zdrowotnej:

- *edukację autorytatywną*, opartą na przekazie informacji, obejmującym zarówno element poznawczy, jak i moralny.
- *edukację uczestniczącą*, opartą na wymianie wiedzy między ekspertem, który posiada ogólną wiedzę i umiejętności oraz klientem, który zna warunki, w których żyje i pragnie podzielić się swoją wiedzą na ten temat z ekspertem w celu poprawy własnego stanu zdrowia.

- *edukację promującą*, opartą na wzajemności i wspólnym świadczeniu między dwoma aktorami procesu dydaktycznego, z których każdy posiada inne kompetencje i poglądy, ale obydwaj są na równi zainteresowani aktywizacją procesu edukacji skierowanego na zmianę.

Współczesne pielęgniarki chcą edukować i pragną poszerzać swoją dotychczasową wiedzę. Świadczą o tym także wyniki obecnego badania.

W tym miejscu, za Venables [8], na podkreślenie zasługuje fakt, że każda patologia kreuje specyficzne zapotrzebowanie na edukację, opiekę i pielęgnację oraz wymaga pewnych działań profilaktycznych. Pielęgniarstwo traktuje opiekę nad zdrowiem społeczeństwa jako jeden z podstawowych celów i obszarów praktyki profesjonalnej. W profesjonalnym ujęciu pielęgnowania patologia społeczna, choroba i cierpienie powodują nawiązanie i rozwijanie swoistych reakcji pomiędzy edukowanym i pielęgniarką.

Podjmując pracę edukacyjną pielęgniarka powinna rozważyć, które problemy wymagają pracy z osobą z marginesu społecznego, młodzieżą, a w zakresie których wskazana jest współpraca z rodziną lub specjalistami. W toku tych działań edukowanemu należy wskazać, że jego problem nie stanowi drogi do katastrofy, a może być szansą przebudowy i kształtowania zachowań prozdrowotnych [8].

Personel pielęgniarski jest także przygotowany do koordynowania wkładu innych członków zespołu, jednakże wszyscy członkowie zespołu powinni być w równym stopniu włączeni w planowanie i wdrażanie wszystkich zmian oraz w ocenę opieki zespołowej. Praca zespołowa gwarantuje lepszy standard opieki, większy poziom satysfakcji, lepsze morale zespołu jako całości, wzajemne wsparcie dla członków.

Ankietowane pielęgniarki również podkreślały, że najlepszą formą działań edukacyjnych byłoby wspólne działanie prowadzone przez zespół specjalistów. Świadczą o tym także wypowiedzi, że osobą wspierającą ich w działaniach edukacyjnych powinien być lekarz, ale także psycholog, socjolog, pedagog.

Lata doświadczeń w USA, za Szczerbińską [A], wyraźnie wykazały, że działania związane z edukacją zdrowotną pacjentów wymagają koordynacji przez osobę lub zespół specjalnie do tego celu powołany, których zadaniem jest opracowywanie i prowadzenie programów edukacji zdrowotnej pacjentów w danym szpitalu.

Wnioski

1. Większość pielęgniarek uważa, że nie jest odpowiednio przygotowana do sprawowania funkcji edukacyjnej.
2. Jedynie 4,5% badanych nie wyraziło chęci prowadzenia edukacji osób z marginesu społecznego, młodzieży zagrożonej patologiami społecznymi i jej rodziny oraz rodzin w trudnej sytuacji życiowej.

Postulat

Analiza obecnych wyników ewidentnie wskazuje na celowość stworzenia możliwości szkolenia pielęgniarek przygotowujących je do właściwej edukacji osób z marginesu społecznego, młodzieży zagrożonej patologiami społecznymi i jej rodziny oraz rodzin w trudnej sytuacji życiowej i powołania zespołów interdyscyplinarnych zajmujących się problemem edukacji w w/w grupach społeczeństwa

Piśmiennictwo

1. Kawczyńska-Butrym Z.: Rola pielęgniarki w promocji zdrowia. Przygotowanie i zakres roli. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*. 1994, 1–2, 88–96.
2. Charońska E.: *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej, 1997.
3. Charońska E., Janus B.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. *Pielęgniarstwo 2000*, 1999, 3, 23–25.
4. Tatoń J., Czech A.: Edukacja terapeutyczna jako metoda leczenia i ulepszania stylu życia osób z cukrzycą. *Diabetologia Polska*. 2000, 7, 55–62.
5. Tatoń J.: Edukacyjne podejście do samokontroli i samoopieki w chorobach przewlekłych. *Nowa Medycyna*. 1996, 22, 11–15.
6. Pike S., Foster D.: *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Wydawnictwo Czelej, 1998.
7. Słońska Z.: Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia, (w) *Promocja zdrowia*, pod red. Jerzego B. Karskiego, Wydawnictwo IGNIS, A. J. Pruszyński, Warszawa, 1999, 19–39.
8. Venables J.: Knowledge need to educate patients about psoriasis. *Nurs. Times*, 1994, 23, 32–35.

Netografia

- A. Szczerbińska K.: Zarządzanie edukacją zdrowotną pacjentów,
http://www.mckp.cm-uj.krakow.pl/szkolenia2010/wszystkie/specjalizacyjne/materialy2010/edu_zarzadzanie.pdf, data pobrania 18.02.2011.

Jolanta Czajkowska-Fesio^{1,2}, Andrzej Kurylak¹

Wpływ choroby nowotworowej na przebieg edukacji szkolnej – doniesienia wstępne

Wstęp

Choroba nowotworowa stanowi znaczący problem w pediatrii. W dalszym ciągu pozostaje na drugim miejscu, po urazach i zatruciach, jako przyczyna zgonów wśród dzieci i młodzieży w wieku od roku do 19 lat. Według Krajowego Konsultanta ds. Onkologii Dziecięcej liczba zachorowań w Polsce wynosi ok. 1200 rocznie, tj. 105–130 zachorowań/1 mln dzieci. Najczęstszym nowotworem wieku dziecięcego są białaczki, które stanowią 30–35% wszystkich nowotworów. W dalszej kolejności wymienia się nowotwory OUN, chłoniaki i inne. Choroby nowotworowe stanowią niejednorodną grupę schorzeń pod względem obrazu klinicznego, co wiąże się z różnym rokowaniem. U dziecka choroba może pojawić się w każdym wieku. Dzięki sukcesom odnoszonym na polu medycyny w zakresie kompleksowego leczenia nowotworów coraz większej liczbie dzieci udaje się powrócić do zdrowia, a tym samym do szkoły.

Material

Badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy, w okresie od czerwca 2006 r. do maja 2009 r. Badaniami objęto 105 rodziców dzieci chorych na nowotwór w wieku od 4 do 19 lat. Kryterium doboru grupy do badań stanowiło rozpoznanie u dziecka choroby nowotworowej. Kryterium włączenia to: pierwszorazowe rozpoznanie u dziecka choroby nowotworowej, wiek 4–19 lat, czas od rozpoczęcia leczenia minimum 2 miesiące, a nie przekraczający 5 lat. Kryterium wy-

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Zakład Karny w Potulicach

łączenia: choroba nowotworowa przebiegająca z zajęciem oun i pierwotne nowotwory oun, leczenie za pomocą radioterapii oun, rozpoznanie innych chorób przewlekłych. Prawidłowo wypełnione kwestionariusze zebrano od rodziców 105 dzieci (47 dziewcząt i 58 chłopców) w wieku od 4 do 19 lat (średnia 11,98, mediana 12,5). Pacjentów podzielono na trzy grupy badawcze:

1. dzieci leczone z powodu ostrej białaczki limfoblastycznej (n = 50);
2. dzieci leczone z powodu chłoniaków (n = 26);
3. dzieci leczone z powodu innej choroby nowotworowej (n = 29), w tym mięsaki tkanek miękkich (n = 15), inne nowotwory kości (n = 10), guz Willmsa (n = 4).

Grupę porównawczą stanowiło 61 dzieci zdrowych: 14 dzieci w wieku przedszkolnym, 27 uczniów szkoły podstawowej, gimnazjum i 20 licealistów. Grupa ta stanowi czwartą grupę – grupę kontrolną. W tej grupie jedynym kryterium wyłączenia była obecność jakiegokolwiek choroby przewlekłej.

Metody

W badaniach został wykorzystany kwestionariusz *Child Behavior Checklist* (CBCL) dla rodziców dzieci w wieku 4–18 lat. Kwestionariusz ten jest autorstwa T. M. Achenbacha z Uniwersytetu w Vermoncie. Kwestionariusz ten jest wystandaryzowanym narzędziem badawczym udostępnionym przez ASEBA – Research Center for Children Youth & Familie (USA). Kwestionariusze rodziny *Child Behavior Checklist* (CBCL) są bardzo rozbudowane. Istnieją wersje dla rodziców (CBCL), nauczycieli (Teachers Report Form – TRF), skala samooceny dla młodzieży (Youth Self-Report – YSR).

Wyniki

Badaniem objęto porównywalną liczbę chłopców i dziewczynek (58 vs 47). Najliczniejszą grupą badanych była grupa dzieci, które chodzą do szkoły, w grupie dzieci chorych na białaczki było to 74%, a w drugiej grupie 92,3%, w trzeciej grupie 75,9% (tabela 1).

Rozkład udzielonych odpowiedzi dotyczących uzyskanych wyników z języka polskiego przedstawia się następująco: najlepsze wyniki osiągają dzieci z grupy kontrolnej – powyżej przeciętnej – 31,1%, nieco gorszą w grupie z chłoniakami – 23,1% w grupie z białaczkami – 12,0% i innymi nowotworami – 6,9%. Różnice jednak nieistotne statystycznie ($p > 0,05$) (tabela 2).

Skala oceniająca wyniki z historii obrazuje, że najlepsze oceny z tego przedmiotu osiągają dzieci z grupy kontrolnej 26,2% z wynikami powyżej przeciętnej, następnie dzieci z grupy z chłoniakami 23,1%, dalej w grupie z białaczkami – 18,0% oraz z innymi nowotworami – 3,4%. Różnice nieistotne statystycznie ($p > 0,05$) (tabela 3).

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna dzieci i młodzieży z chorobami nowotworowymi

Czynniki społeczno-demograficzne	BIAŁACZKI		CHŁONIAKI		INNE NOWOTWORY	
	n	%	n	%	n	%
Płeć:						
– dziewczynki	21	42,0	13	50,0	13	44,8
– chłopcy	29	58,0	13	50,0	16	55,2
Wiek w chwili badania:						
– średnia	11,4		13,53		11,0	
– zakres	4–18		4–17		4–19	
– mediana	11,5		14,0		12,0	
Miejsce zamieszkania						
– miasto	50	100,0	46	100,0	29	100,0
Opieka wychowawczo-edukacyjna:						
– nie chodzi do szkoły	13	26,0	2	7,7	7	24,1
– chodzi do szkoły	37	74,0	24	92,3	22	75,9
– szkoła integracyjna	1	2,0	2	7,7	1	3,4

Tabela 2. Wyniki dzieci z języka polskiego

Odpowiedź	BIAŁACZKI		CHŁONIAKI		INNE NOWOTWORY		GRUPA KONTROLNA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
poniżej przeciętnej	3	6,0	3	11,5	3	10,3	3	4,9
przeciętnie	28	56,0	15	57,7	17	58,6	24	39,3
powyżej przeciętnej	6	12,0	6	23,1	2	6,9	19	31,1
nie chodzi do szkoły	13	26,0	2	7,7	7	24,1	15	24,6
Razem	50	100,0	26	100,0	29	100,0	61	100,0

Tabela 3. Wyniki dzieci z historii

Odpowiedź	BIAŁACZKI		CHŁONIAKI		INNE NOWOTWORY		GRUPA KONTROLNA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
poniżej przeciętnej	4	8,0	3	11,5	5	17,2	4	6,6
przeciętnie	24	48,0	15	57,7	16	55,2	26	42,6
powyżej przeciętnej	9	18,0	6	23,1	1	3,4	16	26,2
nie chodzi do szkoły	13	26,0	2	7,7	7	24,1	15	24,6
Razem	50	100,0	26	100,0	29	100,0	61	100,0

Badanie bezpośrednie wyników z matematyki wykazało, że najlepsze wyniki z tego przedmiotu uzyskują badani z grupy kontrolnej 32,8%, następnie z grupy z chłoniakami – powyżej przeciętnej – 23,1%, ale praktycznie pozostali osiągają wyniki przeciętne – 65,4%. Nieco gorszą w grupie z białaczką – 12,0% oraz grupie z innymi nowotworami – 10,3%. Różnice nieistotne statystycznie ($p > 0,05$) (tabela 4).

Tabela 4. Wyniki dzieci z matematyki

Odpowiedź	BIAŁACZKI		CHŁONIAKI		INNE NOWOTWORY		GRUPA KONTROLNA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
poniżej przeciętnej	3	6,0	1	3,8	5	17,2	3	4,9
przeciętne	28	56,0	17	65,4	14	48,3	23	37,7
powyżej przeciętnej	6	12,0	6	23,1	3	10,3	20	32,8
nie chodzi do szkoły	13	26,0	2	7,7	7	24,1	15	24,6
Razem	50	100,0	26	100,0	29	100,0	61	100,0

Badanie bezpośrednie wyników ze środowiska lub biologii wykazało, że najlepsze wyniki z tych przedmiotów uzyskali również badani z grupy kontrolnej – 34,4%, następnie w grupie z chłoniakami – powyżej przeciętnej – 23,1%, ale praktycznie pozostali osiągają wyniki przeciętne – 65,4%. Nieco gorszą w grupie z białaczkami – 10,0% i grupie z innymi nowotworami – 3,4%. Różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) $r = 0,225743$, korelacja niska (tabela 5).

Tabela 5. Wyniki dzieci ze środowiska lub biologii

Odpowiedź	BIAŁACZKI		CHŁONIAKI		INNE NOWOTWORY		GRUPA KONTROLNA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
poniżej przeciętnej	2	4,0	1	3,8	5	17,2	1	1,6
przeciętne	30	60,0	17	65,4	16	55,2	24	39,3
powyżej przeciętnej	5	10,0	6	23,1	1	3,4	21	34,4
nie chodzi do szkoły	13	26,0	2	7,7	7	24,1	15	24,6
Razem	50	100,0	26	100,0	29	100,0	61	100,0

Badanie bezpośrednie przeprowadzone w oparciu o kwestionariusz wykazało, że najlepsze osiągnięcia w nauce mają dzieci z grupy kontrolnej, w dalszej kolejności są dzieci z grupy z chłoniakami, kolejne miejsce zajmują dzieci z grupy z białaczkami. Na ostatnim miejscu są badane dzieci z grupy z innymi nowotworami.

Największe problemy w nauce zaobserwowano w grupie dzieci z białaczkami, gdzie aż 4 osoby (8,0%) powtarzały klasę. Zaobserwowano również ten problem w pozostałych grupach (po jednej osobie), oprócz grupy z innymi nowotworami. Różnice jednak nieistotne statystycznie ($p > 0,05$) (tabela 6).

Tabela 6. Powtarzanie klasy przez dziecko

Odpowiedź	BIAŁACZKI		CHŁONIAKI		INNE NOWOTWORY		GRUPA KONTROLNA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	4	8,0	1	3,8	0	0,0	1	1,6
Nie	33	66,0	23	88,5	22	75,9	46	75,4
Nie chodzi do szkoły	13	26,0	2	7,7	7	24,1	14	23,0
Razem	50	100,0	26	100,0	29	100,0	61	100,0

Analiza szczegółowa problemów dziecka w nauce wykazała, że największe problemy odnotowano wśród badanych z białaczką – 8 osób (16,0%), w grupie z chłoniakami jedna osoba (3,8%) oraz 2 w grupie z innymi nowotworami (6,9%). Na ogólną liczbę dzieci w poszczególnych grupach jest to różnica istotnie statystycznie ($p < 0,05$) $r = -0,166693$. Korelacja ledwo zauważalna (tabela 7).

Tabela 7. Problemy w nauce

Odpowiedź	BIAŁACZKI		CHŁONIAKI		INNE NOWOTWORY		GRUPA KONTROLNA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	8	16,0	1	3,8	2	6,9	0	0,0
Nie	29	58,0	23	88,5	20	69,0	47	77,0
Nie chodzi do szkoły	13	26,0	2	7,7	7	24,1	14	23,0
Razem	50	100,0	26	100,0	29	100,0	61	100,0

Dyskusja

Choroba nowotworowa obejmuje wszystkie aspekty ludzkiego funkcjonowania zarówno sferę fizyczną, psychiczną, jak i duchową. Stwarza problemy z przystosowaniem się do nowej trudnej sytuacji. Choroba nowotworowa należy z pewnością do najbardziej stresujących spośród wszystkich chorób. Powoduje tymczasowe lub stałe wyłączenie dziecka z pełnienia ról w życiu społecznym, a także rezygnację z niektórych form aktywności. Zdebska i Armata już w 1982 r. zwracali uwagę na to, że dziecko w wieku szkolnym absolutnie nie powinno przerywać nauki, która powinna być kontynuowana w rozsądnych granicach

i w niezmienionej formie. Pobyt dziecka w szpitalu powoduje oderwanie się od grupy rówieśniczej, zajęć w szkole. Dziecko chore tęskni za szkołą, kolegami, często obawia się, że „nie dogoni” reszty klasy, że opuści za dużo lekcji. Wszystko to skłania się ku temu, że prowadzenie zajęć lekcyjnych w szpitalu jest bardzo ważnym elementem hospitalizacji dziecka. Pichler zwraca uwagę na to, że „chore dzieci chcą uczyć się zaskakująco dużej partii materiału. Mają taką ambicję, że aż to nas porusza, musimy pomóc im żyć możliwie najnormalniej”. Obowiązkiem rodziców jest poinformowanie wychowawcy o pobycie dziecka w szpitalu, o jego przypuszczalnym okresie pobytu w oddziale onkologicznym. Odpowiednio wczesny kontakt z nauczycielami zapewni współpracę, pomoże w powrocie do „normalności”, zapobiegnie ewentualnemu skrzywdzeniu dziecka i jego izolacji. Wspominani już, Pilcher i wsp. zauważają, że szczególną radość sprawiały niektórym naszym pacjentom wizyty nauczycieli w klinice. Nawet pierwszoklasiści byli dumni, że nie zapomniano się o nich, chorych, w masie tak wielu uczniów. Szkoła przyszpitalna stanowi ważny element działań terapeutycznych podejmowanych przez cały personel oddziału. Binnebesel stwierdza, że „element naukowości daje solidne podstawy działania pedagogicznego, umożliwia racjonalną interpretację, podejmowanie racjonalnych, celowych działań”. Z kolei Pecyna podkreśla, że „zadaniem pedagoga pracującego z przewlekle chorymi dziećmi jest wytworzenie wokół nich atmosfery odprężenia”. Konstytucja RP zapewnia wszystkim dzieciom prawo do nauki. To właśnie szkoła, zaraz po rodzinie, zajmuje najważniejsze miejsce wychowania. Tam zdobywa się wiedzę, umiejętności, nawiązuje się nowe znajomości, później nawet miłości. Pojawiająca się choroba w życiu dziecka może towarzyszyć mu przez okres nauki. Program edukacyjny uczy dziecko pracy w zespole, samokontroli, szacunku dla innych, mobilizuje do działania nawet wówczas, gdy zmniejszona wydolność dziecka nie pozwala zrealizować programu szkolnego w pełnym zakresie. Prawidłowo prowadzony program wychowawczo-edukacyjny w okresie choroby pomaga dziecku w odzyskaniu równowagi, wiary w siebie, przyspiesza rekonwalescencję i rehabilitację. Dzieciom przewlekle chorym udziela się indywidualnego toku nauczania. Prawo oświatowe pozwala na zorganizowanie stałej, nieodpłatnej pomocy dla rodziców, pomocy ze strony nauczycieli, którzy będą otrzymywali od państwa wynagrodzenie za pracę z tym uczniem. Bojarska zauważa, że lekcje mogą odbywać się nawet przy łóżku chorego dziecka. Lulek uważa, że podstawowym obowiązkiem ucznia jest uczestnictwo w zajęciach, a dominującą formą aktywności – uczenie się. W Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, gdzie przeprowadzone były badania dla potrzeb niniejszej dysertacji jest zorganizowana szkoła szpitalna. Jest to szczególnie placówka, której podmiotem oddziaływań dydaktycznych i wychowawczych jest dziecko, które z powodu choroby nie może uczestniczyć w zajęciach szkolnych w miejscu zamieszkania. Nauczyciele pracują w zgodzie z przyjętym procesem leczenia dziecka. Wszystkie działania edukacyjne przebiegają we współpracy z personelem medycznym. W skład zespołu szkół

wchodzi: przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum i liceum. Zapewnia się naukę wszystkim dzieciom i młodzieży w każdym przedziale wiekowym. Prowadzone są także zajęcia z informatyki, komputerów. Dzieci i młodzież mogą się uczyć języków obcych: angielskiego, niemieckiego. W ramach zajęć dzieci i młodzież mogą przystępować do egzaminów na poszczególnych etapach ścieżek nauczania: sprawdzianu szóstoklasisty, egzaminu gimnazjalnego, czy mogą przystąpić do matury.

Obecność choroby nowotworowej w życiu każdego dziecka, jej następstwa, konsekwencje częstych pobytów w szpitalu mają często wpływ na należyte wypełnianie roli ucznia, kolegi, członka grupy rówieśniczej. Mimo tych wszystkich obciążeń badania wykazały, że sytuację szkolną badanych dzieci można uznać za pomyślną. Zgadza się to z badaniami przeprowadzonymi przez Antoszewską. Do klasy integracyjnej chodzi 2% dzieci chorych na białaczkę, 7,7% dzieci chorych na chłoniaki i 3,4% dzieci chorych na inną chorobę nowotworową. Do szkoły nie chodzi 26% dzieci z pierwszej grupy, 7,7% dzieci z drugiej grupy i 24,1% dzieci z grupy trzeciej i 23% dzieci z grupy kontrolnej. Klasę powtarzało 8% dzieci chorych na białaczkę i 3,8% dzieci z drugiej grupy oraz 1,6% dzieci z grupy kontrolnej. Pojawiający się lęk, niepokój w trakcie hospitalizacji może wpływać na wyniki w nauce. Występowanie u pacjentów trudności w koncentracji uwagi, obniżenia pamięci, osłabienia koordynacji wzrokowo-ruchowej wskazywali także inni autorzy. Problemy w nauce ma 16% dzieci chorych na białaczkę, 3,8% dzieci chorych na chłoniaki i 6,9% dzieci chorych na inne nowotwory. Rodzice dzieci z grupy kontrolnej uważają, że ich dzieci nie mają problemów w nauce 77%, a pozostałe 23% dzieci nie uczęszcza do szkoły. Najlepszymi wynikami z języka polskiego mogą się pochwalić dzieci z grupy kontrolnej 31,1%, nieco gorsze osiągnęły dzieci chore na chłoniaki 23,1%, w grupie z białaczką 12% i dzieci innymi nowotworami 6,9%. Z historii również dzieci osiągają wyniki powyżej przeciętnej 26,2% dzieci z grupy kontrolnej, nieco mniej, bo 23,1% dzieci z drugiej grupy, 18% dzieci chore na białaczkę i tylko 3,4% dzieci chore na inne nowotwory. Wyniki ze środowiska lub biologii plasują się w tej samej kolejności, co z języka polskiego i historii, w następującym odsetku: 34,4%, 23,1%, 10% i 3,4%. Najlepsze wyniki z matematyki osiągają również dzieci w tej samej kolejności, co w poprzednich przedmiotach. 32,8% stanowią dzieci z grupy kontrolnej, 23,1% z drugiej grupy, 12% dzieci chore na białaczkę i 10,3% dzieci chore na inną chorobę nowotworową. Wyniki badań własnych potwierdzają pewną regułę, że najlepsze stopnie osiągają dzieci z grupy kontrolnej, następnie dzieci chore na chłoniaki na trzecim miejscu są dzieci chore na białaczkę, ostatnie miejsce zajmują dzieci chore na inne nowotwory. Samardakiewicz i Kowalczyk w przeprowadzonych badaniach na grupie prawie 300 dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej stwierdzili, że dzieci uczęszczały do szkoły i u większości nie występowały trudności w nauce. Tylko około 8% dzieci miało trudności w naukach ścisłych i w naukach humanistycznych. Na częste problemy w nauce występujące po

kilku miesiącach leczenia zwracają uwagę w swoich badaniach Brouwers, Mulhern i Gamis wraz ze wsp. Levin Newby, Moore, Thompson i wsp. stwierdzili, że trudności szkolne, na jakie napotykają dzieci leczone z powodu choroby nowotworowej, mają wpływ na funkcjonowanie społeczne. Samardakiewicz uważa, że „ocena funkcjonowania poznawczego, występowanie trudności szkolnych ma szczególne znaczenie nie tylko dla monitorowania toksyczności leczenia i oceny późniejszych następstw neuropsychologicznych, ale również powinna stanowić podstawę planowania programu wspomagania dla każdego dziecka”. Oddział szpitalny staje się dla wielu dzieci drugim domem. Tu poddaje się dziecko leczeniu, często bolesnemu i uciążliwemu. Czas pobytu nie jest określony. Mogą to być dni, tygodnie, a nawet miesiące. W tym okresie dziecko uczy się, zawiązuje nowe przyjaźnie z innymi dziećmi.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Funkcjonowanie dzieci i młodzieży leczonych z powodu białaczki i innych chorób nowotworowych jest porównywalne z funkcjonowaniem zdrowych rówieśników we wszystkich sferach za wyjątkiem znamiennej niższego funkcjonowania w sferze szkolnej.
2. Dzieci kontynuują naukę w trakcie trwania choroby.
3. Uciążliwości spowodowane chorobą prawdopodobnie wpływają na osiągnięcie gorszych wyników w nauce niż w populacji zdrowych rówieśników.

Piśmiennictwo

1. Achenbach T. M., *Manual for the child behavior checklist / 4–18 and 1991 Profile*, Burlington; University of Vermont. Department of Psychiatry, 1991.
2. Antoszewska B., *Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne*, Kraków, IMPULS, 2006.
3. Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową. Aspekt pozamedyczny*, Toruń, UMK, 2000.
4. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*, Toruń, UMK, 2003.
5. Bińczycka J., (red), *Prawo dziecka do zdrowia*, Impuls, Kraków, 2007.
6. Bojarska L., Brzeziński K., Rek T., *Rzecznik Praw Dziecka. Ochrona prawna dziecka tom III. Dziecko w szkole*, Warszawa, 2006.
7. Brouwers P., Poplack D., *Memory and learning sequelae in long term survivors of acute lymphoblastic leukemia; association with attention deficits*, Am. Haematol. Oncol., 1990: 12, 174–181.

8. Brown R. T., Kaslow N. J., Hazzard A. P., et al, *Psychiatric and family functioning in children with leukemia and their parents*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31: 495–502.
9. Cytowska B., Winczur B. (red), *Dziecko chore – Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne*, Impuls, Kraków, 2007.
10. Czerepaniak-Walczak M., *Prawo dziecka do rozwoju*, [w:] Bińczycka J., (red.), *Prawo dziecka do zdrowia*, Impuls, Kraków, 2007.
11. Gamis A. S., Nesbit M. B., *Neuropsychologic (cognitive) disabilities in long-term survivors of childhood cancer*. Pediatrician 1991.
12. Kawczyńska-Butrym Z., *Společne konsekwencje choroby i niepełnosprawności*, [w:] I. Taranowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska-Butrym (red.), *Elementy socjologii dla pielęgniarek*, Lublin, Czelej, 2000.
13. Levin Newby W., Brown R. T., Pawletko T. M. i wsp., *Social skills and psychological adjustment of child and adolescent cancer survivors*, Psychooncology, 2000; 9, 113–126.
14. Lulek B., *Rodzina i szkoła wobec rozwoju osobowości dziecka*, Kraków, Impuls, 2000.
15. Mulhern R. K., Fairclough D. L., Ochs J., *A prospective comparison of neuropsychologic performance of children surviving leukemia who received 18–Gy, 24Gy, or no cranial irradiation*, J. Clin. Onkol. 1991; 9, 1348–1356.
16. Pecyna M. B., *Psychologia kliniczna*, Warszawa, Żak, 1998.
17. Pichler E., Richter R., *Nasze dziecko ma nowotwór. Pokonać chorobę*, Poznań, Zysk, 1995.
18. Rybakowa M., *Opieka nad dzieckiem przewlekle chorym. Opieka pielęgniarska a wiek i stan rozwojowy dziecka. Sztuka rozmowy z chorym dzieckiem*, Kraków, „Ad Vocem”: Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, cop. 1999.
19. Samardakiewicz M., Kowalczyk J. R., *Możliwości poznawcze jako predyktor funkcjonowania dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej*, Onkol. Pol. 2008, 11, 2: 49–53.
20. Thompson R. J., Gustafson K. E., *Adaptation to chronic childhood illness*, APA, Washington, 1996.
21. Zdebska S., Armata J., *Psychologiczne problemy w nowotworowych chorobach krwi u dzieci*, [w:] *Hematologia kliniczna wieku dziecięcego*, Ochocka M. (red.), Warszawa, PZWL, 1982.
22. Zdebska S., Armata J., *Společno-moralne dojrzewanie dzieci leczonych z powodu nowotworowych chorób krwi*, [w:] *Pediatrics Polska*, 1982, LVII, 10.

Jolanta Lewko¹, Agnieszka Sycewicz¹, Elżbieta Krajewska-Kułał¹,
Matylda Sierakowska¹, Cecylia Łukaszuk¹, Krystyna Kowalczuk¹,
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz¹, Emilia Rozwadowska¹

Poziom samokontroli i samoopieki oraz zapotrzebowanie na edukację w zakresie pielęgnacji skóry stóp u pacjentów z cukrzycą

Cukrzyca jest chorobą społeczną. Odpowiednie leczenie i pielęgnacja są warunkiem zachowania jak najlepszego stanu zdrowia przez możliwie najdłuższy czas i opóźnia moment wystąpienia powikłań. Podstawowym czynnikiem uzyskania dobrego wyrównania cukrzycy i profilaktyki powikłań jest odpowiednia wiedza pacjentów na temat choroby i umiejętności samopielęgnacji. Stopa cukrzycowa należy do przewlekłych powikłań cukrzycy, obejmujących tkanki miękkie oraz w szczególnych przypadkach również kości. Występuje z powodu uszkodzenia układu nerwowego i naczyniowego” [1, 2].

Stopa cukrzycowa definiowana jest jako owrzodzenie i/lub destrukcja tkanek głębokich w połączeniu z zaburzeniami neurologicznymi oraz chorobami naczyń obwodowych w różnym stopniu zaawansowania [3, 4]. Typowe objawy stopy cukrzycowej to: zaburzenia odczuwania bólu, niedokrwienie stopy, gorsze gojenie się ran, tworzenie się modzeli, owrzodzeń, zaczerwienienia, uszkodzenia skóry (otarcia, zranienia, pęknięcia skóry), deformacja kości [5]. Problemy zdrowotne związane z zespołem stopy cukrzycowej wiążą się nierozdzielnie z zaburzeniami ukrwienia stopy i stanowią najczęstszą przyczynę hospitalizacji pacjentów z cukrzycą. Zespół stopy cukrzycowej jest również główną przyczyną nie spowodowanych urazem amputacji. Kłopoty ze stopami wiążą się z triadą nieprawidłowości: neuropatią obwodową, zakażeniami tkanek, chorobą naczyń obwodowych. Zmianom stóp na tle cukrzycy w dużej mierze można zapobiec, wprowadzając intensywną edukację chorych i dokładny program pielęgnacji stóp [1].

Pielęgniarka rodzinna jest niejednokrotnie jedynym fachowym pracownikiem ochrony zdrowia, który jest w stanie zapobiec powstaniu stopy cukrzycowej i wynikających z tego powikłań komplikacji. Zapobieganie wystąpieniu tego powikłania powinno być zatem priorytetem w jej działaniach pielęgnacyjno-wychowawczych.

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Celem pracy była ocena poziomu samoopieki i samokontroli oraz określenie zapotrzebowania na edukację pacjentów z cukrzycą typu II w zakresie pielęgnacji stóp.

Material i metoda

Badaniem objęto 100 chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w Poradni Diabetologicznej i Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim. Kwestionariusz, opracowany na potrzeby prowadzonych badań, zawierał dane społeczno-demograficzne oraz pytania określające zakres samoontroli i samoopieki w cukrzycy.

Charakterystyka grupy badawczej

Grupę badawczą stanowiło 50 kobiet i 50 mężczyzn. Średnia wieku wszystkich ankietowanych osób wyniosła 56,1 lat przy czym najmłodszą osobą wśród badanych była osoba 38 letnia, zaś najstarszą 76-letnia.

Najliczniejszą grupę wśród ankietowanych (91%) stanowili pacjenci z miasta, zaś 9% stanowiły osoby zamieszkujące wieś. Największą grupę wśród badanych (31%) stanowili pacjenci z wykształceniem podstawowym. Wykształcenie średnie posiadało 30% respondentów, również 30% badanej populacji stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym. Najmniej liczną grupę stanowili pacjenci z wyższym wykształceniem (13%).

Wyniki

Samoopieka i samokontrola w cukrzycy

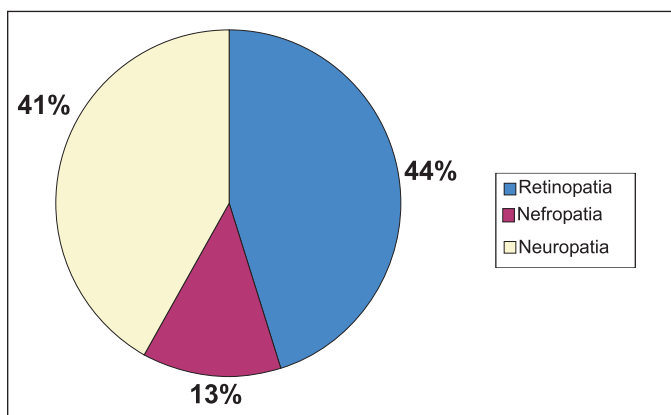
Średni poziom glikemii na czczo wśród badanych kobiet wynosił 131,56 mmol/l, przy czym minimalna wartość glikemii na czczo wynosiła 60 mmol/l, zaś maksymalna wartość 220 mmol/l, dane obrazuje Tabela 1.

Tabela 1. Poziom glikemii na czczo u badanych pacjentów

Glikemia	N	Min.	Maks.	Średnia	SD
Kobiety	50	60	220	131,56	30,63
Mężczyźni	50	50	180	130,00	29,96

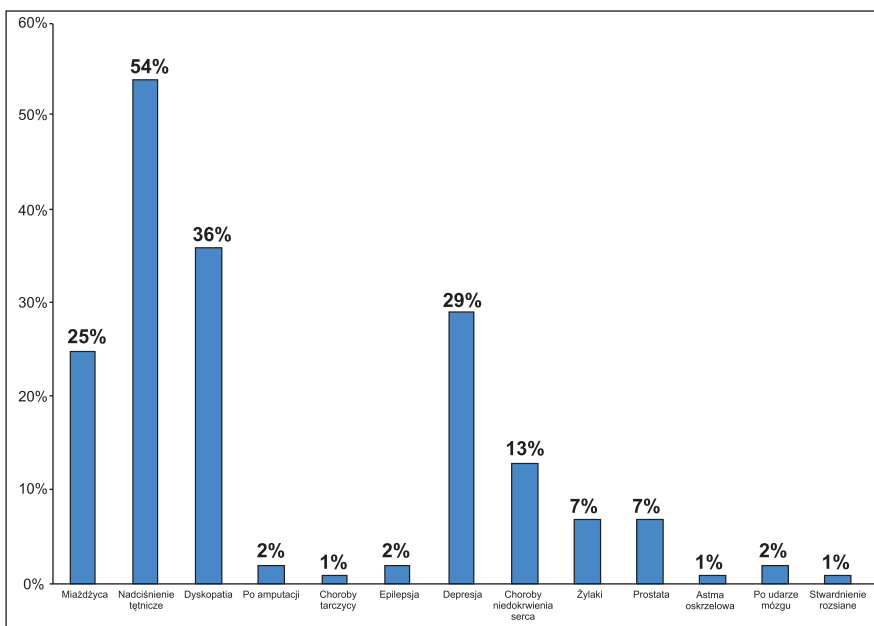
W przypadku badanych mężczyzn średnia wartość glikemii na czczo wynosiła 130,00 mmol/l natomiast minimalna wartość 50 mmol/l, zaś maksymalna wartość 180 mmol/l (Tabela 1).

W badanej populacji osób z cukrzycą występowały powikłania, takie jak: retinopatia 44%, nefropatia 13% i neuropatia 41% (Rycina 1).



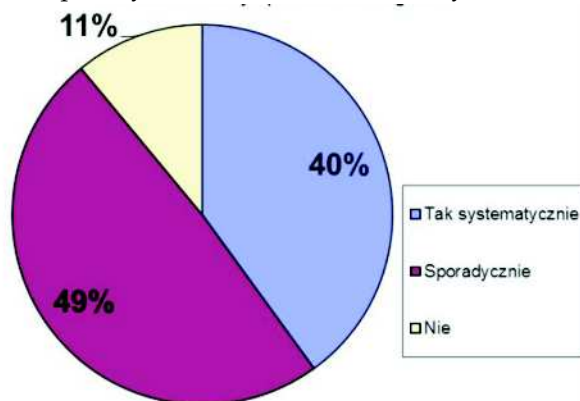
Rycina 1. Występowanie przewlekłych powikłań wśród badanej populacji

Najczęściej występującymi chorobami towarzyszącymi były: nadciśnienie tętnicze (54%), dyskopatia (36%), depresja (29%) i miażdżyca (25%). Kolejne jednostki chorobowe to: choroba niedokrwienna serca (13%), żylaki kończyn dolnych, jak i prostata otrzymały (7%). Rzadziej wystąpiły choroby, takie jak: epilepsja (2%), stan po udarze mózgu i po amputacji (2%). Respondenci deklarowali występowanie takich chorób, jak: choroby tarczycy, astma oskrzelowa, stwardnienie rozsiane, co stanowiło 1% ogółu badanych. Dane obrazuje Rycina 2.



Rycina 2. Choroby towarzyszące cukrzycy

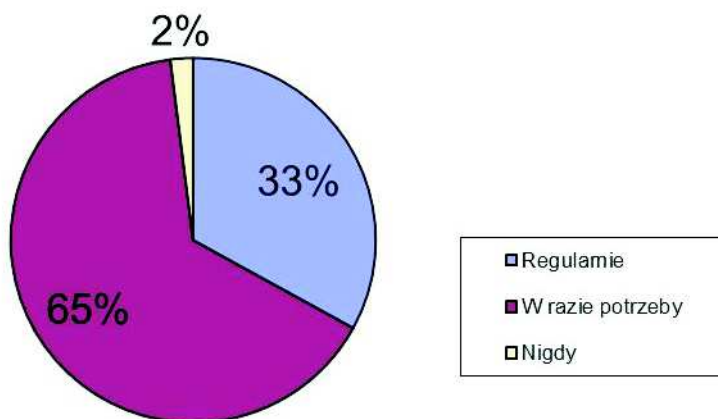
Systematyczne prowadzenie zeszytu pomiaru kontroli glikemii deklarowało 40% respondentów, sporadyczne 49% a wcale 11%. Wyniki obrazuje Rycina 3.



Rycina 3. Prowadzenie zeszytu pomiaru kontroli glikemii

Najliczniejszą grupę (92%) stanowili badani, którzy starali się przestrzegać zalecenia dietetyczne, 6% respondentów deklarowało ciągle przestrzeganie zaleceń, natomiast 2% osób badanych w ogóle nie stosowało żadnych zaleceń dietetycznych.

Pomiar cukru w warunkach domowych regularnie dokonywało 33% respondentów, w razie potrzeby 65%, natomiast wcale 2%. Wyniki obrazuje rycina 4.



Rycina 4. Częstość wykonywania pomiaru cukru w warunkach domowych w badanej populacji

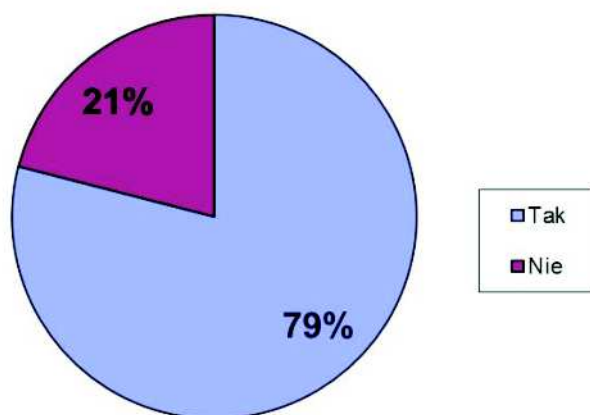
Najliczniejsza grupa (86%) badanych osób deklarowała znajomość prawidłowego poziomu cukru we krwi, a 14% nie znało tych wartości.

Znajomość objawów hipoglikemii deklarowało 78% respondentów, natomiast 22% ankietowanych nie potrafiło wymienić tych objawów.

Znajomość objawów świadczących o wysokim poziomie cukru we krwi deklarowało 58% osób badanych, a 42% respondentów nie potrafiło podać tych objawów.

Większą grupę respondentów (62%) stanowiły osoby, które wiedziały, jaki wpływ na organizm wywiera źle kontrolowana cukrzyca, a 38% ankietowanych nie miało tych wiadomości.

Opieką w poradni diabetologicznej objęta jest większa liczba respondentów 79%, a 21% pozostaje pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej. Wyniki prezentuje Rycina 5.

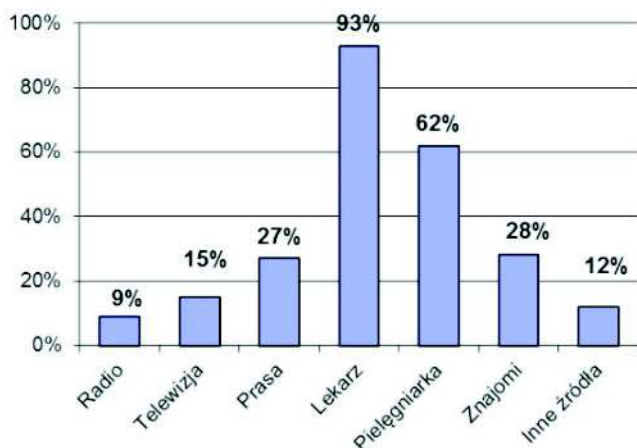


Rycina 5. Opieka w poradni diabetologicznej

Prowadzenie edukacji indywidualnie deklarowało 79% respondentów, nikt z badanych nie był edukowany w grupie, a 21% zadeklarowało, że wcale nie byli edukowani. Najczęstszym źródłem czerpania informacji na temat swojej choroby wśród osób badanych był lekarz (93%) i pielęgniarka (62%). Innymi źródłami czerpania informacji, jak deklarowali respondenci, byli znajomi, (28%), prasa (27%), telewizja (15%), internet (12%) oraz radio (9%) (Rycina 6).

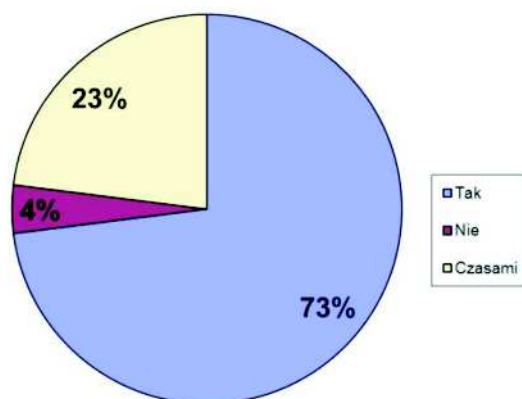
Zapotrzebowanie na edukację w zakresie pielęgnacji stóp

Znajomość pojęcia stopy cukrzycowej deklarowało 50% ankietowanych, a kolejne 50% nie znało tego pojęcia. Szczególną uwagę dotyczącą pielęgnacji stóp deklarowało 52% badanych, 29% respondentów tylko czasami przywiązywała uwagę do pielęgnacji stóp, 19% wcale nie zwracało uwagi na stopy. Codzienne mycie stóp w letniej wodzie z dodatkiem mydła stosowało 46% badanych, 48% respondentów tylko czasami przywiązywała uwagę do tej czynności pielęgnacyjnej, a 6% wcale nie zwracało uwagi na toaletę stóp. Dokładne osuszanie stóp



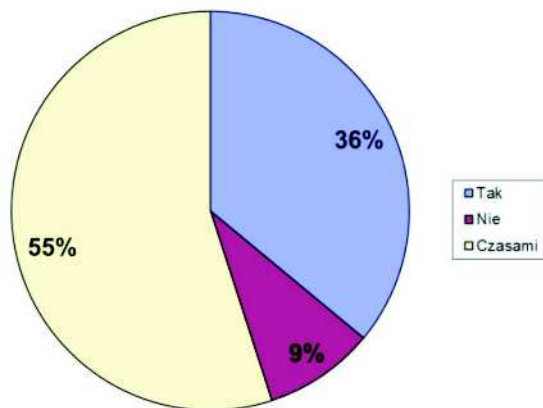
Rycina 6. Źródła czerpania informacji na temat swojej choroby

po umyciu deklarowało 79% respondentów, 23% badanych czasami dokonywano tej czynności, a 1% stanowili pacjenci, którzy nie przywiązywali do tego uwagi. Obcinanie równo paznokci deklarowało 31% respondentów, 26% tylko czasami równo obcinało paznokcie, a najliczniejszą grupę 43% stanowili pacjenci, którzy nie obcinali równo paznokci. Stosowanie płynów nawilżających, które zapewniają skórze elastyczność deklarowało 17% respondentów, 41% tylko czasami stosowała płyny nawilżające, a najliczniejszą grupę 42% stanowili pacjenci, którzy wcale nie stosowali płynów nawilżających. Najliczniejszą grupę (73%) stanowili respondenci deklarujący codzienną zmianę skarpetek na świeże i miękkie, które nie są zbyt małe ani zbyt duże. Następną grupą byli pacjenci, którzy czasami stosowali te zalecenia. Najmniej liczną grupę (4%) stanowili pacjenci nie przywiązujący do tego większej wagi. Wyniki ilustruje Rycina 7.



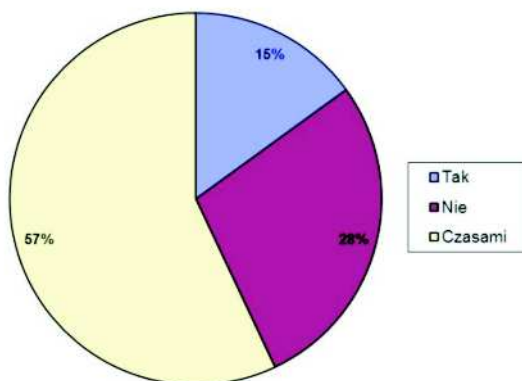
Rycina 7. Częstość zmiany skarpetek w badanej populacji chorych

Używanie skarpet lub pończoch z wełny, bawełny oraz butów z prawdziwej skóry zawsze deklarowało 36% respondentów, czasami wykonywało tę czynność 55% i była to najlichniesz grupa wśród badanych, natomiast 9% zadeklarowało, że w ogóle nie używają tego rodzaju skarpet, pończoch czy też butów z prawdziwej skóry (Rycina 8).



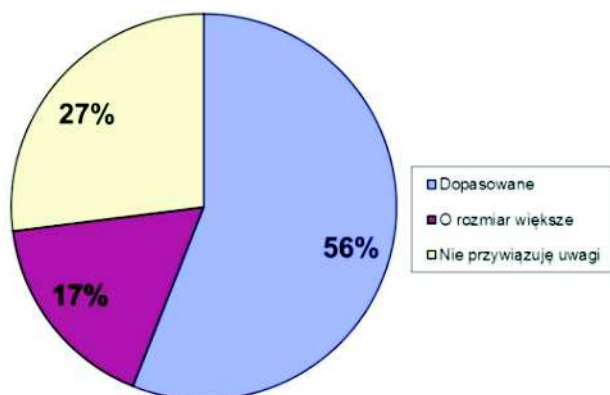
Rycina 8. Stosowanie skarpet, pończoch z wełny, bawełny oraz butów z prawdziwej skóry

Po porównaniu wyników badań stwierdzono, że największą grupę (57%) stanowili pacjenci, którzy to czasami chodzą boso po domu, 28% to osoby deklarujące, że nie chodzą boso, a 15% respondentów chodzi boso po domu. Dane obrazuje Rycina 9.



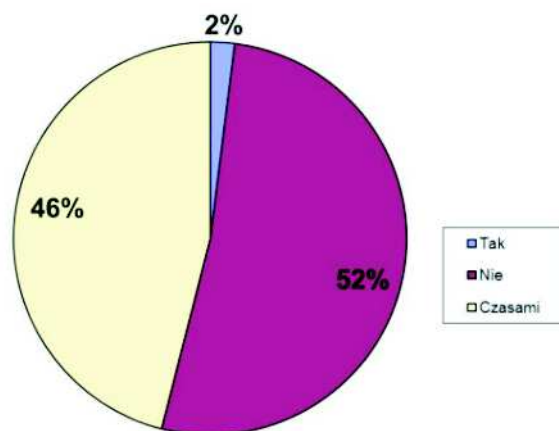
Rycina 9. Chodzenie boso po domu przez badanych

Obuwie dopasowane nosi 56% badanych, o rozmiar większe 17%, natomiast 27% respondentów nie przywiązuje uwagi do rozmiaru noszonego obuwia. Dane obrazuje Rycina 10.



Rycina 10. Rodzaje noszonego obuwia

Po porównaniu wyników badań stwierdzono, że największą grupę (52%) stanowiły osoby deklarujące, że wcale nie oglądały wnętrza buta, 46% pacjentów czasami oglądało wnętrze buta, a 2% respondentów odpowiedziało twierdząco na zadane pytanie (Rycina 11).



Rycina 11. Ocena wnętrza buta

Analiza danych, losowo wybranych badanych potwierdza, że cukrzyca jest chorobą „równych szans”. Chorują z tą samą częstotliwością zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Największą zapadalność na tę chorobę odnotowuje się u ludzi z wykształceniem podstawowym, natomiast częstość występowania schorzenia wzrasta wraz z wiekiem respondentów. Płeć nie wpływa znacząco na wykazane zależności.

Dyskusja

Warunkiem działania terapeutycznego jest rozpoznanie głównych potrzeb i problemów chorego, które jak wiadomo, są zindywidualizowane i bardzo różne. Dopiero na tej podstawie można dokonać interwencji terapeutycznych, a także poprawić opiekę [6].

Cukrzyca, jako choroba nieuleczalna, obniża jakość życia każdego chorego. Wynika to z konieczności narzucenia sobie dożywotniej dyscypliny oraz opanowania umiejętności życia z tą chorobą. Stosowane obecnie schematy terapeutyczne narzucają choremu znaczące ograniczenia dietetyczne, nakazują również wielokrotne przyjmowanie w ciągu dnia leków oraz częste kontrole glikemii. Chorzy cierpią z powodu dolegliwości wynikających z powikłań późnych (np.: bólów, zaburzeń widzenia i poruszania się), odczuwają także lęk przed kalectwem. Udokumentowano częstsze, niż w generalnej populacji, występowanie zaburzeń psychicznych: objawów lękowych i depresyjnych oraz zmniejszenie aktywności życiowej [7].

Pomaganie w poprawie jakości życia bywa zadaniem bardziej złożonym niż tylko usuwanie lub łagodzenie objawów choroby. W jego zakres wchodzi m.in. uczenie, jak radzić sobie ze związanymi z chorobą problemami codziennego życia, ze stresem, cierpieniem. Terapia ukierunkowana na poprawę jakości życia powinna brać pod uwagę istotne dla chorego wartości. Bardzo często najważniejsze dla osoby chorej czy niepełnosprawnej jest zachowanie (odzyskanie) możliwości aktywnego, niezależnego życia [7].

Życzliwa postawa wobec chorego może mu bardzo pomóc w znoszeniu choroby, w dawaniu sobie rady z trudnościami oraz dodaje, że świadomość chorego, że jest „w całości” dostrzegany i serdecznie traktowany może zmobilizować go do lepszej i aktywniejszej postawy w znoszeniu trudności związanych z chorobą [8].

Tatoń uważa, że w terapii cukrzycy, tak jak i w innych chorobach przewlekłych, nie wystarcza już tradycyjny „model choroby”, w którym pacjent odgrywa bierną rolę. Coraz większego znaczenia nabiera „model terapii własnej” (samokontroli), oparty na aktywnym udziale wyedukowanego pacjenta [9, 10]. Jednakże optymalizacja leczenia jest wypadkową działania wielu czynników zależnych od lekarza (wybór właściwego sposobu leczenia), jak i od pacjenta (właściwe wypełnianie zaleceń dotyczących diety, samokontroli i wysiłku fizycznego) oraz środowiska, w którym żyją. Ogniwem łączącym wszystkie te czynniki jest właściwa edukacja (terapeutyczna) pacjentów oraz społeczeństwa, którą uznaje się za jeden z podstawowych filarów profilaktyki cukrzycy [9, 10].

Prowadzenie badań, których celem jest rozeznanie uwarunkowań stylu życia, wiedzy i podejścia do problemów zdrowotnych jest warunkiem niezbędnym do wprowadzenia działań profilaktycznych. Styl życia każdej społeczności nie-

rozerwalnie łączy się z uwarunkowaniami kulturowymi, środowiskowymi oraz osobowościowymi [11, 12].

Edukacja grupowa jest cennym narzędziem terapeutycznym i korzystnie wpływa na stan psycho-emocjonalny zarówno chorych ze świeżo wykrytą cukrzycą, jak i leczonych długotrwale. Obecność innych uczestników szkolenia sprzyja wymianie doświadczeń, przyspiesza emocjonalne dojrzewanie chorych i wzbudza motywację do współpracy z zespołem terapeutycznym i do samokontroli [13]. Dążyć należy do jak największego upowszechniania edukacji grupowej w formie „szkoły dla chorych na cukrzycę”, która nie tylko służy przekazaniu wiedzy na temat samoopieki w cukrzycy, ale także zwiększa psychiczną odporność pacjenta i umożliwia osiągnięcie poczucia dobrej jakości życia [14].

Edukacja terapeutyczna jest istotnym elementem terapii na równi z dietą, aktywnością fizyczną, jak i leczeniem farmakologicznym. Pielęgniarka rodzinna jest istotnym partnerem pacjenta w edukacji terapeutycznej, przygotowanie do tej roli wymaga często nabycia nowych lub aktualizacji posiadanych wiadomości i umiejętności z dziedziny diabetologii. Pielęgniarka jest zazwyczaj pierwszym fachowym pracownikiem lecznictwa, którego chory na cukrzycę może prosić o radę czy też pomoc w rozwiązaniu swych codziennych problemów [15].

Prawidłowo zaplanowana edukacja pacjenta i jego rodziny pozwoli na pozyskanie ich do współpracy, a jednocześnie zniweluje nieprzyjemne odczucia, jakimi są: lęk, obawa przed przyszłością, niepewność co do wyników leczenia. Współdziałanie i pełne zrozumienie choroby, a także przyjęcie nad nią kontroli, to czynniki, które umożliwią pacjentowi prowadzenie normalnego, pełnego aktywności i zadowolenia życia.

Wnioski

1. Zakres samoopieki i samokontroli w badanej grupie jest zadawalający.
2. Połowa ankietowanych nie zna pojęcia stopy cukrzycowej.
3. Najliczniejszą grupę (43%) stanowili pacjenci, którzy nie obcinali równo paznokci.
4. Znaczną grupę (42%) stanowili pacjenci, którzy wcale nie stosowali środków nawilżających do stóp, a ponad połowa ankietowanych nie kontrolowała wnętrza buta.
5. Przeprowadzone badania sugerują kierunek edukacji w zakresie pielęgnacji skóry stóp pacjentów z cukrzycą typu 2.

Piśmiennictwo

1. Koblik T.: Diagnostyka i leczenie zespołu stopy cukrzycowej. *Terapia* 2002, 2, 46–49.
2. Tatoń J.: Zespół stopy cukrzycowej. *Diabetologia*. Tom 2, (red.) Tatoń J., Czech A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 243–266.

3. Krasowski G., Kruk M.: Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 59–66.
4. Rosiński G.: Zespół stopy cukrzycowej. *Nowa Klinika* 2002, 12, 3, 4, 352–358.
5. Koblík T.: Zespół stopy cukrzycowej. *Klinika* 2006, 31–34, 41–43.
6. Budzyńska-Kapczuk A.: Jakość życia – ważny miernik zdrowia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2003, 3, 6.
7. Grzeszczak W.: Wpływ wyrównania glikemii na jakość życia chorych na cukrzycę typu I oraz typu 2. *Wiadomości Lekarskie*, 2001, 54, 674–683.
8. Luft S.: Dostrzeganie psychiki chorego – piękny gest, czy istotny element leczenia. *Złoty Środek* 2005, 1, 4–7.
9. Kozłowska-Wojciechowska M., Makarewicz-Wujec M., Uramowska-Żyto B., Jarosz A.: Wiedza na temat profilaktyki cukrzycy typu 2 wśród prenumeratorów czasopism o zdrowiu. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2003, 1 (1), 49–54.
10. Tatoń J., Czech A.: *Diabetologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001, 2, 355.
11. Gilis-Januszewska A., Szurkowska M., Szybiński K., Glab G., Szybiński Z., Spodaryk K., Urbaniak A.: Skuteczność interwencji nefarmakologicznej u chorych z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 2 i towarzyszącą otyłością. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2001, 106 (3), 853.
12. Tatoń J., Czech A.: Edukacja terapeutyczna jako metoda leczenia i ulepszenia stylu życia osób z cukrzycą. *Diabetologia Polska*, 2002, 44–62.
13. Tatoń J., *Cukrzyca. Nauczanie samoopieki*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1998
14. Pacyk G., Grzeszczak W.: Wpływ reformy systemu opieki zdrowotnej na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w poradni diabetologicznej w latach 1999–2001. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna* 2002, 2, 3, 205–209.
15. Drzewoński J., Ruder J., Cypryk K., Czupryniak L.: Model edukacji pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w dziedzinie diabetologii. *Medycyna Metaboliczna* 2002, 9, 1, 61–63.

Bożena Kirpsza¹, Bogumiła Fijałek², Regina Sierżantowicz¹,
Lech Trochimowicz¹, Jerzy Robert Ładny³

Stan wiedzy i postaw kobiet wobec profilaktyki raka piersi

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności. Obecnie w ciągu roku jest rejestrowanych około 12 000 nowych przypadków zachorowań (wg Krajowego Rejestru Nowotworów Złośliwych z 2005 roku). Oznacza to, że na 100 tysięcy kobiet na raka piersi zapada około 40. Rocznie z powodu raka piersi umiera w Polsce blisko 5000 chorych [1, 2, 3]. Względne przeżycia 5-letnie chorych w niektórych państwach kształtują się następująco: Szwajcaria – 78%, Finlandia – 74%, Włochy – 71%, Francja – 71%, Niemcy – 68%, Dania – 68%, Anglia – 64%, Hiszpania – 62%, Estonia – 62%, USA, rasa biała 84%, rasa czarna – 69%. Największą wyleczalność notuje się w USA, Anglii, krajach skandynawskich pomimo znacznie wyższych wskaźników zachorowalności. Rak piersi występuje bardzo rzadko przed 30. rokiem życia, ryzyko zachorowania istotnie wzrasta powyżej 50. roku życia. Największa zachorowalność na raka piersi występuje między 50., a 59. rokiem życia [4, 5, 6].

Rak wcześniej wykryty jest wyleczalny w około 90%. W populacjach, w których nie wykonuje się badań profilaktycznych występuje wysoka umieralność z powodu inwazyjnego zaawansowanego raka piersi. Inwazyjny rak wymaga kosztownego leczenia. W zależności od stadium klinicznego zaawansowania jest to leczenie operacyjne (amputacja piersi), radioterapia lub leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia). Na koszty związane z leczeniem kobiety z zaawansowanym rakiem piersi składają się również koszty leczenia powikłań oraz wydatki z tytułu renty, zwolnienia z pracy, opieki socjalnej itp. [7].

¹ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Oddział Kardiologii Zachowawczej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

³ Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Osobnym problemem są skutki psychologiczne i społeczne ciężkiej choroby i zgonu w rodzinie. Z chorobą nowotworową wiąże się wiele bardzo złożonych sytuacji stresowych, w których dominują elementy zagrożenia biologicznego i społecznego. Sytuacje stresowe u kobiet, które przeżyły radykalną operację raka piersi, wywołują następujące okoliczności: – niepewność, co do skuteczności przeprowadzonego leczenia, powodująca z kolei lęk przed wznową nowotworu i zagrożeniem życia, – upośledzenie fizyczne będące następstwem zabiegu chirurgicznego, dające poczucie mniejszej wartości, – trudne do rozwiązania problemy osobiste, rodzinne i zawodowe, bezpośrednio lub pośrednio związane z następstwami zabiegu. Sytuacje te zniekształcają psychikę kobiet, w których dominują: lęk przed śmiercią i kalectwem, obawy, co do dalszych losów i egzystencji w rodzinie i społeczeństwie [8].

Od paru lat są w Polsce rozwijane i finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia „Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi” i program profilaktyki raka piersi. Program wczesnego wykrywania raka piersi obejmuje bezpłatnymi badaniami mammograficznymi kobiety w wieku 50–69 lat i przewiduje przeprowadzenie badań raz na 2 lata. Badania realizowane w ramach tego programu są badaniami skryningowymi (przesiewowymi), gdyż dotyczą całej populacji, w tym kobiet nie mających żadnych objawów chorobowych. W 2007 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wysłał ponad 8 milionów zaproszeń na bezpłatne badania mammograficzne. Niestety, z dotychczasowej realizacji programów wynika, że w niektórych regionach Polski na badania zgłasza się niewielka liczba kobiet. Bezpośrednim miernikiem skuteczności wczesnego wykrywania chorób nowotworowych jest czas, który upływa od zauważenia przez chorego pierwszych objawów choroby do zgłoszenia się do lekarza i rozpoczęcia leczenia. Im większa jest świadomość zdrowotna pacjenta, tym krótszy jest ten czas. Szybkie rozpoczęcie leczenia ma szczególne znaczenie w przypadku wystąpienia chorób nowotworowych. Prawdopodobnie zbyt mało kobiet ma świadomość, że wczesne wykrycie zmian chorobowych i rozpoznanie zmiany mogą uratować życie, pomóc uciec od bólu, cierpienia i tragedii rodzinnych. Stanowi to olbrzymi problem kliniczny, ekonomiczny i społeczny [9].

Profilaktyka onkologiczna obejmuje profilaktykę pierwotną, która polega na likwidowaniu czynników rakotwórczych i profilaktykę wtórną, mającą na celu wczesne wykrywanie choroby i wczesne jej leczenie [10]. Do zadań profilaktyki pierwotnej w zakresie zwalczania nowotworów należy propagowanie odpowiednich stereotypów żywieniowych, walka z paleniem tytoniu, zmniejszenie picia alkoholu oraz zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy. Z punktu widzenia prewencji pierwotnej raka piersi należy, oprócz tego, zalecać wczesną pierwszą ciążę oraz unikanie doustnych hormonalnych środków antykoncepcyjnych przed pierwszą ciążą lub stosowanie ich przez młode kobiety nie dłużej niż przez 2 lata.

W ramach profilaktyki wtórnej chodzi o usprawnienie wczesnej diagnostyki nowotworów złośliwych, stworzenie systemu badań przesiewowych i jak najwcześniejsze rozpoznawanie nowotworów w trakcie rutynowych badań. Wśród dostępnych testów przesiewowych są: samobadanie piersi, badanie fizykalne piersi, badanie USG, mammografia, markery surowicy krwi, markery genetyczne [11].

Ważną rolę w profilaktyce zarówno pierwotnej, jak i wtórnej odgrywają właściwe postawy i zachowania zdrowotne ludzi oraz uświadomienie społeczeństwa o istocie choroby nowotworowej.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi oraz analiza postaw kobiet w prewencji zachorowań na raka piersi.

Material i metody

Badaniem objęto 91 kobiet zamieszkujących tereny województwa lubelskiego. Narzędziem badawczym, które posłużyło do przeprowadzenia badań i wyciągnięcia wniosków był autorski kwestionariusz ankiety zawierający 33 pytania. Pytania miały charakter zamknięty. Ankieta została podzielona na trzy części. Pierwsza część, tzw. metryczka, zawierała pytania dotyczące wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia. Druga część obejmowała pytania badające poziom wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka raka piersi, samobadania piersi oraz badań profilaktycznych. Ostatnia część dotyczyła postaw kobiet wobec profilaktyki raka piersi.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia do czerwca 2009 roku. Do oceny zależności między zmiennymi zastosowano test chi-kwadrat, przyjmując istotność na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki badań

Wiek badanych kobiet mieścił się w przedziale wiekowym 20 do 60 lat, przy czym najliczniejszą grupę stanowiły osoby powyżej 50. roku życia. Większość ankietowanych (ponad 60%) miała wykształcenie średnie lub wyższe i była mieszkankami wsi. Średni wiek wynosił około 40 lat przy odchyleniu standardowym \pm ok. 12 lat. Co druga ankietowana kobieta liczyła nie więcej niż 39 lat.

Zdecydowana większość kobiet (prawie 90%) nie miała wątpliwości, iż propagowanie wiedzy na temat raka piersi jest potrzebne. Według ankietowanych, instytucją przekazującą najwięcej informacji na temat profilaktyki nowotworowej są środki masowego przekazu. Tak twierdzi 82% ankietowanych kobiet. Pracowników służby zdrowia wskazuje jedynie co czwarta kobieta, a organizacje kobiece co piąta. Organizacje społeczne wymieniane są sporadycznie.

Umiejętność określenia, co znaczy profilaktyka pierwotna maleje wraz z wiekiem. Poprawne określenie podaje prawie 40% kobiet w wieku do 30 lat, ale tylko co dwudziesta (5%) z najstarszej grupy wiekowej.

Tabela 1. Umiejętność określenia znaczenia profilaktyki pierwotnej w zależności od wieku badanych kobiet

Przedziały wiekowe	Profilaktyka pierwotna ($p = 0,0450^*$)		Razem
	błędna odpowiedź	poprawna odpowiedź	
do 30 lat	14 (61%)	9 (39%)	23
31–40 lat	20 (80%)	5 (20%)	25
41–50 lat	18 (82%)	4 (18%)	22
powyżej 50 lat	20 (95%)	1 (5%)	21
Razem	72	19	91

Chociaż praktycznie wszystkie kobiety uwzględniają potrzebę badań mammograficznych, ponad połowa nigdy nie brała w nich udziału (55%). Wśród pozostałych, 22% skorzystało z badania po otrzymaniu zaproszenia z NFZ.

Jednym z elementów profilaktyki raka piersi jest samobadanie. Chociaż zdecydowana większość kobiet (86%) deklarowała znajomość metod samobadania piersi, to jednak tylko 13% wykonywało badanie regularnie. Głównym powodem unikania samobadania był strach przed wykryciem choroby oraz brak wiary w umiejętność samodzielnego wykrycia zmian. Najliczniejsza grupa ankietowanych czerpała swoją wiedzę na temat samobadania piersi z literatury medycznej i broszur. Dość często (co piąta osoba) podawała również jako źródło wiedzy lekarza. Niestety, jak wynika z badania u 90% kobiet lekarz rodzinny nigdy nie badał piersi, natomiast lekarz ginekolog u 66% nigdy, a u 22% sporadycznie.

Porównując częstość samobadania piersi mieszkanek miast i wsi należy stwierdzić, iż istotnie częściej wykonują je kobiety zamieszkujące miasta.

Tabela 2. Częstość samobadania piersi w zależności od miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Częstość samobadania ($p = 0,0415^*$)			Razem
	co miesiąc	okazjonalnie	nie wykonuję wcale	
miasto	5 (15%)	25 (76%)	3 (9%)	33
wieś	9 (16%)	30 (53%)	18 (32%)	57
Razem	14	55	21	90

Tylko 53% wszystkich badanych kobiet wskazała poprawnie właściwy czas w cyklu miesięcznym kobiety na wykonanie samobadania piersi, pozostałe wybrały nieprawidłowe wskazania. W większości poprawnej odpowiedzi na pytanie udzieliły kobiety z wykształceniem wyższym i średnim.

Tabela 3. Wpływ wykształcenia respondentek na wiedzę dotyczącą odpowiedniego czasu samobadania piersi

Wykształcenie	Czas na samobadanie ($p = 0,0450^*$)		Razem
	błędna odpowiedź	poprawna odpowiedź	
zawodowe	16 (70%)	7 (30%)	23
średnie	15 (38%)	24 (62%)	39
wyższe	12 (41%)	17 (59%)	29
Razem	43	48	91

Kolejne pytania dotyczyły objawów mogących świadczyć o pojawieniu się nowotworu, jak i przyczyn jego występowania. Kobiety mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Jedno wskazanie „ból piersi” było nieprawidłowe – nie świadczy ono o zagrożeniu. Wybrało je jednak aż 41% badanych. Objawy wskazywane przez kobiety uszeregowano od tych wymienianych najczęściej. Prawie połowa (odpowiednio 47 i 45%) wskazywała guzki lub stwardnienia, lub krwawienie z brodawki. Wśród czynników ryzyka zdecydowana większość kobiet wskazała na uwarunkowania genetyczne (87%), zaburzenia hormonalne (40%) i okres przekwitania (co trzecia osoba wskazywała tę odpowiedź).

Ankietowane kobiety „składają” wizytę u ginekologa zwykle nie częściej niż raz na rok, a w połowie nie częściej niż co dwa lata. Niestety, częstość wizyt u ginekologa spada wraz z wiekiem, czyli dokładnie odwrotnie niż jest to pożądane. Rzadziej niż co dwa lata chodzi do lekarza ponad połowa kobiet z przedziału wiekowego 41–50 oraz powyżej 50 lat.

Tabela 4. Częstość wizyt u ginekologa w zależności od wieku

Przedziały wiekowe	Częstość wizyt u ginekologa ($p = 0,0241^*$)				Razem
	raz na pół roku	raz na rok	raz na dwa lata	rzadziej	
do 30 lat	3 (13%)	11 (48%)	5 (22%)	4 (17%)	23
31–40 lat	6 (24%)	9 (36%)	3 (12%)	7 (28%)	25
41–50 lat	1 (5%)	5 (23%)	6 (27%)	10 (45%)	22
powyżej 50 lat	0 (0%)	3 (14%)	7 (33%)	11 (52%)	21
Razem	10	28	21	32	91

Zgodnie ze schematem badań przesiewowych w kierunku raka piersi każda kobieta w wieku 45–50 lat powinna mieć wykonaną mammografię co 2 lata, natomiast po 50. roku życia – co rok. Okazało się, że ponad połowa nigdy nie miała wykonanego badania mammograficznego.

Dyskusja

W rozpoznaniu i leczeniu raka piersi podstawowe znaczenie ma profilaktyka. Uzyskane wyniki dotyczące wiedzy i postaw kobiet wobec profilaktyki raka piersi wskazują, że kobiety w większości znają metody samobadania piersi, jednak tylko niewielki ich odsetek (15%) wykonuje je regularnie. Podobne badania przeprowadziła Jokieli w 2008 roku, w których przedstawiła znacznie wyższy odsetek (57%) kobiet deklarujących wykonywanie samobadania, jednak wskazała jednocześnie na tendencję spadkową w porównaniu z rokiem 1998 [12]. Wśród badanych kobiet województwa lubelskiego 56% wiedziało, od jakiego wieku należy rozpocząć samobadanie piersi, natomiast 53% potrafiło wskazać właściwy czas w cyklu miesięcznym kobiety przeznaczony na badanie. Samobadanie piersi jest jednym z najważniejszych badań profilaktycznych. Gdyby wszystkie kobiety w Polsce same badały piersi i w przypadku zmian kontaktowały się z lekarzem, można by uratować życie 1000 kobiet rocznie.

Dla profilaktyki wtórnej raka piersi szczególnie ważne jest określenie, jak zmieniły się odsetki kobiet deklarujących wykonanie mammografii. W badaniach Jokieli w roku 1998 tylko 15% kobiet zadeklarowało wykonanie badania, natomiast w roku 2008 40%. Według autorki jest to najprawdopodobniej efektem m.in. skryningów. Ciągłe jednak stwierdza się wysoki odsetek kobiet, które nigdy nie miały wykonanej mammografii, zwłaszcza w grupie wieku powyżej 65 lat, w której umieralność z powodu tego nowotworu jest wysoka. W przeprowadzonym badaniu ponad połowa (55%) kobiet nigdy nie poddała się badaniu mammograficznemu, chociaż praktycznie wszystkie badane wyrażały potrzebę badań mammograficznych. Wydaje się, że jest to głównie wynik niedostatecznego uświadomienia kobiet dotyczącego ryzyka zachorowania związanego z wiekiem i znaczenia mammografii w profilaktyce wtórnej raka piersi [12].

W badaniach mających na celu ocenę poziomu wiedzy ankietowanych kobiet na temat objawów raka piersi wykazano, iż prawie co druga kobieta podała jako główny objaw świadczący o wystąpieniu nowotworu obecność guzka lub stwardnienia. Duży odsetek kobiet wskazało ból piersi jako objaw mogący świadczyć o wystąpieniu nowotworu, kiedy w rzeczywistości nie jest on typowym objawem raka piersi. Podobnie kształtowały się wyniki badań prowadzonych przez Synowiec-Piłat, w których 76% badanych wskazało jako główny objaw obecność guza [13].

Znajomość czynników ryzyka zachorowania na raka piersi jest niewystarczająca. Zdecydowana większość kobiet bo, aż 87%, podaje jako czynnik znacznie

zwiększający ryzyko zachorowania na raka piersi uwarunkowania genetyczne. Grono respondentek nie zdaje sobie sprawy z tego, że istnieją jeszcze takie czynniki ryzyka, które można modyfikować, tj. dieta, otyłość oraz nadużywanie alkoholu. Badania opublikowane na łamach czasopisma „Cancer” wykazały, że kobiety, które w swoim dorosłym życiu znacząco przybierają na wadze, mają podwyższone ryzyko wystąpienia wszystkich typów raka piersi [14]. Związane jest to także z estrogenami, gdyż komórki tłuszczowe są miejscem syntezy tych hormonów. Znajomość przez kobiety czynników ryzyka może przyczynić się do ich modyfikacji i w ten sposób może zmniejszyć ryzyko zachorowania. Dlatego tak ważna jest edukacja w tym zakresie wśród wszystkich kobiet, już od najmłodszych lat. Zapobieganie otyłości, stosowanie ubogotłuszczowej diety, spożywanie niewielkich ilości alkoholu, jak również propagowanie karmienia piersią, czy wczesnego zachodzenia w ciążę może uchronić wiele kobiet przed chorobą. Należy podkreślić, że uwzględniając te czynniki, chronimy także zdrowie tych kobiet w znacznie szerszym pojęciu.

Analiza znajomości konkretnych metod wykrywania raka piersi obrazuje, iż wiedza respondentek na ten temat jest niewystarczająca. Połowa z nich nie umiała wymienić wszystkich metod wczesnego wykrywania raka piersi.

Postawy kobiet wobec badań profilaktycznych oceniono na podstawie akceptacji programu wczesnego wykrywania raka piersi zorganizowanego przez NFZ oraz regularności wykonywania tych badań przez kobiety. Niepokojem napawiają wyniki badań dotyczące świadczeń medycznych realizowanych przez lekarzy rodzinnych, jak i ginekologów. Okazało się, że lekarze rodzinni badali piersi u niespełna 10% badanej zbiorowości, zaś ginekolodzy u około 30%, przy czym u większości z nich sporadycznie. Winę za zaniechanie takiej metody można przypisać zarówno kobietom, jak i lekarzom. Być może po wprowadzeniu badań skryningowych uznano badanie piersi za mało ważne.

W badaniach nad czasem, który upływa od momentu zauważenia przez kobietę niepokojących objawów podczas samobadania piersi do zgłoszenia się do lekarza wykazano, że tylko 38% kobiet z 91 badanych udała się do lekarza w ciągu tygodnia. W 2007 roku podobne badania przeprowadzono u kobiet z Nowej Zelandii i wykazały one, że świadomość zdrowotna ankietowanych jest 2-krotnie większa, aniżeli respondentek z Polski [15].

W Polsce szansę przeżycia pięciu lat ma nieco powyżej 40% kobiet chorych na raka piersi. Prawie dwukrotnie wyższy odsetek przeżyć 5-letnich uzyskiwany w Szwecji, Szwajcarii czy USA jest wynikiem szeroko rozwiniętej profilaktyki w tych krajach, zwłaszcza wtórnej, a nie stosowania bardziej skutecznych metod leczenia tego nowotworu. Tym większego znaczenia nabiera w naszym kraju problem profilaktyki zarówno pierwotnej, jak i wtórnej.

Tak więc wciąż istnieje zapotrzebowanie na wiedzę dotyczącą profilaktyki raka piersi, gdyż znajomość tematu wśród badanej populacji kobiet jest pobieżna. Dlatego też należy upowszechnić akcje edukacyjne promujące profilaktykę raka

sutka poprzez naukę samobadania piersi, dostarczenie wiedzy o czynnikach ryzyka oraz objawach sugerujących nowotwór.

Wnioski

1. Wiedza kobiet z zakresu profilaktyki raka piersi jest niewystarczająca.
2. Efektywna walka z rakiem piersi wymaga szeroko zakrojonych działań prewencyjnych, szczególnie ważne wydaje się przeprowadzanie programów edukacyjnych i profilaktycznych obejmujących wczesną diagnostykę raka piersi.
3. Oprócz szeroko prowadzonych akcji informacyjnych w mediach publicznych obowiązkiem pracowników służby zdrowia jest edukacja pacjentek w zakresie metod zmniejszających ryzyko wystąpienia raka piersi.

Piśmiennictwo

1. Uchman P., Stenek J., Sajdak S., Bręborowicz G.: Zmiany nowotworowe w gruczołach piersiowych [w:] Ginekologia – podręcznik dla położnych, pielęgniarek, fizjoterapeutów, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2003, s. 239–247.
2. Krzakowski M.: Onkologia kliniczna. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006, s. 1000.
3. Pieńkowski T.: Skryning nowotworów piersi [w:] Rejestracja nowotworów złośliwych. Zasady metody. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (red.), Wyd. Centrum Onkologii – Inst. im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2007, s. 114–121.
4. Szczygielska-Majewska M., Czerwińska J.: Rola pielęgniarki w profilaktyce raka piersi [w:] Postępy pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia Cz. XIII. Wołowicka L. (red.), Wyd. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 1998, s. 134–147.
5. Szczygielska-Majewska M., Czerwińska J.: Rola pielęgniarki w profilaktyce raka piersi [w:] Postępy pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia Cz. XIII. Wołowicka L. (red.), Wyd. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 1998, s. 134–147.
6. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2006 roku. Cancer In Poland in 2006. Warszawa, Centrum Onkologii 2008.
7. Nowicki A., Olszewska A., Humańska M.: Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji. Ginekol. Pol. 2007; 78 (4): 293–298.
8. Mika K. A.: Po odjęciu piersi. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2005, s. 97–98
9. Woźniak I.: Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych. Problemy Pielęgniarstwa 2008 (1,2): s. 137.
10. Mierzecki A., Godycki-Ćwirko M.: Zagadnienia profilaktyki i promocji zdrowia. Podręcznik metodyczny dla nauczycieli lekarzy rodzinnych. Łódź: Aksis; 2000.
11. Dworniak T.: Rak sutka – profilaktyka, Ginekologia. Nowa Klinika, 2002: 10, s. 535–536.

12. Jokić M.: Społeczne aspekty wczesnego wykrywania raka piersi po wprowadzeniu w Polsce skryningów populacyjnych. *Przeł. Epidemiologiczny* 2009;63: 445–449.
13. Synowiec – Piłat M.: Stan wiedzy i zachowania zdrowotne 40–50 letnich mieszkanek Wrocławia odnośnie raka piersi. *Ginekologia praktyczna* 2001, 59, 37.
14. Salih A. K., Fentiman I. S. Breast cancer prevention: present and future. *Cancer Treat Rev.* 2001; 27 (5): 261–273.
15. Gaworek P., Durka M., Borowiak E., Cieślak H.: Wiedza na temat samobadania piersi wśród kobiet mieszkających w Polsce i Nowej Zelandii. *Problemy pielęgniarstwa*. 2008; 12, s. 136–150.

Grażyna Kobus¹, Julia Sawicka¹, Katarzyna Łagoda¹,
Katarzyna Snarska¹, Hanna Bachórzewska-Gajewska^{1,2}

Dajmy szansę bliźniemu

„Człowiek jest wielki nie przez to, co ma,
nie przez to kim jest,
lecz przez to czym się dzieli z innymi”

Jan Paweł II

W Polsce upośledzoną czynność nerek stwierdza się u około 4 milionów ludzi, a schyłkową niewydolność, u 122 osób na milion. Pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek w celu utrzymania ich przy życiu muszą być podawani leczeniu nerkozastępczemu. Leczenie to obejmuje różne formy dializoterapii (hemodializa, dializa otrzewnowa), a także transplantację nerki. Ta ostatnia forma leczenia nerkozastępczego jest jedną z najbardziej pożądaných form. Stosowana jest ona w praktyce klinicznej od 60. lat XX wieku, choć dzieje transplantacji sięgają odległych czasów. W epoce renesansu transplantację podejmowano częściej, było to jednak z przyczyn głównie kosmetycznych, a nie leczniczych. W połowie czternastego wieku dwaj włoscy lekarze dokonali przeszczepów skóry. Wiadomo, że jeden z nich pobrał skórę z policzka niewolnika i przeszczepił ją bogatemu patrycjuszowi, aby uzupełnić ubytki nosa.

Druga połowa ubiegłego wieku doprowadziła do niesłychanego rozwoju transplantologii klinicznej. Pojawiła się wizja urzeczywistnienia odwiecznych marzeń człowieka, aby żyć dłużej.

Pierwszym narządem, który przeszczepiono u człowieka była nerka. Stało się tak z powodu prostej anatomii jej unaczynienia, łatwej oceny czynności (wydalanie moczu) oraz faktu, że jest to narząd parzysty. Pierwszą próbę przeszczepienia doświadczalnego nerek podjął się Ullman Emerich w roku 1902. Cztery lata później Jaboullay próbował przeszczepić nerki zwierzęce chorym z ostrą niewydolnością nerek, niestety bez powodzenia. Nie zdawał sobie jednak wówczas sprawy z odmiennego odczynu immunologicznego przy przeszczepie międzygatunkowym. W 1936 r. rosyjski chirurg, J. J. Voronoi, przeszczepił nerkę po-

¹ Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Klinka Kardiologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

braną od osoby zmarłej choremu z ostrą niewydolnością nerek. Narząd podjął czynność wydalniczą i funkcjonował przez kilka dni. W 1954 r. Joseph Murray w szpitalu Uniwersytetu Harvarda – Peter Bent Brigham and Women’s Hospital, przeprowadził pierwsze, zakończone powodzeniem przeszczepienie nerki u bliźniąt monozygotycznych. Otrzymał za to w 1999 r. nagrodę Nobla. Przeszczepy nerek od dawców żywych rozpoczęto w Bostonie w roku 1954. Dr Joseph E. Murray, przeszczepił pacjentowi nerkę brata bliźniaka. W Polsce zabieg ten wykonano po raz pierwszy w 1967 roku, w ośrodku warszawskim, nerka pochodziła od matki.

Obecnie przeszczepianie nerek, serca, wątroby, trzustki, płuc stanowi uznany sposób leczenia schyłkowej niewydolności tych narządów. Wszystko to stało się możliwe dzięki nowym technikom badania zgodności tkankowej, udoskonaleniu sposobów przechowywania narządów, wprowadzeniu nowych metod immunosupresji, wcześniejszemu rozpoznawaniu i skuteczniejszemu leczeniu procesu odrzucania, a także zapobieganiu i lepszemu leczeniu zakażeń. Przeszczepianie narządów przestało być osiągnięciem pojedynczych osób lub ośrodków. W wyniku ścisłej współpracy poszczególnych specjalistów – chirurgów, internistów, immunologów, bakteriologów i lekarzy innych specjalności, transplantacja narządów stała się powszechnie stosowaną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów.

Udana transplantacja nerki pozwala na poprawę jakości życia chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, umożliwia powrót do normalnej codziennej aktywności zawodowej. Dzieciom i osobom młodym daje szansę na prawidłowy rozwój, na ukończenie szkoły i rozpoczęcie aktywnego życia zawodowego. U kobiet przywraca normalny cykl hormonalny, co pozwala im nie tylko zająć w ciąży, ale także urodzić zdrowe dzieci. Dla większości chorych dializowanych transplantacja nerek to największa szansa na powrót do zdrowia i na powrót do aktywnego życia społecznego, rodzinnego i zawodowego. Ważnym aspektem przemawiającym za transplantacją są również koszty i obciążenia z budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia. Funkcjonowanie pacjentów z udaną transplantacją nerki w kolejnych latach pociąga za sobą wydatki z budżetu ochrony zdrowia połowę mniejsze niż dializoterapia. Przeszczepianie narządów stanowi bardzo szczególną formę leczenia. Poza chorym i lekarzem, który wykonuje zabieg potrzebny jest narząd pobrany od innego człowieka (żywego lub martwego), którego nazywamy dawcą.

W Polsce na przeszczep nerek czeka ponad 1500 osób (dane: Poltransplant, sierpień 2010). Czas, który upływa w naszym kraju od momentu wpisania na listę oczekujących na transplantację do samej operacji przekroczył już w Polsce trzy lata, a około 35% chorych czeka dłużej niż 5 lat. Dla wielu chorych to za długo – umierają, nie doczekując nowego narządu. Poprawić sytuację w naszym kraju można na dwa sposoby: zwiększając liczbę dawców, od których można pobrać narządy po śmierci oraz poprzez popularyzację przeszczepów rodzinnych.

Jak wynika z danych Poltransplantu na koniec listopada 2010 ok. 1400 chorych oczekiwało na przeszczepienie nerki i ok. 160 na przeszczep wątroby. Transplantacje rodzinne przeprowadza się głównie u dzieci. Łatwiej o dawców, bo organ oddają dziecku zwykle młodzi i zdrowi rodzice. Nerka to narząd parzysty i praca tylko jednej z powodzeniem wystarcza. Normalnie można żyć także bez części wątroby.

W 2009 roku przeszczepiono nerki łącznie 785 biorcom (20,6/1 mln mieszkańców). Tylko w 23 przypadkach nerki pochodziły od żywych dawców. Łącznie w roku 2009 wykonano 45 przeszczepień narządów od dawców żywych (w tym 22 przypadki to przeszczepienie fragmentu wątroby). Przeszczepienia te były wykonane w Centrum Zdrowia Dziecka. Większość przeszczepów rodzinnych to sytuacje, w których rodzice oddają nerkę lub fragment wątroby dziecku. Reasumując, przeszczepianie narządów od dawców żywych w roku 2009 stanowiło 3,4% przeszczepów. Również niewielki był odsetek pobrań narządów od dawców żywych z poprzednich lat, co przedstawia nam tabela 1.

Tabela 1. Przeszczepianie nerek i wątroby od dawców żywych w latach 2005–2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Nerki	29	18	22	20	23
Wątroba	13	20	18	21	22
Razem	42	38	40	41	45

Źródło: Biuletyn informacyjny Poltransplant, 1 (18) 2010.

Jak przyjrzymy się statystykom w innych krajach, to są one znacznie wyższe; np. w Norwegii przeszczepy rodzinne stanowią 45%, w Japonii pobiera się nerki wyłącznie od żywych dawców, w USA przeszczepia się więcej nerek od żywych niż od zmarłych, w Szwecji 20%. Pozyskiwanie dawców spokrewnionych jest wciąż mało wykorzystywane w naszym kraju. Mała liczba transplantacji rodzinnych wynika przede wszystkim z braku rozpowszechnienia informacji co do tej formy leczenia. Rodziny boją się oddać swój narząd potrzebującym, a chorzy krępują się o niego prosić swoich bliskich.

Dlaczego przeszczep rodzinny?

Wieloletnie doświadczenia wykazują, że przeszczep od żywego dawcy ma wiele zalet: skraca znacznie czas dializoterapii i czas oczekiwania na przeszczep, daje szansę na uniknięcie konieczności leczenia dializami w przypadku tzw. przeszczepienia wyprzedzającego. Ponadto przeszczep od żywego dawcy funkcjonuje lepiej i dłużej niż wówczas, gdy jest pobrany ze zwłok. Biorcy żyją z takim narządem przeciętnie o blisko połowę dłużej niż ci, którzy dostali narząd od

dawcy zmarłego. Średni czas dobrego funkcjonowania nerki od żyjącego dawcy to 14–15 lat, w porównaniu z 9 latami biorców nerek od dawców zmarłych. Kolejną zaletą jest skrócenie czasu niedokrwienia nerki. Biorca i dawca mają możliwość wybrania optymalnego czasu na zabieg, a więc są lepiej przygotowani. Następnym argumentem przemawiającym pozytywnie o przeszczepie od żywego dawcy jest fakt lepszego doboru immunologicznego. Biorca będzie wymagał mniej leków immunosupresyjnych.

Kto może zostać dawcą?

Aspekty prawne przeszczepiania nerek o dawców żywych w Polsce reguluje Ustawa Transplantacyjna nowelizowana w lipcu 2005 rozdział 3. Zgodnie z artykułem 12 tejże ustawy dawcą żywym może być krewny w linii prostej, rodzeństwo, osoba przysposobiona lub małżonek. Ustawa w artykule 13 dopuszcza także inne osoby do ubiegania się o tytuł dawcy żywego. Z tym, że osoby te wymagają dodatkowo zgody sądu rejonowego po uzyskaniu zgody Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej. Sąd właściwy dla miejsca zamieszkania dawcy wszczyna postępowanie na wniosek kandydata na dawcę po uzyskaniu:

1. Pisemnej zgody „biorcy” na pobranie narządu od tego dawcy,
2. Opinii Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej,
3. Opinii kierownika zespołu lekarskiego mającego dokonać przeszczepienia o zasadności i celowości wykonania zabiegu.

Niezwykle ważnym, podstawowym aspektem, który jest podkreślany w Ustawie jest pełna informacja o zabiegu, którą musi uzyskać zarówno kandydat na dawcę, jak i biorca. Zespół transplantacyjny musi bezwzględnie ocenić ryzyko zabiegu przede wszystkim dla dawcy. Jak czytamy w Ustawie, ryzyko nie może przekraczać granic dopuszczalnych dla tego rodzaju zabiegów. By móc to ocenić kandydat na dawcę przechodzi całą serię szczegółowych badań, które mają na celu przede wszystkim ocenić ryzyko zarówno wczesne, jak i późne dla dawcy, a w drugiej kolejności korzyści dla biorcy. Rodzinny dawca nerki musi być osobą pełnoletnią, osobą zdrową i musi wyrazić pisemną zgodę na pobranie nerki. Decyzja o oddaniu nerki powinna być podjęta bez presji otoczenia chorego. Jej motywem powinna być miłość i chęć ulżenia cierpieniom bliskiej osoby. Powinna mieć ona wyłącznie charakter altruistyczny. Przeszczepienie nerki od dawcy żywego może być przeprowadzone pod warunkiem spełnienia poniższych wymogów:

- ryzyko dla dawcy musi być małe
- dawca powinien być o nim w pełni poinformowany
- decyzja dawcy powinna być świadoma, nie może być podejmowana pod presją lub podyktowana możliwością finansowego zysku
- przeszczep powinien mieć dużą szansę powodzenia

Kto nie może zostać dawcą?

Dawcą nie może zostać osoba cierpiąca na wymienione poniżej schorzenia:

- choroby nerek oraz choroby ogólnoustrojowe, w przebiegu których dochodzi do uszkodzenia nerek
- nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość
- choroba nowotworowa
- ciężkie choroby sercowo-naczyniowe i choroby układu oddechowego
- inne ciężkie schorzenia
- zakażenie HIV
- wirusowe zapalenie wątroby typu B i C
- zaburzenia krzepnięcia
- zaburzenia psychiczne
- uzależnienie od narkotyków

Dawcą nie może zostać osoba spodziewająca się korzyści materialnej z faktu oddania nerki.

Osoba chcąca oddać nerkę swojej bliskiej osobie powinna zgłosić się do ośrodka nefrologicznego, transplantacyjnego lub do lekarza bezpośrednio opiekującego się osobą dializowaną w Stacji Dializ. Po uzyskaniu wstępnej zgody z obu stron: na oddanie nerki z jednej strony i chęci otrzymania tego narządu z drugiej. Następnym etapem jest ustalenie zgodności w zakresie grup krwi ABO pomiędzy dawcą a biorcą. Czynniki Rh nie ma znaczenia w doborze pomiędzy dawcą a biorcą. Ocena zgodności grup krwi umożliwia szybką eliminację osób, które nie mogą być dawcami. Przy ocenie zgodności grup krwi obowiązuje taka zasada, jak przy doborze krwi do jej przetoczeń, bez uwzględnienia zgodności w układzie Rh. Jeśli nie stwierdzono niezgodności w grupach ABO, wykonuje się próbę krzyżową, która ma na celu wykrycie w surowicy biorcy zależnych od dopełniacza przeciwciał limfocytotoksycznych, skierowanych przeciw antygenom potencjalnego dawcy. Ujemna próba krzyżowa uprawnia do kontynuowania dalszych badań, natomiast próba dodatnia uniemożliwia przeszczepienie narządu. Kolejnym etapem jest wykonanie badań podstawowych (badanie krwi, moczu, badanie oceniające funkcję nerek – klirens kreatyniny), badań specjalistycznych (Ekg, Usg jamy brzusznej, Rtg klatki piersiowej, badanie dna oka), badań immunologicznych, wirusologicznych, arteriografia tętnic nerkowych oraz badań psychologicznych. Dawcę, który nie przebył WZW typu B, należy zaszczepić przeciwko zakażeniu tym wirusem. Pełna diagnostyka ogólnego stanu zdrowia dawcy pozwala na wykrycie potencjalnego ryzyka zachorowania i dawca zostaje zdyskwalifikowany. Przy ocenie potencjalnego dawcy należy również uwzględnić jego stan psychiczny. Należy pamiętać o opiece psychologa i psychiatry, która będzie miała na celu poznanie psychiki dawcy oraz motywów jego działania.

Zabieg pobrania narządu stanowi już niewielkie, a w przypadku pobrania nerki wręcz minimalne zagrożenie dla zdrowia dawcy. W niezwykle rzadkich przypadkach może dojść do zgonu dawcy w czasie zabiegu operacyjnego. Ryzyko to jest oceniane na 0,03% i nie odbiega ono od ryzyka zgonu związanego np. z operacją wyrostka robaczkowego. Również ryzyko zachorowania na przewlekłą chorobę nerek jest niewielkie (0,23%) i jest ono podobne, jak w populacji ogólnej. Jedna nerka wystarcza do prawidłowego funkcjonowania ustroju. Jednym z częstych powikłań jest ból w okolicy po usuniętej nerce, który trwa tylko przez pierwsze kilka dni. Dawcy często mają obawy o swój stan zdrowia, odczuwają strach przed bólem, strach przed śmiercią, niepewność co do powrotu do pełnej sprawności fizycznej. Dawca już kilka godzin po operacji, może poruszać się w obrębie łóżka i usiąść, następnego dnia może wstać i chodzić. Zwykle dawca jest całkowicie sprawny ruchowo i samodzielny w 3–4 dobie po operacji. W okresie późniejszym po zabiegu, ok. 2–3 miesięcy (do czasu pełnego zagojenia głębszych warstw powłok brzusznych) dawca nie powinien wykonywać większych wysiłków fizycznych, wymagających zwiększonego napięcia mięśni brzucha i grzbietu, aby zapobiec powstaniu przepukliny pooperacyjnej. Czas ten jest krótszy (ok. 1 miesiąca) przy laparoskopowej metodzie pobrania nerki. Dawca nerki może wrócić do pracy i normalnej aktywności po około 5 tygodniach. Kobieta, która oddała nerkę, może zająć w ciążę i urodzić zdrowe dziecko.

Potencjalni dawcy często obawiają się, czy z jedną nerką można normalnie funkcjonować. Wieloletnie obserwacje transplantologów wykazały, że osoby zdrowe mogą żyć z jedną nerką tak samo długo, jak z dwiema, a jakość ich życia się nie pogarsza, a nawet żyją dłużej niż inni, bo by zostać dawcą, trzeba cieszyć się doskonałym zdrowiem. Wynika to z faktu, że są to ludzie dokładnie przebadani i zdrowi. Nie bez znaczenia jest również fakt przebywania pod stałą kontrolą lekarską i szybkiego rozpoznawania chorób i ich leczenia. Człowiek, który oddał nerkę swojemu bliskiemu inaczej docenia wartość życia i zdrowia, zaczyna prowadzić higieniczny tryb życia, rzuca palenie, utrzymuje prawidłową dietę i wagę, pozostaje pod stałą kontrolą lekarza. Tak więc oddanie nerki nie tylko wpływa na stan zdrowia, ale też zwiększa szansę na długie, szczęśliwe życie, zacieśnia więź uczuciową z biorcą nerki, daje poczucie spełnienia i radości, co ma również niewątpliwy wpływ na stan zdrowia fizycznego. Dawca nerki powinien pozostawać pod kontrolą Poradni Nefrologicznej celem prowadzenia długotrwałej obserwacji. Obserwacja dawcy powinna trwać całe jego życie. W czasie wizyt kontrolnych, które powinny odbywać się raz w roku, należy kontrolować ciśnienie tętnicze krwi, oznaczać parametry funkcji nerki oraz wykonywać badanie ogólne moczu i posiew moczu.

Przeszczepianie nerek od dawców rodzinnych w wielu krajach zachodnich jest powszechnie stosowaną metodą, lecz w Polsce jest działaniem margineso-

wym. A przecież stanowi ona szansę „nowego” życia dla tych, którzy byli skazani na nieuchronną śmierć.

Mała liczba transplantacji rodzinnych wynika przede wszystkim z braku rozpowszechnienia informacji co do tej formy leczenia. Dlatego też w roku 2009 została zainicjowana kampania promująca przeszczepy rodzinne „Bliscy sobie”. Ma ona na celu edukację pacjentów leczonych w poradniach nefrologicznych i dializowanych w stacjach dializ, dla ich rodzin oraz personelu medycznego na temat przeszczepów rodzinnych.

O pozytywnym aspekcie przeszczepów rodzinnych mówił także Papież Jan Paweł II podczas XVIII Międzynarodowego Kongresu Transplantologicznego w 2000 r.: „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 drugiego człowieka. Na tym właśnie polega szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości”. Jak również w encyklice *Evangelium vitae*. „Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei”. Słowa papieża są chyba najdalej idącą i najbardziej entuzjastyczną oceną terapii transplantacyjnej z teologicznego punktu widzenia. Ta forma leczenia jest nierozłączna z ludzkim aktem darowania. Akt przeszczepu stwarza dawcy możliwość tego prostego daru z siebie, który wyraża nasze podstawowe powołanie do miłości. Ofiarowanie jakiejś części swojego ciała jest aktem wielkiej miłości, tej miłości, która daje życie dla innych.

Piśmiennictwo

1. Dębska-Ślizień A., Rutkowski B.: Podstawy przeszczepiania nerek od żywych dawców. Praktyczny przewodnik kliniczny. Wydawnictwo Medyczne Makmed 2003.
2. Rowińska D.: Przeszczepianie nerek od dawców rodzinnych [w:] Rutkowski B. Dializoterapia w codziennej praktyce. Wydawnictwo Medyczne Makmed 1996.
3. Rowiński W.: Aspekty prawne przeszczepiania narządów w Polsce. Historia, stan obecny i perspektywy. [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red). PZWL Warszawa, 2004, 60–64.
4. Jan Paweł II: Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II, *Evangelium vitae*, par. 86 Wyd. Znak Kraków 1996, s. 958.
5. Dębska-Ślizień A., Rutkowski B.: Transplantacja – nowe życie. Informacje dla rodzin pacjentów z niewydolnością nerek. Wydanie IV, Gdańsk 2007.
6. Dz.U. Nr 138 poz. 682.
7. Dz. U. 169 poz. 1411.
8. Rowiński W., Wałaszewski J., Safjan D., Safjan M.: Problemy etyczno-obyczajowe przeszczepiania narządów. [w:] Transplantologia kliniczna, Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.), PZWL Warszawa, 2004, 307–312.

9. Antoszkiewicz K., Czerwieński J., Malanowski P. Przeszczepianie narządów od dawców żywych [w:] Biuletyn informacyjny Poltransplant, 1 (18) 2010.
10. www.poltransplant.pl, pobrano 12.12.2010.
11. Rowiński W.: Historia medycyny transplantacyjnej [W:] Transplantologia kliniczna, pod red. Rowińskiego W., Wałaszewskiego J., Pączka L. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 21, 23, 26.
12. Brzeziński T.: Historia medycyny, Warszawa 1995, 12, 13.

Spis treści

Problemy bioetyczne w medycynie

Ks. Bogusław Block fDP, Iwona Niewiadomska – <i>Dynamika wewnętrznej walki zmagającego się z rakiem Hioba XXI wieku – analiza psychologiczna</i>	13
Ks. Józef Zabielski – <i>Norma personalistyczna jako aksjologiczny imperatyw bioetyki</i>	23
Ks. Adam Skreczko – <i>Eutanazja jako fałszywe miłosierdzie</i>	37
Katarzyna Beata Głodowska, Jan Głodowski – <i>Eugenika jako podstawa eutanazji w narodowym socjalizmie</i>	47
Marta Szabat – <i>Uwagi o naturze bólu i cierpienia</i>	55
Jan Iwaszczyszyn, Anna Kliś-Kalinowska, Izabela Chmiel, Janusz Czekaj – <i>Rola filozofii dialogu w poznaniu chorego</i>	65
Emilia Rozwadowska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Krystyna Kowalczuk, Jolanta Lewko, Hanna Rolka, Anna Baranowska, Katarzyna Kaniewska, Ewa Kropiwnicka, Ewa Wiśniewska, Emilia Wiśniewska – <i>Eksperyment medyczny na ludziach w świetle prawa</i>	73
Hanna Rolka, Krystyna Klimaszewska, Barbara Jankowiak, Elżbieta Affek, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Krystyna Kowalczuk, Dorota Kondzior – <i>Opinia społeczeństwa polskiego dotycząca zaprzestania działań w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej</i>	81
Jerzy T. Marcinkowski, Hanna Wiśniewska-Śliwińska – <i>Badania nad możliwościami poprawy postaw Polaków wobec transplantacji tkanek i narządów – realizacja przesłania życiodajnej śmierci</i>	91
Barbara Jankowiak, Hanna Rolka, Krystyna Klimaszewska, Helena Mroczkowska, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Krystyna Kowalczuk, Dorota Kondzior – <i>Opinia społeczeństwa polskiego na temat przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych</i>	105

Krystyna Klimaszewska, Hanna Rolka, Urszula Falkowska, Barbara Jankowiak, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Krystyna Kowalczyk, Dorota Kondzior – <i>Etyczne dylematy związane z pobieraniem narządów dla celów transplantologii w opinii pielęgniarek</i>	117
--	-----

Problemy wielokulturowości w medycynie

Antygona Chadzopulu, Elżbieta Krajewska-Kułak, Irena Wrońska, Eleni Theodosopoulou, Wasilios Joannidis, Elisabet Filippidou, Anastasia Topalidou, Ioannis Adraniotis – <i>Spotkania żywych ze zmarłymi w Nekromantion</i> ..	133
Teresa Paszek, Zofia Sienkiewicz, Anna Leńczuk-Gruba, Irena Wrońska, Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki – <i>Kult zmarłych i związane z nim obrzędy pogrzebowe</i>	157
Elżbieta Krajewska-Kułak, Krystyna Wróblewska, Paweł Radziejewski, Agnieszka Sobocińska, Joanna Chilińska, Marian Jaszewski, Hanna Majewska, Jan Bajno, Romuald Krynicki – <i>Postawy chorych wobec przesądów i zabobonów</i>	169
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Elżbieta Krajewska-Kułak, Cecylia Łukaszuk, Jolanta Lewko, Matylda Sierakowska, Krystyna Kowalczyk – <i>Wspomnienia z Nigerii. Medycyna tropikalna w praktyce</i>	183
Lena Kozłowska, Karolina Pietruk, Katarzyna Pawłowska, Bogumiła Pawelczyk – <i>„Jeevodaya – dom nadziei dla trędowatych”</i>	199
Agnieszka Kułak, Bożena Okurowska-Zawada, Piotr Kułak – <i>Postrzeżanie innych narodów i kultur przez studentów kierunku fizjoterapia. Doniesienie wstępne</i>	205
Małgorzata Stachowicz, Zofia Sienkiewicz, Irena Wrońska – <i>Śmierć i umieranie w wybranych religiach świata</i>	223
Agnieszka Anna Mazur – <i>Religie świata – śmierć i cierpienie w Islamie</i>	263
Marta Paniczko, Ewelina Pietrasiuk, Agata Kulikowska, Iwona Jarocka, Sławomir Lech Czaban – <i>Religia jako czynnik kształtujący poglądy mieszkańców województwa podlaskiego wobec śmierci i umierania – doniesienie wstępne</i>	283
Jerzy T. Marcinkowski, Anna Bajek, Irena Galewska – <i>O konieczności właściwego kształtowania relacji pacjent – personel medyczny, na przykładzie Świadców Jehowy</i>	295
Ewelina Pietrasiuk, Marta Paniczko, Agata Kulikowska, Iwona Jarocka, Sławomir Lech Czaban – <i>Opinie mieszkańców Podlasia dotyczące transplantacji narządów – w aspekcie wielokulturowości regionu. Doniesienie wstępne</i>	303

Joanna Romanowska, Barbara Turko, Weronika Porowska, Urszula Skiepmo, Emilia Rozwadowska, Elżbieta Krajewska-Kuśak – <i>Terapie Wschodu w medycynie naturalnej – akupunktura</i>	315
--	-----

Zagrożenia zawodowe

Elżbieta Krajewska-Kuśak, Cecylia Regina Łukaszuk, Hanna Rolka, Tadeusz Makarowski, Bogumiła Kraszyńska – <i>Wpływ zanieczyszczeń powietrza na zdrowie ludzi</i>	335
Krystyna Kowalczyk, Barbara Jankowiak, Hanna Rolka, Elżbieta Krajewska-Kuśak, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Krystyna Klimaszewska, Emilia Rozwadowska, Dorota Kondzior, Beata Kowalewska – <i>Stres zawodowy w pracy pielęgniarek i położnych na terenie województwa podlaskiego</i>	353
Barbara Jankowiak, Hanna Rolka, Elżbieta Krajewska-Kuśak, Krystyna Klimaszewska, Tadeusz Oleszczuk, Krystyna Kowalczyk, Dorota Kondzior, Beata Kowalewska – <i>Wypalenie zawodowe a funkcjonowanie społeczne wśród położnych</i>	361
Wojciech Kuśak, Dorota Kondzior – <i>Objawy zespołu depresyjnego u pacjentów czynnych zawodowo z dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego</i> ..	371

Edukacja/edukacja zdrowotna

Zbigniew Rudnicki – <i>O zapomnianej kategorii ars moriendi z pedagogicznej perspektywy</i>	385
Andrzej Guzowski – <i>Pedagogika Nadziei – czyli w kręgu rozważań eschatologicznych księdza profesora Wacława Hryniewicza</i>	391
Elżbieta Krajewska-Kuśak, Cecylia Regina Łukaszuk, Jolanta Lewko, Katarzyna Van Dame-Ostapowicz, Agnieszka Lankau, Andrzej Guzowski, Emilia Rozwadowska, Krystyna Kowalczyk, Barbara Jankowiak, Hanna Rolka, Krystyna Klimaszewska, Dorota Kondzior, Anna Baranowska, Beata Kowalewska, Matylda Sierakowska, Katarzyna Krajewska-Ferishah, Agnieszka Szyszko-Perłowska, Magdalena Anna Kulmaczewska – <i>Postrzeżanie roli pielęgniarki w edukacji wybranych grup społecznych</i>	405
Jolanta Czajkowska-Fesio, Andrzej Kurylak – <i>Wpływ choroby nowotworowej na przebieg edukacji szkolnej – doniesienia wstępne</i>	413

Jolanta Lewko, Agnieszka Sycewicz, Elżbieta Krajewska-Kułak, Matylda Sierakowska, Cecylia Łukaszuk, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Krystyna Kowalczyk, Emilia Rozwadowska – <i>Poziom samokontroli i samoopieki oraz zapotrzebowanie na edukację w zakresie pielęgnacji skóry stóp u pacjentów z cukrzycą</i>	423
Bożena Kirpsza, Bogumiła Fijałek, Regina Sierżantowicz, Lech Trochimiowicz, Jerzy Robert Ładny – <i>Stan wiedzy i postaw kobiet wobec profilaktyki raka piersi</i>	435
Grażyna Kobus, Julia Sawicka, Katarzyna Łagoda, Katarzyna Snarska, Hanna Bachórzewska-Gajewska – <i>Dajmy szansę bliźniemu</i>	445

Numer główny: ISBN 978-83-89934-14-7

Numer VIII tomu: ISBN 978-83-89934-66-6