

W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Cecylii Reginy Łukaszuk

Jolanty Lewko

Wojciecha Kułak

Tom XIV

W drodze do brzegu życia

Tom XIV

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

W drodze do brzegu życia

Tom XIII

**Praca zbiorowa pod redakcją
Prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak
Dr n. med. Cecylii Reginy Łukaszuk
Dr hab. n. o zdrowiu Jolanty Lewko
Prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kulaka**

Białystok 2016

Recenzenci monografii

Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska
Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

Dr hab. Elżbieta Grochans
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Recenzenci rozdziałów:

Baranowska Anna, Cybulski Mateusz, Guzowski Andrzej, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kondzior Dorota, Kowalczyk Krystyna, Kowalewska Beata, Krajewska-Kułak Elżbieta, Kułak Wojciech, Lankau Agnieszka, Lewko Jolanta, Łukaszuk Cecylia, Rolka Hanna, Sarnacka Emilia, Sierakowska Matylda, Van Damme–Ostapowicz Katarzyna

ISBN- 978-83-937785-9-1

Wydanie I
Białystok 2016

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

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



**Nie da się uciec od myślenia o własnej śmierci, będąc śmiertelnie chorym.
Zresztą ze śmierci trzeba żartować,
bo gdyby śmierć była śmiertelnie poważna, to by nas zabiła**
Ks. Jan Kaczkowski

Szanowni Państwo

Monografia jest tradycyjnie próbą stworzenia przedstawicielom różnych dziedzin nauki i sztuki okazji do dialogu o umieraniu i śmierci, do poznania na ten temat opinii lekarza i filozofa, psychologa, etyka i socjologa, duchownego i artysty, dziennikarza, pielęgniarki i położnej.

W rozdziale - Etyka, humanizm, medycyna - poruszone zostały tematy dotyczące pacjenta i jego rodziny oraz rozlicznych dylematów etycznych, prawnych i społecznych, z jakimi na co dzień spotykają się pracownicy ochrony zdrowia.

W kolejnym - Problemy opieki paliatywnej/hospicyjnej - podjęto tematykę interdyscyplinarnych wyzwań opieki paliatywnej, pamiętając słowa dr Cicely Saunders skierowane do chorych terminalnie: *„Jesteś ważny, bo Ty, to Ty. Jesteś ważny do ostatniej chwili swojego życia i zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko, aby Ci pomóc spokojnie odejść, ale także byś żył w pełni, aż do końca”*.

Medykalizacja życia, instrumentalne, przedmiotowe podejście do człowieka zdehumanizowała bowiem umieranie, alienując osoby w nim uczestniczące – tych, którzy odchodzą i tych, którzy towarzyszą umieraniu, a później zostają sami, a przecież jak mawiał Św. Ojciec Pio *„Jeśli do łóżka chorego nie zanieiecie miłości, na nic zda się cała farmakologia”*

W innym rozdziale - Tanatoedukacja - starano się znaleźć miejsce tanatoedukacji, przedyskutować kwestie związane z okresem żałoby i osierocenia, bo *„To bowiem, co widzialne, przemija, to zaś, co niewidzialne, trwa wiecznie”* (2 Kor 4, 18).

W kolejnym rozdziale poruszono tematy najbardziej dramatyczne i intymne, w tym związane z definicją śmierci, eutanazją, poronieniem, narodzeniem dziecka martwego.... Albert Schweitzer (*Animals and Christianity*) uważa bowiem, że *„Jest rzeczą dobrą podtrzymywać i wspierać życie – jest rzeczą złą niszczenie bądź hamowanie jego woli”*.

Jeden z rozdziałów - Śmierć społeczna - pokazuje, iż śmierć dotyczy nie tylko tych, którzy są ciężko chorzy, ale także osób starszych, chorych psychicznie, niepełnosprawnych, z upośledzeniami genetycznymi i tych, którzy są po prostu bezdomni i za życia już traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli. Antoni Kępiński uważał bowiem, że *„Wykluczenie ze świata społecznego, śmierć społeczna równa się dla człowieka śmierci biologicznej”*.

Ostatni rozdział przybliży zadania pracowników ochrony zdrowia w zwalczaniu dyskryminacji, stygmatyzacji, agresji i uzależnień, ponieważ jak twierdził Ernest Hemingway: *„Każdy powinien mieć kogoś, z kim mógłby szczerze pomówić, bo choćby człowiek był nie wiadomo jak dzielny, czasami czuje się bardzo samotny.”*

Mamy nadzieję, że poszczególne rozdziały monografii stworzą okazję do refleksji nad życiem i przemijaniem, a także nad tym, jak wiele znaczy nasze serce w opiece nad pacjentami, w myśl słów Elizabeth Kübler-Ross - *„Największym darem jaki otrzymałam od swych pacjentów, było zrozumienie, że istnieje coś więcej niż same lekarstwa. Coś poza ścisłą wiedzą medyczną. Troską i miłością można uzdrowić wielu cierpiących ludzi. Nie chcę przez to powiedzieć, że wiedza medyczna nie jest potrzebna, lecz sama tylko wiedza nikomu nie pomoże. Nie pomożecie ani jednemu człowiekowi, jeśli nie zaangażujecie przy tym głowy, serca i duszy. W mojej pracy z pacjentami nauczyłam się że niezależnie od tego czy są to schizofrenicy, czy niedorozwinięci umysłowo, czy po prostu umierający, że ich życie ma swój cel. Wszyscy oni nie tylko mogą się od Was uczyć, od Was otrzymywać pomoc, ale mogą też stać się Waszymi nauczycielami”*.

Redaktorzy podręcznika

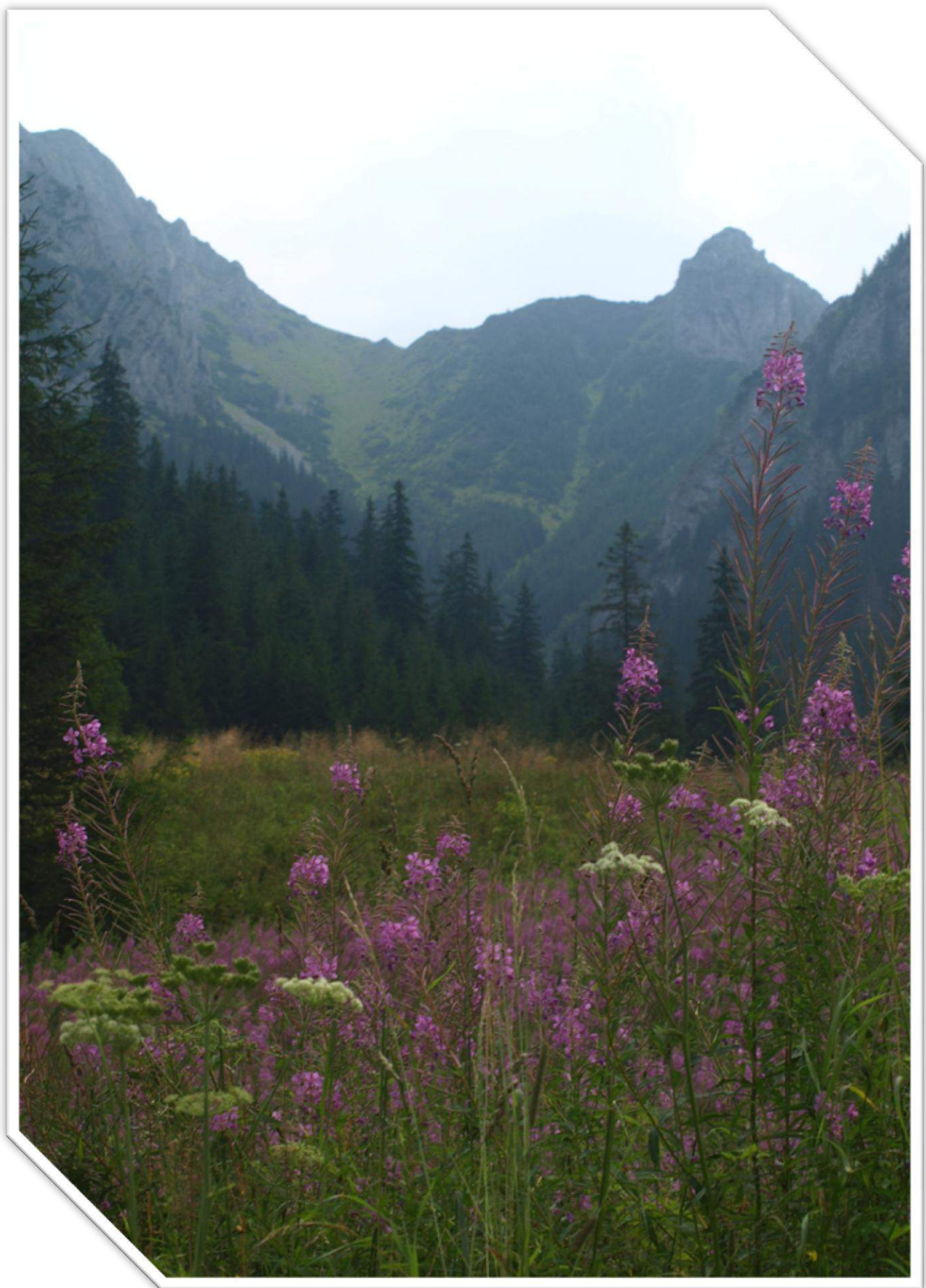
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Dr n. med. Cecylia R. Łukaszuk

Dr hab n.o zdrowiou Jolanta Lewko

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kulak

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYNA



Główne filozoficzne sposoby radzenia sobie ze śmiercią

Breczko Jacek

Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Filozofowie mieli różny stosunek do śmierci. Składała się nań zarówno ich indywidualna „konstrukcja psychiczna” (jedni byli bardziej wrażliwi i bojaźliwi, inni mniej), jak też ich „konstrukcja teoretyczna”, wizja świata, czyli – krótko mówiąc – ich filozofia. Zdarzały się przypadki skrajne, kiedy to emocjonalny stosunek do śmierci kształtował wizję świata. Taki był, szczególnie przejmujący, przypadek Kierkegaarda, który obsesyjnie obawiał się śmierci w młodym wieku, co traktował jako fatum – karę za śmiertelny grzech ojca (który miał jakoby w młodości przekląć Boga). Był dzieckiem najmłodszym i widział, jak po kolei umierają jego bracia i siostry (a miał szóstkę rodzeństwa). Groza rychłej śmierci – niczym nóż Abrahama zawisający nad Izaakiem – była najpewniej jednym z głównych źródeł (i katalizatorów) jego filozofowania. Warto też wspomnieć polskiego filozofa, Tadeusza Juliusza Krońskiego, który tak bardzo obawiał się śmierci w młodym wieku, że nie czytał książek filozofów, którzy umarli młodo i zabraniał sobie o nich myśleć, aby „nie drażnić losu”. Ową zabobonność łączył – nawiasem mówiąc – z wyznawaniem heglizmu w wersji marksistowskiej (a zatem filozofii racjonalistycznej, jak najdalszej od dostrzegania związku między długością życia pisarza i długością życia czytelnika); co więcej, i co ciekawe łączył ów swoisty marksizm z głęboką wiarą w nieśmiertelność duszy, co również nie pasowało do wyznawanej filozofii oraz wpływało – wolno domniemywać – z lęku przed śmiercią. Odnotujmy, że zmarł nagle, na zawał serca, w wieku lat 48. To jednak przypadki skrajne i nie one nas będą w tej pracy interesowały.

Chciałbym bowiem zająć się relacją odwrotną; w jaki sposób odmienne filozoficzne konstrukcje teoretyczne, odmienne filozoficzne wizje świata, „naświatlają” śmierć. Spróbuję, innymi słowy, umieścić różne poglądy na temat śmierci – a szczególnie różne sposoby radzenia sobie z lękiem przed nią – na tle głównych filozoficznych opcji: ontologicznego i antropologicznego naturalizmu, ontologicznego i antropologicznego anty-naturalizmu, wariantu mieszanego oraz monizmu spirytualistycznego. Już na wstępie warto zasygnalizować zasadniczy podział wśród filozofów; otóż jedni (zwykle naturaliści) uważają, że mądrość polega na tym,

żeby o śmierci nie myśleć; inni (zwykle anty-naturaliści) uważają, że istotą mądrości jest „ćwiczenie się w umieraniu” - („do ludzi wydaje się nie docierać świadomość, iż ci, którym zdarzyło się prawdziwie poświęcić filozofii nie zajmują się niczym innym, jak umieraniem i śmiercią” [1]). Rzec więc można, że śmierć podzieliła filozofów na dwa zdecydowanie odmienne – a nawet wrogie – obozy. Myślowe rozdroże (prowadzące do owych dwóch obozów) pojawia się już w słynnym passusie platońskiego Sokratesa, który – zastanawiając się dlaczego Daimonion nie protestował, kiedy on w czasie procesu prowokował sędziów, wymuszając wręcz wyrok śmierci – powiada:

„Otóż jednym z dwóch jest śmierć. Bo albo tam niejako nic nie ma i człowiek po śmierci nawet wrażeń żadnych nie odbiera od niczego, albo jest to, jak mówią, przeobrażenie jakieś i przeprowadzka duszy stąd na inne miejsce. Jeśli to brak wrażeń, jeśli to coś jak sen, kiedy ktoś śpiąc — nawet widziadeł sennych nie ogląda żadnych, toż przedziwnym zyskiem byłaby śmierć. Bo zdaje mi się, że gdyby ktoś miał wybrać w myśli taką noc, w której tak twardo zasnął, że nawet mu się nic nie śniło i inne noce, i dni własnego życia miał z nią zestawić i zastanowiwszy się powiedzieć, ile też dni i nocy przeżył lepiej i przyjemniej od tamtej, to myślę, że nie jakiś prywatny człowiek, ale nawet Wielki Król znalazłby, że na palcach policzyć by je można w porównaniu do tamtych innych dni i nocy. Więc jeżeli śmierć jest czymś w tym rodzaju, to ja ją mam za czysty zysk. Toż wtedy cały czas nie wydaje się ani odrobinę dłuższy niż jedna noc. Jeżeli zaś śmierć to niby przesiedlenie się duszy stąd na inne miejsce i jeżeli to prawda, co mówią, że tam są wszyscy umarli, to jakież może być większe dobro ponad nią [2].

Antynaturalizm ontologiczny i antropologiczny (dualizm)

Starożytni Grecy wierzyli w życie pozagrobowe. Nie były to jednak wierzenia pogodne; przeciwnie, przypominały rodzaj skomplikowanego, wielowątkowego sennego koszmaru, z mrocznym Hadesem i jego potwornym odgałęzieniem, Tartarem, w rolach głównych (Pomijam „Pola Elizejskie”, czy najlepiej oświetlona część mrocznych podziemi. Logika sennego koszmaru, kształtująca wyobrażenia życia pozagrobowego, nie była zresztą specjalnością Greków, ale pojawiała się w różnych religiach i kulturach. Być może dlatego, że naszych zmarłych przodków możemy spotykać tylko w snach, które nierzadko zamieniają się w koszmary). Filozofia – w pierwszych wiekach swojej historii – musiała się w tymi wyobrażeniami zmierzyć. Jest pogląd, że jednym z głównych celów greckiej filozofii była walka z wyobraze-

niem *fatum* (miała ona zatem leczyć z dosłownie pojętego „kompleksu Edypa”). Wydaje się, że celem niemniej ważnym była walka z przerażającym obrazem zaświatów. Filozofia była zatem latarnią usiłującą rozprościć mroki Hadesu. W pierwszym szeregu tej walki (pozwolę sobie na militarną metaforę) stanął Platon.

Platon – podobnie jak jego przodek Solon – miał rozległe plany reform; chciał nie tylko zreformować ustroj polityczny, ale też zreformować kulturę i religię grecką; pragnął oczyścić ją z ponurych wyobrażeń i negatywnych cech przypisywanych bogom, a szczególnie przypadków, kiedy młodszy bogowie nie okazywali posłuszeństwa starszym bogom; w ten sposób na przykład Kronos przestałby być ojcobójcą i dzieciobójcą, a stałby się dobrym Bogiem. Reforma obejmowała również wyobrażenia o życiu pośmiertnym i łączyła się z główną filozoficzną koncepcją Platona; mianowicie z dualizmem ontologicznym i antropologicznym, który był pierwszym w dziejach filozofii wyrazistym antynaturalizmem.

Świat nie ogranicza się do natury, przyrody, a człowiek to nie tylko myślące zwierzę.

Poza przyrodą istnieje inny świat (świat obiektywnie istniejących idei), modelowy, wzorcowy, odwieczny i niezniszczalny, dobry i niezmienny, a zatem doskonały; na jego szczycie znajduje się czyste dobro, które niczym nad-słońce oświeśla swoim blaskiem i nadaje sens owemu doskonałemu światu. W człowieku zaś znajduje się część owego świata, zwana duszą, która jest fundamentem tego, co w człowieku najważniejsze: jaźni i poczucia tożsamości. Prawdziwą ojczyzną człowieka nie jest zatem ten świat, natura i przyroda, ale ów świat wyższy i doskonały; człowiek z niego pochodzi oraz do niego – wcześniej czy później – wróci; wróci zatem do ojczyzny. Nie istnieje więc „solidny”, podziemny Hades, do którego człowiek trafia po śmierci na zawsze. Hadesem – rodzajem pieczary – jest właściwie „ten świat”; będący coraz bardziej psującą się kopią świata modelowego. Człowiek nie powinien tedy lękać się śmierci, bo jest ona wyzwoleniem i powrotem do prawdziwego domu. Warto w tym miejscu przypomnieć ostatnie słowa Sokratesa przed śmiercią, które – rzecz szczególna – były żartem: „*Kritonie, jesteś winni Asklepiosowi koguta. Nie zapomnij spłacić tego długu*” [1]. Grecy dawali koguta Asklepiosowi, gdy wyleczyli się z jakiejś choroby. Sokrates obwieścił zatem, że wyleczył się właśnie z choroby życia; śmierć jest zatem ozdrowieniem, powrotem do życia zdrowego i prawdziwego. Nie w dół i w mrok, ale w górę, ku jasności. Platon konstruuje zatem nową wizję życia pozagrobowego; powstaje platońskie „niebo idei”.

Należy wszakże pamiętać, że Platon uważał (również ze względów wychowawczych), iż nie wystarczy przekonanie, że dobro popłaca, a zło szkodzi – czyli że ludzie sprawiedliwi i pobożni otrzymują ostatecznie swoją zapłatę i cieszą się szacunkiem, zaś niesprawiedliwi

popadają w niesławę – ale że trzeba to wzmocnić wizją nagrody i kary pośmiertnej. Droga „duszy do domu” okazuje się więc nie być prosta; może być pełna cierpień, błędzenia oraz reinkarnacyjnych powtórek. Platon – w kilku przypowieściach – konkretyzuje przekonanie „iż jest coś, co czeka zmarłych, coś, jak od dawna się mówi, znacznie lepszego dla dobrych niż dla złych” [1]. Tworzy w ten sposób różne mity o dziejach pośmiertnych duszy. Najsilniej, jak się zdaje, oddziałała opowieść o Erze, z dialogu, który był zarazem projektem doskonałego państwa. Stąd – jak miemam – po części dydaktyczne, „propagandowe”, a nie tylko „prawdziwościowe” przesłanie owego mitu [3].

Oto po śmierci dusze trafiają w miejsce sądu. Po osądzeniu dusze sprawiedliwe udają się w górę, gdzie otrzymują nagrodę (niejako luksusowe wczasy); dusze złe są zmuszone udać się w dół, gdzie odbywają karę (rodzaj pośmiertnego więzienia). Ani jednak wczasy, ani więzienie nie trwa wiecznie: kończy się nagroda i kończy się kara; i dusze znowu muszą po części wylosować, a po części wybrać (w ogólnych zarysach) nowe życie; piją na koniec z rzeki zapomnienia i ponownie się wcielają, czyli wracają do „naszego świata”. Czas każdej duszy nie jest jednak – wolno podejrzewać – czasem kolistym, czyli kręceniem się kółko, ale, w dłuższej perspektywie, ruchem spiralnym i wznoszącym; na szczycie zaś – powtórzmy – znajduje się „dom”, „ojczyzna”, niebo idei. W ten sposób można próbować ratować spójność platońskiej filozofii. Problem ten można bowiem ująć na szerszym planie. Badacze dostrzegają w systemie Platona pewną sprzeczność: teoria idei, zespolona z koncepcją duszy, wywyższa jednostkę i świadomość jednostkową, czyniąc z niej niezmienny i nieśmiertelny podmiot uwięziony w ulotnym ciele, z drugiej strony – w swoich koncepcjach politycznych – Platon traktuje ten podmiot jako sługę państwa, czysto instrumentalnie. Człowiek-anioł ma więc być śrubką w państwowej maszynie. Koncepcja wyzwolenia człowieka z lęku przed Hadesem wydaje się być po stronie „podmiotowej” (wywyższenia człowieka), natomiast koncepcja „przejściowego Hadesu” wydaje się być po stronie „państwowej” (instrumentalnego traktowania człowieka i stosowania przez rządzących „zdrowego kłamstwa”).

Mijają wieki. Z judaizmu wyłania się chrześcijaństwo. Jezus naucza, że jego królestwo „nie jest z tego świata”, pojawia się również w jego nauczaniu wizja „Domu Ojca”. Cóż jednak znaczy „nie z tego świata” oraz gdzie jest ów „Dom Ojca”. Nie jest na Ziemi, to oczywiste, ale może jest na innej planecie? Taka interpretacja została odrzucona i teologowie posłużyli się dualistycznym schematem platońskim: poza przyrodą-naturą istnieje inny świat, odwieczny i doskonały. W ten sposób „Dom Ojca” otrzymał „adres metafizyczny”. Jezus nauczał wszakże – nawiązując do wyobrażeń judaizmu (kwestia życia pozagrobowego, piekła i

nieba nie była w judaizmie rozstrzygnięta w sposób jednoznaczny. Tradycyjny, konserwatywny judaizm – podobno w wyniku „urazu” po niewoli egipskiej – odrzucał wiarę w życie pozagrobowe (religia Egipcjan była bowiem skoncentrowana na życiu pozagrobowym). Aktywność Jahwe ograniczała się więc do sojuszu z Narodem Wybranym w doczesności. Byli też wyznawcy poglądu, że po śmierci wszyscy – i dobrzy, i źli – trafią do sheolu i tam czekać będą na misję Mesjasza. Reformatorzy judaizmu, między innymi faryzeusze, wprowadzają jednak wiarę w życie pozagrobowe, zróżnicowane na niebo i sheol. Jezus należy do reformatorów – że poza „Domem Ojca” jest też gehenna (sheol, otchłań) i tam trafiają grzesznicy na wieczne męki (lepiej odciąć sobie kończynę, jeżeli jest ona przyczyną grzechu, niżli tam trafić).

Wczesnochrześcijańskie wyobrażenia o życiu pozagrobowym są więc mieszaniną nadziei i przerażenia. W bożym Królestwie, w „Domu Ojca”, jest mieszkań wiele, ale nie trafia tam ani ochrzczeni grzesznicy, ani – najpewniej – również wszyscy nieochrzczeni. I w tym przypadku wkracza filozofia, próbując „wygasić” to przerażenie. Otóż w II wieku na chrześcijaństwo zaczynają nawracać się wykształceni Grecy (szczególnie w Aleksandrii). Próbują oni pogodzić nową wiarę z filozofią (przeważali wśród nich platonicy). Uważają, że nie można połączyć wiary w chrześcijańskiego Boga, który jest miłością, z wizją wiecznego potępienia, czyli z pogańską wizją „Tartaru”. Miłosierny Bóg nie mógłby skazywać ludzi (a nawet demonów) na wieczne tortury. Najwybitniejsi spośród nich, zwani „Ojcami Wschodnimi” – między innymi Maksym Wyznawca, Grzegorz z Nyssy i, najbardziej wpływowy, Orygenes – zaczynają głosić tak zwaną apokatastazę. Słowo to pojawia się tylko raz w Nowym Testamencie; św. Piotr mówi o „*apokastatis panton*”, czyli o „odnowieniu wszystkich rzeczy”. Ojcowie Wschodni czynią z tego wielką doktrynę, która ma zarówno aspekt metafizyczny, jak i etyczny. W aspekcie metafizycznym – opartym na emanacyjnej filozofii neoplatońskiej – wszystko wypłynęło z czystego boskiego źródła i po okresie zanieczyszczenia i stopniowego oczyszczania powróci do owego źródła. W aspekcie etycznym – który nas w tym miejscu szczególnie interesuje – pojawia się wizja ostatecznego, miłosiernego wybaczenia: byt jest jak syn marnotrawny, który opuścił Ojca, ale w końcu do Ojca wróci i zostanie przyjęty. Innymi słowy, piekło okaże się być czasowe (niczym czyściec) i zostanie wygaszone. Wszyscy – również Szatan – zostaną zbawieni (w wersji mniej radykalnej Szatan zostanie uśmiercony (czyli otrzyma boskie „*coup de grâce*”). Apokatastaza cieszy się początkowo również uznaniem Ojców Zachodnich (łacińskich). Przez jakiś czas wyznawcą jej był nawet – wyjątkowo surowy – św. Hieronim. Po gruntownym namyśle zostaje jednak odrzucona i uznana za here-

zję. Decydują w znacznym stopniu względy – by tak rzec – pragmatyczne i jurydyczne. Jeśli by wszyscy ostatecznie mieli zostać zbawieni, to Kościół – odpuszczający grzechy – nie byłby potrzebny.

Wahadło zaczyna przechylać się w przeciwną stronę. Nauczanie Kościoła Zachodniego, a zatem i wyobrażenia wiernych, stają się coraz bardziej „piekłocentryczne”. Miało to również ważny aspekt kulturotwórczy; bo jakżeby inaczej Kościół – będący przedłużeniem świata antycznego – mógłby okiełznać i cywilizować barbarzyńców, którzy stali się władcami Europy? Kościół nie miał siły fizycznej, miał tylko oręż duchowy, a jego najbardziej skutecznym zastosowaniem okazała się groźba ekskomuniki, która miała niezawodnie skutkować wiecznymi mękami piekielnymi. Trend ten dominował w średniowieczu (nawet umiarkowany i racjonalny św. Tomasz twierdził, że jedną z przyjemności zbawionych będzie napawanie się widokiem potępionych), został następnie utrwalony – między innymi przez Sobór Trydencki – w czasach reformacji i kontrreformacji (innowiercy mieli być skazywani na ogień piekielny, Anabaptyści, głoszący apokatastazę zostali potępieni przez Lutra. Apokatastaza – i związane z nią pocieszenie w obliczu śmierci – nie została jednak zapomniana. Trwała w Kościele Wschodnim (Bizantyjczycy nie musieli straszyć piekłem barbarzyńskich władców, albowiem ich nie mieli), a jej ożywienie nastąpiło w czasie tak zwanego rosyjskiego „srebrnego wieku” i była wyznawana przez tak wybitnych religijnych myślicieli jak Sołowiow, Bułgakow, Evdokimov. Również w protestantyzmie oraz w Kościele Rzymskim – po II Soborze Watykańskim – idea apokatastazy powróciła. W Polsce najbardziej znanym jej zwolennikiem jest obecnie ksiądz Wacław Hryniewicz.

Zauważmy na marginesie, że niezależnie od powrotu idei apokatastazy, w Kościele współczesnym następuje zdecydowane odejście od „piekłocentryzmu”. Leszek Kołakowski tłumaczył to wzrostem łagodności i współczucia, który można zaobserwować w nowoczesnych społeczeństwach Zachodu. Powiadał, że luksusowy pobyt w niebie dla człowieka wrażliwego, który miałby świadomość, że jego bliźni, nierzadko najbliżsi, są skazani na wieczne tortury, okazałby się w istocie piekłem.

Należy odnotować jeszcze jedną strategię filozoficzną, związaną z antynaturalizmem. Nowożytne przemiany ideowe doprowadziły między innymi do pojawienia się skrajnie racjonalistycznej odmiany dualizmu. Zaświatowy Bóg został w niej zredukowany do konstruktora świata, nieomylnego zegarmistrza, który świat zbudował, dał „mu pstryczka” i pozostawił samemu sobie. Taki inżynier, czysto racjonalny, zupełnie zaś nie-emocjonalny, nie kocha nas, nie słucha, nie robi cudów, czyli nie robi też cudu najważniejszego, nie ratuje nas od śmierci,

nie zbawia. Pojawia się w ten sposób – a właściwie ponownie ożywa – deistyczna (antyczna) koncepcja Boga. Pascal nazywa go „Bogiem filozofów”. Jak ratować nadzieję na ratunek w obliczu śmierci w zderzeniu z tą racjonalistyczną wizją „zimnego Boga”? Pascal proponuje następującą filozoficzną strategię: „nie ma nic bardziej zgodnego z rozumem, niż zrezygnować z rozumu”; czyli – w istocie – nie ma nic bardziej zgodnego z filozofią, niż zrezygnować z filozofii (która u swojej podstawy była właśnie „opcją na rozum”). Analizując bowiem (na chłodno, racjonalnie) owoce, skutki racjonalnych dociekań – czyli beznadziejną wizję świata, z człowiekiem, „trzcina myślącą” rosnącą przez ułamek sekundy na małej planecie, otoczonej zewsząd przerażającą ciszą nieskończonych przestrzeni – uznaje, że należy dokonać skoku w wiarę, skoku w „irracjonalizm”. Boga zegarmistrza, Boga filozofów – który nie uratuje nas od nicości w obliczu śmierci – należy zamienić na „Boga Abrahama, Izaaka, Jakuba”, nieobliczanego, emocjonalnego, zazdrosnego, „ognistego” (niczym „krzak gorejący”). Tylko myśląc o nim można spokojnie zasnąć, pamiętając o rychłej śmierci („radość, radość, spokój” - Cytuję tutaj fragmenty notatki Pascala, która była sprawozdaniem z doznania mistycznego, zwanego „nocą ognia”). Strategia Pascala znalazła co najmniej dwóch wybitnych kontynuatorów: mianowicie Søren Kierkegaard oraz Lwa Szestowa, którzy również toczyli walkę z rozumem, który uśmierca wiarę w nieobliczalnego i miłosiernego Boga oraz wiarę w ocalenie w obliczu śmierci.

Naturalizm ontologiczny i antropologiczny (monizm naturalistyczny)

Innym – najważniejszym obok Platona – antycznym filozofem, który walczył konsekwentnie z przerażającą wizją Hadesu i Tartaru, był Epikur. Obrał jednak przeciwną do Platona strategię. Wybrał mianowicie – w ramach Sokratejskiej alternatywy – wariant snu bez marzeń sennych. Przygotował słynne lekarstwo (zwane ziołem), które miało ludzi leczyć z lęku przed śmiercią. Składało się ono z dwóch składników: po pierwsze, dopóki jesteśmy, to nie ma śmierci; po drugie, jak jest śmierć, to nas nie ma. Umierają, rzecz jasna, nasi krewni i bliscy, a zatem dotyka nas śmierć innych ludzi. Epikur radzi więc, aby się do ludzi nadmierne nie przywiązywać; unikać miłości, poprzestając na przyjaźni. Można by strawestować – w „duchu epikurejskim” – sentencję księdza Twardowskiego: „Nie przywiązujemy się nadmierne do ludzi, bo tak szybko odchodzą”. Ten drugi składnik jest jednak ważniejszy (powtórzmy: „jak jest śmierć, to nas nie ma”). Śmierć jest bowiem – dodaje Epikur – niezawodna. Skąd jednak wie, że jest niezawodna, czyli że zabija na pewno i całkowicie, nigdy zatem nie

będziemy wiedzieli, że umarliśmy i leżymy w grobie? Skąd wie zatem, że śmierć – chociaż zła i przerażająca, bo niszcząca to, co najlepsze, życie – „nas nie dotyczy”? Tylko jedna wizja świata – dostępna wówczas na filozoficznej agorze – gwarantowała ową „niezawodność śmierci”, czyli gwarantowała, że nie ma żadnego życia po życiu. Wizją tą był atomizm Leukipposa i Demokryta. Nie ma żadnych dusz i duchów, nie istnieje żaden *logos*, ani *nous*; są tylko atomy i próżnia. Śmierć jest końcem ostatecznym, dusza nie przetrwa, bo nie istnieje. Nasza świadomość gaśnie wraz z rozpadem naszego atomowego mózgu. Uzasadnione jest podejrzenie, że Epikur nie zaczął od atomizmu, a następnie dostrzegł jego optymistyczne konsekwencje związane z likwidacją lęku przez śmiercią, ale odwrotnie, do swojej „recepty na śmierć” dopasował wizję przyrody. Atomizm i naturalizm byłyby zatem pochodną jego etyki, a nie odwrotnie. Atomizm dawał zresztą dodatkowe – w obliczu śmierci – pocieszenie; takie mianowicie, że nie całkiem umrzemy, bo cegiełki, z których jesteśmy zbudowani nie znikną, tylko staną się składnikami innych naturalnych budowli.

Naturalizm, do którego odwoływał się Epikur, a następnie Lukrecjusz, słabł stopniowo i pod koniec antyku został wyparty przez religijnie nastrojone filozofie, przez gnozę i – ostatecznie – przez chrześcijaństwo. Na długie wieki spoczął w „grobowcu idei”, zapomniany, albo potępiany jako bezbożna filozofia. Jego odrodzenie nastąpiło w renesansie, natomiast wielki renesans w oświeceniu. Oświecenie można więc potraktować (jego główny nurt) jako – jak to ujął Kołakowski – „realizację człowieka w schemacie naturalizmu” [4]. Realizacja ta przyjmowała wszakże często postać nie minimalistyczną („dbanie o własny ogródek”), ale postać maksymalistyczną; odwoływała się do wielkich wizji i ideałów, i przybierała kształt quasi-religijny, posługując się schematami religijnymi i teologicznymi (utracone mity zastępowane są nie przez oświeconą racjonalność, ale przez przerażające świeckie karykatury mitów [5]).

Rzec więc można, że na glebie ontologicznego i antropologicznego naturalizmu wyrosły różne kultury, które z kolei oferowały różne sposoby radzenia sobie z lękiem przed śmiercią. Wymieńmy – hasłowo – najważniejsze, przypisując im owe różne recepty na śmierć.

W oświeceniu dominował kult rozumu, który miał uwolnić ludzkość od religijnych zabobonów, w tym z lęku przez piekłem i przeprowadzić ludzkość z etapu dzieciństwa do etapu dojrzałości. Człowiek dorosły i dojrzały kieruje się rozumem, a nie emocjami, a zatem potrafi również zapanować nad lękiem przed śmiercią, która jest nieunikniona i lękanie się nic tu nie zmienia, czyli – być może główne racjonalne pocieszenie – że „tak to już jest” i „każdy umrze” (skoro człowiek jest śmiertelny, a Sokrates jest człowiekiem, Sokrates jest śmiertel-

ny), nikt więc nie będzie wyróżniony. Oto ważny przejaw oświeceniowego „*égalité*”; śmierć nikogo nie ominie (kosa śmierci tnie równo).

Abstrakcyjny kult rozumu przeistoczył się w pozytywizmie w bardziej konkretny kult nauki. W tym przypadku, w wersji umiarkowanej, nauka miała zdecydowanie wydłużyć ludzkie życie, odsuwając zatem grozę śmierci poza horyzont wyobraźni (w utopiach scjentyistycznych powtarza się liczba 150 lat, choć zdarzają się też optymiści wskazujących na wiek Matuszalema). W wersji radykalnej, która pojawia się w Rosji w drugiej połowie XIX wieku (Rosjanie bowiem często „idą na całość”), pojawia się wizja doczesnej nieśmiertelności. Myśliciel i wizjoner, Nikołaj Fiodorow, twierdził, że nauka nie tylko unieśmiertelni wszystkich ludzi żyjących teraz, ale też wskrzesi wszystkich zmarłych (wystarczy najdrobniejsze zachowane szczątki). Nauka rozwiąże również – nasuwający się w związku z tym – problem przeludnienia planety. W jaki sposób? Poprzez kolonizację kosmosu. Techniczne przygotowania do owej kolonizacji rozpoczął Konstanty Ciołkowski, uczeń Fiodorowa, robiąc eksperymenty z napędem raketowym. Oto więc nauka okaże się prawdziwym mesjaszem, który unieśmiertelni ludzkość i pozwoli jej podbić wszechświat (w tamtej epoce panowała wizja nieskończonego w czasie i przestrzeni kosmosu; nieśmiertelni ludzie mieliby więc zadanie do realizacji na całe życie, czyli na całą wieczność) - zwolennicy tych poglądów bywają zaliczani do rosyjskiego „kosmizmu” (w odmianie naturalistycznej „przyrodniczej”, a nie religijnej).

Kolejnym kultem wyrastającym na gruncie naturalistycznym był „podarwinowski” nacjonalizm. W przeciwieństwie do wzniosłego i altruistycznego – z wizją braterstwa ludów skierowanego przeciwko tyranom – nacjonalizmu romantycznego, był to nacjonalizm egoistyczny; wyobrażający sobie narody jako walczące o byt organizmy. Głównym ideologiem tego nurtu w Polsce był Roman Dmowski, który przypisywał temu światopoglądowi walor „nowoczesności”. Owe nowoczesne kultury opanowały Europę w okresie międzywojennym, stając się podstawą różnych ustrojów autorytarnych, faszystowskich, a w Niemczech – w których przyjął on formę najbardziej totalną – ustroju nazistowskiego. Odnotujemy, że kult ten nadal posiada licznych wyznawców, choć nie jest tak wpływowy, jak w Europie międzywojennej. W tej wizji naród staje się absolutem („naród, naród ponad wszystko”; „wszech-naród”). A jakie daje pocieszenie w obliczu śmierci? Chyba takie, że skoro naród jest wszystkim, jednostka jest niczym. Śmierć jednostki nie ma więc większego znaczenia: „ja umrę, ale naród będzie trwał wiecznie”. Co więcej, jeśli jest to śmierć w walce o potęgę narodu, można mieć poczucie jej głębokiej sensowności. Przypomnijmy przekonanie radykalnych polskich nacjonalistów z czasów wojny: „imperium wyrośnie z naszej krwi”. Podobne zresztą przekonanie

nanie – tyle że bardziej rozpowszechnione – było natchnieniem dla żołnierzy niemieckich. Ożywał w ten sposób jakiś archaiczny mit – powiązany z ideologią „krew i ziemia” (*Blut und Boden*) – że nowe granice i nowe terytorie należy zrosić ofiarną krwią wojowników, aby stały się prawdziwie nasze.

Innym kultem wyrastającym na gruncie monizmu naturalistycznego był – niezwykle dynamiczny, podbijający umysły i serca milionów ludzi, a zwłaszcza intelektualistów – marksistowski komunizm. Kult ten wziął również – podobnie jak kult narodu – we władanie materię, czyli rozliczne państwa z wielkimi armiami. Miał podobną strukturę jak wyrastająca z heglizmu wiara w Historię (którą omówię na tle monizmu spirytualistycznego); z tym, że gmach wieńczący Historię – nadający jej sens – był mniej eteryczny, a bardziej konkretny i zaczynał stopniowo przypominać monumentalne budowle Moskwy. Komunizm oferował – podobnie jak nacjonalizm – kolektywistyczne pocieszenie w obliczu śmierci: śmierć jednostki jest niczym, bo ważny jest wiecznotrwały i rosnący w siłę kolektyw; partia (awangarda klasy robotniczej), klasa robotnicza (awangarda ludzkości), wreszcie przyszła, komunistyczna braterska ludzkość. Co więcej, śmierć jest sensowna, kiedy składa się na budowę owego wspólnego gmachu wieńczącego dzieje (Partia – to barki milionów ludzi/ ciasno do siebie przypartych -/ podźwigniem gmachy, do nieba podrzucim,/ napiąwszy mięśnie i oddech w partii” [6]).

Wierzący komunista nie lęka się tedy śmierci i jest gotowy, bez wahania, poświęcić życie za sprawę. Tym bardziej, podkreślmy, że w wersji skrajnie kolektywistycznej, jak to ujął – z matematyczną precyzją – poeta Majakowski: „Jednostka – zerem, jednostka – bzdurą.../ Jednostka! Co komu po niej?!/ Jednostki głosik cieńszy od pisku./ Partia – to ręka milionopalca, w jedną miażdżącą pięść zaciśnięta” [6]. Warto jednak pamiętać, że od czasów tak zwanej „odwilży”, jednostka nie była już zerem, marksiści szukali dialogu z egzystencjalistami; snuli rozważania na temat: „Marksizm a jednostka ludzka” [7]. Co wprowadzało – w zwartą wcześniej wizję świata – liczne szczeliny, przez które przenikało egzystencjalne poczucie absurdu i lęk przed śmiercią.

Należy też podkreślić, że kult ten – w istocie – roztrzaskał się o śmierć. Czyją śmierć? Głównego bodaj boga tej religii, o imieniu równie surowym jak ona sama. To był wielki wstrząs o zasięgu globalnym: Józef Stalin okazał się śmiertelny. Co więcej, został zdemaskowany i wyrzucony z mauzoleum (które miało zamienić się komunistyczny Panteon) i przestał być – inaczej niż ten, który go poprzedzał – „wiecznie żywy”. Wydaje się, że rok 1953 to był początek końca tego kultu, czyli „komunizmu realnego”.

Streśmy, na koniec tego paragrafu, koncepcję Fryderyka Nietzschego, której osobliwość nie tkwi w istocie (pomysł ten już wcześniej w dziejach filozofii występował), ale w umieszczeniu jej na gruncie monizmu naturalistycznego. Mam na myśli doktrynę „wiecznego powrotu”. Nietzsche uważał, że to jest ściśle naukowa koncepcja; jeśli bowiem przyjmiemy atomizm (w XIX wieku oczywisty wśród fizyków), czyli uznamy, że istnieją odwieczne i niezniszczalne cegiełki bytu i jeżeli do tego dołączymy pogląd, że jest ich skończona liczba, możemy z tego wyprowadzić wniosek, że każdy układ atomów, który się pojawił, każdy stan świata, który się pojawił (czyli jest możliwy), będzie się powtarzał w nieskończoność (bitwa pod Grunwaldem będzie się zatem toczyć nieskończenie wiele razy. Począwszy od propozycji przyjęcia dwóch mieczy, a skończywszy na wszystkich oddechach, ciosach, okrzykach, modlitewnych szeptach, ranach i zadrapaniach wszystkich walczących. Nawet muchy wokół końskich pysków będą latały po dokładnie tych samych „orbitach”). A zatem życie każdego człowieka będzie się – ze wszystkim szczegółami – powtarzało w nieskończoność. Oto naturalistyczna wersja osobniczej nieśmiertelności. Cokolwiek uczynimy, będziemy to powtarzać w nieskończoność. Co niektórzy traktowali – na przykład Milan Kundera – jako wielkie moralne wyzwanie postawione przed człowiekiem; każdy zły uczynek będzie powielany w nieskończoność i każdy dobry uczynek będzie powielany w nieskończoność. Śmierci zaś bać się nie należy, bo będziemy żyli jeszcze nieskończoną liczbą razy (nie pamiętając wszakże o poprzednich życiach; bo każde następne będzie identyczne, a zatem bez wspomnień o poprzednim). Cała ta koncepcja jest pobudowana na błędnych przesłankach, a gdyby nawet była prawdziwa, pocieszenie – jakie daje w obliczu śmierci – wydaje się iluzoryczne. Przywołajmy pytanie Kołakowskiego: „Przypuśćmy, że uwierzyliśmy w teorię wiecznego powrotu, w to, że będziemy nieskończoną ilość razy powtarzać we wszystkich detalach nasze życie. Czy byłaby to rzecz zachęcająca, przerażająca, czy obojętna” [8]. Jestem przekonany, że obojętna.

Naturalizm ontologiczny i antynaturalizm antropologiczny

W drugiej połowie XIX wieku zaczyna formować się swoista mieszanka naturalizmu ontologicznego i antynaturalizmu antropologicznego. Nie jest to zwarty nurt filozoficzny, ale raczej pewna tendencja, którą można dostrzec u różnych – niewiele mających ze sobą wspólnego – filozofów, myślicieli, twórców. Można to potraktować jako próbę ratowania swoistości i niezwykłości człowieka przy ogólnej akceptacji naturalistycznego monizmu (który uważano za pogląd naukowy i niepodważalny). Człowiek, co prawda, pochodzi od zwierząt (me-

lancholijna rezygnacja: „cóż na to można poradzić?”), ale świat ludzki nie jest harmonijną kontynuacją instynktów społecznych zwierząt (jak sądził Darwin), ale zdecydowaną negacją drapieżnego i bezlitosnego świata zwierzęcego (jak sądził Thomas Huxley, który – mimo że był zwany „buldogiem Darwina” – w tej kwestii zajmował odrębne stanowisko). W przypadku naszego gatunku dokonał się tak wielki skok ewolucyjny, że mamy do czynienia z nową jakością. Tą nową jakością jest stworzony przez człowieka nowy świat, anty-natura, czyli – zbudowany ze słów, barw i dźwięków – kokon kultury oraz kokon cywilizacji (drogi, mosty, wioski, miasta, narzędzia, maszyny). Karl Popper wymyślił termin „trzeci świat”; który nie miał być światem zjawisk fizycznych („pierwszy świat”), ani stanów umysłów („drugi świat”), ale obiektywnie istniejącym światem ludzkich wytworów ducha, które wszakże nie istnieją na sposób platońskich idei, albo Ducha heglowskiego. Na przykład matematyka jest ludzkim wytworem i pomysłem – niczym pajęczyna pajaka dla pajaka – ale jej problemy istnieją obiektywnie (skoro wymyśliliśmy szachy, „problemy szachowe” się obiektywizują).

Jakie recepty na lęk przed śmiercią zostały wytworzone na tym gruncie? Opierały się one – mówiąc najogólniej – na świadomości kruchości jednostki oraz wiecznotrwałości i wartości kultury. Mottem mogłoby tu być antyczne hasło: „*ars longa, vita brevis*”. Podejście to osiągnęło kulminację w kolejnym kulcie nowożytnym, mianowicie w kulcie sztuki. Hasło „sztuka dla sztuki” pojawia się jako pragnienie odizolowania się („odcięcia”) od – nicującego wartość człowieka – świata materii (czyli naturalistycznego i mechanistycznego światopoglądu XIX-wiecznego - dlatego np. symbolizm i parnasizm postulują odejście od sztuki realistycznej, a tym bardziej „naturalistycznej”, bo one są skażone „brudem materii”) oraz poniżającej człowieka mieszczańskiej moralności. Czcząc sztukę i żyjąc dla sztuki, wymykamy się więc zarazem śmierci (która jest puentą XIX-wiecznego redukcjonizmu) oraz „filistrom”, „strasznym mieszczańcom”. Ratujemy się zatem – dzięki sztuce – podwójnie. Następuje w ten sposób – używając terminu Andrzeja Nowickiego – „wdzielowstąpienie”. Twórca umrze, ale jego dzieło trwać będzie.

Słabą stroną tego pocieszenia przedstawił – zwięźle i dowcipnie – Woody Allen: „Nie pragnę nieśmiertelności osiągniętej dzięki moim dziełom – nie chcę po prostu umierać” [9]. Pomijam elitarność owego pocieszenia oraz to, że nawet najtrwalsze i najwspanialsze dzieła sztuki kiedyś się rozpadną.

Innym – bardziej wyrafinowanym – sposobem „oswojenia śmierci”, który pojawił się na tym gruncie, jest wskazanie, że śmierć (i świadomość śmierci) jest niezbędną, konieczną zapłatą za powstanie wyższych pięt ludzkiej kultury: bez śmierci nie byłoby piękna sztuki,

głębi filozofii i dostojeństwa religii. Gdyby nie śmierć, gdyby ludzie żyli wiecznie, nie pojawiłoby się „Metafizyczne Poczucie Dziwności Istnienia” (termin wymyślony przez Stanisława Ignacego Witkiewicza). Albowiem i życie, i świat wydawałoby się oczywiste. Kres życia wskazuje na jego nieoczywistość oraz skłania do zadawania pytań o jego sens. A bez poczucia dziwności świata (innymi słowy, że „dziwny jest ten świat”) i bez pytania o jego sens, czyli również próby jego przeniknięcia, „penetracji”, nie rozwinęłaby się ani sztuka, ani religia, ani filozofia i nauka. Rzecz więc można alegorycznie, że wyrzucenie z raju zaowocowało kulturą wysoką; czyli – być może – warto było. Witkacy, nawiasem mówiąc, obawiał się, że teraz ludzkość – dzięki nauce – sama sobie („prometejsko”) stworzy raj; ludzie będą żyć długo, szczęśliwie i bezmyślnie; bez sztuki, religii i filozofii.

Kulturowy katastrofizm Witkacego idzie być może zbyt daleko, albowiem nigdy chyba kokon kulturowo-cywilizacyjny nie będzie absolutnie szczelny, a zatem cierpienia będą się ludziom przytrafiać (nawet jeśli regularnie będą spożywać pigułkę „Murti-Binga”, czyli jakąś mieszkankę neoprozacu i rozpraszającej kultury masowej). Jednak obawa o jakość kultury wydaje się uzasadniona.

Postęp techniczny i cywilizacyjny może bowiem wpływać na wyjałowienie kultury, na kryzys kultury wysokiej. Józef Czapski uważał, że jedną z najważniejszych przyczyną owego wyjałowienia jest „zapomnienie o śmierci”, wyparcie śmierci ze zbiorowej świadomości. Być może trafił w sedno; być może zapomnienie o śmierci, czy też – jak to ujął Jaspers – „tabuizacja śmierci”, jest piątą achillesową naszej kultury. Ludzie – zagłuszeni *le divertissement* massmediów, skutecznością hospicjów oraz wyspecjalizowanych firm pogrzebowych – mają minimalny kontakt ze śmiercią „twarzą w twarz”, z całą jej realnością i nieodwracalnością (mają za to zwiększony kontakt ze śmiercią w jej postaci medialnej, rozrywkowej i wirtualnej, co ją odrealnia i banalizuje). Podobna sytuacja, banalizacji śmierci, ma miejsce w czasie wojny; w tym przypadku jednak przyczyna jest odwrotna; nadmiar, wszechobecność śmierci czyni ją czymś zwyczajnym. Nic dziwnego zatem, że „*inter arma silent musae*”. „Śmierć nie wywołuje większego wrażenia niż utopienie się muchy na jej towarzyszkach spacerujących obok po stole. Wytwarza się pewna... owadowatość życia i śmierci” [10,11]. Niemieckie przysłowie, że „umarli jadą szybko” uzyskuje więc dodatkowe pragmatyczne i techniczne wzmocnienie. A jaki jest tego skutek? Nie zanik kultury wysokiej (jak u Witkacego), ale obniżenie lotów kultury wysokiej (nastawienie na szok, egotyzm wymieszany z jaskrawością, czyli „targowisko próżności”). A jakaż konkluzja? Otóż „przypomnienie o śmierci” mogłoby

ożywić uczucia metafizyczne, a przez to zrewitalizować kulturę wysoką. Śmierć bowiem – jeśli powyższy wywód jest trafny – działa ożywczo („życiodajnie”) na kulturę.

Monizm spirytualistyczny

Pierwszą doktryną filozoficzną, która miała w sobie pewne cechy monizmu spirytualistycznego był pitagoreizm. Materia była bowiem szatą skrywającą pewną rzeczywistość duchową: mianowicie „matematyczność”. Pitagoras twierdził podobno, że rzeczy są – gdy zerwać z nich materialną powłokę – liczbami. Już w tym pierwszym, prostym – rzecz można – prespirytualizmie pojawia się najczęściej chyba występująca w tym nurcie recepta na lęk przed śmiercią: mieszanka wiary w reinkarnację z wizją zbawienia „nirwanicznego”. Obecnie, na przykład, pojawia się ta mieszanka w „Nowej Duchowości”, czyli popularnej (popkulturowej) odmianie monizmu spirytualistycznego. Nie powinno to zresztą dziwić; mieszanka ta jest bowiem logiczną konsekwencją tej wizji świata. Skoro Duch jest realny, a materia jest – w mniejszym lub większym stopniu – ułudą, dusza ludzka zaś należy do sfery realnej, to nieniszczalne i realne dusze-astrale mogą przywdziewać różne szaty (a właściwie łachmany) materialne; stąd reinkarnacja. Skoro zaś duch jest jaźnią, świadomością, ale bez centrum osobowego, bez tożsamości, dusze ludzkie zaś są samotnymi odpryskami owego ducha, skażonymi owym oddzieleniem, czyli posiadają centrum osobowe, tożsamość, „ja”, to kresem rozdzielania, kresem wędrówki po krainie ułudy, „złachmanionej materii”, będzie powrót indywidualnej duszy do Ducha, czyli roztopienie się w bezkresnej jaźni, świadomości bez centrum osobowego; czyli zatrata „ja”, czyli zbawienie „nirwaniczne”. Trawestując św. Augustyna, można powiedzieć, że niespokojna moja dusza, dopóki nie spocznie i nie zaśnie w Duchu.

W tym nurcie należy również umieścić różne chrześcijańskie – uznawane zwykle za heretyckie – mistyczne odmiany neoplatonizmu. Świat wyłonił się z Boga i jest właściwie prawie niczym (albo wręcz niczym) i do Boga powróci. Przy czym osobowy Bóg zamienia się nierzadko w tych koncepcjach w jakąś fundamentalną, nienazywalną czystą boskość. Mamy w tym przypadku schemat emanacyjny połączony z metafizycznie pojętą apokatastazą. Odnosił go – po najbardziej mrocznym okresie wieków średnich, nawiązując do Pseudo Dionizego – Jan Szkot Eriugena. Powiadał, że wszystkie rzeczy zostaną ponownie wchłonięte przez boskość. Śmierć i zło ulegną roztopieniu w dobru bez skazy; śmierć i zło okażą się przeto niczym. „Wszystkie rzeczy – pisał – osiągnąwszy kres, będą przywrócone jednej i tej samej przyczynie, z jakiej pochodzą”. Inaczej zatem niż w przypadku „apokatastazy etycznej”, zba-

wienie jest tu również – wolno podejrzewać – nirwaniczne (czyli zanik „ja”, poczucia odrębności i całkowite zespolenie z Bogiem, czy też z czystą boskością, z Duchem).

Oto wątek niezwykle ciekawy i wart dogłębnego zbadania w kontekście zarówno kryzysu ortodoksyjnej, tomistycznej katolickiej teologii, jak również kryzysu religijności w ogóle w świecie Zachodu. Ujmując rzecz w wielkim skrócie, należy rozważyć, na ile „teologia apofatyczna” może przyczynić się do pogodzenia współczesnych wyobrażeń naukowych o wszechświecie z wyobrażeniami religijnymi. Zwracał na to uwagę między innymi ksiądz Michał Heller [12]. Na gruncie monizmu spirytualistycznego wyrasta również heglowska wiara w Historię i w jej szczęśliwy koniec, czyli w powrót Ducha do samego siebie, ale wzbogaconego o cały proces historyczny, czyli o samoświadomość (świadomość wolności). Na początku drogi Duch był „Duchem w sobie”, a na końcu jest „Duchem dla siebie”. Ludzkie cierpienia i śmierć (co prawda nie wszystkie) nie idą więc na marne, ale są służbą Bogu. Składają się na jego „samorealizację”. Historia staje się zatem narzędziem ewoluującego Ducha. Staje się więc nową boginią.

Jakież pocieszenie w obliczu śmierci daje ta nowa bogini? Historia jest sensowna i zmierza w kierunku zwieńczenia; mamy więc do czynienia z postępem. Sąd Ostateczny zostanie zastąpiony „trybunałem Historii” i jego wyrokami. Historia zatem „odda nam sprawiedliwość” i chociaż osobiście umrzemy, to nasze życie – o ile płynęliśmy w nurcie postępu, czyli udatnie służyliśmy Historii – nie ulegnie całkowitej „anihilacji”; stanie się mniejszą lub większą cegiełką owego (wieńczącego dzieje) świetlanego gmachu spełnionej Historii. Ów gmach przybiera różne kształty w różnych – wypływających z heglizmu – doktrynach.

W przypadku Hegla owym świetlistym końcem historii jest – o ile można się domyślać – jego własna filozofia, która jest zwieńczeniem etapu Ducha Absolutnego. A zatem – jeśli przyjąć trafność heglizmu – życie jego autora było najbardziej sensowym życiem w dziejach ludzkości (nawet Aleksander Macedoński i Napoleon – choć również byli ważnymi narzędziami Ducha – nie przyczynili się, tak jak Hegel, do jego pełnej samowiedzy).

Czyżby więc Hegel budował swój monumentalny system, aby się obronić przed śmiercią? Że – mianowicie – jako najbardziej wnikliwy sługa i najwyższy kapłan prawdziwego, ewoluującego Boga, zasłuży na ratunek, na utrwalenie. I czyżby to był magnes, który – wspomnianego na wstępie – Tadeusza Krońskiego przyciągał do heglizmu? Jeśli się dobrze obstarwi na „ruletce Historii”, można się – jako oddany sługa „Ducha dziejów” – wymknąć śmierci.

Prawica heglowska koncentrowała się na doskonałym ustroju politycznym (który należy konserwować), albo na nacjonalizmie, czyli wizji narodów przodujących, które – jak u Słowackiego – zamieniały się w „narodowe gromady duchów” zmierzające do „światlistego Jeruzalem”, aby tam spocząć w Duchu. Nawiasem mówiąc, „narody przodujące” jako gromady duchów – służące ewolucji Ducha – zamieniły się w drugiej połowie XIX wieku (o czym wspominałem), w narody-organizmy walczące o byt, tym razem w imię postępu biologicznej ewolucji.

Lewica heglowska skłaniała się zaś do poglądu, że ewolucja Ducha jeszcze nie dobiegła kresu, że zwieńczenie Historii jest przed nami; a zatem – w imię tego zwieńczenia – należy popierać ruchy rewolucyjne i ewentualnie sensownie ginąć na słusznych barykadach. Z lewicy heglowskiej wyłał sensownego kresu historii w komunizmie.

Podsumowanie

Przedstawiłem to skrótowe – siłą rzeczy – wyliczenie głównych filozoficznych sposobów radzenia sobie ze śmiercią nie w intencji zachwalania jakiegoś rozwiązania (choć mam pewne preferencje w tej dziedzinie, mianowicie platonizm). Pragnąłem, przede wszystkim, pokazać różnorodność prób uporania się z tym fundamentalnym egzystencjalnym problemem. Wszak jesteśmy w szczególnie trudnym położeniu; jesteśmy – w hierarchii bytów – między nieśmiertelnymi aniołami (o ile istnieją) a śmiertelnymi zwierzętami, które wszakże nie wiedzą, że umrą i śmiercią nie zaprzatają sobie głowy (czyli – w istocie – są subiektywnie nieśmiertelne – poza, podobno, ostatnimi chwilami życia, kiedy to – w przypadku u wyższych ssaków – groza śmierci jakoś do ich psychiki przenika). Nasuwają się więc konkluzje melancholijne.

Po prostu „jesteśmy biedni ludzie” [13]. Śmiertelny gatunek o jasnym umyśle, a zatem świadomy śmierci, żyjący na malutkiej grudce kręcącej się wokół gwiazdy średniej wielkości, będącej jedną z dziesięciu miliardów bilionów gwiazd świecących w naszym kosmosie. Nie patrzymy, jak żółw, tylko w dół, ale też w górę, na niebo gwiaździste i zadajemy pytania o kształt i sens tej całości i sens własnego istnienia.

Ale cóż my wiemy? Czy filozofia daje jakieś zadowalające odpowiedzi? Szczególnie takie, które kołoby naszą niepewność w obliczu śmierci? Filozofia nie daje takich odpowiedzi, tworzy natomiast „mapę możliwości zasadniczych” (którą starałem się tu, w bardzo ogólnych zarysach, spoglądając od strony „tanatalnej”, naszkicować). Rzec też można, że co

prawda „filozofia nie dostarcza wielu pociech, ale filozofowanie może być źródłem pociechy i nadziei” [14]. Co zatem dostarcza więcej pociech w obliczu cierpień, życiowych klęsk i klęski ostatecznej, czyli śmierci? Otóż – jak sądzę – szeroko rozumiana religia (choć nie można wykluczyć, że środki, które oferuje to środki ułudne i opiumiczne). Trafnie ujął to Wasilij Rozanow: „Ból życia jest o wiele potężniejszy aniżeli zainteresowanie życiem. Dlatego właśnie religia zawsze będzie silniejsza niż filozofia” [15].

Na koniec przywołajmy myśl Pascala, która wspaniale obrazuje słabość filozofii w tej dziedzinie: „*Wszelka filozofia, chociaż dużo gada i dowodzi, jest dzieckiem wobec śmierci, która milczy*”.

Podobny był pogląd – skądinąd wielbiciela Pascala – Leszka Kołakowskiego. Szczególnie dobitnie przedstawił go w – wydanej pośmiertnie – książce „Jezus ośmieszony”. Prezentuję ten pogląd w „streszczeniu” ks. Hellera: „Kołakowski zauważa, że wzrost sekularyzmu bardzo długo «nie naruszał idei prawa naturalnego», a tym bardziej przekonania o obiektywnej różnicy między dobrem i złem. Stopniowo jednak i to przekonanie ulegało erozji. Ostatnie słowo wypowiedział Nietzsche: «Nie ma żadnego prawa naturalnego, to my sami musimy wyrokować o dobru i złu» (s. 55). Jest to wedle Kołakowskiego punkt zwrotny: «Nietzsche powiedział wszystko – i tym samym naprawdę położył koncepcyjny fundament pod nową cywilizację; tym fundamentem była otchłań» (s. 55). Jaka jest alternatywa? «Według przesłania Jezusa Królestwo istnieje, i to jedyny powód, dla którego życie nie jest z konieczności porażką. Jeśli Królestwo nie istnieje, to życie jest przegraną – zawsze i w każdym wypadku» (s. 55)” [16].

Piśmiennictwo

1. Platon: Fedon, 64a, tłum. Legutko R. Znak, Kraków, 1995, 56.
2. Platon: Obrona Sokratesa, XXXII, tłum. Witwicki. W. PWN, Warszawa, 1984, 285.
3. Platon, Państwo, tom II, tłum. Witwicki W. PWN, Warszawa, 1958.
4. Kołakowski L.: Główne nurty marksizmu, Część I, Powstanie. Wyd. Zysk, Poznań, 2000.
5. Kołakowski L.: Jezus ośmieszony. Esej apologetyczny i sceptyczny, tłum. Zańko D. Wyd. Znak, Kraków 2014.

6. Majakowski W.: Włodzimierz Iljicz Lenin, <http://www.poezja.org/utwor-6219.html>, data pobrania 13.03.2016.
7. Szaff A.: Marksizm a jednostka ludzka. PWN, Warszawa, 1965.
8. Kołakowski L.: O co nas pytają wielcy filozofowie, seria III. Znak, Kraków, 2006
9. http://www.interklasa.pl/portal/index/strony?mainSP=subjectpages&mainSRV=jpolski&methid=4865553&page=subpage&article_id=320524&page_id=18594, data pobrania 13.03.2016.
10. Miłosz Cz.: Listy – eseje Czesława Miłosza i Jerzego Andrzejewskiego. Wyd. Literackie Kraków, Kraków, 1996.
11. Miłosz Cz.: Legendy nowoczesności. Wyd. Literackie, Kraków, 1996.
12. Heller M.: Bóg i nauka. Moje dwie drogi do jednego celu. Copernicus Center Press, Kraków, 2015.
13. Miłosz Cz.: Wiersze, tom 5. Wyd. Znak, Kraków, 2009.
14. Miłosz Cz.: Otwarcie nowego wymiaru, Apokryf nr 18. Tygod. Powszech., 2002, 43.
15. Rozanow W.: Osamotnione. Zeszyty Literackie, 1994, 45, 102.
16. Heller J.: Kołakowski – sceptyczny, ale apologetyczny. Wyd. Znak, 2014, 12, 715.

Jak przezwyciężyć lęk przed śmiercią? Propozycje filozoficzne i wskazania teologiczne

Leśniewski Krzysztof

„Jestem chory na śmiertelną chorobę. Każdy z nas nosi w sobie tę śmiertelną chorobę. [...] Diagnoza jest jednoznaczna. Życie jest śmiertelne. Nikt nie żyje wiecznie.” Tymi słowami rozpoczyna się książka Petera Kreefta, pt. *Miłość silniejsza niż śmierć* [1]. Powyższa teza z pewnością jest prawdziwa, jeśli życie traktujemy jedynie jako rzeczywistość biologiczną. Obserwacja świata przyrody ożywionej nie pozostawia wątpliwości. Każda istota żywa żyje z wyrokiem śmierci, który w określonym momencie czasu będzie urzeczywistniony. Powszechność faktu śmierci nie tylko skłania do poszukiwania odpowiedzi na takie pytania, jak: „Czym jest śmierć” oraz „Dlaczego umieramy?”, ale również jest przyczyną lęku, którego ostatecznie niczym nie da się zagłuszyć. Problem lęku przed śmiercią wpisany jest w tożsamość osoby ludzkiej. Śmierć zagadkowo uśmiecha się do każdego z nas niczym Sfinks. Im bardziej wchodzimy w refleksję nad śmiercią, tym więcej pojawia się pytań o sens życia. Nie dziwi zatem, dlaczego filozofowie starali się w racjonalny sposób ten lęk obłaskawić i to na różne sposoby. Problem przezwyciężenia lęku przed śmiercią istotny jest również dla pojmowania zbawienia we wszystkich religiach świata. W niniejszym opracowaniu zostaną przedstawione najbardziej typowe filozoficzne sposoby traktowania lęku przed śmiercią oraz chrześcijańska wizja zbawienia, dająca nadzieję na dalsze życie po śmierci.

Filozoficzne koncepcje podejścia do lęku przed śmiercią

Filozofowie od wieków podejmują refleksję nad problemem śmierci. Szczególnie zainteresowani są poszukiwaniem sposobów złagodzenia i przezwyciężenia lęku przed tym najtrudniejszym wydarzeniem w całym ludzkim życiu. Próbuje na różne sposoby odpowiedzieć na szereg trudnych pytań, które mają charakter zarówno egzystencjalny, jak i religijny. Między innymi stawiają takie pytania, jak [2] :

- W jaki sposób człowiek poznaje śmierć?
- Czy śmierć jest zjawiskiem naturalnym, czy też wymaga wyjaśnienia w pojęciach nie naturalnych?
- Jakie specyficzne psychologiczne czy socjologiczne warunki przyczyniają się do zwiększenia świadomości oraz lęku przed śmiercią?

Punktem wyjścia w refleksji tanatologicznej jest świadomość śmierci. Voltaire w *Dictionnaire philosophique* (*Słownik filozoficzny*) wydanym w 1764 roku napisał, iż „*Gatunek ludzki jest jedynym gatunkiem, który wie, że umrze, a wiedzę tę czerpie z doświadczenia*” [3]. Ta świadomość śmierci nie jest porównywalna ze świadomością, jaka jest udziałem zwierząt. Oczywiście można sobie zadać pytanie, w jaki sposób człowiek wie, że umrze... Czy wiedza ta jest immamentna i wpisana *a priori* w strukturę ludzkiej świadomości? Czy też jest wpisana w kulturę danej grupy społecznej i dzięki temu staje się możliwa interpretacja doświadczenia śmierci w precyzyjny sposób?

Na pytanie, czy śmierć jest zjawiskiem naturalnym (czyli przynależącym do porządku natury) można odpowiedzieć zarówno twierdząco, jak i przecząco. Odpowiedź twierdząca potwierdza prawo entropii, która jest siłą rozpadu. Warto jednak zauważyć, że nawet najbardziej prymitywne plemiona przypisują śmierć działaniu bogów czy demonów, które są zazdrosne o ludzkie osiągnięcia. Również chrześcijańskie wyjaśnienie, że śmierć stała się udziałem ludzi w wyniku grzesznego nieposłuszeństwa Bogu pierwszego człowieka Adama, nie potwierdza tezy jakoby śmierć była jedynie zjawiskiem naturalnym. Nawet z czysto biologicznego punktu widzenia tajemnicy śmierci nie da się wytłumaczyć jako rzeczywistości jedynie empirycznej, podobnie zresztą, jak i samej rzeczywistości życia. W wielowiekowym doświadczeniu ludzi żyjących w różnych cywilizacjach znacząco przeważają nienaturalistyczne wizje życia i śmierci człowieka, interpretowane w perspektywie religijnej i metafizycznej [2].

Podjęcie do lęku przed śmiercią zależy od wiary w nieśmiertelność lub też od przyjęcia również na wiarę, iż życie ludzkie kończy się z chwilą śmierci biologicznej. Dla większości ludzi istotne znaczenie w przezwyciężeniu lęku przed śmiercią ma nadzieja na osobistą nieśmiertelność. Niektórzy próbują radzić sobie z tym lękiem poprzez świadomą akceptację, że po śmierci czeka ich ostateczna zagłada jako osobowego bytu. O ile wiara w kontynuację osobowego życia po śmierci ma swą podstawę w uznaniu istnienia Boga, jako Stworzyciela i Zbawiciela rodzaju ludzkiego, to wiara w całkowite unicestwienie swej osobowej tożsamości po śmierci domaga się interpretacji o charakterze filozoficznym. Zasadniczo, filozofowie na przestrzeni dziejów w różnorodny sposób próbowali zinterpretować zarówno samą rzeczywistość śmierci, jak i tajemnicę ludzkiego przed nią lęku. Można wyróżnić pięć charakterystycznych rodzajów stanowisk filozoficznych, będących swoistymi technikami terapeutycznymi, które są pomocne w radzeniu sobie z lękiem przed śmiercią, a mianowicie: epikurejczyków, stoików, Barucha Spinozy, Leonarda da Vinci oraz dwudziestowiecznych filozofów, którzy byli piewcami „śmierci bez pocieszenia”, a

mianowicie: pesymistów (Artur Schopenhauer) i egzystencjalistów (Fryderyk Nietzsche, Martin Heidegger i Jean-Paul Sartre).

Według Epikura i jego zwolenników podstawą lęku człowieka przed śmiercią jest przekonanie, że śmierć jest bolesna i dusza może przeżyć to doświadczenie bólu czy tortury w życiu pozagrobowym. Uznając obydwie te poglądy za fałszywe dowodzili, iż choć śmierć może być poprzedzona przez bolesną chorobę, to sama w sobie jest całkowicie bezbolesną utratą świadomości, rodzajem usypiania. A skoro śmierć dusza jest jedynie specyficznym ustrukturalizowaniem materialnych atomów, to nie może przetrwać fizycznej destrukcji. W Liście do Menoeceusza Epikur pisał: *„Śmierć jest niczym dla nas. Gdyż wszelkie dobro i wszelkie zło polega na doświadczeniu zmysłowym, a śmierć jest brakiem doświadczenia zmysłowego. Stąd poprawna wiedza o fakcie, że śmierć jest dla nas niczym, czyni śmiertelność życia sprawą zadowolenia, nie przez dodanie nieograniczonego czasu [do życia], ale przez usunięcie pragnienia nieśmiertelności. Nie ma nic przerażającego w życiu, dla tego, kto odkrył, że nie ma nic powodującego lęk w braku życia. Zatem jest głupcem ten, kto mówi, że obawia się śmierci, nie dlatego że będzie ona bolesna, gdy nadejdzie, ale ponieważ jest bolesna, gdy się jej spodziewamy. [...] Zatem śmierć, ta najstraszniejsza z tego wszystkiego, co złe, jest dla nas niczym. Jeśli istniejemy to śmierć nie jest jeszcze obecna, a kiedy śmierć jest obecna, wówczas my nie istniejemy. Z tego właśnie powodu nie ma żadnego znaczenia ani dla żyjących, ani dla umarłych, ponieważ nie wpływa ani na żyjących, ani na tych, którzy już nie żyją”* [4]. Z powyższego tekstu wynika, że Epikur ze względu na materialistyczną koncepcję duszy, zanegował wiarę w nieśmiertelność. W perspektywie epikurejskiej śmierć terroryzuje człowieka, nie z powodu jego obaw, że jest bolesna, lecz ze względu na jego niechęć do trwałej utraty świadomości.

Późniejsi stoicy, a zwłaszcza Seneka, Epiktet i Marek Aureliusz, przedstawili bardziej złożoną wizję śmierci. Seneka nauczał, iż aby przezwyciężyć lęk przed śmiercią niezbędne jest ustawiczne o niej myślenie. Co ciekawe, to ciągłe myślenie o śmierci powinno polegać na przypominaniu sobie, że jesteśmy niczym więcej, jak tylko częścią natury i musimy pogodzić się z przydzielonymi nam rolami. Porównał on życie do uczty, którą bez sprzeciwu należy opuścić o określonym czasie. Lęk przed śmiercią objawia niegodziwość całkowicie nie do pogodzenia z godnością i opanowaniem prawdziwego filozofa, który nauczył się wyzwolenia od przyziemnych trosk [5]. Dla stoików, podobnie jak dla platoników, „filozofowanie oznaczało uczenie się umierania, czyli wchodzenia w relację z wiecznością poprzez akt filozoficznej kontemplacji.

Baruch Spinoza zalecał, aby wcale nie koncentrować się na śmierci, lecz na życiu, w czym przejawia się jego mądrość. Podkreślając, że człowiekiem wolnym jest ten, kto kieruje się rozumem i nie podlega lękowi, wskazywał, że najważniejsze jest dążenie do takiego działania i życia, aby zachować swój byt poprzez poszukiwanie swej prawdziwej korzyści [6]. W świetle tego zalecenia wynika, że ludzie powinni uśmierzać czy rozpraszać lęk przed śmiercią poprzez odwrócenie od niej uwagi. Śmierć jest jak słońce i z tego powodu nie jest możliwe, aby się w nią bezpośrednio wpatrywać. Jak łatwo zauważyć stanowisko Spinozy jest w opozycji do poglądów stoików i egzystencjalistów, którzy utrzymywali, że lęk przed śmiercią może być przezwyciężony jedynie poprzez bezpośrednią koncentrację na śmierci. Ponadto, niektórzy myśliciele uważali, że często lęk przed śmiercią jest uczuciem mimowolnym, które może być pokonane jedynie przez świadomą decyzję, czyli bezpośredni akt woli [7,8].

Leonardo da Vinci był zdania, że tak, jak skutkiem dobrze przeżytego dnia jest błogi sen, tak też dobrze przeżyte życie przynosi szczęśliwą i dobrą śmierć. Proces bolesnego przygotowywania się do śmierci, wraz z towarzyszącą mu refleksją nad samą śmiercią i umieraniem, ma swe źródło w ludzkiej nędzy. Lekarstwem jest rozwój i wychowywanie ludzkiego bytu do świadomego przyjęcia nieuchronności faktu śmierci. Dla człowieka szczęśliwego śmierć nie ma większego znaczenia, gdyż ze wszystkich swych sił koncentruje się na jak najbardziej jakościowym przeżywaniu swego ziemskiego życia. Czy jednak można osiągnąć w ziemskim życiu stan szczęśliwości? A jeżeli tak, to w jakim stopniu jest to możliwe dla całej ziemskiej społeczności? Można zadać sobie również pytanie, czy stan szczęśliwości można osiągnąć, zanim nie zostanie się wyzwolonym z lęku przed śmiercią. Obserwacje socjologiczne i psychologiczne wskazują raczej, iż szczęście stanowi konsekwencję przezwyciężenia lęku przed śmiercią [2].

Poglądy pesymistów (Artur Schopenhauer) i egzystencjalistów (Fryderyk Nietzsche, Martin Heidegger i Jean-Paul Sartre) syntetycznie oddaje maksyma „śmierć bez pocieszenia”. Filozofowie ci są przekonani, iż szczęście czy też stan dobrego samopoczucia nie jest dla człowieka możliwy do osiągnięcia. Docenienie zaś wartości życia staje się możliwe jedynie wtedy, gdy bezwarunkowo przyjmuje się tragedię kondycji człowieka, uznając istnienie zła, jakim jest śmierć. W żaden sposób nie pociesza ich opatrnościowy porządek natury (w przeciwieństwie do stoików), gdyż w ich przekonaniu, z punktu widzenia Bytu czy też Natury, śmierć jednostki jest całkowicie absurdalna i nie mająca żadnego sensu. Artur Schopenhauer odrzuca judeochrześcijańską koncepcję stworzenia człowieka z niczego, a zagadnienie nieistnienia po śmierci traktuje jako powiązane z nieistnieniem przed narodzinami, osadzając

swe poglądy na buddyjskiej koncepcji karmy i ponownych narodzin. Bazując na hinduistyczno-buddyjskim pojęciu *samsara*, czyli światowym cyklu życia-śmierci, odwołuje się do egzystencjalnych doświadczeń. Jego zdaniem ustanie istnienia jednostkowego życia nie ma absolutnie żadnego znaczenia [9]. Jego zdaniem „*Życie i śmierć jednostki nie jest sprawą obojętności w relacji do [natury]. Konsekwentnie one [życie i śmierć] powinny być, w pewnym sensie, sprawą obojętną dla nas, gdyż właściwie sami jesteśmy naturą*” [10]. Gdziekolwiek bowiem jest życie, również jest tam i śmierć. „*Wszystko zbliża się jedynie do momentu i spieszy ku śmierci. [...] Śmieć jest dla gatunków tym, czym sen jest dla jednostek, czy mrugnięcie dla oka*” [10].

Dla Fryderyka Nietzschego myśl o śmierci stanowi powód do trwania w „*melancholijnym szczęściu*”, bowiem *śmierć jest dla każdego człowieka „ciemnym towarzyszem drogi”*. Nie jest możliwe, aby uniknąć śmierci, gdyż „*śmierć i cisza śmiertelna jest jedyną pewnością i jedyną tej przyszłości wspólnotą! Jak dziwne, że ta jedyna pewność i wspólnota nie ma żadnego wpływu na tych ludzi i że najdalsi są oni od świadomości bractwa śmierci! Szczęśliwy jestem widząc, że ludzie zupełnie myśleć nie chcą o śmierci*” [11]. Nadczłowiek to ktoś, kto żyje ustawicznie w świadomości śmierci, radośnie, a zarazem z dumą przyjmując ją jako naturalną i właściwą końcową stację ludzkiego życia. Heidegger i Sartre podzielają pogląd, iż ciągła koncentracja na świadomości śmierci służy coraz to doskonalszemu odkrywaniu sensu życia. Wiedza o śmierci nadaje życiu poczucie pilności, aby jak najintensywniej je przeżywać. Jeden z rozdziałów książki pt. *Bycie i czas* Martin Heidegger poświęcił problematyce śmierci. Najbardziej charakterystyczne dla bardzo interesujących rozważań Heideggera o śmierci jest jej określenie jako „możliwości” w przeciwstawieniu do aktualności. Jego zdaniem większość ludzi ma niewłaściwą postawę wobec śmierci, gdyż traktują ją jako aktualność, w ten sposób próbując „osłabić” jej możliwość [12]. Zdaniem Martina Heideggera „*W byciu ku śmierci jestestwo odnosi się do niej samej jako pewnej wyróżnionej możliwości bycia. [...] Analiza owego ‘umierania się’ odsłania niedwuznacznie sposób bycia powszedniego bycia ku śmierci. W takim mówieniu pojmuje się śmierć jako coś nieokreślonego, co ostatecznie musi skądś nadejść, ale co na razie jeszcze się człowiekowi nawet nie uobecnilo i dlatego nie jest groźne. [...] ‘Umieranie’ zostaje zniwelowane do pewnego przypadku, który co prawda przydarza się jestestwu, ale nie jest właściwy nikomu. [...] Już ‘myślenie o śmierci’ uchodzi wedle powszechnej opinii za tchórzliwy lęk, niepewność swego istnienia i ponurą ucieczkę od świata. [...] Powszednie bycie ku śmierci jest jako upadające ciągłą ucieczką przed nią. Bycie ku kresowi ma modus przeinaczającego, niewłaściwie rozumiejącego i przesłaniającego uchodzenia przed nim. [...]*”

Egzystencjalny projekt właściwego bycia ku śmierci musi zatem wydobyć te momenty takiego bycia, które konstytuują je jako rozumienie śmierci w sensie nie uciekającego i nie zakrywającego bycia ku scharakteryzowanej możliwości. [Zatem] najpierw musimy określić bycie ku śmierci jako bycie ku pewnej możliwości, a mianowicie wyróżnionej możliwości samego jestestwa. [...] W byciu ku śmierci [...] trzeba możliwość rozumieć w sposób nieosłabiony jako możliwość, jako możliwość ją wykształcać, a odnosząc się do niej trzeba ją jako możliwość wytrzymać. [...] Śmierć jest najbardziej własną możliwością jestestwa. Bycie ku tej możliwości otwiera jestestwu jego najbardziej własną możność bycia, w której wprost chodzi o bycie jestestwa” [13]. Jean Paul Sartre był piewcą podstawowej egzystencjalnej prawdy wszystkich ludzi, a mianowicie, że śmierć jest nieunikniona. A z tego faktu wynika, iż wszystko traci sens w obliczu skończoności i przemijania. Zatem ludzka egzystencja wydaje się być bezsensowna, gdyż i tak kiedyś się zakończy. To właśnie jest największym tragizmem człowieka, z którym musi on jednak żyć [14]. Dzięki świadomości śmierci człowiek odkrywa poczucie swej własnej indywidualności. Każdy bowiem musi umrzeć samodzielnie.

Powyżej przedstawione koncepcje filozoficzne podejścia do lęku przed śmiercią tylko częściowo odpowiadają na egzystencjalne potrzeby człowieka. Są jedynie próbą racjonalnego odniesienia się do problemu, który przede wszystkim jest problemem irracjonalnym, wpisanym głęboko w naturę człowieka. Choć pomocne są w pogłębieniu świadomości nad faktem przemijania i śmierci, to jednak ostatecznie nie dają nadziei na dalsze istnienie osoby ludzkiej po zakończeniu biologicznego życia. Ze względu na fakt, że człowiek jest bytem duchowym, wyjaśnienia problemu lęku przed śmiercią, dostępne w ramach różnych koncepcji filozoficznych, są zazwyczaj dla niego niewystarczające. Potrzebuje czegoś więcej, co może być dla niego dostępne jedynie poprzez religijne wprowadzenie w doświadczenie Boga.

Chrześcijańska nadzieja życia wiecznego jako lekarstwo na lęk przed śmiercią

Rzeczywistość śmierci oraz odniesienia do egzystencjalnego lęku przed nią, jaka jest udziałem zdecydowanej większości ludzi, znajduje się w polu zainteresowania każdej z wielkich religii. Zastanawianie się nad końcem życia lub jego sensem przywołuje pytanie o Boga. Bo jeżeli jest Bóg, to On nadaje sens ludzkiemu życiu. Współcześnie problemem dla wielu ludzi jest pytanie, kim Bóg jest. Pytanie o Boga jest pytaniem o doświadczenie, które przekracza granice racjonalności i sferę nauk biologicznych. Słusznie zauważa Peter Kreeft, że „śmierć jest doświadczeniem empirycznym, a pytanie o życie po śmierci jest właśnie

pytaniem o doświadczenie empiryczne – a dokładnie jest pytaniem o pośmiertne doświadczenie każdego z nas każdego dnia. Śmierć bowiem sprawia, że abstrakcyjne pytanie o Boga staje się empirycznym pytaniem testowym. Śmierć sprawia, że abstrakcyjne pytanie o Boga staje się pytaniem konkretnym. W miejsce pytanie: „Czy jest Bóg?” pojawia się pytanie: „Czy ja zobaczę Boga?” I jest to pytanie zasadnicze. Śmierć – mówiąc wprost – prowokuje pytanie o Boga” [1]. Wiara w kontynuację życia po śmierci stanowi źródło ożywczej nadziei, która nadaje głębszy sens ziemskiej egzystencji [15]. Nie powinno zatem dziwić, że problem śmierci jest również bardzo ważny w chrześcijaństwie. Różnego rodzaju dane biblijne na temat śmierci mają pomóc wierzącym w przezwyciężeniu lęku przed śmiercią, która pojmowana jest jako odłączenie duszy od ciała.

Chrześcijaństwo w ambiwalentny sposób traktuje śmierć. Ukazywana jest bowiem zarówno jako miłosierny przyjaciel, jak i groźny najeźdźca. Dla św. Pawła śmierć jest wrogiem człowieka i nie stanowi części stwórczego planu Bożego. W Liście do Rzymian Apostoł Narodów jednoznacznie dowodzi, iż śmierć to skutek ludzkiego grzechu. W wyniku konsekwencji grzechu i kary za grzech każdy człowiek umiera (por. Rz 5,12-16). Śmierć jest przedstawiana jako moc, która wszystko niszczy. W 1 Liście do Koryntian św. Paweł proklamuje pokonanie tyranii śmierci poprzez powstanie z martwych Jezusa Chrystusa (por. 15,3-4). Śmierć i Zmartwychwstanie Chrystusa to wydarzenie eschatologiczne, poprzez które śmierć została zniszczona (por. 2 Tm 1,10; Hbr 2,14) [16]. Dzięki Zmartwychwstaniu Chrystusa śmierć fizyczna traci swój oścień (por. 1 Kor 15, 54-55). Można ją zaakceptować, gdyż prowadzi do pełnej obecności Zbawiciela. Z tego powodu śmierć zyskuje zupełnie nowe znaczenie dla tych, którzy przez wiarę uczestniczą w śmierci Chrystusa. Na pytanie, czy śmierć jest wolą Bożą, św. Paweł jednoznacznie odpowiada, że nie, ponieważ Bóg jest Panem życia. Wszystko, co stworzył nazwał dobrym (por. Rdz 1,2-31). Gdy człowiek upadł poprzez grzech, nie pozostawił go w niewoli pożądliwości, lecz odkupił mocą Swej śmierci i Zmartwychwstania. Chrystus jest Pierworodnym spośród umarłych (por. Kol 1,18). Warto zauważyć, że również dla św. Jana Apostoła nie tyle ważny jest fakt, że człowiek umiera, co świadomość, że jeśli umrze w grzechu, to nie może doświadczyć rzeczywistości życia wiecznego. Dla św. Jana przyjęcie Dobrej Nowiny równoznaczne jest z przechodzeniem od śmierci do życia (por. J 3,36; 5,24). Jako „Zmartwychwstanie i Życie” (J 11,25) Jezus wyprowadza życie ze śmierci nie tylko w wieczności, ale również i teraz. Zgodnie z logiką eschatologicznej myśli św. Jana, nie należy się obawiać śmierci fizycznej, bowiem raz rozpoczęte życie nigdy się nie kończy. Ewangelista Mateusz wskazuje, że nie należy lękać się śmierci ciała, lecz raczej trzeba bać się Boga (por. Mt 10,28). Śmierć nie jest końcem naszego

istnienia, chociaż wiadomo, że człowiek ma umrzeć. Myśl o śmierci nie tyle powinna powodować lęk przed końcem swego życia, co zachęcać nas do działania. Najważniejsza decyzja, jaką możemy podjąć w świetle nadchodzącej śmierci, to decyzja opowiedzenia się za Królestwem Bożym. Ostatecznie śmierć nie ma miejsca w Królestwie Bożym. Bóg, w którego wierzą chrześcijanie, nie jest Bogiem umarłych, lecz żywych (por. Mk 12,26-27), a jeśli tak, to lęk przed śmiercią jest neutralizowany poprzez aktualizację Bożego panowania w ludzkim życiu. Zatem nawet śmierć nie wyłącza człowieka z granic Bożej miłości i mocy.

Śmierć dla chrześcijanina jest nie tylko nie dającym się uniknąć przeznaczeniem oraz karą, jakie ściąga się na siebie poprzez grzech. Chrześcijanin jest powołany do tego, aby nie żyć i nie umierać dla siebie, bowiem i w życiu, i w śmierci należy do Boga (por. Rz 14, 7). Chrystus ma być uwielbiony w jego ciele zarówno przez życie, jak i poprzez śmierć. Przeniknięty obecnością zmartwychwstałego Pana św. Paweł traktował śmierć jako początek nowej jakości istnienia: „Dla mnie bowiem żyć to Chrystus, a umrzeć to zysk” (Flp 1,21). Śmierć z przygnębiającej konieczności, która budzi lęk, ma stać się dla wierzących w Chrystusa stanem szczególnego Bożego błogosławieństwa. W syntetyczny sposób tę prawdę wyrażają słowa Apokalipsy: „Błogosławieni, co w Panu umierają – już teraz. Zaiste – mówi Duch – niech odpoczną od swoich mozołów” (Ap 14,13). Nadzieja nieśmiertelności zmartwychwstania, pojawiająca się już w Starym Testamencie z całą mocą objawia się w misterium Chrystusa. Chrześcijanie wierzą, że Ten, który wskrzesił Jezusa Chrystusa z martwych, przywróci również do życia ich śmiertelne ciała (por. Rz 8,11). Z punktu widzenia chrześcijańskiej soteriologii, śmierć ostatecznie jest zyskiem, gdyż Chrystus jest życiem tych, którzy w Niego wierzą (por. Flp 1,21). Każdy, kto poważnie traktuje wiarę w Osobowego Boga, z jednej strony, w czasie ziemskiego życia jest przywiązany do swego śmiertelnego ciała, a z drugiej strony pragnie je opuścić, aby w niebiosach być przy swym Panu i Zbawicielu (por. 2 Kor 5,8) oraz przywdziać na siebie „nowe odzienie” - szaty nieśmiertelności, szaty chwały zmartwychwstania (por. 2 Kor 5,1-5; 1 Kor 15,51-53) [17].

Postrzeganie śmierci człowieka w perspektywie zmartwychwstania nadaje chrześcijańskiej eschatologii wyjątkowe znaczenie. Egzystencjalny lęk przed śmiercią zostaje rozjaśniony nadzieją życia wiecznego. W tej perspektywie osoba ludzka nie może zostać zredukowana do jednostki, której życie ograniczone jest fizjologicznymi uwarunkowaniami jej ciała, ani do „maszyny”, składającej się z różnych części. W świetle chrześcijańskiej antropologii osoba ludzka jawi się jako tajemnica nierozzerwalnie związana z Bogiem w Trójcy Przenajświętszych Osób, który jest jej Stwórcą i Zbawicielem. Bóg jest „Dawcą życia”, a nie dawcą śmierci. W chrześcijańskiej soteriologii podkreśla się, że śmierć nie pochodzi od

Boga, lecz od człowieka. Śmierć bowiem weszła w świat w wyniku grzechu Pierwszych Rodziców i z tego też względu stała się udziałem wszystkich ludzi. Co ciekawe, z chrześcijańskiego punktu widzenia wskazuje się, że człowiek został stworzony jako byt, który ani nie był śmiertelny z natury, ani też nieśmiertelny z natury, lecz jako ktoś, kto miał możliwość wyboru jednego z tych dwóch sposobu istnienia [18]. Człowiek został stworzony do bycia w komunii (gr. *koinonia*) z Bogiem oraz obdarzony darem wolności i pragnieniem życia [19]. Bóg dopuścił możliwość śmierci, by człowiek nie żył bez końca w upadłym świecie, złapany na zawsze w błędnym kole grzechu i cierpienia, a tym samym otworzył drogę do „wieczności” [20,21]. Chrześcijaństwo odrzucając fizykalną wizję śmierci i dając nadzieję na cielesne zmartwychwstanie człowieka rozjaśniło lęk przed śmiercią Osobą i zbawczym dziełem Jezusa Chrystusa [22]. Misterium zbawienia, a więc wcielenie, śmierć i zmartwychwstanie Chrystusa, przekształciło śmierć w przejście do życia wiecznego. W tym sensie, zbawienie, które Bóg ofiarował poprzez Jezusa Chrystusa jest przede wszystkim zwycięstwem nad śmiercią. Prawda ta szczególnie jest podkreślana przez prawosławnych chrześcijan, którzy w okresie paschalnym nieustannie wyrażają ją w śpiewie troparionu: „Chrystus zmartwychwstał! Śmiercią Swoją śmierć zwyciężył, a tych, którzy są w grobach obdarza życiem”. Warto pamiętać, że celem śmierci Chrystusa nie było jedynie odpuszczenie grzechów i usprawiedliwienie człowieka. Chrześcijanie głoszą, że w swej istocie śmierć Jezusa Chrystusa była zwycięstwem nad śmiercią i śmiertelnością oraz darem nowego życia w Królestwie Bożym.

Piśmiennictwo

1. Kreeft P.: Miłość silniejsza niż śmierć, przeł. M. Nowosielska. Warszawa, 2010.
2. Olson R.G.: Death [in:] The Encyclopedia of Philosophy, Edward P. (ed.). New York, NY, London, 1967, V.II, 307.
3. Rifareal-Cedeño L.: So God Created Man. A Textbook for Philosophy of Man, Quezon City, 2003, 162.
4. Epicurus, Letter to Monoceus: Diogenes Laertios 10.121-135 [in:] The Epicurus Reader. Selected Writings and Testimonia, transl. and ed. by B. Inwood, L.P. Gerson, Indianapolis, Indiana and Cambridge, Mass., 1994, 29.
5. Motto A.L.: Seneca on Death and Immortality. The Classical Journal, 1955, 50, 187-189

6. Spinoza, Ethics, Prop. LXVII: „A free man thinks of death lest of all things; and his wisdom is meditation not of death but of life. Proof. A free man is one who lives under the guidance of reason, who is not led by fear [of death], but who directly desires that which is good, in other words, who strives to act, to live, and to preserve his being on the basis of seeking his own true advantage; wherefore such an one thinks of nothing less than of death, but his wisdom is a meditation of life. <http://www.yesselman.com/e4elwes.htm#LXVII>, data pobrania 5.01.2016.
7. Hemelik M.: Mors immortalis (The problem of death in Spinoza's philosophy, "E-Logos. Electronic Journal for Philosophy", <http://nb.vse.cz/kfil/elogos/history/spinoza.htm>, data pobrania 5.01.2016.
8. Maison W.: Death and destruction in Spinoza's ethics. *Inquiry*, 1977, 20, 403-417.
9. Raj Sing R.: Death, Contemplation and Schopenhauer. Aldershot, Burlington 2007, T.V, 78-80.
10. Schopenhauer A.: The World as Will and Representation, transl. by R.E. Aquila, New York, NY 2008, vol. II, 474.
11. Nietzsche F.: Wiedza radosna (<<La gaya scienza>>) 278, przeł. L. Staff, Warszawa 1906-1907 (Nietzsche Seminarium 2010), 225-226.
12. Edwards P.: Heidegger and Death as 'Possibility'. *Mind*, 1975, 84, 548.
13. Heidegger M.: Bycie i czas, przeł. Baran B. Warszawa, 1994, 354-369.
14. Prewysz-Kwinto A.: Atrybuty ludzkiej egzystencji u Jean Paul Sartre'a, <http://www.profesor.pl/publikacja,10082,Artykuly,Atrybuty-ludzkiej-egzystencji-u-Jean-Paul-Sartre'a> data pobrania 5.01.2016.
15. Larchet J.C.: Life after Death according to the Orthodox Tradition, trans. by G.J. Champoux, Rollinsford, New Hampshire 2012, passim.
16. Bultmann R.: Thanatos [Death] [in:] Theological Dictionary of the New Testament, Kittel G., Friedrich G. (red.), transl. and abridged in one volume by Bromiley G.W. Grand Rapids, Mich. 1985, 314.
17. Grelot P.: Śmierć [w:] Słownik teologii biblijnej, red. X. Leon-Dufour, przeł. K. Romaniuk, Poznań 1990, 948-949.
18. Larchet C.: The Theology of Illness, transl. by. Breck J. and M. Crestwood, NY, 2002, 20-26.
19. Pelikan J.: The shape of death: life, death, and immortality in the early fathers. Nashville, Tennessee, 1961, 104-106.

20. Metropolitan Hierotheos Vlachos, *Life after Death*, transl. by Williams E. Levadia 1996, 46.
21. Ware K.: *The Inner Kingdom*. Crestwood, NY, 2000, 31.
22. Hamalis P.T.: *The Meaning and Place of Death in an Orthodox Ethical Framework* [in:] *Thinking Through Faith. New Perspectives from Orthodox Christian Scholars*, ed. by Papanikolau A., Prodromou E.H. Crestwood, NY, 2008, 201-203.

Etyczne rozważania wobec końca życia. Dyskusja w polskich Kościołach ewangelickich po 1989 roku

Sojka Jerzy

Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie

Problemy etyczne związane z końcem życia ludzkiego stanowią jeden z istotniejszych i bardziej kontrowersyjnych wątków debaty bioetycznej ostatniego ćwierćwiecza. Są one przedmiotem zainteresowania także na gruncie debaty w ramach Kościołów ewangelickich w Polsce, do których zalicza się Kościół Ewangelicko-Augsburskie (Luterański), Kościół Ewangelicko-Reformowany oraz Kościół Ewangelicko-Methodystyczny.

Celem niniejszej prezentacji jest przedstawienie głównych wątków i argumentów, jakie pojawiają się w tej debacie na forum trzech wymienionych Kościołów od roku 1989 zarówno w nielicznych wypowiedziach na ten temat o charakterze oficjalnym i akademickim, jak i w popularnych ujęciach obecnych na łamach prasy kościelnej.

Oficjalne stanowiska Kościołów

Spośród Kościołów ewangelickich w Polsce do kwestii związanych z końcem życia w wypowiedziach o charakterze oficjalnym odniósł się jedynie Kościół Ewangelicko-Methodystyczny w swoich „Zasadach socjalnych” (wydanie III z 2003 roku) [1]. W rozdziale drugim pojawia się w nich fragment zatytułowany „Uczciwa opieka nad umierającymi”. Rozpoczyna go wyrażenie akceptacji dla postępu medycyny przedłużającej ludzkie, świadome życie, a jednocześnie przypomnienie, że opieka nad umierającym jest jednym z elementów boskiego daru życia. Tym uwagom wstępnym towarzyszy zastrzeżenie: *„posługiwanie się nowoczesną technologią medyczną w celu podtrzymania życia ludzkiego, w przypadkach stanów nieuleczalnych wymaga odpowiedzialnych decyzji kiedy ów system spełnia swoje zadanie, a kiedy kończy się jego rola”* [1]. W ramach jego rozwinięcia autorzy dokumentu wskazują, że nie ma podstaw o charakterze moralnym, czy religijnym, które by domagały się podtrzymywania funkcji życiowych pacjenta w sytuacji, kiedy prowadzi to tylko do niepotrzebnego cierpienia bądź też przedłużania procesu umierania. Podkreślono prawo pacjenta i rodziny do podjęcia decyzji o zaprzestaniu interwencji medycznej, jednocześnie wskazano na wagę takiej decyzji, zwracając uwagę zarówno na konieczność

modlitewnego namysłu przed jej podjęciem, jak i koniecznych konsultacji fachowych (lekarskiej, pastoralnej i innych). Podkreślono też przy tym, że podjęcie przez pacjenta decyzji o zaniechaniu terapii nie zwalnia Kościoła, które to pojęcie obejmuje wszystkich członków wspólnoty, a nie tylko np. osoby wyspecjalizowane w duszpasterstwie, z zadania opieki i towarzyszenia umierającemu [1].

Dyskusja akademicka

Niestety dyskusja akademicka w kręgu teologów ewangelickich, podobnie jak w przypadku oficjalnych wypowiedzi Kościołów, nie dostarcza obszernego materiału do analizy. Temat podejmuje właściwie jedynie klasyczny podręcznik etyki ewangelickiej pióra Witolda Benedyktowicza, którego poprawione i uzupełnione drugie wydanie ukazało się w 1993 roku. W swojej analizie problematyki eutanazji Benedyktowicz stawia tezę, że decyzja o eutanazji nie ma nigdy wystarczających podstaw. Wskazuje, że nawet w sytuacji skrajnego cierpienia chory może w związku ze zmianą swego stanu zmienić decyzję, ponadto człowieka cechuje przemożna wola życia. Przy takiej ocenie etycznej prośby o eutanazję kierowanej przez pacjenta, Benedyktowicz tym bardziej odrzuca możliwość podejmowania decyzji o zakończeniu życia przez nieuleczalnie chorego przez rodzinę, czy lekarza. Wskazuje przy tym na zagrożenia związane na przykład ze sprawami spadkowymi, w przypadku których prawne dopuszczenie eutanazji otwierałoby pole do nadużyć, czyniących z niej zabójstwo w majestacie prawa. Benedyktowicz, bez wdawania się w głębsze rozróżnienia, zalicza także do odrzuconej z perspektywy etyki chrześcijańskiej eutanazji możliwość zaniechania terapii w sytuacji, gdy prowadzi ona do przedłużenia cierpienia. Argumentuje przy tym ze zobowiązania zawartego w przysiędze Hipokratesa, że lekarz jest zobowiązany pomagać pacjentowi do samego końca [2].

Jednocześnie w swoich rozważaniach o eutanazji Benedyktowicz poddaje osobnej analizie problem urodzenia dziecka obciążonego kalectwem. Wskazuje, że także w takim wypadku eutanazja nie jest rozwiązaniem możliwym do usprawiedliwienia jako mniejsze zło. Podkreśla, że w takim wypadku istotnym jest skupienie się na poznaniu mechanizmów poczęcia i ciąży. Swoje rozważania Benedyktowicz kończy nie tylko potwierdzeniem jednoznacznego sprzeciwu etyki chrześcijańskiej wobec każdego rodzaju eutanazji (w tym także zaniechania terapii) i wezwaniem, by czynnie przeciwstawiać się tendencjom i ruchom na rzecz jej legalizacji. Obraz rozważań o śmierci i umieraniu w podręczniku jego autorstwa uzupełnia krótki fragment poświęcony przygotowaniu do śmierci. Wskazuje na wagę

przygotowania człowieka do śmierci poprzez uporządkowanie spraw doczesnych (np. sporządzenie testamentu, czy też pojednanie się z bliźnimi). Swoje rozważania Benedyktowicz kończy ukazaniem chrześcijańskiej perspektywy przyszłości, która sięga poza śmierć [2]. Nowszy podręcznik etyki szczegółowej M. Hintza pomija szersze omówienie problematyki eutanazji, ograniczając się jedynie do skonstatowania, że w ekumenicznej dyskusji niemieckiej sprzeciw wobec eutanazji jest przedmiotem konsensusu rzymskokatolickich i ewangelickich teologów [3].

Dyskusja w prasie kościelnej

W obliczu skromnej ilości wypowiedzi o charakterze oficjalnych dokumentów Kościołów ewangelickich w Polsce, czy też będących elementem dyskursu naukowego teologów ewangelickich w Polsce, by oddać stan debaty nad problematyką końca życia ludzkiego w tych środowiskach należy sięgnąć po wypowiedzi o charakterze bardziej popularnym, zamieszczone na łamach prasy ewangelickiej. W tytułach wydawanych pod auspicjami Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego debatę nad prawem do umierania bądź też śmiercią na życzenia otwiera Alfred Jagucki artykułem na łamach „Zwiastuna” z roku 1990. Tekst ten powstał sprowokowany relacją prasową na temat pomocy w umieraniu udzielonej 46-latce, która od 26 lat była przykuta do łóżka nieuleczalną chorobą. Jagucki odnosi się do kwestii eutanazji czynnej stwierdzeniem jego karalności, a także wskazaniem biblijnej historii, w których taka pomoc spotkała się z karą (Księga Sędziów 9,54). Skupia się natomiast na kwestii eutanazji biernej, rozumianej przez niego jako zaniechanie terapii przedłużającej życie, a zarazem cierpienie. Argumentując na rzecz zaniechania procedur medycznych przedłużających umieranie, Jagucki przywołuje opinie lekarskie na ten temat. Odwołują się one do godności pacjenta. Wskazują, że w sytuacji braku możliwości odstąpienia od kontynuowania terapii przedłużającej umieranie pacjenta może się on stać wyłącznie przedmiotem zniewolonym przez technikę medyczną. Pacjent ma prawo, by odstępując od kontynuowania terapii respektowano jego pragnienie śmierci, kiedy jego sytuacja jest beznadziejna. Jednocześnie Jagucki podkreśla konieczność duszpasterskiego wsparcia i towarzyszenia udzielanego pacjentowi zarówno przez bliskich, jak i poprzez zorganizowane formy służby Kościoła, takie jak służba odwiedzinowa. W tym kontekście przywołuje też argument, że niejednokrotnie pragnienie śmierci wyrażane przez pacjenta jest krzykiem o bliskość i okazanie mu troski i zainteresowania. Powyższe uwagi odnoszą się do zaniechania terapii w przypadku pacjentów świadomych swego stanu. W przypadku

pacjentów pozbawionych świadomości Jagucki przywołuje wypowiedzi lekarskie stwierdzające, że w sytuacji, w której pacjent taki nie rokuje poprawy powinno być możliwe zaniechanie terapii [4].

Temat eutanazji powraca na łamach „Zwiastuna”, a więc czasopisma Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego, w 1998 roku w artykule M. Legendź. Artykuł ten stara się przedstawić swoistą „panoramę” problematyki związanej z eutanazją, jednocześnie autorka już na wstępie jasno deklaruje w odniesieniu do kwestii umierania i śmierci: „Zarówno etyka lekarska, jak też biblijne zasady stoją w sprzeczności z »filozofią« wyręczania Boga w tej dziedzinie” [5]. W panoramie rysowanej przez autorkę spotykają się praktyczne problemy związane z konkretnymi rozwiązaniami prawnymi, czy inicjatywami związanymi z kwestiami końca życia w poszczególnych państwach, z próbą spojrzenia na filozoficzno-etyczną dyskusję nad końcem życia oraz perspektywą duszpasterską [5].

W ramach pierwszego z wymienionych elementów autorka prezentuje przyjęte w Holandii i australijskim Terytorium Północnym rozwiązania prawne dopuszczające eutanazję, wraz ze statystykami ich stosowania. Te praktyczne odwołania uzupełnia opis kontrowersji związanych z decyzjami prawnymi podjętymi w Holandii, w których ocenie zderzają się ze sobą aprobata dla eutanazji argumentowana docenieniem empatii wobec cierpienia i wolności jednostki kosztem przestarzałych obyczajów i jej odrzucenie na podstawie obserwacji o błędach i zaniedbaniach w stosowanych procedurach. Podobne kontrowersje ukazuje autorka w przypadku takich rozwiązań, jak „maszyna śmierci” Jacka Kevorkiana, którą jej budowniczy ukazuje jako sposób na bezbolesną śmierć, a jego krytycy wskazują na niebezpieczeństwa związane z brakiem pewności, jak na zastosowane w niej środki zareaguje organizm osoby w stanie krytycznym. Ukazując praktyczne wymiary związane z eutanazją autorka zwraca uwagę, że dopuszczenie eutanazji zaburza zaufanie między lekarzem a pacjentem. Przejawem takiego braku zaufania jest inicjatywa tzw. „credo card”, w których pacjenci deklarują odrzucenie przez siebie aktywnej eutanazji. Odnosząc się do sytuacji polskiej wskazuje na stan prawny wykluczający eutanazję, a jednocześnie fakt, że pytanie o nią nie było jeszcze ówczesnie istotnym społecznie problemem, a badania opinii publicznej ukazywało zróżnicowanie postaw odnośnie akceptacji eutanazji [5].

Odniesienia do drugiego z wymienionych wątków autorka rozpoczyna od ukazania akceptacji eutanazji w poglądach niektórych filozofów europejskich, takich jak Seneka, który wskazywał, że strach przed śmiercią jest jedynie strachem przed myślą o śmierci, Tomasz Morus, który w swojej „Utopii” opowiada się na rzecz przerywania męki „umarłych za życia”, czyli nieuleczalnie chorych, czy Franciszek Bacon, który w „Nowej Atlantydzie”

ukazał zadanie lekarza nie tylko jako pomoc w leczeniu, ale także w ułatwieniu zgonu. Jednocześnie autorka zwraca uwagę, że we współczesnej dyskusji pojawiają się wątpliwości, czy aby upowszechnienie procedury zaniechania terapii nie doprowadzi do oddania decyzji o życiu i śmierci pacjenta w ręce lekarza, który wie lepiej niż pacjent, a także nie spowoduje, że dobrowolna eutanazja pociągnie za sobą eutanazję niedobrowolną, gdyż jeśli przyjąć, że eutanazja jest dobrodziejstwem dla nieuleczalnie chorych to jak odpowiedzieć na zarzut, że odmawia się jej tylko z powodu tego, że ktoś nie jest w stanie o nią poprosić [5].

Kolejnym elementem obrazu dyskusji filozoficzno-etycznej na temat eutanazji jest kwestia relacji eutanazji do ukształtowanej przez Hipokratesa etyki lekarskiej, skupionej na dobru chorego i chronieniu życia, co powinno wyłączać lekarzy z bycia partnerami w dyskusji o eutanazji. Hipokratejskie zasady etyczne nie dopuszczają, by lekarz podejmował się różnicowania oceny wartości życia, także tego upośledzonego. Każde życie jest bowiem równie ważne i powinien mu służyć. W przypadku etyki chrześcijańskiej wchodzi w grę także argumenty odwołujące się do Boga jako stwórcy i dawcy życia. Na tym gruncie eutanazja stanowi sprzeciw wobec Bożych przykazań, gdyż kwestie życia i śmierci pozostają wyłącznie w gestii Boga [5].

Ostatni z wymienionych elementów artykułu, dotyczący kwestii duszpasterskich, porusza kwestie wielowymiarowości cierpienia umierających pacjentów wskazując, że towarzyszy im nie tylko ból fizyczny, ale także obciążenia psychiczne. Autorka wskazuje również na fakt, że z perspektywy chrześcijańskiej kluczowe znaczenie zyskuje nie pytanie „jak umieram”, odpowiedź na które stanowi niejednokrotnie oś argumentacji na rzecz stosowania eutanazji, ale pytanie „dokąd umieram”. Zwraca przy tym uwagę na wagę duszpasterskiego towarzyszenia w umieraniu oraz wagi przygotowania się na śmierć zarówno w kontekście spraw doczesnych, jak i duchowej gotowości na spotkanie z Bogiem. To wymaga przedstawienia pacjentowi pełnej informacji o jego stanie. Wskazuje przy tym także, że niejednokrotnie oczekiwanie śmierci jest elementem procesu akceptowania wiadomości o nieuchronnie zbliżającym się końcu życia [5].

W 2003 roku kwestia eutanazji w kontekście decyzji dopuszczających ją w Holandii powraca na łamach „Zwiastuna” w postaci dyskusji redakcyjnej, w której udział wzięli ówczesny prezes Synodu, a więc najważniejszego gremium zarządzającego Kościołem Ewangelicko-Augsburskim, ks. Tadeusz Szurman, luterański teolog i etyk ks. prof. Manfred Ugłorz oraz lekarz kardiolog Mateusz Walter, członek jednej z luterańskich parafii. Dyskusję poprzedził wstęp ukazujący sytuację holenderską oraz krótkie podsumowanie argumentów „za” (autonomia pacjenta, skrócenie niepotrzebnych cierpień, godna śmierć) i „przeciw”

(eutanazja jako uśmiercanie osób słabszych – starszych, dzieci, których nie chce rodzina, czy wątpliwości co do autonomii proszącego o eutanazję pacjenta). Zwrócono w nim też uwagę, że brak akceptacji dla samobójstwa, eutanazji, czy aborcji należy wiązać z zyskaniem dominującej pozycji przez chrześcijaństwo, co też powoduje, że kwestia eutanazji ma dla niego szczególnie znaczenie [6].

Dyskusję otwiera pytanie o to, czy człowiek może decydować o końcu swojego życia. Ks. T. Szurman odwołując się do V przykazania odpowiada na nie przecząco. Zgadza się z nim Ks. prof. M. Uglorz umieszczając odpowiedź w kontekście przemiany stanowisk etycznych: od przyzwolenia na eutanazję w kontekście starożytnych Grecji i Rzymu przez chrześcijańskie jej odrzucenie ze względu na przekonanie o życiu jako darze Bożym o niezbywalnej godności, bo odchodzenie od tego przekonania na przestrzeni ostatnich 400 lat z powodu zyskiwania znaczenia kategorii autonomii w etyce, rozwoju nauk i popularności przekonań utilitarystycznych. Te ostatnie stanowiska kontruje przywołaniem przekonania, że życie jest darem Bożym i nie pozostaje wyłącznie w gestii człowieka, który je otrzymał; podkreśla także, że życie nie jest wartością przydaną, ale stanowi o integralności i podmiotowości człowieka. M. Walter wskazuje natomiast w odpowiedzi na skomplikowanie problemu (i różnorodność wypowiedzi autorytetów – T. Moore, D. Bonhoeffer, A. Schweitzer – w tej materii) opowiadając się nie za legalistycznym, a sytuacyjnym jego rozwiązaniem [6].

Kolejne z pytań redakcji dotyczyło tego, czy cierpienie może być usprawiedliwieniem eutanazji. Ks. T. Szurman wskazuje, że nie może takim być dla chrześcijan, przy czym zauważa, że polscy pacjenci nadmiernie cierpią. Zwraca też uwagę, że istnieją sytuacje, w których chrześcijanie winni zamilknąć i powstrzymać się od oceny osoby błagającej o śmierć. Stąd zostawia możliwość dla eutanazji biernej, rozumianej jako zaniechanie terapii, jednak bez zgody na jej legalizację. Ks. prof. M. Uglorz wychodzi od wskazania na przewartościowanie cierpienia w chrześcijaństwie, swoistej Bożej pedagogii cierpienia, która nie jest ani karą, ani wyrazem nieczułości, ale narzędziem kształtowania człowieka. W tym kontekście ks. prof. M. Uglorz stwierdza, że zaniechanie terapii cieszy się społecznym przyzwoleniem. M. Walter skupia się natomiast na wskazaniu wagi relacji cierpiącego pacjenta z otaczającym go personelem medycznym, duszpasterzami itd. [6].

Ostatnie z pytań dotyczy zaniechania terapii, także w przypadku osób nieświadomych. Ks. T. Szurman z jednej strony podkreśla prawo pacjentów do korzystania z osiągnięć medycyny, z drugiej wskazuje, że może ono przedłużać cierpienia i być traktowane jako ingerencja w Boży plan. Stąd też stwierdza, że czasami zaprzestając terapii należy oddać rację naturze i Bogu, przy czym jest to decyzja trudna, ze względu na nadzieję poprawy w ostatniej

chwili. Ks. prof. M. Uglorz rozpoczyna swoją odpowiedź od stwierdzenia, że nigdy nie jesteśmy pewni w kwestii świadomości osoby, której życie jest sztucznie podtrzymywane. Konstatuje następnie, że eutanazja bierna, a więc zaniechanie terapii, jest częścią istniejącej praktyki medycznej. Zwraca przy tym uwagę na związane z tym problemy w szerszym kontekście: pytanie, komu udzielić pomocy z użyciem sprzętu ratującego życie, jeśli nie ma wystarczającej liczby urządzeń, a te które są, wykorzystane są do podtrzymywania życia osoby nieświadomej, a także kwestię kosztów procedury podtrzymywania życia. Ostrzega, że szczególnie to ostatnie pociąga za sobą groźbę rozstrzygania kwestii etycznych w kategoriach ekonomicznych. M. Walter wskazuje na kontrowersyjność problemu i brak możliwości sformułowania ogólnie obowiązujących rozwiązań, a jednocześnie na fakt, że decyzja w przypadku osoby nieświadomej odnosi się do potencjalnej osoby ludzkiej [6].

Dla wydawanej przez Kościół Ewangelicko-Reformowany „Jednoty” także zmiany prawne w Holandii stały się punktem wyjścia do poruszenia tematyki eutanazji. Przy czym redakcja, wykorzystując kontakty między polskim a holenderskim Kościołem tradycji reformowanej zwróciła się do przedstawienia problemu przez jednego z duchownych holenderskich. Ks. P. van Veldhuizen rozpoczął swój artykuł od zwrócenia uwagi na kontrowersje wokół stosunku do nowych regulacji prawnych w Kościele holenderskim, a następnie przedstawił samą procedurę. Położył przy tym nacisk na fakt, że zmiana prawa holenderskiego podyktowana była chęcią zyskania kontroli nad szarą strefą wykonywanych eutanazji, w której weryfikacja woli pacjenta i metod lekarza nie była możliwa [7].

Następnie ks. P. van Veldhuizen zestawiał argumentację na rzecz przyjętych rozwiązań prawnych dopuszczających czynną eutanazję oraz przeciw nim. Wśród argumentów „za” wymienił:

- szacunek dla próśb o śmierć, która ma chronić godność umierania;
- dążenie do jawności w tym obszarze praktyki medycznej, co pozwala nie tylko sprawdzić wolę pacjenta i stosowane procedury, ale także chroni etos lekarski przed niszczącym zakłamaniem;
- rozwój postępu w medycynie doprowadził do sytuacji, że jest ona zdolna znacząco wydłużać życie, co niejednokrotnie prowadzi do cierpienia, w tym kontekście przysięga Hipokratesa powinna być zakwestionowana;
- możliwość mówienia o eutanazji otwarcie daje spokój wewnętrzny osobom starszym i chorym mającym świadomość, że mogą o sobie zdecydować.

Wśród wymienionych przez autora zastrzeżeń znalazły się [7]:

- zły moment uchwalenia ustawy, który umieścił ją w kontekście zaniżania w Holandii standardów opieki nad chorymi i starszymi, co spowodowało wrażenie, że społeczeństwo chce się pozbyć ludzi zbędnych, zaś takie wrażenie nie powinno nigdy powstać, a opieka nad osobami jej potrzebującymi powinna być na odpowiednim poziomie;
- pomijanie w dyskusji nad eutanazją wymiaru śmierci jako tajemnicy, czegoś świętego, a co za tym idzie utożsamienie godnego umierania wyłącznie z higienicznym, bezbolesnym odejściem;
- oparta na doświadczeniach duszpasterskich obserwacja, że decyzja o prośbie o eutanazję bywa jedynie ostatnią desperacką próbą zachowania kontroli nad własnym życiem, a co za tym idzie przejawem niezdolności do życia z łaski, jednocześnie prowadzi to do zatarcia prawdziwej wartości człowieka, który uznany jest za wartościowego, jedynie będąc w pełni sprawności i sił.

Omówionemu wyżej artykułowi P. van Veldhuizenowi towarzyszy relacja ze spotkania Warszawskiego Kręgu Dyskusyjnego, działającego przy Parafii Ewangelicko-Reformowanej, który zajął się tą samą tematyką. W relacji z dyskusji zwrócono uwagę szczególnie na problemy dotyczące pytania o moment uprawnionego zaniechania terapii, a także ugruntowany na przykazaniu „Nie zabijaj” sprzeciw wobec udziału chrześcijan w procedurach eutanastycznych. Z tego ostatniego wyciągnięto także wniosek o konieczności czynnego sprzeciwu chrześcijan wobec legalizacji eutanazji. Zwrócono przy tym uwagę, że taka decyzja generuje liczne kontrowersje wokół takich problemów, jak nadzieja i jej brak w obliczu diagnozy nieuleczalnej choroby, pytanie o traktowanie eutanazji w kategorii samobójstwa bądź zabójstwa, pytania odnośnie napięcia między poddaniem się cierpieniu i walce z nim, a także pytania o to, kogo dotyczy litość aktu eutanazji – umierającej osoby czy jej otoczenia [8].

Ostatni głos w dyskusji na temat eutanazji na łamach czasopism ewangelickich pochodzi z 2005 roku i opublikowany został w „Pielgrzymie polskim” wydawanym przez Kościół Ewangelicko-Methodystyczny. Podjęcie tematu jest reakcją autora na toczącą się wokół problemu eutanazji debatę społeczną. Autor – R. Markowski – rozpoczyna od stwierdzenia, że nauka Kościoła wskazuje, że to Bóg jest dawcą życia, a co za tym idzie jego wyłącznym dysponentem. Stąd też człowiek nie ma prawa decydowania o jego zakończeniu. Odrzuca także stanowisko jakoby starotestamentalne teksty łączące chorobę z karą Bożą za niewierność wobec niego negowały prawo chrześcijan do korzystania z dobrodziejstw medycyny. Wskazuje przy tym, że ingerencji zwalczających chorobę dokonywał sam

Chrystus, uzdrawiając. Następnie jednak autor stwierdza, że osiągnięcia medycyny mają swoje granice, w których nie jest w stanie już pomóc czy skrócić cierpienia danej osoby. W takich sytuacjach pojawia się pytanie o prawo do eutanazji. Podsumowując swoje rozważania autor wskazuje, że klarowna wiara chrześcijan, że eutanazja jest złem, przy czym obejmuje tą oceną także przypadki zaniechania terapii, konfrontowana jest z doświadczeniami, w których odmówienie przerwania cierpień poprzez zaprzestanie interwencji medycznej prowadzi jedynie do cierpienia. Wskazuje na będące jego konsekwencją wątpliwości, czy eutanazja bierna w takim przypadku nie byłaby wykonaniem woli Boga [9].

Podsumowanie

Dokonując podsumowania scharakteryzowanej powyżej debaty toczonej od 1989 roku w Kościołach ewangelickich w Polsce na temat eutanazji, należy na wstępie wskazać na niewystarczającą ilość oficjalnych dokumentów kościelnych w tej materii. Poza Kościołem Ewangelicko-Metodystycznym żaden z pozostałych Kościołów nie przygotował oficjalnego oświadczenia, choć istnieje w nich taka tradycja [11-14], a spektrum oświadczeń przygotowanych przez Kościół Ewangelicko-Augsburski w ostatnich latach sugeruje dążenie do przygotowania możliwie kompletnego zestawu oficjalnych wypowiedzi Kościoła na tematy bioetyczne. Nie można w tym kontekście uznać za wystarczający dokumentu Wspólnoty Kościołów Ewangelickich w Europie, do której należą wszystkie wymienione Kościoły, poświęconego eutanazji pt. *A Time to Live, and a Time to Die. An Aid to Orientation of the CPCE Council on Death-hastening Decisions and Caring for the Dying* [10], który co prawda wyczerpująco analizuje problem, ale nie został udostępniony w tłumaczeniu na język polski. Istniejące omówienia o charakterze informacyjnej notki prasowej należy w tym kontekście uznać za niewystarczające [15]. Niestety podobna skromność cechuje debatę akademicką w temacie, w której problemem szerzej zajmuje się co prawda klasyczny, ale w wielu zakresach już zdezaktualizowany podręcznik W. Benedyktowicza, którego początki sięgają lat 70. ubiegłego wieku.

Jeśli chodzi o dyskusję na łamach prasy kościelnej, to tematyka jest w niej omówiona szerzej niż w przypadku tekstów będących oficjalnym głosem Kościołów, czy też w debacie akademickiej. Należy oczywiście odnotować, że są to zazwyczaj teksty sprowokowane przez takie wydarzenia, jak zmiany prawne legalizujące eutanazję (szczególnie w Holandii). Przy czym należy zauważyć, że tego typu okazje nie tylko dały prasie kościelnej możliwość zaprezentowania stosunkowo szerokich popularnych opracowań odwołujących się do kwestii

duszpasterskich, czy dyskusji etyczno-filozoficznej i prawnej nad problemem eutanazji, ale pozwoliły na wcielenie w życie takich pożytecznych inicjatyw, jak dyskusja redakcyjna z udziałem działaczy kościelnych, lekarzy i etyków, czy wykorzystanie kontaktów z Kościołem holenderskim, by wprowadzane tam zmiany prawne przedstawić z perspektywy duchownego – obywatela Holandii.

Podsumowując powyżej omówioną dyskusję od strony merytorycznej należy odnotować, że z powszechnym odrzuceniem spotkała się w niej eutanazja czynna. Argumenty przeciw niej koncentrowały się wokół kwestii teologicznych i zasad etyki medycznej. W pierwszej grupie argumentów kluczowym było odwołanie do życia jako daru Bożego, który jedynie Bóg jest władny odebrać, innym istotnym argumentem było V przykazanie („Nie zabijaj”). Argumentacja odwołująca się do etyki medycznej wskazywała na fundamentalne dla etosu lekarskiego, wywodzonego od Hipokratesa, nakazu nieszkodzenia pacjentowi oraz ostrzegała, że przyznanie lekarzowi prawa do dokonywania eutanazji może niszczyć fundamentalną relację zaufania na linii lekarz-pacjent. Godnym podkreślenia w tym kontekście jest, że zwykle tego typu wypowiedzi wiązały się z wezwaniami do troski o opiekę duszpasterską nad umierającym pacjentem zarówno ze strony duchownych, czy innych osób w ten czy inny sposób zaangażowanych w taką posługę w Kościele, jak i rodziny. Z tym związane są wskazania odnośnie właściwego przygotowania na śmierć zarówno w perspektywie doczesnej (pojednanie z bliźnimi, uporządkowanie spraw doczesnych), jak i sięgającej poza granicę śmierci. Wyjątkiem w jednolitych głosach odrzucających eutanazję czynną jest holenderski duchowny, który wyrażając swój osobisty dystans do przyjętych w Holandii rozwiązań prawnych wskazuje na ich zalety, jak respektowanie prośby pacjenta o śmierć, czy jawność w odniesieniu do eutanazji pozwalającą na kontrolę procedur. Jednocześnie ten sam autor wskazuje, że prośba o śmierć stanowi wyraz ludzkiego roszczenia do kontrolowania swojego życia w pełni, co kłóci się ze zdaniem się na Boga, jak i jest odarciem śmierci z tajemnicy.

Osobną kwestią w debacie jest stosunek do eutanazji biernej, a więc zaniechania terapii. Warto zauważyć, że tylko do tego problemu odnosi się jedyna wypowiedź odnośnie problematyki bioetycznej związanej z umieraniem, jaka znalazła się w oficjalnych wypowiedziach Kościołów ewangelickich. Za wyjątkiem W. Benedyktowicza, który nie widzi możliwości pogodzenia tej praktyki z pryncypiami hipokratejskiej etyki lekarskiej, pozostali autorzy albo otwarcie się na nią zgadzają, bądź też uznają jej akceptację w istniejącej praktyce medycznej lub też stwierdzają, że istnieją sytuacje, w których tego typu rozwiązanie jest dopuszczalne. Zgoda owa zwykle jest odnoszona zarówno do przypadku

pacjentów świadomych swojego stanu, jak i pozbawionych świadomości i nierokujących szans na postawę. W tym ostatnim przypadku niektórzy autorzy, jakie pojawiają w dyskusji padały odwołania do kwestii niepotrzebnego przedłużania cierpienia oraz zgody na nadchodzącą śmierć. Zwracano uwagę, że postęp medyczny i technicyzacja medycyny może prowadzić do uprzedmiotowienia pacjenta, którego pozbawi się godności w imię realizacji kolejnych procedur medycznych, mających podtrzymywać jego życie za wszelką cenę. Także w tym kontekście silny akcent położono na duszpasterską opiekę nad pacjentem oraz towarzyszenie mu w przygotowaniu do śmierci wskazując, że niejednokrotnie prośba o śmierć jest efektem osamotnienia.

Spośród różnorodnych wątków, jakie pojawiły się w dyskusji warto odnotować na zakończenie jeszcze dwa. Biorący udział w dyskusji lekarz skupiał się na wskazaniu, że kwestii pytania o eutanazję nie da się rozstrzygnąć za pomocą normy ogólnej, ale jedynie każdorazowo w odniesieniu sytuacyjnym. W dyskusji pojawił się także problem szerszego kontekstu pytania o eutanazję konkretnego pacjenta, a więc uwarunkowań związanych z brakami sprzętu ratującego życie, który zamiast służyć do podtrzymywania życia umierającego pacjenta może być potrzebny do ratowania osoby lepiej rokującej na wyzdrowienie, a także powiązana z tym kwestia kosztów ekonomicznych podtrzymywania życia. W odniesieniu do obu kwestii wyrażona została nadzieja, że uwarunkowania te nie staną się decydujące w decyzjach o zaniechaniu bądź kontynuowaniu terapii, niemniej jednak istotne wydaje się odnotowanie umieszczenia dyskusji o eutanazji na gruncie ewangelickim w Polsce w tego typu szerszych ramach.

Piśmiennictwo

1. Zasady socjalne, <http://metodysci.pl/zasady-socjalne/>, data pobrania: 5.03.2016.
2. Benedyktowicz W.: Co powinniśmy czynić? Zarys etyki ewangelickiej. Chrześcijańska Akademia Teologiczna, Warszawa, 1993, 248n.
3. Hintz M.: Chrześcijańskie sumienie. Rozważania o etyce ewangelickiej. Głos życia, Katowice, 2006, 11, 52.
4. Jagucki A.: Prawo do umierania, albo śmierć na życzenie. Zwiastun, 1990, 21, 197-199.
5. Legendź M.: Dobra śmierć? – eutanazja czy towarzyszenie na drodze wieczności. Zwiastun, 1998, 5, 12-14.

6. Wartość życia, czy godność śmierci – argumenty zwolenników i przeciwników eutanazji. *Zwiastun*, 2001, 1, 12.
7. Veldhuizen van P.: O eutanazji pod rozważkę. *Jednota*, 2002, 2-3, 9-11.
8. Świderski J.: Chrześcijańskie spojrzenie na eutanazję. Relacja ze spotkania Warszawskiego Kręgu Dyskusyjnego. *Jednota*, 2002, 2-3, 11.
9. Markowski R.: Eutanazja – zbrodnia czy ulga w cierpieniu? *Pielgrzym polski*, 2005, 2, 18n.
10. A Time to Live, and a Time to Die. An Aid to Orientation of the CPCE Council on Death-hastening Decisions and Caring for the Dying. Community of Protestant Churches in Europe, Vienna.
11. Oświadczenie Synodu Kościoła Ewangelicko-Reformowanego w sprawie ustawy o ochronie życia poczętego, <http://reformowani.pl/index.php/kosciol/oswiadczenia/140-oswiadczenie-synodu-kosciola-ewangelicko-reformowanego-w-sprawie-ustawy-o-ochronie-zycia-poczeczego>, data pobrania 8.03.2016.
12. Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w sprawie ochrony życia 1991, http://luteranie.pl/o_naszym_kosciele/oswiadczenia_kosciola/w_sprawie_ochrony_zycia.html, data pobrania 8.03.2016.
13. Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie dopuszczalności stosowania metody in vitro, http://luteranie.pl/o_naszym_kosciele/oswiadczenia_kosciola/w_sprawie_dopuszczalnosci_stosowania_metody_in_vitro.html, data pobrania 8.03.2016.
14. Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie transplantacji i dawstwa organów, http://luteranie.pl/o_naszym_kosciele/oswiadczenia_kosciola/w_sprawie_transplantacji_i_dawstwa_organow.html, data pobrania 8.03.2016.
15. Bruncz D.: Czas życia i umierania, <http://old.luteranie.pl/pl/?D=3569>, data pobrania 8.03.2016.

Potrzeby duchowe chorych

Rygorowicz Ewa¹, Guzowski Andrzej², Krajewska-Kulak Elżbieta², Grassmann Magdalena³

1. Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
3. Samodzielna Pracownia Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

”Cierpienie jest w świecie po to, ażeby wyzwalalo miłość, ażeby rodziło uczynki miłości bliźniego, ażeby całą ludzką cywilizację przetwarzało w „cywilizację miłości”

Jan Paweł II

[Salvifici Doloris – List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. Watykan; 1984].

Świat, w którym żyjemy nazywany bywa „*padolem lez*”, „*doliną płaczu*”, gdzie się nie spojrzy, widać ból, zmartwienia, niesprawiedliwość, śmierć, grzech. „*Władcą tego świata*” (J 12,31, Ef 6,12) jest szatan, widać go wszędzie.

Natomiast Boga, od którego wszystko bierze swój początek, nie widać. „*Boga nikt nigdy nie widział*” (J 1,18), dlatego też ludzie wątpią w Jego istnienie. On jednak „*ukazuje się*” (J21,1) i obiecuje, że da się poznać każdemu, kto przestrzega Jego przykazań i Go kocha [cyt. za 1].

Celem pracy było udowodnienie, poprzez proste przykłady, jaki wpływ ma nasza wiara na nasze zdrowie. Opisanie, jak podaje Chatzinikolaou [1] walki człowieka o odkrycie osoby Boga tam, gdzie przesłaniają Go logika tego świata, fizyczne poczucie rzeczywistości i grzeszne kaprysy ludzkiej słabości. Starano się w niej ukazać obecność prawdziwego Boga tam, gdzie jest On dobrze widoczny: w cierpieniu, kalectwie, życiowym tragizmie, nieuniknionej śmierci.

W przeszłości, za Szczeklik [2], istniała inna droga wpływu wiary na nasze zdrowie, którą znali szamani żyjący do dzisiaj na Syberii, wśród Jakutów. Światopogląd szamanów różni się od obrazu świata czarowników i zaklinaczy, próbujących przeganiać złe duchy z chorych [2]. Tylko szaman szedł za chorym tam, dokąd inni nie wyobrażali sobie nawet, że można iść - „*w ekstatycznym uniesieniu ruszał za duszą chorego do ,tamtego świata’*”. *Wznosił się na jego kolejne poziomy, a dotarłszy do miejsca właściwego, składał dary i z*

duszą wracał na ziemię. Ten mit o człowieku udającym się samotnie w zaświaty, by odzyskać duszę chorego, pozostaje piękną ośnową medycyny” [2].

Nigdzie jednak, jak zauważa Szczeklik [2], myślenie magiczne nie zawładnęło całymi narodami, tak jak w Ameryce Środkowej i Południowej. I tam też „*jedyny raz w swej historii, człowiek pomyślał, iż aby przebłagać Niebo, trzeba mu złożyć w ofierze żywe, bijące serce ludzkie. Ta myśl osiągnęła swoje apogeum u Azteków*” [2].

To magia życia Azteków zwrócona była bez reszty ku siłom nadprzyrodzonym, a każda chwila dnia i nocy poświęcona była bogom i mocom nieziemskim [2]. Świecki czyn nabierał znaczenia tylko wówczas, gdy odnoszono go do czegoś w transcendentalnej, wiecznej, świętej rzeczywistości. Tym, którzy żyją w czasie świeckim, trudno sobie wyobrazić religijną żarliwość i zjednoczenie Azteków z bogami, ich bezgraniczną wiarę. Byli przekonani, że żyją w epoce piątego słońca [2]. Cztery poprzednie epoki kończyły się hekatombą, wielkimi katastrofami, gasło słońce, nastawała ciemność, bogowie rzucali się w ogień, a słońce odradzało się nad horyzontem [2]. W tamtych epokach, umożliwiając istnienie ludziom, bogowie złożyli siebie w ofierze, a ludzie od tamtej pory mieli zapewnić zarówno słońcu, jak i bogom życiodajną krew. W tym celu, przez pięć dni przed świętem, czyli niemal codziennie, Aztekowie czubkiem noża przebijali swój język, a przez powstały otworek przeciągali słomkę, by podtrzymać krwawienie [2]. Nakłuwali także płatki uszne, a wypływającą krwią malowali twarz, inne wzory u kobiet, a inne u mężczyzn [2]. Nakłuwali także kolcami agawy łydki, nasycali wypływającą krwią pęki zielonych witek, a nocą nadzy wędrowali przez góry, by je złożyć w miejscach kultu, na ołtarzu utworzonym z różanych kwiatów [2].

W Europie dokonywano leczniczych upustów krwi używając w tym celu lancetu lub pijawek, Aztekowie, z pokolenia na pokolenie, puszczały krew, chcąc zaspokoić pragnienie bogów i aby utrzymać kosmos w równowadze, by codziennie wstawało słońce, by płynęły rzeki i by ziemia rodziła kukurydzę [2].

Minęło wiele czasu, zanim połączyły się we wspólnym nurcie medycyny - rozum, stawiający na obserwację chorego, na leczenie wywodzące się z empirii i magia, przepędzająca chorobę, zaklinająca świat słowami [2].

Te dwa prądy przeplatały się już w sztuce leczenia Imhotepa, wielkiego lekarza egipskiego, który w 2680 roku p. n. e. zbudował piramidę dla faraona Dzesera, najstarszą, jaka przetrwała do naszych czasów [2].

Przeszło dwa tysiące lat po nim w Grecji, Hipokrates kładł podwaliny racjonalnej medycyny [2]. Jak pisze o tym Szczeklik [2] „*w Empedoklesie czarodziej złączył się z*

przyrodnikiem, filozof z poetą, kapłan z uzdrowicielem. Przychodziły do niego tłumy, by szukać wiedzy tajemnej, a przede wszystkim magicznego uzdrowienia. Czczono go i uwielbiano. Podziwiano jego cuda, owoce pomysłowości i znajomości przyrody". Fragmenty jego dzieł pozwalają „*wytworzyć sobie pojęcie, jakim był naprawdę grecki szaman*” - stał się bowiem ostatnim wybitnym przedstawicielem linii duchowego rozwoju, która rozpoczęła się na Sycylii i przez Hellespont dotarła do Grecji azjatyckiej, a wraz z Pitagorasem na daleki zachód [2]. Hipokrates szerzył, jak jego poprzednicy, wiarę w możliwość odłączenia, za pomocą odpowiednich technik, duszy od ciała, nawet za życia. Duszy, starszej od ciała, która przetrwa jego rozkład [2].

Powyższe świadczy, iż od zarania dziejów człowiek usiłował w różny sposób radzić sobie z chorobą. Na początku wykorzystywano w tym celu gusła oraz zabobony i łączono je z prymitywną znajomością praw natury, która z biegiem lat przekształciła się w profesjonalną wiedzę medyczną, a zarazem terapię [3]. Pomimo tego, iż wiele dolegliwości można dziś poddać skutecznemu leczeniu, nadal istnieją choroby niepodatne na takie zabiegi. Münter [3] podkreśla, iż kwestia roli, jaką może odgrywać dla naszego zdrowia coś tak niemierzalnego jak przekonania religijne w czasach, gdy medycyna coraz bardziej zwraca się w stronę twardych dowodów epidemiologicznych, budzi u niektórych naukowców niepokój [3].

Mathis [4] w swojej książce „Uzdrowieni przez modlitwę” budzi wiarę w możliwość powrotu do zdrowia właśnie dzięki wytrwałej modlitwie i otwarciu się na Osobę Ducha Świętego.

Przypomnijmy, za św. Pawłem [cyt. za 4], kilka prawd egzystencjalnych mających związek z religią:

- cierpienie i śmierć są nieodłącznym elementem życia (bez względu na pobożność czy wielokrotne uleczenia);
- istnieje subtelny wpływ szatana (nienawiść, gniew, wściekłość, „opętanie” przywiązaniami emocjonalnymi);
- ułomność ludzkiej kondycji (złamane serca, frustracje, utrata ukochanych osób);
- świadomość własnej słabości otwiera na działanie Boga, który uzdrawia (człowiek zaczyna nabierać szacunku do siebie i bliźnich, świata wznosząc się ponad dotykające go zło);
- brak uzdrowienia też jest łaską (po pewnym czasie następuje akceptacja choroby i przyjęcie właściwej perspektywy życia) [4].

Warto zastanowić się nad wpływem życia religijnego (uczestnictwo w nabożeństwach, modlitwa, empatia) na samopoczucie i zdrowie człowieka.

W literaturze przedmiotu [5,6] podkreśla się, iż skuteczność powyższych czynników okazuje się wysoka, m. in. w sytuacji powrotu do równowagi po stracie ukochanej osoby, w zaburzeniach lękowych, w wypełnianiu codziennych obowiązków, w zmianie procesów fizjologicznych poszczególnych organizmów. Olbrzymią rolę odgrywa także miłość, zażyłość, wsparcie emocjonalne, które w konsekwencji wywierają dodatni wpływ na pracę serca i innych narządów [4].

Zwraca się także uwagę na fakt, że nienawiść i brak przebaczenia unicestwiają ten proces, a tym samym narażają na powstawanie różnego rodzaju chorób [5,6].

W ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost zainteresowania badaniami nad relacją między religijnością i zdrowiem, co można przypisać rosnącej popularności paradygmatu bio - psychospołecznego w medycynie, będącego alternatywą dla podejścia biomedycznego [7,8]. Za moment, który zapoczątkował zmianę myślenia o zdrowiu w naukach medycznych, uznać można ten, kiedy to Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadziła definicję zdrowia, w myśl której *„jest ono pełnym dobrostanem w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby”* [7,8].

W paradygmacie bio-psychospołecznym, za Woźniak [8], zdrowie jest ujmowane wielowymiarowo, z uwzględnieniem nie tylko biologicznej, ale również psychologicznej oraz społeczno-kulturowej perspektywy. Przyjęcie powyższego założenia wiązało się z postulatem holistycznego podejścia do pacjenta w procesie leczenia, z uwzględnieniem jego potrzeb duchowych (religijnych). Nowa perspektywa zrodziła z kolei potrzebę dokładniejszej zbadania wpływu, jaki religijność może mieć na zdrowie jednostki w jego wymiarze psychicznym, społecznym i fizycznym, w tym roli religii w procesie zdrowienia, w radzeniu sobie z chorobą, w kształtowaniu zachowań zdrowotnych i stosunku jednostki do własnego zdrowia w ciągu całego życia [8].

Obecnie wyniki badań nad zależnością między religijnością a zdrowiem i jakością życia nie są kwestionowane [9-13]. Wiele z nich [9-13] wykazało, że religijność stanowi predyktor wysokiej jakości życia i dobrego samopoczucia w stopniu bardziej istotnym niż status materialny, czy stan funkcjonalny, a pytanie o religijność (lub bardziej ogólnie o duchowość) jest składową nie tylko narzędzi służących ocenie jakości życia osób chorych.

Do 2000 roku tylko w USA opublikowano ponad 350 prac dotyczących wpływu religijności na zdrowie somatyczne, z czego większość wykazała, że osoby religijne cieszą się lepszym zdrowiem, prowadzą prozdrowotny styl życia i rzadziej korzystają z usług

medycznych niż osoby niereligijne [9-13]. W tym czasie powstało także ponad 850 prac dotyczących wpływu religijności na różne wymiary zdrowia psychicznego, z czego trzy czwarte wykazało, że dobre zdrowie psychiczne i lepsza adaptacja do stresujących sytuacji charakteryzują osoby, które deklarują się jako religijne [9-13].

Religijność była również rozpatrywana jako składowa dobrostanu w wymiarze społecznym, z przynależnością religijną, a szczególnie uczestnictwem w nieformalnych grupach religijnych jako źródłem wsparcia społecznego i czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo lepszej oceny stosunków z innymi ludźmi i wsparcia od nich otrzymywanego [14,15].

*Wiele słów, mało
Czy najmniej,
To nie gra roli:
Niech będzie jedno,
Byle zaskowyczało tak
Jak naprawdę boli...
K. Wierzyński „Jedno słowo”*

W momencie wystąpienia choroby, nieszczęścia i spowodowanego nimi cierpienia, często zadawane jest pytanie „*Dlaczego akurat mnie to spotkało, Boże?*”. Jest ono z jednej strony niezwykle głębokie, pełne emocji i trudne, a z drugiej prawdziwe, ludzkie i wymagające odpowiedzi [1].

Chatzinikolaou [1] uważa, iż jest to „*wyjątkowy temat, na który nie mogą i nie powinny odbywać się wykłady. Zbyt głęboki, aby wypłynąć na powierzchnię ludzkiej świadomości. Za bardzo bolesny, by zmieścić się w granicach naszej wytrzymałości. Zbyt osobisty, żeby się do niego ustosunkować na forum publicznym. Być może to pytanie boli bardziej niż powód, z jakiego zostało zadane, gdyż wszyscy wiemy, że nie ma na nie łatwej odpowiedzi. A jednak jest to pytanie trudne, złożone i prawdziwe*” [1].

W momencie, kiedy pomyśli się o instytucjach szpitalnych, cały poukładany świat może również lec w gruzach [1]. W tym momencie, jak zauważa Chatzinikolaou [1], współlistnieją razem „*największa radość i nieznośny ból, nadzieja z niepokojem, pragnienie wyzdrowienia z głęboką potrzebą ujrzenia zdrowym innego człowieka, miłość do tego życia i poszukiwanie innego*”. Wizyta np. w dziecięcym szpitalu onkologicznym lub ośrodku dla niepełnosprawnych może zrujnować wszelkie ludzkie rozumowanie, rozdzierać serce, zniszczyć wewnętrzny spokój, sprowokować odrzucenie rzeczywistości, społeczeństwa, osiągnięć, perspektyw [1]. Może zrodzić się także pytanie odnośnie własnej egzystencji

i stosunku do niej: „co warto, a czego nie wobec Tego, który ma władzę nad światem – Boga” [1]. Jedyną obroną wydaje się wówczas wypchnięcie tego wszystkiego z pamięci, czego najlepszym mechanizmem z jednej strony wydaje się być zachowanie dystansu wobec przyczyny problemu, a z drugiej rola czasu [1]. Niestety, co jakiś czas pojawiają się bodźce, które przypominają go na nowo i w pewnym momencie istnieje potrzeba odpowiedzi, rozwiązania, wsparcia, choćby isierki nadziei [1]. Stereotypowe religijne odpowiedzi okazują się wówczas albo prowokujące, albo po prostu nieprzekonujące, a jedynym ratunkiem może być głęboka wiara, która „ogarnia wszystko swoimi ramionami” [1]. Wiara, za Chatzinikolaou [1] „to droga jednokierunkowa. Wystarczy, żeby była autentyczna i prawdziwa” [1].

Drugim sposobem pomocy w cierpieniu, sobie lub komuś, jest zrozumienie, że stoi się „w obliczu misterium, przewyższającego naszą wiedzę i wytrzymałość psychiczną, wobec wydarzenia, które w niepojęty sposób dotyka każdego człowieka. (...). Dlaczego człowiek musi je znosić? Dlaczego nic nie da się zrobić, żeby mu ulżyć? Kto jest w stanie zabrać ból psychiczny? Jak to się ma do tak zwanej bożej miłości? Dlaczego ból sam wybiera swoje ofiary? Dlaczego nie można go przewidzieć i mu zapobiec?” [1].

W takich sytuacjach bardzo ciężko jest myśleć lub mówić, ale mądrzej, jak twierdzi Chatzinikolaou [1], jest się uczyć „obserwując życie tych, którzy cierpią, zmagają się, walczą o swoją wiarę, stale balansują na granicy wytrzymałości lub przynajmniej patrząc na tych, którzy rzeczywiście starają się podarować życie i zdrowie cierpiącym, a ich najbliżsi – z trudem próbujących ustać na nogach – pocieszają w sposób godny zaufania i dają prawdziwą nadzieję” [1].

W literaturze [1] zauważa się, iż nie ma bardziej przeszywającego bólu, niż ból dziecka, ani gorszego doświadczenia niż patrzenie, jak ono cierpi i nie być w stanie, w żaden konkretny sposób, mu pomóc, nie będąc jednocześnie pewnym jego wyleczenia.

Pytania typu: „dlaczego”, „gdzie my żyjemy”, „kto zawinił, że tak cierpimy”, „jaka etyka, jaka logika, jakie prawa regulują i są w stanie wytłumaczyć przemianę niewyraźnej radości z naszego dziecka w męczeństwo strasznego bólu z powodu nagłej jego choroby”, przeplatają się z takimi pospolitymi myślami, jak: „czy w końcu wyzdrowieje”, „co powinniśmy zrobić”, „może trzeba jechać za granicę”? [1]. Wszystko to powoduje, że najbliższe osoby chorego cierpią, że czują się jakby byli w sytuacji bez wyjścia, że czują się jakby tracili wszelką nadzieję [1].

Z drugiej strony wielu autorów [16-19] podkreśla, że nikt nie chce widzieć cierpienia, że z reguły każdy „odwraca się plecami od nieszczęścia”, które zawsze

przychodzi nie w porę. Przeszkadza, drażni, zaskakuje nieprzygotowanych do niego chorych i ich rodziny. Jedynie personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) i kapelan szpitalny, jakby „wychodzą na jego spotkanie”, zachowując wrażliwość i trzeźwy umysł [16-19].

Wrażliwość to cecha, która znajduje się na szczególnym miejscu w medycynie [16-19]. Personel medyczny zarówno pielęgniarki, jak i lekarze, musi „nakładać na siebie swoisty pancerz”, inaczej nie udźwignąłby codziennego cierpienia otaczającego go wokół, pielęgniarka, lekarz zaczęliby płakać z chorym, a po godzinie pracy byłiby do niczego, a chirurg załamałby się przy stole operacyjnym [16-19].

Warto podkreślić [16-19], że to wzruszenie to pierwszy impuls budzący medyków „do ruchu”, musi w nich coś drgnąć, ale muszą też pielęgnować w sobie tę wrażliwość, wrażliwość serca. Nieczęsto się o niej pisze, mówi w aspekcie medycyny, bo z reguły wrażliwości oczekuje się od artystów [16-19]

Z wrażliwości wywodzi się otwarcie na drugiego człowieka, gotowość na jego przyjęcie, chorzy bowiem *„otwierają przestrzeń dla miłosierdzia. Swoją chorobą i cierpieniem wzywają do czynów miłosierdzia i stwarzają możliwość ich podejmowania”* [16-19]. Ale jakże nieraz trudno o tę wrażliwość, gdy w nocy karetka przywozi kolejnego, bełkoczącego, pijanego chorego, gdy w korytarzu przychodni kłębi się tłum ludzi czekających godzinami na przyjęcie, zbadanie. Ci pacjenci mają wszystkiego serdecznie dość, ale czy tylko oni? [16-19].

W literaturze [16-19] podnosi się, że każdy z nich może wnieść w życie medyków bardzo wiele, np. jak radosne może być zdumienie, *„gdy cichy człowiek, na którego w naszej arogancji patrzyliśmy z góry, nieoczekiwanie okaże się kimś wspaniałym!”*

Cierpienie, to integralny składnik ludzkiego życia, to oznaka człowieczeństwa. Życie bez bólu i cierpienia przyrównuje się do jeziora, w którym wyschła cała woda. Większość ludzi uważa, iż głównym celem życia jest brak problemów, życie samą radością. Jednakże takie życie nie miałoby najmniejszego sensu.

Cierpienie jest jak czerń, szczęście jak biel, każde z nich uzupełnia drugie. Bez cierpienia nie można znaleźć szczęścia, a bez szczęścia nie można odkryć cierpienia. Gdyby się nie poznało jednego i drugiego, nie można by było ich odróżnić.

Prawie każdy cierpiący człowiek uważa, że jego cierpienie, nieszczęście jest największe na świecie, a choroba najgorsza. Jedynie nieliczni dostrzegają, że inni mogą mieć jeszcze gorzej. Niestety w obecnych czasach rzadko kto zwraca uwagę na innych, z reguły bowiem wszyscy interesują się tylko sobą. Należy jednak pamiętać, iż każdy

człowiek od momentu poczęcia jest częścią wspólnoty ludzkiej, która „swoją obecnością dziedziczy jej rzeczywistość, czyli istnienie dobra, jak i jego braku, czyli zła, które jest źródłem cierpienia. Taka jest prawda, a od prawdy nie można uciec. Każdy człowiek, nawet niewinne dziecko, musi doświadczyć cierpienia i śmierci. Cierpienie nie jest więc karą, jak większość uważa, jaką Bóg wymierza za grzechy, ale nieuniknionym skutkiem <grzechu świata>” (J 1,29).

Ból, choroba i cierpienie najczęściej powodują smutek, złość i bezsilność. W sytuacji, gdy człowiek zostaje pozostawiony sam sobie, nie jest w stanie „udźwignąć krzyża cierpienia”.

Choroba bardzo często może zniszczyć ludzkie życie. Św. Augustyn w „Państwie Bożym” tak pisał o skutkach cierpienia: „*Jak w tymże samym ogniu złoto żółtawo pobłyskuje, a słoma kopci; jak w tejże samej młocarni żdźbła się targają, a ziarna oczyszczają; jak olej i męty mieszają się ze sobą, choć wytłaczane są ciężarem tej samej prasy - podobnie również jeden i tenże sam cios, spadając na dobrych doświadcza ich, oczyszcza i rozjaśnia, a uderzając w złych, pogrąża, niszczy i pustoszy*” [cyt. za 20]

Schmitt w „Oskar i pani Róża” pisał, że „(..) są dwa rodzaje bólu. Cierpienie fizyczne i cierpienie duchowe. Cierpienie fizyczne się znosi. Cierpienie duchowe się wybiera” [21]. Zdaniem Chatzinikolaou [1], niektórzy ludzie tak szybko dochodzą do doskonałości, że pasują bardziej do Królestwa Bożego niż do scenariusza tego świata.

W literaturze przedmiotu [22,23,24] zwraca się uwagę, iż cierpienie nie jest wolne od lęków, bólu i rozpacz. Przeżywanie cierpienia i nadanie mu pozytywnej i pozytywnej roli w życiu następuje wtedy, gdy dana osoba dokonuje świadomego wyboru określonych wartości i jest to zdolność do autokreacji, wyraz niezgodny na zastaną sytuację i doskonalenie dotychczasowego systemu wartości dzięki przeżywanemu napięciu psychicznemu oraz świadome przyjęcie postawy w doświadczeniu cierpienia [22,23,24].

Oznaki cierpienia, takie jak lęki, obawy, refleksja, czy zawiedzenie się na sobie, mogą być także sygnałami rozwoju [23,24,25]. Trudne życiowe sytuacje mogą powodować rozwój życia wewnętrznego, wzrost świadomości i wzrost duchowy, jednakże rozpoczęcie drogi dezintegracji pozytywnej, nie wyklucza doświadczenia silnego lęku, czy też chaotyczności rozważań [23,24,25]. Dezintegracja pozytywna - wzbogaca całe życie jednostki, rozszerza horyzonty myślowe i uczuciowe, może stać się motorem twórczości, zaś negatywna - nie daje efektów rozwojowych albo powoduje ich inwolucję [25].

Różne przeżycia psychiczne w czasie doświadczenia swojej choroby mogą prowokować do postawienia szeregu pytań: o przyczyny różnych reakcji emocjonalnych,

o sposoby ograniczania cierpienia, o możliwości wspierania chorego w pozytywnym charakterze dezintegracji [22-26]. Istotne jest więc wykorzystanie zainteresowań i potrzeb pacjentów celem poprawiania ich zdrowienia oraz wspierania dalszego rozwoju, a w chorobach wymagających dłuższego leczenia - stworzenie pacjentowi takich warunków, by mogli „żyć życiem ludzkim”, w relacji z najbliższym otoczeniem [22-26].

W piśmiennictwie fachowym [23,24,25] podkreśla się, iż każdy z pacjentów jest inny, każdy ma za sobą historię własnego życia, inne uwarunkowania wewnętrzne. W związku z tym trzeba indywidualnie wspierać chorych ludzi w przezwyciężaniu trudności i adaptowaniu się do własnego życia, tworząc z nimi terapeutyczną relację, okazując im szacunek, słuchając ich uważnie oraz zapewniając im godne warunki leczenia i życia w chorobie [23-26].

Chatzinikolaou [1] uważa, iż straszne jest „kiedy próbujemy zastąpić przeżywanie czegoś jedynie myśleniem o tym, gdy cały świat stoi w gruzach i chwieje się wiara, tym, czego człowiek najbardziej potrzebuje, nie są puste nauki, ale wyrozumiałość dla braku wiary jako bardzo naturalnej reakcji ludzkiej natury”[1].

„Jeżeli świat jest rzeczywiście taki, jakim chcemy go widzieć, a Bóg taki, jakiego jesteśmy w stanie pojąć, to wówczas w ogóle nie warto żyć. Życie, które się kończy, Bóg, którego sami sobie wybieramy, świat, który możemy ogarnąć rozumem – nie mają żadnej wartości, ani oczywiście nie istnieją. Tajemnica kryje się gdzie indziej. Próba ujrzenia Boga poprzez ból jest często próżnym cierpieniem. Z kolei bez Niego nie da się wytłumaczyć bólu. A fałszywy bóg nie przynosi pocieszenia. Bardziej naturalne jest spojrzenie na ból poprzez Boga i wówczas w cierpieniu można ujrzeć prawdziwego Pana. Jakże to niesamowite, że nasz Kościół głosi Ukrzyżowanego! Jakże to piękne i autentyczne. Jakże radykalne i druzgocące dla naszych myśli. Chrześcijaństwo wyznaje Boga, który jest „zgorszeniem dla Żydów, a głupstwem dla pogan” (Kor 1,23).

„Boga świadomie pokonanego, którego racjonalna logika nie jest w stanie znieść. Boga, który ożywia, gdy jest prześladowany i zmartwychwstaje, gdy zadaje mu się śmierć. Boga, który tworzy ludzi na swój obraz i podobieństwo, a oni sami siebie niszczą, nawzajem się zabijają i wszyscy od Niego odstępują. Powołuje do życia ludzi nieśmiertelnych, którzy umierają, ludzi pełnych uwielbienia, którzy wybierają poniżenie. Przychodzi na świat skromnie i ogłasza „na ziemi pokój”(Łk 2,14) [cyt. za 1].

Piśmiennictwo

1. Chatzinikolaou N.: Tam gdzie nie widać Boga s. Niczyporuk E. (tłum.). Wyd. Żeński Dom Zakonny p/w św. Wielkomęczennicy Katarzyny, Zaleszany, 2013, 11 – 13, 93, 78, 79, 120, 125-126, 164, 168-169.
2. Szczeklik A.: Nieśmiertelność. Illg J. (red.). Wyd. Znak, Kraków, 2012.
3. Münter I.: Wpływ modlitwy na zdrowie człowieka [w:] Filozofia. Wyd. UPJP II, Kraków, 2011, 1-10.
4. Mathis R.: Uzdrawieni przez modlitwę. Bładowska E. (tłum.). Wyd. Ravi, Łódź, 2001.
5. Unger J.: On religious experience. A psychological study, Uppsala, 1976.
6. Makselon J.: Człowiek jako istota religijna [w:] Psychologia dla teologów, J. Makselon (red.). PAT, Kraków, 1990, 275.
7. Koenig H.: Religion, spirituality and medicine. Application to clinical practice, Journal of American Medical Association, 2000, 284, 1708.
8. Woźniak B.: Zaangażowanie religijne a zdrowie w starości. Mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2015.
9. Braam W., Beekman A., Deeg D., et al.: Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life; results from a community survey in The Netherlands. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1997, 96, 199–205.
10. Koenig H., George L., Peterson B.: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. The American Journal of Psychiatry, 1998, 155, 536–542.
11. Havranek E., Spertus J., Masoudi F., et al.: Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. Journal of American College of Cardiology, 2004, 44, 2333–2338.
12. Hixson K., Gruchow H., Morgan D.: The relation between religiosity, selected health behaviors, and blood pressure among adult females. Preventive Medicine, 1998, 27, 545–552.
13. Brown C., Exploring the role of religiosity in hypertension management among African Americans. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 2000, 11, 19–32.
14. Bradley D.: Religious involvement and social resources. Evidence from the American' changing lives data. Journal for the Scientific Study of Religion, 1995, 34, 259–267.

15. Idler E., Musick M., Ellison C., et al: Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research. *Research on Aging*, 2003, 25, 327–365.
16. Szczeklik A.: *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*. Wyd. Znak, Kraków, 2007.
17. Rymkiewicz J. M. *Wiersze*. Wyd. Literackie, Kraków, 1988.
18. Kołakowski L.: *Obecność mitu*. Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa, 2003, 65.
19. Jan Paweł II: *Wstańcie, chodźmy!* Wyd. Świętego Stanisława BM, Kraków, 2004
20. Kustra Cz.: *Wdzięczność i zobowiązanie. Myśl Jana Pawła II źródłem inspiracji współczesnego środowiska akademickiego*. WN UMK, Toruń, 2009.
21. Schmitt E.E.: *Oskar i pani Róża*. Grzegorzewska B. (tłum.). Wyd. Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków, 2011.
22. Marcinkowski R.: *Człowiek i cierpienie*. Wyd. Drukarnia i Księgarnia Św. Wojciecha sp. z o.o., Przewodnik Katolicki, Poznań, 2006.
23. Binnebesel J.: *Kamil a droga cudu w tryptyku doświadczenia śmierci Jana Pawła II*. [w:] *Wdzięczność i zobowiązanie. Myśl Jana Pawła II źródłem inspiracji współczesnego środowiska akademickiego*. Kustra Cz. (red.). Wyd. Naukowe UMK, Toruń, 2009, 201-205.
24. Binnebesel J. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Paczkowska A.: *Cierpienie dzieci u kresu życia – Tanatopedagogiczne konteksty koncepcji dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego* [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska - Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J. (red.). MK Druk, Białystok, 2011, 13 -19.
25. Dąbrowski K.: *Dezintegracja pozytywna*. Wyd. Państwowy Instytut Wydawniczy Warszawa, 1979.
26. Pawlak Z.: *Aspekty duchowe opieki paliatywnej* [w:] *Choroby wewnętrzne, Medycyna Praktyczna*, Kraków, 2006, 2307.

Wpływ przekonań religijnych pielęgniarki na sprawowanie przez nie funkcji zawodowych

Lankau Agnieszka¹, Krajewska-Kułak Elżbieta^{2*}, Wrońska Irena³

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Religia i religijność mogą być czynnikami modyfikującymi przebieg interakcji między pacjentem a personelem medycznym, w związku z tym wiedza na temat religijności pacjenta stanowi istotny czynnik wpływający na jakość relacji zachodzącej pomiędzy nim a personelem medycznym.

W opinii Koeniga [1], lekarze najczęściej nie są świadomi powodów, dla których mieliby poświęcać swój czas i energię na prowadzenie z pacjentami rozmów o wymiarze duchowym. Znaczna część badanych przez niego lekarzy twierdziła także, iż nie czuje się ekspertami w tym zakresie, nie odczuwa komfortu w sytuacjach dyskusji z pacjentem o kwestiach pozamedycznych oraz nie ma czasu na takie rozmowy. Autor [1] tłumaczy powyższe niedostatecznym poziomem wiedzy dotyczącej religii i duchowego aspektu człowieka, poczuciem skrupowania wynikającego z przekonania, że rozmowy na tematy religijne naruszają prywatność pacjenta oraz obawą, iż pacjenci zadawać będą lekarzowi pytania na temat jego religijności i wyznawanej przez niego religii.

Zdaniem Koeniga [1,2] i Halla [3], w kształtowaniu powyższych relacji można wyróżnić kilka sfer, modyfikowanych przez poziom religijności zarówno pacjenta, jak i lekarza, takich jak: proces podejmowania ważnych decyzji zdrowotnych przez pacjenta, ryzyko wystąpienia konfliktów, sprzeczności pomiędzy światopoglądem religijnym pacjenta a wiedzą naukową, możliwość wystąpienia rozterek duchowych i poziom dostosowania do zaleceń lekarskich.

Interesujące wyniki Koenig [1] uzyskał w projekcie badawczym obejmującym pacjentów onkologicznych (cierpiących na nowotwory płuc), członków ich rodzin oraz lekarzy onkologów. Zadanie badanych polegało na ułożeniu, w kolejności od najważniejszego do najmniej istotnego, siedmiu czynników (zalecenie onkologa, wiara w Boga, szanse powodzenia kuracji, jej efekty uboczne, rekomendacja lekarza rodzinnego, rekomendacja ze strony małżonka oraz rekomendacja tej formy terapii ze strony dzieci

pacjenta) decydujących o rozpoczęciu chemioterapii. Wszystkie grupy (pacjenci, członkowie rodzin i lekarze) wskazały na zalecenia onkologa, jako czynnik najważniejszy, jednakże pacjenci oraz ich bliscy na drugim miejscu usytuowali czynnik religijny (wiarę w Boga), podczas gdy w hierarchii onkologów zajął on miejsce ostatnie [1]. W opinii Koeniga [1], uzyskane wyniki świadczą z jednej strony o tym, że lekarze wydają się nie doceniać roli przekonań religijnych w funkcjonowaniu swych pacjentów, a z drugiej, że poziom religijności lekarzy jest niższy od poziomu religijności pacjentów.

Istotnym problemem, z punktu widzenia relacji pacjent - pracownicy ochrony zdrowia, zdaniem Koeniga [1,2] i Halla [3], jest możliwość wystąpienia konfliktu między religijnymi przekonaniami pacjenta a zaleceniami lekarskimi, opartymi na osiągnięciach nauki. W tym miejscu można wymienić np. normy religijne Świadców Jehowy, zabraniające im transfuzji krwi i podawania produktów krwiopochodnych, zakaz stosowania antybiotyków i szczepień, czy nieuznawanie asysty położnika podczas porodu, ani badań lub terapii prenatalnej przez zgromadzenie wiary, w stanie Indiana w Stanach Zjednoczonych [4,5].

Hall [3] opisał przykład pacjenta obciążonego ryzykiem wystąpienia nowotworu okrężnicy, który odmawiał poddawania się regularnym badaniom kolonoskopowym, argumentując powyższe przeświadczeniem, że Bóg wysłucha jego modlitw i uratuje go przed nowotworem. Przybliżył także przypadek kobiety, która zdecydowała się, pod wpływem nacisków ze strony jej wspólnoty religijnej, donosić ciążę i urodzić dziecko ze zdiagnozowaną prenatalnie anencefalią [3].

Zdaniem Muszalik i wsp. [5], proces chorobowy może prowadzić do pojawienia się niekorzystnych, z punktu widzenia zdrowia pacjenta rozterek duchowych, gdyż nierzadko na wiadomość o zdiagnozowanej u nich chorobie pacjenci reagują stawianiem pytań typu: „Dlaczego ja?”, „Czy Bogu w ogóle na mnie jeszcze zależy?” lub „Czy ta choroba to kara za grzechy?”.

Wyniki badań Koeniga [1] dowodzą także, że w grupie pacjentów nękaných powyższymi rozterkami występuje wzrost śmiertelności, niezależny od stanu zdrowia psychicznego i fizycznego.

Istotne dla opieki zdrowotnej i podlegające wpływom religijnym są także tendencje do stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich. Koenig [1,4] wykazał, że religijność koreluje dodatnio z poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego, zaś poziom ten wiąże się z omawianą tendencją. Wysoki poziom wsparcia społecznego skutkował, z kolei, ściślejszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich, chociażby ze względu na troskę ze strony otoczenia (np. przypominanie pacjentowi o regularnym przyjmowaniu określonych leków)

oraz silniejszą motywacją do kontynuowania terapii i walki o wyzdrowienie. Autor [1,4] stwierdził także, że wysokiemu poziomowi religijności często towarzyszy niski poziom depresyjności, a co za tym idzie, większa motywacja do działania, w tym do aktywnego współuczestnictwa w procesie terapii.

Celem pracy była ocena wpływu przekonań religijnych pielęgniarki na sprawowanie przez nie funkcji zawodowych.

Material i metodyka

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody nr R-I-002/244/2009 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w latach 2010-2011.

Badaniem objęto 150 zawodowo czynnych pielęgniarek. Ogółem rozprawdzono 160 ankiet, zaś do badania wykorzystano 150.

Zasadnicze badania zostały poprzedzone badaniem pilotażowym w grupie 50 pacjentów, które pozwoliło na zweryfikowanie jasności stwierdzeń sformułowanych w kwestionariuszach.

W badaniu metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza składającego się z trzech części:

- I – zawierającej 8 pytań dotyczących: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, miejsca pracy, stażu, stanowiska, specjalizacji;
- II - złożonej z 14 pytań dotyczących samooceny religijności, w tym między innymi pytania o: wyznanie, jak często i w jakich praktykach religijnych uczestniczą, o znaczenie religii w ich życiu codziennym, preferowane wartości w życiu, czy ma dla nich znaczenie, aby istotnym momentem życiowym, takim jak np. narodziny, ślub czy śmierć towarzyszył obrządek religijny, oceny, czy religia odgrywa obecnie na świecie większą, czy też mniejszą rolę niż dawniej, o opinię, czy wyznanie religijne powinno wpływać na wybór zawodu, jakie mogą być przyczyny podjęcia lub zwielokrotnienia ich dotychczasowych praktyk religijnych, czy wyznanie religijne mogło by być powodem nienawiązywania znajomości/przyjaźni, czy wyznanie religijne może być przeszkodą w wykonywaniu zadań zawodowych pielęgniarki;
- III - złożonej z 12 pytań dotyczących samooceny wpływu religii na funkcje zawodowe pielęgniarki, w tym między innymi o: częstość pytania przez pielęgniarkę o wyznanie religijne pacjentów, jakiego wyznania pacjentów ma najwięcej, o opinię, czy przekonania religijne pacjenta są istotne w podejmowaniu przez pielęgniarkę

decyzji terapeutycznych i pielęgnacyjnych, a jeżeli tak, to w jakich, czy w powyższym istotne są przekonania religijne pielęgniarki, na jakiego typu zabiegi terapeutyczne i pielęgnacyjne może mieć wpływ rodzaj wyznania religijnego pacjenta i pielęgniarki, co powinna uczynić pielęgniarka, jeżeli staje przed koniecznością wykonania u pacjenta terapii lub zabiegów pielęgnacyjnych, których stosowanie jest sprzeczne z jego lub jej przekonaniami religijnymi, a nie ma żadnej alternatywnej terapii, opinii na temat przydatności w nauczaniu treści związanych z problemami wielokulturowości, jakie tematy dotyczące wpływu wyznania religijnego na uwarunkowania zdrowotne pacjentów i funkcje zawodowe pielęgniarek powinny być jego treścią, jaka powinna być forma tych zajęć.

Wyniki

W badanej grupie pielęgniarek było 33,3% osób w grupie wiekowej 20-30 lat, 32,7% od 31 do 40 lat, 32% od 41 do 50 lat i 2% od 51 do 60 lat. Wśród respondentów dominowały kobiety (94,7%) i mieszkańcy miast (77,3%). Mężczyźni stanowili jedynie 5,3% badanych, a mieszkańcy wsi - 17,3%. Swojego miejsca zamieszkania nie określiło 5,3% badanych.

Wśród ankietowanych dominowały osoby o wykształceniu licencjackim (54%). Pozostałe osoby miały ukończone studium medyczne (20,7%), liceum medyczne (19,3%) lub wykształcenie wyższe, w tym 4% pielęgniarskie, a 2% inne.

Pielęgniarki pracowały na różnych oddziałach, najczęściej na oddziałach zabiegowych (30,7%) i zachowawczych (26%). Pozostali na innych oddziałach (23,3%), w poradniach (18%) lub nie podali miejsca pracy (2%).

Zdecydowana większość (56%) ankietowanych osób pracowała na stanowisku pielęgniarki odcinkowej. Pozostałe osoby na stanowisku pielęgniarki zabiegowej (11,3%), koordynującej (6,7%), na innym stanowisku (24%) lub nie podały jego (2%).

Staż pracy badanych wahał się od 1 roku do ponad 30 lat, w tym staż od 1-5 lat miało 36,7% badanych, od 6 do 10 - 6%, od 11 do 15 lub od 16 do 20 - po 12,7% osób, od 21 do 30 lat - 26,7% badanych, a powyżej 30 - 3,3% z nich. Deklaracji w tej kwestii nie złożyło 2% badanych.

Zdecydowana większość ankietowanych osób (84,7%) deklarowała się jako osoba wierząca i praktykująca. Odmiennej opinii wyraziło 5,3% osób, a 10% miało problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi.

W samoocenie stopnia religijności badane pielęgniarki najczęściej deklarowały, że są raczej religijne (65,3%). Rzadziej zdecydowanie twierdziły, że są religijne (22%), raczej nie są religijne (5,3%), w ogóle nie są religijne (0,7%) lub że ich stopień religijności związany jest jedynie z tradycjami rodzinnymi (2,7%). Problem z odpowiedzią miało 4% badanych.

Ponad połowa respondentek (52,7%) deklarowała, że uczestniczyła raz w tygodniu we mszy świętej. 18,7% czyniło kilka razy w miesiącu, 12% kilka razy w roku, 4% -codziennie, 5,3% - kilka razy w tygodniu, a 4% - tylko w przypadku świąt. W praktykach religijnych nie uczestniczyło 2% badanych, a 1,3% nie sprecyzowało, jak często ma to miejsce.

W opinii badanych pielęgniarek religia w życiu codziennym jest bardzo ważna (47,7%) lub raczej ważna (46,3%). Inni twierdzili, że nie jest raczej ważna (2%), w ogóle jest nie ważna (0,7%), jest obojętna (1,3%), jej znaczenie zależy od okoliczności (1,3%). Problem z jednoznaczną odpowiedzią miało 0,7% pielęgniarek.

Zdaniem największej grupy pielęgniarek znacznie zmalało znaczenie religii na świecie (53,3%), nieco zmniejszyło się w Polsce (46%), bez zmian było w ich życiu osobistym (56%), bez zmian w życiu zawodowym (50,7%) i rodzinie (56%). Pozostali uważali, że znaczenie religii w obecnym czasie w stosunku do przeszłości jest na świecie nieco mniejsze (25,3%), bez zmian (10%), nieco większe (0,7%), znacznie większe (1,3%). W Polsce jest znacznie mniejsze (26%), bez zmian (13,3%), nieco większe (4%), znacznie większe (7,3%). W życiu osobistym - znacznie mniejsze (4%), nieco mniejsze (14%), nieco większe (9,3%), znacznie większe (12,7%). W rodzinie - znacznie mniejsze - (4,7%) nieco mniejsze (13,3%), nieco większe (10,7%), znacznie większe (1,3%). W życiu zawodowym - znacznie mniejsze (6%), nieco mniejsze (9,3%) , nieco większe (12,7%) lub znacznie większe (11,3%). Problem z odpowiedzią odnośnie znaczenia religii w świecie miało 9,3% badanych, w Polsce - 3,3% osób, w życiu osobistym i w rodzinie po 4% oraz w życiu zawodowym 14,7% respondentów.

Pielęgniarki były osobami praktykującymi i aktywnie uczestniczącymi w najważniejszych świątach religijnych. Uczestniczyły one w Wigilii Bożego Narodzenia (96%), w śniadaniu Wielkanocnym (95,3%), kolędzie księdza (91,3%), w Sakramencie Komunii (85,3%), w bierzmowaniu (81,3%), w nawiedzaniu kościoła lub w Pierwszej Komunii (po 79,3%), śpiewaniu kolęd (77,3%), procesji Bożego Ciała (72,7%) lub w pielgrzymkach (40,7%). 5,3% badanych stwierdziło, że uczestniczy w innych praktykach religijnych, nie precyzując jakich.

Pielęgniarki zapytano także o znaczenie wybranych obrzędów religijnych w ich życiu. Dla większości badanych tak samo bardzo ważny był chrzest (82%), ślub (70,7%) i pogrzeb (80,7%). Dla pozostałych chrzest był raczej ważny (13,3%) lub obojętny (2%). Ślub był

raczej ważny dla 16,7% osób, obojętny dla 7,3% ankietowanych, raczej nieważny dla 2% osób i nie był ważny dla 1,7% pielęgniarek. Pogrzeb był raczej ważny dla 12,7% osób i obojętny dla 4% pielęgniarek. Nie wyraziło swojej opinii jednoznacznie w kwestii chrztu, ślubu i pogrzebu po 2,7% badanych.

Podstawową przyczyną pogłębiania praktyk religijnych u badanych pielęgniarek były motywy osobiste, potrzeby emocjonalne (72,7%). Spory odsetek respondentek był zdania, że powrót do kościoła i uczestnictwo w jego życiu powodują także osobiste nieszczęścia, jak choroba kogoś z rodziny (37,3%), własna choroba (34,7%), czy śmierć kogoś bliskiego (36%). Do innych czynników zaliczali: chęć poznania Boga (35,3%), kontynuowanie tradycji rodzinnych (25,3%), piękno liturgii (16%), lęk przed negatywną opinią znajomych lub wstyd przed innymi (po 0,7%) oraz lęk przed negatywną opinią rodziny (4%). Problem z jednoznaczną deklaracją miało 3,3% respondentów.

Respondentów poproszono o wskazanie pięciu określić obrazujących wartości najważniejsze w ich życiu. Zdaniem największej liczby pielęgniarek najbardziej preferowaną wartością życiową jest szczęście rodzinne (92%), zachowanie dobrego zdrowia (80%), szacunek innych ludzi lub praca zawodowa (po 62%). Pozostali wymieniali grono zaufanych przyjaciół (47,3%), spokój (41,3%), wiarę/religię (40,7%), dobre wykształcenie (37,3%), kontakt z kulturą (10%), dobrobyt, bogactwo (8%), dobro ojczyzny (7,3%), życie pełne przygód (4%) oraz udział w życiu społeczno-politycznym lub sukces, sławę (po 2%).

W opinii 78% pielęgniarek wyznanie nie ma wpływu na nawiązywanie znajomości. Przeciwną opinie wyraziło 6% z nich, a 16% nie miało w tej kwestii zdania.

O tym, że wyznanie może mieć wpływ na wybór zawodu przekonanych było 14,7%. Przeciwną opinie wyraziło 42% z nich, a aż 43,3% nie potrafiło jednoznacznie się wypowiedzieć w tej kwestii.

Zdaniem 61,1% badanych pielęgniarek wyznanie nie ma wpływu na wykonywanie zadań zawodowych. Inaczej uważało 24,8% badanych, a 14,1% miało problem z odpowiedzią.

Ankietowane pielęgniarki deklarowały, że nie pytają swoich pacjentów o wyznanie religijne (69,3%). Czasami robiło to 17,3% z nich, a zawsze - 4,7%. Nie wypowiedziało się 8,7% badanych.

Wśród pacjentów, z którymi miały styczność ankietowane pielęgniarki, przeważali katolicy (83,3%), a następnie wyznawcy prawosławia (40%), świadkowie Jehowy (11,3%), muzułmanie (2,7%) i judajscy (0,7%). Problem z odpowiedzią miało 16,7% respondentów.

W przypadku co piątej pielęgniarki (23,5%) wyznanie pacjenta mogło mieć wpływ na podejmowane decyzje dotyczące leczenia. Co trzecia ankietowana (35,3%) zdecydowanie zaprzeczyła takiej zależności, a co czwarta (26,7%) nie potrafiła sprecyzować poglądów w tym temacie.

Zdecydowanie mniejszą rolę odgrywało w podejmowaniu decyzji terapeutycznych wyznanie pielęgniarek, ponieważ zdaniem połowy respondentek (50%) nie wpływało ono na proces leczenia pacjentów. Odmienne zdanie miało 13,3%, o tym że może to mieć miejsce czasami przekonanych było 1,3% osób, a aż 35,5% nie wiedziało, jak na to pytanie odpowiedzieć.

Ankietowane pielęgniarki zapytano także o wskazanie zabiegów, na których wykonanie może mieć wpływ religijność pacjenta lub pielęgniarki. Dwie trzecie ankietowanych pielęgniarek nie było w stanie wymienić zabiegów, których wykonywanie byłoby uzależnione od religijności pielęgniarki, natomiast więcej przykładów takich zabiegów pielęgniarki podały w odniesieniu do pacjentów. W Tabeli I zabiegi uszeregowano w kolejności podawanej w odniesieniu do pacjentów.

Tab. I. Zabiegi na które w opinii pielęgniarek wpływ może mieć wyznanie

Zabiegi, na których wykonanie ma wpływ wyznanie	Zabiegi, na których wykonanie ma wpływ wyznanie			
	pacjenta		pielęgniarki	
	N	% ¹⁾	N	% ¹⁾
przetaczanie krwi/transfuzja	87	58,0%	28	18,7%
przeszczepy	21	14,0%	4	2,7%
aborcja	13	8,7%	19	12,7%
eutanazja	8	5,3%	11	7,3%
dieta	6	4,0%	1	0,7%
<i>in vitro</i>	6	4,0%	4	2,7%
na żadne	2	1,3%	5	3,3%
podtrzymywanie życia/respirator	2	1,3%	0	0,0%
badania ginekologiczne	2	1,3%	0	0,0%
inne	2	1,3%	1	0,7%
szczepienia	1	0,7%	0	0,0%
dializa	1	0,7%	0	0,0%
badania genetyczne	1	0,7%	0	0,0%
zabiegi operacyjne	1	0,7%	0	0,0%
trudno powiedzieć	56	37,3%	102	68,0%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100%, gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Odpowiedzi pielęgniarek dotyczące radzenia sobie w sytuacji konieczności wykonania zabiegu sprzecznego z poglądami religijnymi pacjenta nie były konkretne. Najwięcej osób miało problem z jednoznaczną deklaracją (30%) lub wybierało odstępnie od leczenia (29,3%). Chorego przekazałoby innej pielęgniarence 9,3% badanych, a 2% wykonałoby zabieg spreczny z jego przekonaniami. 29,3% respondentów twierdziło, że postąpiłoby inaczej, ale nie sprecyzowało jak.

W sytuacji, gdy wykonywany na pacjencie zabieg był spreczny z poglądami religijnymi pielęgniarek, najczęściej przekazywały jego realizację innej osobie (38%). Inne albo odstępowałyby od niezgodnego z ich sumieniem postępowania terapeutycznego informując o tym chorego (15,3%). Kolejne, mimo wszystko, wykonałyby zabieg spreczny z jej przekonaniami (6,7%), a 11,3% postąpiłaby jeszcze inaczej, ale nie sprecyzowały jak. Ponad ¼ ankietowanych (28,7%) nie potrafiła zająć jednoznacznego stanowiska w tej kwestii.

Do osób, które w opinii ankietowanych pielęgniarek mogą stanowić dla nich autorytet należeli: Jan Paweł II (42%), Matka Teresa z Kalkuty (24%), Dalajlama (16%), każdy papież, misjonarz/zakonnik/pop/ksiądz (po 0,3%), Irena Sendler, Florence Nightingale (po 2,7%), Ojciec Pio, Jerzy Owsiak po (2%), prof. Jerzy Religa (1,3%), Budda, Mahomet, Mahatma Gandhi, Ewa Błaszczyk i Brat Roger (po 0,7%). Propozycji nie potrafiło podać aż 38% badanych.

Dyskusja

Rozwój nauk medycznych i technizacja służby zdrowia, poza niewątpliwymi korzyściami, niesie za sobą również pewne zagrożenia, a wśród nich uprzedmiotowienie pacjenta, który stał się obiektem różnego rodzaju procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych [6]. Zatrącenie więc znaczenia osoby pacjenta w relacjach interpersonalnych z pracownikami służby zdrowia wzbudza uzasadniony niepokój i refleksje etyczne [6].

W literaturze przedmiotu [7] podkreśla się, że strategie przystosowawcze podejmowane przez chorych nie wyłączają pierwiastka religijnego istniejącego w osobowości. W tym procesie tworzą się różne postawy wobec aktualnie przeżywanego cierpienia i choroby, w których religijność przyjmuje dominującą funkcję [7].

Według Holland [8] istnieje ścisły związek pomiędzy wiarą religijną a aktywną formą poznawczego radzenia sobie, zaś przekonania religijne mogą być pomocne w nadawaniu

znaczenia doświadczeniom choroby. To one, podobnie jak praktyki i różnice kulturowe, dotyczą nie tylko preferowanych strategii radzenia sobie z tymi problemami, ale w znaczny sposób wpływają na przebieg leczenia i kształtują definicje oraz interpretacje problemu, formułowane nie tylko przez pacjenta, ale także przez terapeutę, w tym pielęgniarki i położne [8].

Wandarasz [9] uważa, iż religia może ukazywać człowiekowi sens życia, a poprzez filozofię życia, system wartości, przekonań, praktyk, poczucie stabilności, religijność staje się bodźcem do pokonywania problemów dnia codziennego.

W opracowaniu Ellisa i wsp. [10], przeprowadzonym wśród lekarzy rodzinnych, 96% z nich wskazywało, że duchowy dobrostan ich pacjentów jest ważnym czynnikiem zdrowia.

Clark [11] natomiast, w dziewięcioletnim okresie obserwacji przeprowadzonej w USA, opartej na reprezentatywnej grupie 22080 dorosłych Amerykanów (w wieku od 20 lat i powyżej) stwierdził, że ryzyko śmierci dla nieuczestniczących w religijnych obrzędach było 1,87 wyższe od ryzyka osób praktykujących.

Koenig i wsp.[4] dokonali metaanalizy wyników 42 programów badawczych, w których uczestniczyło blisko 126. 000 osób. Autorzy wykazali, że wysoce religijne osoby miały o 29% wyższe prawdopodobieństwo przeżycia w porównaniu z mniej religijnymi osobami.

McCullough i wsp. [12] analizowali związek religijnego zaangażowania z zapadalnością na zawał serca wśród osób żydowskiego pochodzenia. Niewierzący Żydzi w porównaniu z ortodoksami mieli znacząco większe prawdopodobieństwo pierwszego zawału mięśnia sercowego (wynosiło ono 4,2 u mężczyzn i 7,3 u kobiet). Wśród czynników uwzględnianych w analizie znalazły się: wiek, pochodzenie etniczne, wykształcenie, palenie tytoniu, aktywność fizyczna, wskaźnik masy ciała (BMI) [12].

Jarmoluk i wsp. [13] przeprowadzili badania w grupie 51 pielęgniarek/pielęgniarzy miasta Lublina. Większość respondentów zgadzało się z faktem, iż powoływanie się na klauzulę sumienia jest niedopuszczalne w sytuacji zagrożenia życia pacjenta. Prawie 31,37% badanych znalazło się w sytuacji konieczności wykonania świadczenia zdrowotnego, które było niezgodne z ich sumieniem. Najczęściej było to asystowanie przy zabiegu aborcji, rezygnacja z uporczywej terapii oraz przetaczanie krwi u Świadków Jehowy. Tylko 15,69% ankietowanych stosowało klauzulę sumienia. Głównie w sytuacji zabiegu aborcji – odmawiając udziału. Pozostali (84,31%) nigdy nie powoływali się na tą regulację deontologiczno-prawną [13].

Najczęściej wskazywanym świadczeniem zdrowotnym, w którym udziału może odmówić pielęgniarka ze względu na wątpliwości moralne była aborcja (92,16%) [13]. Najrzadziej - udział w badaniach prenatalnych - 5,88% oraz opieka nad pacjentem zakażonym wirusem HIV/AIDS - 5,88%. Najczęściej wskazywanym przez respondentów przypadkiem, w którym pielęgniarka nie może powołać się na wątpliwości sumienia była sytuacja bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta - 80,39%, najrzadziej – brak innego specjalisty - 33,33%. Ponad połowa respondentów - 56,86% twierdziła, że klauzula sumienia ma zastosowanie w dzisiejszej pracy zawodowej pielęgniarek. Najczęściej swoją odpowiedź uzasadniali tym, że na jej podstawie można postępować zgodnie z własnym sumieniem (17,76%) [13].

W opinii Zielińskiej [14] jest wiele przypadków, w których lekarze powołują się na klauzulę sumienia, a to ma związek z upowszechnianiem się nowych technologii i postępem medycyny. Chodzi tu przede wszystkim o wspomagany medycznie rozród, zastępcze macierzyństwo, produkcję embryonów i ich selekcję, a także antykoncepcję oraz aborcję. Zdaniem autorki *są to okoliczności, które stawiają lekarzy w trudnej sytuacji wyboru. Nie zawsze to, na co prawo zezwala, nie budzi sprzeciwu moralnego. Dlatego lekarze powinni mieć możliwość oceny, czy dane świadczenie zdrowotne jest zgodne z ich sumieniem, czy nie*” [14].

O tym, iż rodzaj wyznania religijnego pacjenta może mieć wpływ na typ zabiegu terapeutycznego i pielęgnacyjnego, przekonanych było 23% pielęgniarek. Rodzaj wyznania religijnego pielęgniarki, w opinii 13% pielęgniarek, także może mieć wpływ na typ zabiegu terapeutycznego i pielęgnacyjnego. W opinii pielęgniarek powyższe dotyczyłoby takich zabiegów, jak np. przetaczanie krwi.

W nowoczesnych założeniach opieki pielęgniarskiej, za Kosicka i Ksykiewicz-Dorota [15], podkreśla się potrzebę zwiększenia odpowiedzialności i autonomii zawodowej pielęgniarki. W praktyce pielęgniarskiej autonomia rozumiana jest jako uprawnienie do samodzielnego podejmowania decyzji związanych z opieką nad pacjentem i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania. Zdaniem autorek [15] uzasadnione jest więc stwierdzenie, że podejmowanie decyzji jest podstawą obecnej i przyszłej praktyki pielęgniarskiej.

W literaturze przedmiotu [16-19] podkreśla się, iż podejmowanie decyzji przez pielęgniarki jest procesem stosowanym z wykorzystaniem informacji otrzymanych z różnych źródeł, w celu dokonania profesjonalnej oceny, podczas której zachodzi analiza niezbędna

do podjęcia decyzji. Jednakże bez względu, czy dotyczą one procesu diagnostyki, terapii, czy pielęgnowania, istotne znaczenie ma fakt poszanowania autonomii, godności chorego [16-19].

Zdolność do podejmowania decyzji etycznych stanowi istotę jakości praktyki profesjonalnej pielęgniarki [20,21]. Decyzje zawodowe opierają się na wiedzy i doświadczeniu zawodowym, a umiejętność podejmowania decyzji ma szczególne znaczenie w sytuacjach trudnych, z którymi pielęgniarka bardzo często spotyka się w swojej praktyce zawodowej. Do najważniejszych elementów podejmowania decyzji etycznych należą: osobiste wartości i wierzenia ze znajomością koncepcji etycznych w praktyce pielęgniarskiej oraz standardy zachowań etycznych. Natomiast do czynników warunkujących procesy decyzyjne pielęgniarek zalicza się: czynniki merytoryczne związane ze stanem zdrowotnym podopiecznych (sytuacje i potrzeby człowieka jako jednostki, w związku z zachowaniem zdrowia i życia) i czynniki osobowe związane z orientacją moralną (poziom wiedzy i umiejętności oraz wartości i orientacje moralne, które kierują życiem osobistym i zawodowym pielęgniarek; wpływają na postawy i podejmowanie decyzji) [20,21].

W obecnym badaniu zdaniem 61% pielęgniarek wyznanie religijne nie może być przeszkodą w wykonywaniu zadań zawodowych pielęgniarki.

W badaniach Majdy i wsp. [22] prawie co trzeci respondent z grupy 150 studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie zadeklarował, że religia odgrywa bardzo dużą rolę w kształtowaniu jego postaw wobec eutanazji (30,0%). Ankietowani, dla których religia odgrywała najważniejszą, bądź bardzo dużą rolę w kształtowaniu postaw wobec eutanazji w większości nie popierali eutanazji (81,5%) oraz nazwali eutanazję jako zabójstwo (30,1%). Natomiast studenci, dla których religia nie odgrywała żadnej roli bądź niewielką w kształtowaniu postaw wobec eutanazji, nazwali eutanazję jako skrócenie cierpień osobie nieuleczalnie chorej (75,0%) [22].

Raczyński [23] oceniał wpływ religijności na stosunek do eutanazji wśród studentów medycyny (50 ankietowanych) i prawa (75 ankietowanych) studiujących na Wydziale Socjologiczno-Historycznym Uniwersytetu Rzeszowskiego. Poparcie dla eutanazji było różne dla każdego kierunku w ten sposób, iż na prawie większość (60%) nie dopuszczała eutanazji, natomiast na medycynie większość, choć nieznaczna (52%) była w stanie ją przyjąć. Autor [23] wykazał, że zdecydowana większość badanych była osobami wierzącymi – choć w różnym stopniu. Ponad połowa respondentów uczestniczyła w praktykach religijnych cztery razy w miesiącu (brali udział w mszy co niedzielę), 9% z nich uczestniczyło częściej niż raz w tygodniu, a 6% w ogóle. Stopień religijności miał wpływ na akceptację eutanazji [23].

W obecnym badaniu pielęgniarka w sytuacji, gdy staje przed koniecznością zastosowania u pacjenta terapii lub zabiegów pielęgnacyjnych, których stosowanie jest sprzeczne z jego przekonaniami religijnymi, a ona nie może zaproponować żadnej alternatywnej terapii, powinna odstąpić od leczenia i poinformować go o tym (opinię powyższą podzielało 29% pielęgniarek), 30% nie umiało wskazać jednoznacznej propozycji rozwiązania problemu. Natomiast, gdy staje przed koniecznością zastosowania u pacjenta terapii lub zabiegów pielęgnacyjnych, których stosowanie jest sprzeczne z jej przekonaniami religijnymi, zdaniem 38% powinna przekazać pacjenta innej pielęgniarce.

Franek i wsp. [24] przeprowadzili badania w grupie 35 pielęgniarek pracujących w swoim zawodzie i równocześnie uzupełniających wyższe wykształcenie pielęgniarskie, które wykazało, że zdaniem badanych charakterystyczne cechy osoby uznawanej za wzór osobowy powodują, że wyróżnia się ona spośród innych ludzi, a jej kompetencje, różnie rozumiane, inspirują i pociągają do naśladowania. 60% osób stwierdziła, że wzory osobowe mogą pomagać w rozwoju osobistym, zwłaszcza w kształtowaniu własnej osobowości lub w kształtowaniu własnego systemu wartości. Drugą, co do częstości, kategorią odpowiedzi (30%) było rozwiązywanie problemów dnia codziennego, a więc związanych z pracą, wychowaniem dzieci i pokonywaniem codziennych trudności. 11% osób wskazało również na rolę wzorców w kształtowaniu relacji z ludźmi — i to zarówno, gdy chodzi o ogólną współpracę w grupie, jak i o pomaganie innym [24]. Spośród wszystkich badanych osób zdecydowana większość, bo aż 71% uznała historyczne wzory osobowe pielęgniarek za nadal aktualne. Mimo, że 71% badanych uznało aktualność i uniwersalność wzorów historycznych pielęgniarek, to tylko część z nich (13 z 25 osób, a więc mniej niż połowa) odwoływała się do któregoś z tych wzorów. W wypowiedziach osób badanych pojawiła się kilka razy postać Hanny Chrzanowskiej, poza tym wymieniano takie nazwiska, jak Florence Nightingale oraz Dorothy Orem i Betty Neumann. Osoby, które deklarowały posiadanie wzoru, wymieniały przede wszystkim Jana Pawła II (dla 35% stanowi wzorzec ogólny, dla 11% wzorzec społeczny i altruistyczny). W uzasadnieniu wyboru konkretnego wzorca, osoby badane wskazywały przede wszystkim na postawy, wartości, zachowania związane z postawą wobec ludzi — 61% wypowiedzi („szacunek dla drugiego człowieka, widzenie w nim wartości bez względu na różnice”, „pochylanie się nad człowiekiem”), cechy charakteru wzorców, na przykład twórcze życie oraz bycie sobą [24].

W obecnym badaniu, za osoby reprezentujące różne religie, które mogłyby być autorytetem dla pielęgniarki w trakcie wykonywania jej pracy zawodowej pielęgniarki wskazywały głównie Jana Pawła II.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że przekonania, praktyki i różnice kulturowe dotyczą nie tylko preferowanych strategii radzenia sobie z różnymi życiowymi problemami, ale w znaczący sposób wpływają na przebieg leczenia oraz kształtowanie definicji i interpretacji problemu, formułowanych nie tylko przez pacjenta, ale także przez terapeutę, w tym pielęgniarki.

W pracy z człowiekiem chorym, cierpiącym i jego rodziną istotne znaczenie mają bowiem nie tylko kwalifikacje i kompetencje personelu medycznego. We współczesnym społeczeństwie, w tym także w ochronie zdrowia, bardzo ważną rolę powinno odgrywać przekazywanie wiedzy o innych kulturach zamieszkujących Polskę, kwestionowanie stereotypów, uwrażliwianie na różnice kulturowe i wzmacnianie postawy szacunku wobec drugiego człowieka i jego kultury.

Wnioski

1. W przypadku co piątej pielęgniarki wyznanie pacjenta mogło mieć wpływ na podejmowane decyzje terapeutyczne.
2. W sytuacji, gdy wykonywany na pacjencie zabieg był sprzeczny z poglądami religijnymi pielęgniarek, najczęściej by przekazywały jego realizację innej osobie, albo odstępowały od niezgodnego z ich sumieniem postępowania terapeutycznego.
3. W sytuacji konieczności wykonania zabiegu sprzecznego z poglądami religijnymi pacjenta, z reguły nie potrafiły powiedzieć, co zrobiłyby w takiej sytuacji lub odstąpiłyby od wykonania takiego zabiegu.

Piśmiennictwo

1. Koenig H. G.: Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South. Med. J.*, 2004, 97, 1194–1200.
2. Koenig H. G., George L. K., Titus P.: Religion, Spirituality and Health in Medically III Hospitalized Older Patients. *American Geriatrics Society*, 2004, 52, 554-562.
3. Hall D. E.: When clinical medicine collides with religion. *The Lancet*, 2003, 326, 28–29.
4. Koenig H. G., George L. K., Peterson B. L.: Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155, 536-542.

5. Muszalik M., Grabowska M., Kędziora-Kornatowska K.: Znaczenie przekonań religijnych w opiece zdrowotnej [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie. Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Wyd. PZWL, Warszawa, 2010, 157-165.
6. Janus B.: Konferencja "Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno-zawodowa" Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, 14.10.2005.
7. Rękas M.: Tajemnica cierpienia. Wyd. Apostolstwa Chorych, Katowice, 1949.
8. Holland J. C., Passik S., Kash K. M., Russak S. M., Gronert M. K., Sison A., Lederberg M., Fox B., Baider L.: The role of religious and spiritual belief in coping with malignant melanoma. *Psychooncol.*, 1999, 8, 14-26.
9. Wandrasz M.: Religijność a postawa wobec chorób. RW KUL, Lublin, 1998.
10. Ellis M., Vinson D. C., Ewigman B.: Addressing spiritual concerns of patients. *J. Fam. Pract.*, 1999, 48, 105-109.
11. Clark K.M., Friedman H.S., Martin L.R.: A longitudinal study of religiosity and mortality risk. *J. Health Psychol.*, 1999, 4, 381-391.
12. McCullough M. E., Hoyt W. T., Larson D. B., Koenig H. G., Thoresen C.: Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol.*, 2000, 19, 11-222.
13. Jarmoluk P., Ikwanty K., Durak K., Tetych J.: Klauzula sumienia w praktyce pielęgniarki [w:] Materiały Zjazdowe, Lubelski Kongres Studenckich Kół Naukowych TYGIEL 2009 „Czyli jak rozwijać naukę?”, w ramach VI Lubelskiego Festiwalu Nauki „Nauka techniką życia”, Lublin, 19-25.09. 2009, Caban J., Szala M. (red.). Lublin 2009, 116-120.
14. Zielińska E.: Klauzula sumienia. Wyd. PiM, 2003, 1, 30.
15. Kosicka B., Ksykiewicz - Dorota A.: Pielęgniarskie modele podejmowania decyzji. *Probl. Pielęg.*, 2008, 16, 299-303.
16. Narayan S., Corcoran - Perry S.: Line of reasoning as a representation of nurses clinical decision-making. *Res. Nurs. Health*, 1997, 20, 353–364.
17. Cioffi J., Markhan R.: Clinical decision - making by emergency nurses in triage assessments. *Accid. Emerg. Nurs.*, 1998, 6, 184 –191.
18. Clark R.: Clinical decision-making by beginning nurses. Virginia University, Charlottesville, 1996, 25–36.
19. Case B.: Walking around the elephant: a critical thinking strategy for decision-making. *J. Cont. Edu. Nurs*, 1994, 25, 101–109.

20. Wrońska I., Mariański J.: Etyka w pracy pielęgniarskiej. Wyd. Czelej, Lublin, 2002.
21. Biesaga T.: Klauzula sumienia w etyce medycznej. Med. Prakt., 2008, 12, 132-136.
22. Majda A.: Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentami wyznającymi Islam [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe, Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (red.). Wyd. PZWL, Warszawa, 2010, 91-109.
23. Raczyński K.: Eutanazja w opinii studentów prawa i medycyny. Studium teoretyczno – empiryczne, <http://www.eutanazja.pl/eutanazja-badania/aborcja>, data pobrania: 14.12.2013.
24. Franek G., Budka M., Grzywna T., Łukasz - Paluch K.: Wzory osobowe pielęgniarek w procesie kształtowania postaw społecznych. Probl. Piel., 2008, 16, 94–99.

Krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzania ustania czynności mózgu

Gawłów-Nowak Lilianna¹, Wawros Karina², Mroczkowska Renata¹, Ptaszek Gabriela¹, Graf Lucyna¹, Śleziona Mariola¹, Stołecka Barabra¹, Karczeńska Olimpia², Sternik Anna²

1. Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
2. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii

Wstęp

Współczesna medycyna jest dziedziną nauki i praktyką terapeutyczną, w której następuje ciągły postęp, która osiąga niebywałe sukcesy w zwalczaniu nieuleczalnych do niedawna schorzeń, a granica oddzielająca żywych od nieskończoności jest przesuwana coraz dalej. Prowadzona przez lekarzy walka o życie pacjenta przerodziła się w walkę ze śmiercią, a nawet w jej leczenie [1]. Szczególnie jest to widoczne w przypadku anestezjologii i intensywnej terapii, a więc w postępowaniu medycznym mającym na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego [2]. Zastosowanie wentylacji mechanicznej, leczenia nerkozastępczego, elektroterapii serca, mechanicznego wspomaganie krążenia i innych metod czy technologii spowodowało zmiany w kryteriach stwierdzania śmierci i zdefiniowania pojęcia zdrowia. Tak więc oddziały intensywnej terapii stały się miejscem, gdzie podejmuje się nie tylko złożone decyzje medyczne ze względu na interdyscyplinarny charakter prowadzonego w nich leczenia, ale też najtrudniejsze decyzje etyczne [3].

Rozwinięcie

Decyzje te dotyczą dylematów związanych z odstępniem od terapii daremnej, czyli pogodzeniem się z tym, że pacjentowi nie jesteśmy już w stanie pomóc oraz dylematów

związanych ze śmiercią mózgu, czyli stwierdzeniem tego, że pacjent niestety umarł, a funkcjonowanie jego organizmu podtrzymywane jest mechanicznie.

Wydaje się, że rozstrzygnięcia te powinny być podejmowane w oparciu o stosowne regulacje prawne, bo jak słusznie stwierdził prof. Marek Safjan: *„Prawo nie jest w stanie przewidzieć wszystkich sytuacji, które rodzi rozwój nowoczesnych technik medycznych, ale powinno określać najbardziej podstawowe kryteria, na podstawie których należy rozstrzygać pojawiające się problemy”* [4].

Ponadto, decyzje dotyczące sfery życia i śmierci oparte o regulacje prawne, powodują większą akceptację społeczną tych rozstrzygnięć. O ile w przypadku stwierdzania śmierci mózgu istnieją odpowiednie przepisy normujące pojęcie śmierci i kryteria jej stwierdzania, to w przypadku odstępowania od terapii daremnej brak jest takiej regulacji. Powoduje to obawy lekarzy przed konsekwencjami prawnymi decyzji podejmowanych w obliczu końca życia pacjenta, ze względu brak jednolitych, obowiązujących w całym kraju procedur i standardów odstępowania od terapii daremnej [5]. Należy także na wstępie podkreślić, iż stosowana w medycynie definicja śmierci jest definicją zbudowaną w oparciu o „umowę społeczną”. Zatwierdzone przez ogół kryteria oraz zbiór testów, jakimi posługujemy się do orzekania o śmierci mają charakter umowny. Orzekana na gruncie klinicznym śmierć mózgowa posiada charakter formalno-prawny i jest w pewien sposób oderwana od kryteriów naturalnych. Definicja ta będzie się zmieniać wraz z przyrostem wiedzy i rozwoju techniki. Ponadto, trzeba stwierdzić, iż to jak ujmujemy śmierć wynika z pragmatyzmu społecznego (problem dawców i biorców organów) oraz wartości kulturowych będących podstawą do określenia, kim jest człowiek i jaką wartość ma jego istnienie [6,7].

Istnieje jeszcze inne, niemedyczne uregulowanie prawne stwierdzania końca życia człowieka, tj. uznanie za zmarłego, czyli śmierć oparta na prawomocnym orzeczeniu stosownych władz.

W Polsce problem *uznania za zmarłego* został uregulowany w artykułach 29 i 30 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeksu cywilnego [8]. Z lektury tych przepisów prawnych wynika, iż osobę zaginioną można uznać za zmarłą po upływie dziesięciu lat. Uznanie takie nie może jednak nastąpić przed końcem roku, w którym zaginiony ukończyłby dwadzieścia trzy lata. W przypadku, gdy osoba zaginiona ukończyła siedemdziesiąt lat, okres upływu czasu skrócono do lat pięciu. W przypadku katastrof morskich, powietrznych lub innych szczególnych zdarzeń, osobę zaginioną można uznać za zmarłą po upływie sześciu miesięcy od wystąpienia katastrofy, bądź innego szczególnego zdarzenia.

Obowiązująca obecnie w Polsce definicja śmierci znajduje się w części ogólnej Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu [9]. Obwieszczenie to zostało ogłoszone przez Ministra Zdrowia na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [10].

Według powołanego aktu prawnego: „...Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych. Zdysocjowany charakter zjawiska ujawnia się w sposób szczególnie w sytuacjach, w których śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane. W tych przypadkach, to stan mózgu determinuje życie lub śmierć człowieka. W większości przypadków klinicznych obrzęk mózgu wynikający z jego uszkodzenia narasta od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. W takich sytuacjach czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu...”.

Natomiast obowiązujące w Polsce kryteria rozpoznawania śmierci, zawarte są w Załączniku do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu [9].

Analizując, jak ten załącznik został skonstruowany można stwierdzić, iż stanowi on metodyczny algorytm postępowania, mający na celu zminimalizowanie ryzyka pomyłki przy rozpoznaniu i określeniu momentu śmierci osobniczej [7,11].

Powyższe kryteria rzadko bywają krytykowane z powodów pozaprawnych, czyli medycznych. Zastrzeżenia te dotyczą stosowania badań EEG, potencjałów wywołanych, czy badań krążenia mózgowego tylko w przypadkach szczególnych, a pomijania ich wobec pozostałych chorych z podejrzeniem śmierci mózgu. Ponieważ według głosów krytycznych, badanie odruchów pniowych przy łóżku pacjenta połączone ze stwierdzeniem bezdechu, który może być przejściowy, tak naprawdę nie mówi nic o stanie mózgu pacjenta [12].

Pojawiały się także inne bardziej radykalne stwierdzenia, które zaprzeczały w ogóle zjawisku śmierci pnia mózgu, ale na szczęście spotykały się ze stanowczą odpowiedzią Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii prof. Krzysztofa Kusza [13].

Krytyka obecnych regulacji prawnych

Już na etapie prac sejmowych nad ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów pojawiły się głosy krytyczne, podnoszące brak zawarcia konkretnej i jednoznacznej definicji śmierci w przepisach nowej ustawy poprzez przesunięcie normy prawnej, która ma ją zawierać, do obwieszczenia, które miał przygotować i ogłosić minister właściwy do spraw zdrowia. W ocenie przeciwników nowej legislacji było to rozwiązanie złe, a nawet gorsze w porównaniu do starej ustawy transplantacyjnej z roku 1995, która w art. 7 ust 1 stwierdzała, iż pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepów mogło nastąpić po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej). Przepis ten zawierał więc tzw. definicję nową zmodyfikowaną, w której śmierć mózgu, a tym samym całego człowieka następuje z momentem nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu [14].

W ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, prawodawca odszedł o definicji nowej zmodyfikowanej, na rzecz definicji nowej. Zgodnie z tym ujęciem, aby stwierdzić śmierć trzeba wykazać jedynie nieodwracalne ustanie funkcji mózgu, niekoniecznie zaś wykazać ustanie funkcjonowania innych układów, ponieważ to śmierć mózgu oznacza zgon człowieka jako całości. Pomimo tego, że pień mózgu umiera jako ostatni mogą zajść przypadki, gdy diagnostyka tego zjawiska może być niemożliwa (rozległe urazy twarzoczaszki). W takim wypadku kliniczne objawy trwałego uszkodzenia pnia mózgu nie muszą wskazywać na nieodwracalne uszkodzenie całego mózgu. Wobec tego muszą być przeprowadzone dodatkowe badania instrumentalne, a kryterium ustania czynności całego mózgu jest bardziej wiarygodne [15].

W piśmiennictwie naukowym obecne uregulowania prawne orzekania o śmierci mózgu są krytykowane z następujących powodów. Po pierwsze w zależności od treści i kształtu wytycznych obwieszczonych przez Ministra Zdrowia, zaistnieje możliwość dość swobodnego ustalania kryteriów śmierci. Definicja nowa może być bowiem interpretowana zawężająco – ustanie funkcji pnia mózgu, jak i szeroko. Po drugie, obecny sposób unormowania orzekania o śmierci mózgu posiada wadę niekonstytucyjności. Tak newralgiczne kwestie, jak określenie przesłanek ustalenia powinny zostać uregulowane w akcie ustawowym, a nie w akcie prawnym mającym rangę obwieszczenia. Obwieszczenie Ministra Zdrowia nie jest źródłem prawa w rozumieniu art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej. Ponadto, konstrukcja ta powoduje powstawanie zastrzeżeń w sferze konstytucyjnej ochrony życia, zawartej w art. 38 Konstytucji RP, ponieważ zostawia ona zbyt dużą swobodę

w określeniu momentu, kiedy życie się kończy. Może to podważać zaufanie obywateli do państwa. Uznając słuszność tych zarzutów trzeba zwrócić uwagę na to, iż bardzo trudno byłoby określić w ustawie dokładne kryteria śmierci, ze względu na intensywny rozwój nauk medycznych. Ciągły postęp i rozwój metod terapeutycznych oraz diagnostycznych wymusza zmiany poglądów w zakresie orzekania śmierci mózgu. Unormowanie ustawowe tych kwestii jest mniej elastyczne ze względu na specyfikę procesu ustawodawczego w parlamencie, co uniemożliwia szybkie zmiany w raz uchwalonych kryteriach śmierci mózgowej. Formuła obwieszczenia z tego względu jest więc rozwiązaniem szybszym i bardziej elastycznym [14,15]. Podnoszone wyżej zarzuty zawarte w piśmiennictwie naukowym powtórzone zostały w wystąpieniach mających na celu zmianę obecnego stanu prawnego. W dniu 18 lipca 2014 r. Rzecznik Praw Obywatelskich, Irena Lipowicz skierowała do Ministra Zdrowia, Bartosza Arłukowicza pismo, którego podstawą była skarga indywidualna. RPO przedstawił swoje zastrzeżenia co do charakteru prawnego Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. podnosząc, iż termin obwieszczenie nie jest rodzajem, formą aktu prawnego, ponieważ termin „obwieścić” oznacza tyle co „komunikat”, „ogłoszenie”, „zawiadomienie”. Jako, że wyżej wspomniane rozporządzenie określa postępowanie zmierzające do stwierdzenia śmierci mózgu, nasunęła się PRO wątpliwość, czy nie wprowadza ono nowych treści normatywnych w stosunku do regulacji ustawy, określając sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu poprzez normy abstrakcyjno-generalne. Ponadto, tematyka zawarta w obwieszczeniu dotyka zagadnienia prawa do życia, które jak podnosi się w piśmiennictwie stanowi wartość nadrzędną oraz źródło wszelkich pozostałych praw człowieka [16]. Minister Zdrowia w swojej odpowiedzi z dnia 18.08.2014 r. podkreślił, iż w jego ocenie zastosowanie formy obwieszczenia jest racjonalne i uzasadnione z punktu widzenia medycyny oraz zgodne z konstytucją RP. Ponadto Bartosz Arłukowicz stwierdził, iż gwarancją ochrony praw do życia jednostki jest to, że o śmierci mózgu orzeka komisja złożona z trzech lekarzy posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Wskazał też na to, iż zgodnie z delegacją ustawową kryteria i sposób stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalają powołani przez ministra właściwego do spraw zdrowia specjaliści odpowiednich dziedzin medycyny przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej. [17]. W dniu 07.07.2015 r. Komisja Praw Człowieka Praworządności i Petycji Senatu RP rozpatrywała petycję w sprawie inicjatywy ustawodawczej, mającej na celu zmianę przepisów w sprawie kryteriów stwierdzania tzw. śmierci mózgowej (P8-07/15). Celem wniesionej petycji było podniesienie rangi legislacyjnej

przepisów, na podstawie których orzeka się często nieodwracalnie i nie zawsze słusznie – według autorki petycji – o śmierci pacjenta, a także weryfikację wspomnianych przepisów i rzeczywistą realizację ich w praktyce. Uzasadnieniem petycji miały być rzekome przypadki błędnego orzekania o śmierci mózgu, oraz to, że po zastosowaniu właściwego postępowania medycznego da się przywrócić funkcje mózgu, które obecnie błędnie uznaje się za nieodwracalne. W petycji wskazano, iż stwierdzenie śmierci mózgu ma duże znaczenie w kontekście przeszczepów narządów i ochrony prawa do życia. W odpowiedzi na petycję przedstawiciele Ministra Zdrowia, Rafał Giziński oraz Jolanta Orłowska-Heitzman wskazali odnosząc się do rangi regulacji prawnej, iż obwieszczenie zawiera jedynie wytyczne medyczne dotyczące stwierdzania śmierci mózgu, a nie normy postępowania, które byłyby prawnie zabezpieczone sankcjami w stosunku do lekarzy. Ponadto, obwieszczenie o którym mowa pozostawia tzw. „luz decyzyjny” w postaci normy, która mówi, iż w przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do zjawiska śmierci należy od stwierdzania śmierci odstąpić. Przedstawiciele Ministra Zdrowia oświadczyli, iż nie są im znane jakiekolwiek dane czy nawet pojedyncze przypadki dotyczące przywracania funkcji mózgu po orzeczeniu śmierci zgodnie z obwieszczeniem. Jolanta Orłowska-Heitzman poinformowała senatorów o powołaniu zespołu, który miałby do treści obwieszczenia włączyć obowiązek przeprowadzenia w każdym przypadku angiografii i tomografii komputerowej mózgowia. Ponownie wskazano na zaletę, jaką w przypadku posługiwania się obwieszczeniem, jest łatwość z jaką można wnieść do niego zmiany wynikające z konieczności unowocześnienia kryteriów, ponieważ niemalże co roku pojawiają się nowe wytyczne czy nowe badania. W przypadku zawarcia kryteriów w ustawie, każda ich modyfikacja wymagałaby uruchomienia całego procesu legislacyjnego przez parlament. Tak więc zdaniem przedstawicieli Ministra Zdrowia, pozostawienie regulacji prawnej orzekania śmierci mózgu na poziomie rangi obwieszczenia ma swoje uzasadnienie nie tylko prawne, ale także merytoryczne. Senatorowie przyjęli do wiadomości wyjaśnienia złożone w odpowiedzi na petycję i ustalili, iż przeniesienie istniejących przepisów szczegółowych do ustawy niczego nie zmieni z punktu widzenia gwarancji, że pochopte postępowanie nie doprowadzi do nieuzasadnionego orzeczenia o śmierci. W głosowaniu Komisja zadecydowała nie podejmować dalszych prac nad wyżej wspomnianą petycją [18]. Ponownie kwestią unormowania prawnego stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu zajął się obecny RPO, Adam Bodnar, który zmierza do wyeliminowania obecnej regulacji prawnej przez Trybunał Konstytucyjny. W swoim wniosku z dnia 07.12.2015 r. zwrócił się do Trybunału Konstytucyjnego o uznanie artykułu 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu

komórek, tkanek i narządów za niezgodny z art. 38 w związku z art. 31 ust. 3 oraz art. 87 ust. 1. Konstytucji RP. RPO zauważa, iż w zaskarżonej ustawie próżno szukać regulacji odnoszącej się do sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, wobec której treści obwieszczenia mogłyby pełnić funkcje wyłącznie wskazówek lub wytycznych. Ustawowo wskazano jedynie podmiot właściwy w tej materii, metodę rozstrzygnięcia oraz konieczność uwzględnienia kryteriów zawartych w obwieszczeniu. W ocenie RPO, z uregulowań ustawy można wywodzić nadanie kryteriom mocy wiążącej poprzez nakaz działania komisji orzekających o śmierci mózgu zgodnie z obwieszczonymi kryteriami. Dla tego też obwieszczenie posiada cechy norm prawnych, takie jak abstrakcyjność, czyli obejmuje pewną klasę zachowań mających przymiot powtarzalności i generalność, tj. rodzajowe określenie jej adresatów. Z tych względów RPO zarzuca ustawie uchybienie artykułowi 87 Konstytucji, który nie zalicza obwieszczenia do źródeł prawa. Ponadto, stwierdzenie nieodwracalnego ustania czynności mózgu wyznacza kres prawnej ochrony życia zawartej w art. 34 Konstytucji, w związku z tym należy stwierdzić, iż materia ta powinna być uregulowana w ustawie, ponieważ jedynie w ustawie zgodnie z art. 31 Konstytucji można zawrzeć wszelkie ograniczenia korzystania z praw i wolności obywatelskich. Tak więc w ocenie RPO przepis artykułu 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów uchybia konstytucyjnemu standardowi ochrony wolności i praw obywatelskich, wynikającemu z art. 38 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji, ponieważ zgodnie z powyższymi wywodami powyższa regulacja prawna ceduje na Ministra Zdrowia uprawnienie do wprowadzenia w drodze obwieszczenia treści normatywnych, które niewątpliwie ingerują w sferę prawnej ochrony życia. Ministerstwo zdrowia w odpowiedzi na wniosek RPO, wsparte opiniami transplantologów stwierdza, iż obecna regulacja prawna jest zgodna z Konstytucją, ponieważ obwieszczenie zawierające kryteria medyczne decydujące o śmierci jest dokumentem medycznym, który łatwo jest zmienić w przypadku konieczności dostosowania kryteriów do ostatnich zdobyczy nauki. Ministerstwo ponownie podkreśliło, iż forma obwieszczenia jest racjonalna i uzasadniona z punktu widzenia medycyny oraz zgodne z konstytucją RP. Obwieszczenie jest bowiem nośnikiem zaleceń opracowanych przez wybitne autorytety polskiego świata medycznego, wskazane z imienia i nazwiska. Według Ministerstwa obwieszczenie to oficjalna wiadomość podana do publicznej informacji w formie pisemnej i w obwieszczeniu nie mogą znaleźć się przepisy nakładające na podmioty prawa jakiekolwiek obowiązki oraz nadające podmiotom jakiekolwiek uprawnienia. Kluczowym jest więc ustalenie, czy w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007

r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu, znajdują się normy wkraczające w sferę praw i obowiązków osób, co do których stwierdza się śmierć mózgu. Argumentacja Ministerstwa opiera się również na analizie treści obwieszczenia, w wyniku której stwierdza, iż tekst ten zawiera drobiazgowy opis czynności wykonywanych przez zespół stwierdzający śmierć mózgu. Opis ten został zbudowany w oparciu o wiedzę medyczną w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia pomyłek podczas przeprowadzania wszystkich „stwierdzeń” i „wykluczeń” oraz celem prawidłowego wykonania badań instrumentalnych, dając komisji podstawy medyczne do stwierdzenia śmierci mózgu. Ponadto, mając na uwadze użyte w obwieszczeniu wyrazy, takie jak; wytyczne, wskazówki, i uwagi nie można według Ministerstwa mieć wątpliwości, że obwieszczenie nie ma charakteru normatywnego, tylko jest z pewnością dokumentem medycznym [20].

Zakończenie

Krytyka obecnego uregulowania prawnego stwierdzania śmierci mózgu dotyczy więc z jednej strony kwestii naruszenia kompetencji władzy ustawodawczej, tj. parlamentu przez władzę wykonawczą - Ministra Zdrowia, a z drugiej strony kwestii ochrony życia. W ocenie prawników zarzuty są w pełni uzasadnione, ponieważ wydane obwieszczenie zawiera normy wkraczające w sferę praw i obowiązków jednostki, których ograniczenie może nastąpić jedynie w drodze ustawy, a dodatkowo prawa te są silnie chronione przez umieszczenie ich wprost w Konstytucji. Za zrozumiałe należy uznać stanowisko Ministra Zdrowia oraz środowiska medycznego, które wskazuje na zaletę elastyczności i ekonomii regulacji prawnej poprzez obwieszczenie, na pozytywne efekty w stosowaniu praktycznym obecnie obowiązującej konstrukcji prawnej oraz akcentuje ochronę konstytucyjnego prawa do życia, poprzez zasadę jednomyślności orzekającej komisji. Jednakże w ocenie autorów niniejszego opracowania, wniosek RPO Adama Bodnara z dnia 07.12.2015 r., skierowany do Trybunału Konstytucyjnego zostanie uwzględniony przez sąd konstytucyjny. Podnoszone zarzuty są bowiem zbyt ważne, aby zostały równoważone przez argumenty przeciwnie. Należy mieć nadzieję, że Trybunał Konstytucyjny w swoim orzeczeniu wyznaczy stosowny czas na uregulowanie w drodze ustawy kryteriów orzekania o śmierci mózgu, nim obecne przepisy stracą swoją moc. Może się natomiast okazać, iż stwierdzenie, że przepis artykułu 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów jest niezgodny z konstytucją, zostanie nagłośnione przez media, bez opatrzenia

tego rozstrzygnięcia stosownym wyjaśnieniem i może odbić się szerokim echem w społeczeństwie, a w konsekwencji mieć negatywny wpływ na powszechną akceptację stwierdzania śmierci mózgu oraz przeszczepianie narządów od zmarłych dawców. Jest to niezwykle ważny problem, ponieważ jak wykazano w badaniach CBOS z roku 2012, jedynie 44% społeczeństwa uważało, iż śmierć następuje, gdy nieodwracalnie zniszczony jest mózg, a akceptacja przeszczepów narządów od zmarłych dawców sięgała 74% [21]. Ewentualne obniżenie akceptacji społecznej, dotyczącej omawianej wyżej problematyki na pewno spowoduje obniżenie ilości dokonywanych przeszczepów.

Piśmiennictwo

1. Gibiński K.: Lekarze leczą śmierć [w:] Dobry zawód. Z lekarzami rozmawiają Krystyna Bochenek i Dariusz Kortko. Znak, Kraków 2006.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. 2013r. Nr 15 ze zmianami).
3. Suchorzewska J.: Granice intensywnej terapii – trudny problem etyczny. *Anest. Int. Ter.*, 2007, 1, 55-56.
4. Przeszczepy. Zagadnienia etyczne. Rozmowa z prof. Markiem Safijanem. <http://wyborcza.pl/1,75248,93601.html?disableRedirects=true>, data pobrania 23.02.2016.
5. Kübler A., Siewiera J.: *Terapia Daremna dla Lekarzy i Prawników*. Urban&Partner, Wrocław, 2015.
6. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wobec neurologicznego kryterium śmierci mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2012, 6, 190.
7. Kocaj O.: Prawno karne granice ochrony życia człowieka w związku z działaniami medycznymi. *Prokuratura i Prawo*, 2015, 7-8, 111-125.
8. Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 ze zmianami.
9. *Monitor Polski* 2007r. Nr 46, poz. 547.
10. Tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 793
11. Nojszewska M.: Czy orzekając śmierć mózgu można się pomylić? *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 6, supl. A, 82-83.
12. Norkowski J.M.: Wprowadzenie definicji śmierci opartej na kryteriach neurologicznych do medycyny i prawa. <http://www.teologiapolityczna.pl/assets/aktualnosci/smiercmozgowa.pdf>, data pobrania: 23.02.2016

13. Szrejner M.: Leczyć żywych, nie zmarłych. *Medical Tribune*, 2013, 11, 18-19, 22-23.
14. Guzik-Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminalistycznym. *Temida II*, Białystok, 2008.
15. Kubiak R.: *Prawo Medyczne*. C.H. Beck, Warszawa, 2014.
16. Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich Ireny Lipowicz do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza z dnia 18.07.2014 r. nr sygn. V.7018.2.2014.GH <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/do-mz-ws-kryteriow-i-sposobu-stwierdzenia-trwa-lego-nieodwracalnego-ustania-czynnosci-mozgu>, data pobrania: 26.02.2016
17. Informacja o pracy Rzecznika Praw Obywatelskich lipiec-wrzesień 2014r. <http://www.rpo.gov.pl/pliki/14164804670.pdf>., data pobrania: 26.02.2016 r
18. Senat RP, Posiedzenie Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji w dniu 07.07.2015 r.; Kancelaria Senatu, (272), 4-7.
19. Wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich Adama Bodnara do Trybunału Konstytucyjnego z dnia 07.12.2015 r., nr. sygn. V.7018.2.2014.GH https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wniosek_do_TK_ws_stwierdzania_nieodwracalnego_ustania_czynnosci_mozgu.pdf, data pobrania: 26.02.2016.
20. <http://www.termedia.pl/mz/Smierc-mozgu-zgodna-z-Konstytucja,16040.html>, data pobrania: 26.02.2016 r.).
21. Komunikat z badań: Postawy Wobec Przeszczepiania Narządów. BS/105/2012, CBOS, Warszawa, 2012.

Ewolucja definicji śmierci i kryteriów orzekania śmierci mózgu w Polsce i na świecie

Karczeńska Olimpia¹, Sternik Anna¹, Wawros Karina², Gawłów-Nowak Lilianna²,
Ptaszek Gabriela², Śleziona Mariola², Graf Lucyna², Mroczkowska Renata²,
Stolecka Barbara²

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii
2. Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wykaz skrótów

UDDA - (*Uniform Determination of Death Act*), Akt jednolitego ustania śmierci

ONZ - Organizacja Narodów Zjednoczonych

USA - Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

OUN - Ośrodkowy Układ Nerwowy

EEG - elektroencefalografia

SAP - (*systolic arterial pressure*), skurczowe ciśnienie tętnicze

BAEP - słuchowe potencjały wywołane

SSEP - sensoryczne potencjały wywołane

TCD - przezczaszkowa ultrasonografia Dopplerowska

PaO₂ - ciśnienie parcjalne tlenu

PaCO₂ - ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla

Ust. - ustawa

Dz. U. - dziennik ustaw

mm Hg - milimetry słupa rtęci

Śmierć zawsze była zjawiskiem budzącym kontrowersje, choć jest nieuchronna i pewna dla każdego z nas. Piorunujący rozwój nauk medycznych oraz technologii sprzyja kontroli wielu procesów medycznych, w tym procesu umierania. I tak na przestrzeni wielu lat pojawiała się potrzeba dyskusji i zmian kryterium. Kontrowersje wokół śmierci towarzyszą nam po dzień dzisiejszy i stanowią wyzwanie w interdyscyplinarnym podejściu do człowieka [1].

W zasadzie do połowy XX powszechne w użyciu było twierdzenie, że śmierć oznacza nieodwracalny brak oddechu i krążenia krwi. Skutki braku krążenia, takie jak: oziębienie ciała, plamy opadowe, stężenie pośmiertne czy zapach, pozwalały uznać osobę za zmarłą i dokonać pochówku. Klasyczna definicja zakorzeniona była zarówno w kulturze, jak i praktyce medycznej. O niedoskonałości definicji, którą posługiwano się całe lata wiadomo było o wiele wcześniej. Już XVII wiek zaowocował eksperymentem, który poddał w wątpliwość klasyczną definicję. Anatom i fizjolog, profesor Królewskiej Szkoły Medycyny w Londynie William Harvey dokonał doświadczenia, w którym sztucznie podtrzymywał oddychanie i krążenie u zdekapitowanego pacjenta. Co więcej w 1800 roku Marie Francois Xavier Bichat ówczesny patolog i histolog, po raz pierwszy formułuje termin „śmierć mózgu”. Rozwój nauk medycznych poniekąd wymusił rozpoczęcie rozważań nad nową definicją śmierci [2,3].

Z początkiem lat 60. XX wieku klasyczna definicja śmierci stała się niewystarczająca. Pierwszym krokiem w kierunku poważnych zmian była tzw. Deklaracja z Sydney z 1968 roku. „Komunikat na temat śmierci” sformułowany przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) uwzględniał bowiem nowe kryterium - śmierci mózgowej. Przełomowy okazał się raport z 1968 roku Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej. Raport opisywał kryterium śmierci pnia mózgu jako trwałe i nieodwracalne ustanie czynności mózgu, którego efektem jest nieodwracalna śpiączka (*irreversible coma*), co niekoniecznie musi oznaczać śmierć innych organów. Śmierć mózgu rozpoznawano na podstawie braku percepcji i reaktywności układu nerwowego, braku odruchów, braku spontanicznych ruchów w czasie godzinnej obserwacji, 3 minutowego bezdechu, linii izoelektrycznej w EEG. Objawy te należało stwierdzić w czasie 24 godzin [2,3]. W roku 1971 powstają *Minnesota Criteria* opracowane przez Mohandas i Chou. Opierają się one wyłącznie na podstawie badania klinicznego. Badania odruchów ograniczają się do nerwów czaszkowych, a czas obserwacji zostaje skrócony do 12 godzin. I tak powstają pierwsze kryteria śmierci pnia mózgu [4]. W 1980 roku w USA powołana została Prezydencka Komisja ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, która opracowała „Akt Jednolitego Ustania Śmierci” (*UDDA-Uniform Determination of Death Act*). „Najistotniejszym postanowieniem było uznanie, iż po utracie przez pień mózgu zdolności pełnienia funkcji integracyjnych poszczególne systemy żywych organów nie tworzą już żyjącego organizmu jako całości. W istocie była to modyfikacja definicji śmierci, utożsamiająca bezpośrednio życie pnia mózgu z życiem całego mózgu, a pośrednio życie pnia mózgu z życiem organizmu jako całości” [2].

Kryterium zalecono wszystkim stanom w Ameryce. Wokół nowej definicji śmierci również narosły spory. Pierwsze pojawiły się krótko po przyjęciu raportu UDDA. Dr Henry Beecher zaproponował twierdzenie, że „już nie śmierć całego mózgu, która obejmuje także pień mózgu, lecz tylko samo obumarcie kory mózgowej (...) jest już wystarczającym kryterium do orzekania, iż nastąpiła śmierć” [2]. Do orzeczenia śmierci wystarczyłaby wówczas degeneracja kory mózgowej (mowa, pamięć, myślenie, uczucia), przy funkcjonującym wzgórzu, pniu mózgu, mózdzku (krążenie, oddychanie, czynności wegetatywne). Nieodwracalna utrata świadomości stałaby się wystarczająca do w/w orzeczenia [2,3].

Z czasem większość państw przyjęła nową zmodyfikowaną definicję śmierci mózgu. Pojawiły się także uregulowania prawne zjawiska śmierci pnia mózgu (Francja 1963, USA 1970, Finlandia 1971, Japonia 1996, Chiny 2003) [5,6]. W Polsce kryterium zostało przyjęte w Komunikacie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 1984 roku. Zostało ono nieznacznie zmodyfikowane w latach 1994 i 1996. Na podstawie ustawy z dnia 01 lipca 2005 o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów ogłoszone zostały „kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej, stanowiące załącznik do obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia z 2007 roku” [7,8].

Należy dodać, że obecnie w ponad 80 krajach należących do ONZ oraz we wszystkich krajach należących do Unii Europejskiej istnieją akty prawne, które regulują wytyczne orzekania o śmierci pnia mózgu. W 55 krajach prawo zezwala na pobranie narządów w celach transplantacyjnych po orzeczeniu śmierci mózgu [5].

Śmierć mózgu w Polsce

W Polsce „Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej” reguluje obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2007 roku oraz załącznik do obwieszczenia z dnia 17 lipca 2007 roku. W założeniach ogólnych w/w obwieszczenia pojawia się stwierdzenie, że „śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie” [7]. W sytuacji, gdy śmierć obejmuje mózg, a krążenie jest zachowane, to właśnie stan mózgu określa życie lub śmierć. Uważa się ponadto, że obrzęk mózgu, który pojawia się w wyniku jego uszkodzenia narasta od przestrzeni

nadnamiotowej, a pień mózgu umiera ostatni. Tym samym nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu. W zdecydowanej większości przypadków procedura orzekania śmierci pnia mózgu opiera się na badaniu klinicznym i analizie. W sytuacjach szczególnych, gdy badanie odruchów nerwowych jest trudne do wykonania (np. urazy twarzoczaszki), zinterpretowania (np. farmakoterapia, zatrucia) lub gdy uszkodzenie ma charakter pierwotnie podnamiotowy zaleca się poszerzenie postępowania diagnostycznego o badanie instrumentalne. Skład komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu również jest regulowany prawnie (art.9 ust.6 ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek - Dz. U. Nr 169, poz. 1411). Ustawa określa, że „komisję powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik podmiotu leczniczego lub osoba przez niego upoważniona” [7]. Żaden z lekarzy wchodzących w skład komisji nie może brać udziału w pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej, u której w/w komisja stwierdziła trwałe, nieodwracalne ustanie czynności mózgu. Przed rozpoczęciem procedury orzekania stosuje się odpowiednio długą obserwację wstępną. Za początek przyjmuje się moment, w którym pojawiły się kliniczne cechy śmierci mózgu. W uszkodzeniach pierwotnych jest to co najmniej 6 godzin, w uszkodzeniach wtórnych co najmniej 12 godzin. Obserwacja wstępna u dzieci poniżej 2 lat zawsze powinna być dłuższa niż 12 godzin [7,8].

Badania potwierdzające śmierć mózgu (badanie kliniczne, próba bezdechu)

W Polsce po przejściu etapu I, tj. dokonaniu u chorego stwierdzeń (jest w śpiączce, sztucznie wentylowany, rozpoznano przyczynę, wykazano uszkodzenia strukturalne i jest ono nieodwracalne z uwagi na możliwości terapeutyczne i upływ czasu) oraz wykluczeń (chory zatruty; pod wpływem środków farmakologicznych, jak: narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zwiotczające; w hipotermii spowodowanej przyczyną zewnętrzną z temperaturą powierzchniową $\leq 35^{\circ}\text{C}$; z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi; z drgawkami i prężeniami, noworodek poniżej 7. dnia życia) wysuwa się podejrzenie śmierci pnia mózgu, co pozwala na przejście do etapu II [8].

Etap II polega na dwukrotnym wykonaniu przez ordynatora danego oddziału bądź też upoważnionego przez niego lekarza specjalistę badań, które pozwolą stwierdzić nieobecność odruchów pniowych oraz trwały bezdech. Orzeczenie Ministra zadaje ściśle wytyczne co do sposobu przeprowadzenia badań:

- badanie reakcji na światło: bezpośrednio przed próbą należy utrzymywać zamknięte powieki chorego przez 30 sekund, a następnie odsłonić obie źrenice oświetlając je silnym źródłem światła; średnicę źrenic należy obserwować przez 5 sekund, a całe badanie przeprowadzić 3 razy w 30 sekundowych odstępach,
- badanie odruchu rogówkowego: należy odsłonić gałkę oczną i dotknąć rogówki jałowym wacikiem 3 razy w 5 sekundowych odstępach; badanie musi zostać wykonane obustronnie, a w trakcie należy obserwować zachowanie powiek podczas próby,
- próba kaloryczna: zawsze przed badaniem należy sprawdzić, poprzez wzniętych, pełną drożność przewodów słuchowych (woskowina, ciała obce itp.), następnie kieruje się strumień wody (20 ml) o temperaturze 3-10° C na błonę bębenkową oraz obserwuje się zachowanie gałek ocznych,
- sprawdzanie reakcji bólowych: sprawdzając w zakresie nerwów czaszkowych uciska się opuszką palca na okolice wyjść kostnych nerwu nadoczodołowego i podoczodołowego (należy wykonać obustronnie), sprawdzając w zakresie nerwów obwodowych, należy ucisnąć płytkę paznokcia w okolicy wzrostowej (również obustronnie), w trakcie badania należy obserwować mimikę twarzy oraz innych grup mięśniowych,
- sprawdzanie odruchów wymiotnych i kaszlowych: należy wprowadzić zgłębnik do gardła i dalej do przełyku, wykonując ruchy osiowe należy sprawdzić, czy nie pojawia się odruch wymiotny; aby skontrolować odruch kaszlowy, wprowadza się zgłębnik (nie podłączony do ssania) do tchawicy i oskrzeli i również porusza się nim osiowo; w trakcie sprawdzania obu odruchów obserwuje się mimikę twarzy, zachowanie mięśni klatki piersiowej oraz brzucha,
- badanie odruchu oczno - mózgowego: osoba wykonująca badanie staje za głową badanego oraz ujmując głowę oburącz z boków, następnie odsłania gałki oczne podnosząc powieki kciukami ku górze i odwraca się głowę w jedną stronę, zatrzymując w tej pozycji przez 3-5 sekund, kolejno należy odwrócić głowę badanego w przeciwną stronę i zatrzymać przez 3-5 sekund, w trakcie badania obserwuje się zachowanie gałek ocznych.
- w zakresie badań klinicznych o nieobecności odruchów pniowych świadczyć będzie: brak reakcji źrenic na światło, brak odruchu rogówkowego, brak spontanicznych ruchów gałek ocznych, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej, brak

jakiegokolwiek reakcji ruchowej na bodziec bólowy zastosowany w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych oraz brak reakcji ruchowej w obrębie twarzy w odpowiedzi na bodziec bólowy zastosowany w obszarze unerwienia rdzeniowego, brak odruchu wymiotnego i kaszlowego, brak odruchu oczno – mózgowego [8].

- badanie bezdechu: badanego poddaje się wentylacji 100% tlenem w układzie bezzwrotnym przez 10 minut. Przed wykonaniem próby należy tak prowadzić wentylację 100% tlenem, aby wartość PaCO_2 ustabilizowała się na poziomie 40 mm Hg (5,3 kPa). Po pobraniu krwi, badanego odłącza się od respiratora, rozpoczynając insuflację tlenu (zgłębnik założony do tchawicy powinien znajdować się w pobliżu rozwidlenia) z przepływem 6 l/min. (u dzieci odpowiednio mniej - tak, by utrzymać saturację w granicy normy); od momentu odłączenia od respiratora obserwuje się przez 10 minut zachowanie klatki piersiowej i nadbrzusza; po upływie w/w czasu pobiera się po raz kolejny krew z tętnicy, aby oznaczyć PaCO_2 . Bezpośrednio po pobraniu krwi badany zostaje podłączony do respiratora. Badanie wykonuje się, aby sprawdzić reakcję badanego na najsilniejszy bodziec oddechowy - wzrost poziomu CO_2 . Próbę uznaje się za prawidłową, gdy w czasie jej trwania wartość PaCO_2 wynosi co najmniej 60 mm Hg (7,9 kPa), a przyrost co najmniej 20 mm Hg (2,6 kPa). Zakładając, że próba została prawidłowo wykonana brak efektywnych ruchów oddechowych będzie świadczył o trwałości bezdechu [8].

W obwieszczeniu znajdują się również informacje na temat objawów, których pojawienie się nie wyklucza rozpoznania śmierci pnia mózgu. Są to objawy pochodzące z rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych i nie powinno się ich mylnie interpretować jako dowody na czynność pnia mózgu [8]:

- dyskretne, okresowe, rytmiczne ruchy mięśni twarzy,
- ruchy zgięciowe palców dłoni,
- toniczne odruchy szyjne,
- asymetryczne ustawienie tułowia z odgięciem głowy w tył,
- zachowanie powierzchownych i głębokich odruchów skórnych brzusznych,
- zachowane odruchy ścięgnowe oraz objaw trójjęzgięcia,
- objaw falujących palców, zgięcie palców stóp przy opukiwaniu stopy, objaw Babińskiego dodatni,
- odruch, który polega na nawrocie i wyproście kończyny górnej.

Instrumentalne badania potwierdzające

W sytuacjach szczególnych, gdy badanie kliniczne nie może być wykonane lub też jego interpretacja przysparza trudności (np. rozległe urazy twarzoczaszki, uszkodzenie podnamiotowe mózgu, niektóre środki trujące, preparaty farmakologiczne), wykonuje się badanie instrumentalne:

- **EEG**
- **Multimodalne potencjały wywołane**
 - Słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu (BAEP),
 - Somatosensoryczne potencjały wywołane (SSEP).
- **Ocena krążenia mózgowego**
 - Przezczaszkowa ultrasonografia Dopplera (TCD),
 - Scyntygrafia perfuzyjna,
 - Angiografia mózgowa.

Wszystkie w/w badania instrumentalne muszą zostać wykonane zgodnie z procedurą i kryteriami zawartymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 2007 roku.

Zgodnie z przepisami komisja powinna się kierować ścisłymi wytycznymi według których:

1. Śmierć mózgu u dorosłych i dzieci powyżej drugiego roku życia, w przypadku pierwotnego, nadnamiotowego uszkodzenia może zostać potwierdzona poprzez:
 - dwukrotne badanie kliniczne (w odstępie 6 godzin), które wykazuje brak odruchów pniowych oraz trwałe bezdech lub
 - dwukrotne badanie kliniczne i jedno z badań instrumentalnych (odstęp w badaniach klinicznych może trwać 3 godziny, jeśli śmierć potwierdziło badanie instrumentalne).
2. Śmierć mózgu u dorosłych i dzieci powyżej drugiego roku życia, w przypadku pierwotnego, podnamiotowego uszkodzenia musi zostać potwierdzona co najmniej jednym z badań, które wykazało:
 - linię izoelektryczną w EEG lub
 - brak przepływu w naczyniach mózgowych.

W diagnostyce śmierci mózgu z powodu uszkodzenia podnamiotowego nie ma zastosowania badanie potencjałów wywołanych.

3. Śmierć mózgu u dorosłych i dzieci powyżej drugiego roku życia, w przypadku wtórnego uszkodzenia może zostać potwierdzona poprzez:

- dwukrotne badanie kliniczne (w odstępie 24 godzin), które wykazuje brak odruchów pniowych oraz trwałe bezdech lub
- dwukrotne badanie kliniczne i jedno z badań instrumentalnych (odstęp w badaniach klinicznych może trwać 3 godziny jeśli śmierć potwierdziło badanie instrumentalne) [8].

Różnice w rozpoznawaniu śmierci mózgu u dzieci

Odrębności anatomiczne i fizjologiczne małych dzieci podyktowały nieco zmodyfikowane postępowanie w procedurze orzekania śmierci mózgu.

Na potrzeby diagnostyki wyróżniono trzy grupy wiekowe: noworodki 7-28 dni życia, dzieci do końca drugiego roku życia i dzieci powyżej drugiego roku życia.

Okres obserwacji wstępnej w każdej z grup jest taki sam, jak u dorosłych tj. 6 i 12 godzin. U dzieci powyżej drugiego roku życia stosuje się takie same procedury, jak w przypadku osób dorosłych. Okres pomiędzy dwoma kolejnymi badaniami klinicznymi może zostać skrócony do 3 godzin, jeśli potwierdzi się śmierć mózgu w co najmniej jednym badaniu instrumentalnym [8].

Dopuszczono stosowanie procedury również u noworodków niedonoszonych, z zachowaniem okresu minimum 7 dni od urodzenia. U noworodków odstęp pomiędzy pierwszymi i drugim badaniem powinien wynosić co najmniej 72 godzinny (niezależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu), a rozpoznanie musi być poparte co najmniej jednym badaniem instrumentalnym [8].

W przypadku małych dzieci (od 28. dnia życia do ukończenia 2. roku życia) odstęp pomiędzy badaniami klinicznymi powinien wynosić co najmniej 24 godziny (niezależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu), konieczne jest również wykonanie co najmniej jednego z badań instrumentalnych [8].

Postępowanie po stwierdzeniu śmierci mózgu

W Polsce po rozpoznaniu przez komisję śmierci mózgu komórki, tkanki i narządy mogą zostać pobrane od zmarłego w celach transplantacyjnych, jeśli zmarły nie wyraził sprzeciwu za życia. Sprzeciw można wyrazić w formie wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów,

oświadczenia pisemnego (podpisanego własnoręcznie) lub też oświadczenia ustnego (złożone w obecności co najmniej 2 świadków). W przypadku dzieci lub osób, które nie posiadają pełnej zdolności do czynności prawnych ewentualny sprzeciw wyraża przedstawiciel ustawowy. Osoby małoletnie powyżej 16. roku życia również mogą taki sprzeciw wyrazić [7,8,9].

Śmierć mózgu na świecie

Większość krajów definiuje śmierć mózgu jako „trwałą i całkowitą utratę wszystkich jego funkcji” [2]. Istnieją jednak dwa nurty, z których wynikają praktyczne konsekwencje diagnostyczne:

- Wielka Brytania - śmierć mózgu to trwała i nieodwracalna utrata funkcji pnia mózgu (kraje wzorujące się na wytycznych brytyjskich, np. Irlandia nie są zobligowane do wykonania badania instrumentalnego przed orzeczeniem),
- USA - śmierć mózgu to całkowita i trwała utrata wszystkich jego funkcji, w tym pnia mózgu (kraje wzorujące się na wytycznych USA są zobligowane do wykonania badania instrumentalnego przed orzeczeniem lub też takie badanie pozostaje w opcji) [5].

W zależności od kraju różny jest skład oraz kwalifikacje członków zespołu orzekającego. Najczęściej komisja złożona jest z dwóch lekarzy. Wymagane kwalifikacje są bardzo różnorodne [2,3,5]:

- w Niemczech konieczna jest obecność dwóch lekarzy z „doświadczeniem w leczeniu urazów czaszkowo-mózgowych”
- w Wielkiej Brytanii wymaga się dwóch lekarzy, z czego jeden musi być konsultantem.
- W zdecydowanej większości stanów USA komisja jest złożona z jednego lekarza, w stanie Alaska oraz Georgia pierwsze badanie może wykonać dyplomowana pielęgniarka z załozeniem, że zostanie ono potwierdzone w ciągu 24 godzin przez lekarza
- w Belgii, Grecji, Słowacji, we Włoszech komisja złożona jest z 3 lekarzy
- w Turcji jest ich 4 i muszą być specjalistami w dziedzinie neurologii, neurochirurgii, anestezjologii, kardiologii

- w Iranie badanie muszą przeprowadzić trzej różni specjaliści z zachowaniem odstępu 12- godzinnego
- w Bangladeszu natomiast w komisji musi być profesor medycyny.

Diagnostyka

Procedura diagnostyczna obejmuje:

- ustalenie etiologii uszkodzenia mózgu:
 - pierwotne (krwawienie, uraz, guz itp.) ustala się na podstawie badań obrazowych lub badania płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadku podejrzenia neuroinfekcji;
 - wtórne (np. anoksja, uszkodzenie toksyczne) ustala się na podstawie wywiadu i/lub badań laboratoryjnych
- wykluczenie potencjalnie odwracalnych przyczyn (hipotermia, zatrucia, zaburzenia metaboliczne), jak również chorób neurologicznych, które mogą przebiegać z zajęciem nerwów czaszkowych i obwodowych (np. zespół Guillain-Barre),
- wykazanie klinicznych oznak śmierci mózgu (śpiączka, brak odruchów - nerwy czaszkowe, bezdech) [5,6].

Czas obserwacji

Jest bardzo zróżnicowany, waha się w zależności od kraju i okoliczności (przyczyn): uszkodzenie pierwotne 6 - 12 godzin i uszkodzenie wtórne 12 - 72 godziny

15 krajów zaleca wydłużenie obserwacji w przypadku encefalopatii anoksycznej (np. Australia, Nowa Zelandia, Portugalia, Dania, USA, Hiszpania, Włochy, Rosja, Szwajcaria, Izrael, Brazylia, Niemcy, Węgry). Zarówno w Turcji, jak i w Szwajcarii w sytuacji, gdy nie jest znana przyczyna uszkodzenia mózgu lub też powodem uszkodzenia jest zatrucie, a nie wykonano badań toksykologicznych, wydłuża się czas obserwacji. W Turcji z 12 do 24 godzin, w Szwajcarii z 6 do 48 godzin [5,6].

Badania potwierdzające śmierć mózgu (badanie kliniczne, próba bezdechu)

Wytyczne amerykańskie jasno podkreślają, że warunkiem wstępnym badania klinicznego jest utrzymanie homeostazy zewnątrzczaszkowej w zakresie wartości

fizjologicznych. Rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu śpiączki oraz braku odruchów z nerwów czaszkowych: II, III, V, VI, VII, VIII, IX, X. Wytyczne amerykańskie podają również objawy, które nie wykluczają śmierci mózgu, a mogą się pojawić u badanego, są to: odruchy rdzeniowe, ruchy przypominające oddechow, zaczerwienienie twarzy, łzawienie, tachykardia, prawidłowe ciśnienie krwi, nieobecność moczówki prostej, głębokie odruchy ścięgniste oraz odruch Babińskiego (występuje niezwykle rzadko, zawsze zaleca się szczególną ostrożność) [5].

Wykonuje się również próbę bezdechu. Jeśli przy wartości $\text{PaCO}_2 > 60$ mm Hg nie stwierdza się aktywności ośrodka oddechowego, przyjmuje się, że jest on uszkodzony. W Stanach Zjednoczonych przed próbą konieczne są pewne warunki wstępne: dodatni bilans płynowy (z ostatnich 6 godzin), temperatura ciała powyżej $36,5^\circ$, $\text{SAP} > 90$ mm Hg, $\text{PaO}_2 > 200$ mm Hg po 10-30 minutach preoksygenacji, $\text{PaCO}_2 > 40$ mm Hg. Próba jest dodatnia, gdy podczas 8 minut po odłączeniu wentylacji nie obserwuje się ruchów oddechowych, a wartość PaCO_2 przekracza 60 mm Hg lub wzrosła o 20 mm Hg od wartości wyjściowej. Próby nie wykonuje się u kobiet ciężarnych, u osób z bezdechem sennym oraz przewlekłą hiperkapnią. W Niemczech i Szwajcarii wartość progową PaCO_2 uzyskuje się przez stopniową hipowentylację i dopiero wtedy odłącza się respirator. W Belgii próba bezdechu trwa aż 14 minut i nie ma tu sprecyzowanej progowej wartości PaCO_2 (podobnie jak w Danii). W Luksemburgu, z uwagi na obligatoryjne badanie instrumentalne próba bezdechu nie jest wymagana. W Austrii próbę bezdechu zaczyna się przy wartości PaCO_2 60 mm Hg, nie jest jednak określony czas trwania samej próby. Najmniej różnią się w różnych krajach wytyczne dotyczące preoksygenacji. W większości jest to 10. minutowa wentylacja płuc 100% tlenem. Należy jednak zaznaczyć, że kraje, takie jak: Dania, Austria, Włochy takich wytycznych nie posiadają [5,6].

Instrumentalne badania potwierdzające

Większość krajów uwzględnia stosowanie badań instrumentalnych, często są wykonywane po pierwszym badaniu klinicznym, co znacznie pozwala skrócić czas obserwacji. Są obowiązkowe w przypadku dzieci poniżej 2. roku życia (w Niemczech) lub poniżej 1. roku życia (w Stanach Zjednoczonych), w urazach twarzoczaszki, gdy niemożliwe jest przeprowadzenie próby bezdechu, w przypadku chorych zatrutych lub z zaburzeniami metabolicznymi. Zaleca się je także, gdy występują trudne do interpretacji automatyzmy i odruchy rdzeniowe.

- w Danii są badaniami obowiązkowymi w uszkodzeniu anoksycznym,
- w Stanach Zjednoczonych kryteria zakładają badanie instrumentalne w sytuacji: dziecko poniżej 1. roku życia, uraz twarzoczaszki, niemożliwa próba bezdechu, przewlekła obturacyjna choroba płuc z hiperkapnią, bezdech senny, uprzednia *anizocoria*, stosowanie u chorego leków wykazujących depresyjny wpływ na OUN,
- w Szwajcarii zaleca się badanie instrumentalne w urazach twarzoczaszki, gdy podejrzewany jest zespół Guillain-Barre, gdy planowane jest pobranie narządów (skrócenie procedury diagnostycznej),
- w Niemczech rodzaj zastosowanego badania ma bezpośredni związek z mechanizmem uszkodzenia mózgu (w pierwotnym podnamiotowym i wtórnym preferuje się metody elektrofizjologiczne, w przypadku krytycznego wzrostu ciśnienia śródczaszkowego bada się przepływ mózgowy metodą angiografii, scyntygrafii lub metodą dopplerowską).

Obecnie w 13 krajach europejskich, takich jak: Norwegia, Holandia, Szwecja, Francja, Luksemburg, Finlandia, Węgry, Rumunia, Włochy, Czechy, Słowacja, Serbia, Czarnogóra badanie instrumentalne jest obowiązkowe. W sześciu krajach badanie instrumentalne pozostaje w opcji. Dania, Austria, Norwegia, Szwecja akceptują wyłącznie angiografię naczyń mózgowych, we Włoszech i Holandii jest to badanie EEG, we Francji i Finlandii badanie EEG lub angiografia [5,6].

Różnice w rozpoznawaniu śmierci mózgu u dzieci

Odrębności wieku dziecięcego w rozpoznawaniu śmierci mózgu obecnie uwzględnia wiele krajów. W Stanach Zjednoczonych w 1987 roku opublikowano kryteria specyficzne dla dzieci, które nadal obowiązują. I tak w przypadku dziecka od 7. dnia życia do 2. miesiąca zaleca się czas obserwacji 48 godzin oraz dwukrotne badanie EEG, od ukończenia 2. miesiąca życia do 1. roku obserwację prowadzi się 24 godziny oraz dwukrotnie wykonuje EEG, powyżej 1. roku życia zalecany czas obserwacji to 12 godzin, a badanie dodatkowe pozostaje w opcji. W USA nie rozpoznaje się śmierci mózgu u dzieci poniżej 7. dnia życia.

W Niemczech nie rozpoznaje się śmierci mózgu u wcześniaków. W przypadku noworodka prowadzi się 72- godzinną obserwację oraz wymagane jest dwukrotne EEG; w przypadku dziecka w przedziale wiekowym 1 miesiąc – 2. rok życia czas obserwacji wynosi 24 godziny, dwukrotne EEG również jest wymagane. Dzieci, które ukończyły 2. rok życia

wymagają 12 godzinnej obserwacji, a badanie instrumentalne pozostaje w opcji. Kryteria niemieckie są podobne do amerykańskich. Różnica polega jednak na tym, że drugie badanie EEG można zastąpić innym badaniem instrumentalnym. Jasno określają, że nie zaleca się stosowania scyntygrafii perfuzyjnej u niemowląt, a przepływów mózgowych metodą dopplerowską oraz somatosensorycznych potencjałów wywołanych u dzieci poniżej 6. miesiąca życia.

W Wielkiej Brytanii nie stwierdza się śmierci mózgu u dzieci poniżej 2. miesiąca życia, powyżej 2. miesiąca życia postępowanie diagnostyczne przebiega tak samo, jak u dorosłych.

W Szwajcarii u dzieci poniżej 5. roku życia zaleca się czas obserwacji 24 godziny, powyżej 5. roku życia obserwację prowadzi się 6 godzin. Jeśli przyczyną była anoksja obserwacja jest wydłużona do 48 godzin. Badania dodatkowe pozostają w opcji.

We Włoszech kryteria dziecięce wyglądają jeszcze inaczej. Poniżej 1. roku życia prowadzi się 24-godzinną obserwację i zaleca się dwukrotne badanie EEG, u dzieci w przedziale 1. rok życia - 5 lat obserwację prowadzi się 12 godzin, a badania dodatkowe pozostają w opcji. Powyżej 5 lat zaleca się 6 godzinną obserwację i badania również pozostają w opcji [5,6].

Kryteria śmierci mózgowej u dzieci nadal w wielu miejscach są kontrowersyjne. W tym zakresie nadal toczy się szeroka dyskusja.

Postępowanie po stwierdzeniu śmierci mózgu

Rozpoznanie przez komisję śmierci mózgu równoznaczne jest ze śmiercią człowieka, a tym samym z zakończeniem terapii. Wyjątek stanowi sytuacja, w której zmarły ma zostać dawcą narządów. Gdy zmarłą jest kobieta w ciąży terapię prowadzi się do rozwiązania. Zdarza się, iż ze względów religijnych i/lub kulturowych nie pobiera się narządów do przeszczepu po stwierdzeniu śmierci mózgu. W Japonii, mimo iż obecny stan prawny pozwala na wykonywanie przeszczepów i tkanek pobranych od zmarłych, to od 1997 roku wykonano takich przeszczepów jedynie 27. Regulacje prawne dotyczące pobierania narządów w Europie określa system wyrażania (domyślnego) sprzeciwu oraz system wyrażania (domyślnej) zgody oraz system podejmowania świadomej decyzji. Pierwszy z nich zakłada, że jeśli zmarły nie wyraził za życia wyraźnego sprzeciwu w kwestii pobierania narządów (np. w rejestrze sprzeciwów), to narządy w celach transplantacyjnych mogą zostać pobrane. W niektórych krajach rodzina ma prawo do sprzeciwu. System wyrażania (domyślnego) sprzeciwu funkcjonuje w Belgii, Bułgarii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Irlandii,

Chorwacji, Luksemburgu, Norwegii, Austrii, Polsce, Czechach, Portugalii, Szwecji, Słowenii, Hiszpanii, Turcji oraz na Węgrzech, Cyprze, Łotwie i we Włoszech. System wyrażania (domyślnej) zgody oznacza, że osoba zmarła musi za życia wyrazić zgodę na pobranie narządów (np. w legitymacji dawcy). Jeśli taka zgoda nie została wyrażona, to taką decyzję może podjąć rodzina. Podstawę stanowi znana lub domniemana wola osoby zmarłej. System ten funkcjonuje w Danii, Wielkiej Brytanii, Holandii, Rumunii, Szwajcarii oraz na Litwie. System podejmowania świadomej decyzji zakłada, że każdy obywatel powinien w oparciu o rzetelne informacje wyrazić (lub nie) swoją gotowość do oddania narządów i tkanek. Swoją decyzję powinien zaś potwierdzić na piśmie. Taki system funkcjonuje w Niemczech od 01 listopada 2012 roku. Zgodnie z nim, każda publiczna i prywatna kasa chorych przekazuje co dwa lata legitymację dawcy organów, w której należy na piśmie wyrazić swoją decyzję. W trosce, aby decyzja była respektowana również za granicą opublikowany został arkusz legitymacji dawcy organów przetłumaczony na 23 urzędowe języki Unii Europejskiej [5,9,10].

Podsumowanie

Dawniej niewydolność jednego z trzech życiowo najważniejszych układów: krążeniowego, oddechowego i nerwowego bezpowrotnie prowadziła do śmierci komórek, tkanek i narządów. Wraz z rozwojem nowych metod i technologii rozwinęła się intensywna terapia. Od tej pory zaistniał cały szereg procedur i interwencji, które umożliwiły ratunek w bardzo wielu sytuacjach. Zdarzało i zdarza się jednak, że mimo wysiłków terapia nie przynosi pożądanego rezultatu. Stwierdzenie śmierci mózgu ma przede wszystkim na celu zakończyć niecelowe leczenie. W wielu przypadkach osoba uznana za zmarłą nie może stać się dawcą narządów z uwagi na przeciwwskazania natury medycznej (nowotwory, zakażenia wirusowe i bakteryjne itp.) lub też wyraziła sprzeciw za życia. W większości przypadków jednak po spełnieniu kryteriów medycznych i formalności osoba uznana za zmarłą staje się dawcą narządu lub narządów [7,8,9,10]. W ten sposób często śmierć jednego człowieka przekłada się na życie innego, a często kilku innych.

Piśmiennictwo

1. Roczeń R.: Historia i idee neurocentrycznych koncepcji śmierci człowieka. Otw. Ref. Filoz., 2010, 3, 5-19.

2. Biesaga T.: Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. *Med. Prakt.*, 2006, 2, 20-23.
3. Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. *For. Med. Rodz.*, 2012, 6, 182-190.
4. Mohandas A., Chou S. N.: Brain death. A clinical and pathological study. *J. Neurosurgery*, 1971, 35, 211-218.
5. Iwańczuk W.: Definicja i rozpoznanie śmierci mózgu: porównanie wytycznych w różnych krajach. *Anest. i Int. Ter.*, 2006, 2, 97-103.
6. Eliot JM.: Brain death. *Trauma*, 2003, 5, 23-42.
7. Ustawa z dnia 01 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. *Dz. U.* 2005, Nr 169, poz. 1411.
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. *Monitor Polski*, 2007, Nr. 46, poz. 546, 547.
9. Zembala M.: Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej. *Kardiochir. i Torakochir. Pol.*, 2009, 6, 407-411.
10. <https://www.organspende-info.de/organspendeausweis> , data pobrania 06.02.2016

Transplantacja – nadzieja na nowe życie

Ptaszek Gabriela¹, Stołecka Barbara¹, Mroczkowska Renata¹, Graf Lucyna¹,
Ślezionek Mariola¹, Wawros Karina¹, Gawłów-Nowak Lilianna¹, Karczewska Olimpia²,
Sternik Anna²

1. Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii. Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp

Medycyna transplantologiczna ma na celu ratowanie życia ludzkiego, które stanowi jedno z najważniejszych wartości. Transplantacja wiąże się jednak z koniecznością pobierania narządów od innej osoby. Nazwa transplantacja pochodzi od łacińskiego słowa *transplantare* (przesadzać, przenosić), odnosi się do metody chirurgicznego przeszczepiania komórek, np. szpiku, tkanek, np. skóry i narządów, np. serca w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami [1]. Przeszczepiany fragment nazywa się transplantem lub przeszczepem. Dział medycyny klinicznej zajmujący się problemami transplantacji nazywamy transplantologią. Dawcą organu może zostać żywy dawca (pobranie *ex vivo*) bądź osoba zmarła (pobranie *ex mortuo*) [2]. Ze względu na biorcę i dawcę rozróżniamy następujące rodzaje przeszczepów:

- przeszczepy autologiczne (autograf) - autoprzeszczepy, gdy dawcą jest ten sam człowiek, np. przeszczepianie własnej skóry w przypadku oparzenia;
- przeszczepy izogeniczne (isograft) - gdy dawcą i biorcą są jednostki identyczne genetycznie (bliźnięta jednojajowe);
- przeszczepy allogeniczne (allograft) - homotransplantacje, czyli w ramach tego samego gatunku - z człowieka na człowieka;
- przeszczepy ksenogeniczne (ksenograft) - heterotransplantacje (obcogatunkowe), tzn. między osobnikami z różnych gatunków, np. ze zwierzęcia na człowieka;

- alloplastyka - przeszczepy z niebiologicznych materiałów, czyli wszczepia się człowiekowi materiały z metalu lub tworzyw sztucznych, spełniających w organizmie funkcje protezy.

Historia transplantologii na świecie i w Polsce

Pierwsze próby przeszczepiania komórek, tkanek i narządów podejmowano już pod koniec XVI wieku. Jednak dopiero w drugiej połowie XX wieku nastąpił szybki rozwój transplantologii jako metody leczenia chorych ze skrajną niewydolnością narządów. W 1906 roku Alexis Carell opracował technikę zespolenia naczyniowego, Peter Medawar rozpoczął prace badawcze nad przeszczepianiem skóry w 1944 roku. W 1954 roku Murray, Merrill, Harrison po raz pierwszy przeszczepili nerkę pomiędzy bliźniakami jednojajowymi.

W 1967 roku miał miejsce pierwszy udany przeszczep wątroby i przeszczep serca. Pierwsze udane przeszczepienie nerki w Polsce miało miejsce w 1966 roku, w I Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie. Był to wtedy 621 taki zabieg na świecie. Narząd został pobrany od kobiety po ciężkim wypadku i urazie mózgu. Na pobranie nerki ze zwłok konieczna była w tamtych czasach zgoda prokuratora. Zabieg wykonał zespół chirurgów pod kierownictwem profesora Jana Nielubowicza, uważanego obecnie za prekursora transplantologii. Pierwszą transplantację serca wykonał w 1969 roku profesor Jan Moll [3]. W latach 80-tych zespół z Zabrze pod kierunkiem profesora Zbigniewa Religii dokonał pierwszej udanej transplantacji serca. Pierwsza udana transplantacja wątroby miała miejsce u dziecka, przeprowadził ją w 1990 roku profesor Kaliciński, pierwsze udane przeszczepienie wątroby u dorosłego w 1994 roku jest zasługą profesora Michałowicza.

Badacze zajmujący się tematem przewidują, że już za 10 lat co dziesiąta operacja przeprowadzana na świecie będzie przeszczepem – jednych chorych pomoże całkowicie wyleczyć, a innym znacznie przedłuży życie. Pierwsi pacjenci, którym przeszczepiano narządy, żyli kilka miesięcy, ponieważ problem stanowiły powikłania pooperacyjne związane z brakiem stosowania leków immunosupresyjnych zapobiegającym odrzutowi przeszczepionego narządu oraz brakiem standardów postępowania z chorymi po transplantacji. Wprowadzenie cyklosporyny do praktyki klinicznej w 1983 roku oraz zastosowanie przeciwciał monoklonalnych od 1986 roku zrewolucjonizowało medycynę transplantologiczną. Obecnie przeszczepianie ludzkich narządów jest bezpieczną metodą leczenia. Jak podaje światowa literatura 80 procent chorych przeżywa po przeszczepie 5 i więcej lat z prawidłowo funkcjonującymi organami. Niektórzy żyją 20, a rekordziści nawet

40 lat, prowadząc normalne życie zawodowe i rodzinne. W Narodowym Programie Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020 przedstawiono dane, z których wynika, że na świecie żyje ponad milion ludzi z przeszczepionym narządem. Każdego roku wykonuje się ponad 90000 tysięcy takich zabiegów, a lista chorych oczekujących wciąż rośnie.

Transplantologia pozwala na przedłużenie i poprawę komfortu życia osób chorych i cierpiących, jednak ze względu na swój charakter przyczyniła się również do powstania skomplikowanych problemów etycznych, moralnych dotyczących osoby ludzkiej, jej godności oraz wolności, na straży tych wartości stoi bioetyka, domagając się od badaczy uznania człowieka za podmiot, a nie przedmiot eksperymentu. Główne bariery etyczno-obyczajowe związane są z brakiem pełnej społecznej akceptacji tego typu leczenia, które wymaga pobrania narządów od zmarłych. Wynika to z braku zrozumienia pojęcia śmierci mózgowej oraz błędnego poglądu, że pobranie narządów ze zwłok to brak poszanowania człowieka w majestacie śmierci. Zdefiniowanie śmierci człowieka i jej ścisłe określenie staje się szczególnie ważne w przypadku transplantacji narządów i tkanek. Rozwój medycyny doprowadził w efekcie do ewolucji medycznej definicji śmierci. Nastąpiło bowiem przejście od pojęcia śmierci całego człowieka do pojęcia śmierci człowieka jako całości [4]. Poszczególne komórki, tkanki i narządy ustroju nie obumierają bowiem jednocześnie, lecz proces ten postępuje. Dlatego też śmierć mózgu, jako koordynatora podstawowych czynności życiowych organizmu, stanowi wyznacznik śmierci człowieka jako całości [5].

Prawne podstawy transplantologii

Rozwój transplantacji doprowadził do poszukiwania reguł współpracy międzynarodowej. Światowe Zgromadzenie do spraw Zdrowia w maju 1987 roku przyjęło uchwałę o dziewięciu przewodnich zasadach transplantacji ludzkich komórek, tkanek i narządów.

1. Zasada legalności pobierania organów z ciał osób zmarłych zgodnie z obowiązującym prawem danego państwa.
2. Zasada obiektywizmu podczas stwierdzenia śmierci potencjalnego dawcy przeszczepu.
3. Zasada pobierania przeszczepów raczej od osób zmarłych niż od osób żywych.
4. Zasada pełnoletniości dawcy organów do celów transplantacyjnych.
5. Zasada zakazująca wprowadzenia ciała ludzkiego do obrotu handlowego.
6. Zasada niedopuszczania jakichkolwiek ogłoszeń w sprawie odpłatnego zapotrzebowania na organy do przeszczepu.

7. Zasada zabraniająca lekarzom przeprowadzania transplantacji przy podejrzeniu, że organy były przedmiotem obrotu handlowego.
8. Zasada zabraniająca osobom i ośrodkom transplantacyjnym pobierania honorariów przekraczających wartość oferowanych usług.
9. Zasada dostępności do organów w zależności od potrzeb zdrowotnych, a nie od posiadanych środków finansowych [6].

Ustawa ta została zaakceptowana przez Komitet wykonawczy WHO 24 stycznia 1991 roku, i 26 maja 2008 roku poszerzona do jedenastu zasad transplantacji ludzkich komórek, tkanek i narządów. W Unii Europejskiej istnieją dyrektywy: 2004/23/WE Parlamenty Europejskiego i Rady dotycząca standardów jakości i bezpieczeństwa pozyskiwania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwacji, przechowywania i dystrybucji ludzkich tkanek i komórek. Dyrektywa Komisji Europejskiej 2006/17/KE wprowadzająca w życie Dyrektywę 2004/23/WE Parlamenty Europejskiego i Rady w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i testowania tkanek i komórek ludzkich. Dyrektywa Komisji Europejskiej 2006/86/WE wprowadzająca w życie Dyrektywę 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymagań dotyczących możliwości śledzenia, powiadamiania o poważnych niepożądanych reakcjach i zdarzeniach oraz niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich [7]. W Polsce pierwszą ustawą prawną o pobieraniu narządów i tkanek ze zwłok stanowiło Rozporządzenie Prezydenta RP z 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych. Nowelizacja tej ustawy nastąpiła 30 grudnia 1949 roku [8]. Ustawa z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej po raz pierwszy wprowadziła warunki ułatwiające stosowanie praktyk transplantacyjnych. Artykuł 24 ustawy stanowi: dopuszczenie pobrania ze zwłok narządów lub tkanek dla celów leczniczych, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Ustawa ta wprowadza pojęcie zasady domniemanej; brak sprzeciwu za życia jest równy zgodzie na pobranie tkanek, organów po śmierci, nie zawiera jednak wpisu w jakiej formie osoba mogłaby wyrazić sprzeciw wobec możliwości pobrania tkanek, narządów po jej śmierci. Do 1995 roku Polska była jednym z nielicznych krajów europejskich niemających uregulowania całokształtu problematyki pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz warunków dopuszczających do przeszczepu. Ustawa z 26 października uzupełniła tę lukę. Obecnie obowiązuje Ustawa Transplantacyjna z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [9] oraz ustawa z 17 lipca 2009 roku o zmianie Ustawy z 2005 o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Rozdział drugi

tej ustawy jest poświęcony pobieraniu narządów od osób zmarłych. Mogą być one pobierane ze zwłok w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Ustawa określa także, że pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. Zapis ten jest przykładem „zgody domniemanej”, poza nią istnieje drugi rodzaj zgody „zgoda wyraźna”. Artykuł 6 ustawy określa trzy formy wyrażenia sprzeciwu:

1. Dokonanie wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich.
2. Złożenie oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis.
3. Ustnego oświadczenie złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

W przypadku małoletniego lub innej z osób, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy. W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.

Artykuł 8 objaśnia postępowanie w przypadku podejrzenia, że zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego stanowiącego przestępstwo, pobranie komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek i narządów, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko nieletniemu – stanowisko sądu rodzinnego. Przed dokonaniem pobrania komórek, tkanek lub narządów lekarz lub koordynator są zobowiązani sprawdzić, czy zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu w formach wyżej wymienionych. Centralny rejestr sprzeciwów jest prowadzony przez Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne do spraw Transplantacji Poltransplant. Przepisy wykonawcze obowiązujące prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 roku. Przepisy nie wymagają od rodziny zmarłego zgody na pobranie komórek, tkanek i narządów. W świetle prawa ciało zmarłego nie jest własnością rodziny i nie wchodzi w skład masy spadkowej. Obowiązkiem lekarza lub koordynatora jest uzyskanie informacji od rodziny zmarłego, czy nie wyraził on sprzeciwu w formie opisanej w artykule 6. W praktyce lekarze podejmują rozmowę z rodziną zmarłego i pytają o zgodę na pobranie narządów. W przypadku sprzeciwu rodziny odstepuje się od pobrania komórek, tkanek i narządów [10].

Pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu – artykuł 9 ustawy. Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdza jednomyślnie na podstawie kryteriów, o których mowa w ustawie 3, komisja złożona z trzech lekarzy posiadających specjalizację,

w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia – artykuł 9a ustawy. Lekarz stwierdzający zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia nie może brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej, u której stwierdził zgon. Kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego ustania czynności mózgu oraz nieodwracalnego ustania krążenia ustalają, powołani przez Ministra Zdrowia, specjaliści z odpowiednich dziedzin medycyny z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej. Kryteria te są publikowane przez Ministra Zdrowia w formie obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” (artykuł 9, punkt 2 i3) [11].

W świetle prawa polskiego pobrania narządu do przeszczepu od żywego dawcy można dokonać po spełnieniu określonych warunków:

1. Dawcą jest osoba pełnoletnia i nieubezwłasnowolniona
2. Pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej [2]
3. W odniesieniu do pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek lub tkanek, pobranie może nastąpić również na rzecz innej osoby niż wymieniona w pkt. 2
4. Zgodę na donację na rzecz osoby nie wymienionej w pkt. 2 wyrazi potencjalny dawca oraz właściwy sąd
5. Zasadność i celowość pobrania i przeszczepienia komórek, tkanek lub narządów od określonego dawcy ustalają lekarze pobierający i przeszczepiający je określonemu biorcy na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej
6. Kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody szczegółowo pisemnie poinformowany o rodzaju zabiegu, ryzyku z nim związanym oraz dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości
7. Kandydat na dawcę został (przed wyrażeniem zgody) uprzedzony o skutkach dla biorcy wynikających z wycofania zgody na pobranie komórek, tkanek lub narządu, związanych z ostatnią fazą przygotowania biorcy do dokonania ich przeszczepienia
8. Kandydat na biorcę został poinformowany o ryzyku związanym z zabiegiem pobrania komórek, tkanek lub narządu oraz o możliwych następstwach zabiegu dla stanu zdrowia dawcy, a także wyraził zgodę na przyjęcie komórek, tkanek lub narządu od tego dawcy;

Wymóg wyrażenia zgody na przyjęcie przeszczepu od określonego dawcy nie dotyczy jednak szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek [11].

Dane osobowe dotyczące dawcy i biorcy przeszczepu objęte są tajemnicą. Podlegają również ochronie przewidzianej w przepisach o tajemnicy zawodowej i służbowej oraz w przepisach dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej: art. 19 ust.1 [12]. W przypadku, kiedy narząd ma być pobrany od dawcy żywego, zapis powyższy nie dotyczy ujawnienia danych osobowych o dawcy i o biorcy odpowiednio tym osobom: art.19 ust. 2 [12]. Problematyka transplantologiczna, oprócz uregulowań prawnych, tkwi w kontrowersjach współczesnej filozofii, medycyny i bioetyki.

Stanowisko Kościoła katolickiego oraz innych religii wobec transplantologii

Z punktu widzenia etycznego w wydaniu chrześcijańskim wykładają encykliki papieskie Pawła IV z 1978 roku i Jana Pawła II z 1995 roku oraz inne dokumenty Kościoła. Zgodnie z doktryną Kościoła fundamentalną jest zasada świętości życia i szacunek do praw natury. Za wartość najwyższą i świętą uznaje się życie człowieka. Dozwolona jest interwencja medyczna pod warunkiem, że jest konieczna dla przywrócenia lub ratowania zdrowia [13]. Dokumenty Soboru Watykańskiego II potwierdzają aprobatę dla przeszczepów z zachowaniem zasad związanych z szacunkiem dla ludzkiego życia od poczęcia do śmierci i szacunkiem do ludzkiego ciała [14]. *„Każdy przeszczep ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wartości etycznej. Szlachetność tego gestu polega na tym, że jest on prawdziwym aktem miłosierdzia dla drugiego człowieka”* – podkreślał Jan Paweł II podczas Kongresu Transplantologów. W listopadzie 2006 przedstawiciela Kościoła katolickiego oficjalnie poparł oświadczenie woli i przeszczepianie narządów po śmierci.

Judaizm

Większość nurtów Judaizmu wspiera i zachęca do dawstwa narządów. Obowiązek zachowania życia ludzkiego jest w prawie żydowskim dominujący. Rada Rabinów Amerykańskich w 1991 roku poparła decyzję o przekazaniu narządów do transplantacji, jeśli oddanie narządów ma na celu ocalenie zagrożonego życia. Główny rabin Polski Michael Schudrich podaje, że Judaizm zezwala na transplantacje w przypadku, gdy chodzi o ocalenie lub poprawę jakości życia ludzkiego. Wielu rabinów uważa, że oddanie narządu to wielka

zasługa. Pobranie organu musi się bezwzględnie dokonać po śmierci dawcy z zachowaniem szacunku dla zmarłego [14].

Prawosławie

Kościół prawosławny nie sprzeciwia się oddaniu narządów po śmierci. Duchowni nie występują przeciwko wykorzystaniu organów zmarłych, jeśli są wykorzystane do poprawy życia ludzkiego, dla transplantacji lub eksperymentu medycznego mającego służyć poprawie skuteczności leczenia lub zapobiegania chorobom [14].

Islam

Współczesne muzułmańskie stanowisko sunnickich szkół prawnych wobec transplantacji narządów jest ogólnie pozytywne, z zastrzeżeniami:

- przeszczep nie może „sprzeciwiać się ludzkiej godności muzułmanina”
- dopuszczalny jest tylko, gdy jest jedyną możliwą formą pomocy
- oddanie organu musi być dobrowolne (również po śmierci, pobranie organów warunkuje wcześniejsza zgoda)
- handel organami ludzkimi jest sprzeczny z godnością człowieka
- można przyjmować organy od nie-muzułmanów, ale nie od ludzi skazanych na śmierć
- Muhammad Ibn Adam w swoim artykule „Poglądy Islamu na Transplantację” pisze, że większość uczonych islamskich przynależnych do różnych szkół prawa kanonicznego stwierdza fakt, że życie jest dobrem najwyższym i zezwala na pobieranie narządów [15].

Świadkowie Jehowy

Stanowisko Świadców Jehowy zmieniło się w miarę upływu czasu. Do lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku sprawa dawstwa narządów była indywidualną sprawą własnego sumienia. Od lat osiemdziesiątych XX wieku wspólnoty mają neutralny stosunek do transplantacji: nie zabraniają jej wykonywania ani nie popierają. Warunkiem jednak transplantacji w przypadku Świadców Jehowy jest użycie do przeszczepów narządów pozbawionych krwi. Musi być ona wypłukana z narządów i tkanek przed zabiegiem.

Buddyzm, Hinduizm, Baptyzm

W religiach tych uważa się oddanie narządów za indywidualną sprawę każdego człowieka. Docenia się fakt ofiarowania narządów, ale się do niego oficjalnie nie nawołuje. Nie ma zakazów religijnych zabraniających oddawania narządów po śmierci. W religiach tych zwraca się uwagę na wagę rozmowy z bliskimi na temat woli zmarłego.

Adwentyści Dnia Siódmego

Dawstwo i transplantacja jest silnie wspierana przez wyznawców tej religii. W wielu szpitalach pod auspicjami Adwentystów przeprowadza się transplantacje. Najbardziej znany szpital znajduje się w Loma Linda w Kalifornii, specjalizuje się on w transplantacji serca u dzieci.

Szintoizm

Wyznawcy szintoizmu w Japonii nie popierają przeszczepów. Nauka szintoizmu uznaje ciało zmarłego za nieczyste i niebezpieczne. Ingerencja w ciało może przerwać więź między zmarłym i żywymi członkami rodziny, i jest poważnym wykroczeniem.

Podsumowanie

Po wielu latach pracy prawników i medyków zagadnienia prawne dotyczące transplantologii, przeprowadzania transplantacji komórek, tkanek i narządów zarówno od dawców żywych, jak i zmarłych wydają się budzić coraz mniej zastrzeżeń. Uregulowania prawne nie są co prawda doskonałe, co być może wiąże się z ciągłym rozwojem transplantologii i nowymi formami dawstwa narządów od dawców żywych w Polsce i na świecie t.zw. przeszczepy krzyżowe. Główne problemy związane z transplantologią to problemy etyczne i moralne. Najistotniejsze problemy etyczne w transplantologii dotyczą biorcy i dawcy. Istnieje potrzeba uwzględnienia ustaleń prawnych i następstw społeczno-kulturowych. Należy pamiętać, że nikt nie ma obowiązku darowania swoich organów lub tkanek. Nikt też nie może zgłaszać roszczeń prawnych do organów drugiego człowieka, żywego czy zmarłego. Najwłaściwszą formą oddania organu jest forma wolnego daru. Podjęte działania implantacyjne winny mieć charakter terapeutyczny i być jedyną szansą uratowania

życia lub zdrowia, gdy inne środki ku temu zostały już wyczerpane. Spośród implantowanych organów wyklucza się mózgowie i gruczoły płciowe, zapewniających tożsamość osobową i prokreacyjną osoby. Pacjentowi przysługuje niezaprzeczalne prawo do rezygnacji z terapii oraz do wycofania wcześniejszej zgody, które lekarz jest zobowiązany respektować. Zadaniem lekarza jest kompetentna pomoc doradcza i wyjaśniająca oraz psychiczne wsparcie pacjenta, gdy ten podejmie już decyzję o leczeniu transplantacyjnym. Podejmowana terapia powinna mieć na względzie nie tylko dodanie do życia pacjenta lat, ale przede wszystkim poprawę jakości jego życia. Zgon dawcy musi zostać, stwierdzony przez eksplantację ponad wszelką wątpliwość. Eksplantacja musi uszanować „godność zmarłego” i nie może lekkomyślnie obrażać uczuć jego bliskich. Organy muszą być rozdzielone merytorycznie i etycznie uzasadnionych kryteriów, czyli właściwej reglamentacji organów i tkanek, których jest wielokrotnie mniej niż oczekujących biorców. Przeciwnicy transplantologii argumentują swoje stanowisko twierdząc, że chirurgia przeszczepów to nowa forma kanibalizmu medycznego. Innym zarzutem moralnym jest to, że pacjent oczekujący na przeszczep ze zwłok, oczekuje na śmierć drugiego człowieka. Przeciwnikom transplantologii często towarzyszy obawa przed traktowaniem zwłok jako magazynu części wymiennych i co z tym się wiąże, brakiem poszanowania zwłok w majestacie śmierci. Strach przed handlem narządami jest także powodem wielu sprzeciwów przed tą formą leczenia. Większość jednak ludzi uważa transplantologię za powszechne i zaakceptowane działanie ratujące życie ludzkie lub zasadniczo polepszające jego jakość. Życie i zdrowie każdego człowieka jest wartością najwyższą i wszelkie działania służące zachowaniu, przedłużeniu i polepszeniu jakości życia są akceptowalne. W obliczu zagrożenia życia wszelkie wątpliwości moralne związane z transplantacjami winny usunąć się w cień.

Piśmiennictwo

1. <http://encyklopedia.pwn.pl>, data pobrania 14.01. 2016.
2. Zajdel J.: Prawo medyczne dla kardiologów. Wyd. Progress, Łódź, 2009.
3. Kobińska A.: Granice prawne zakresu postępu medycyny oraz jego ocena na tle nowych wyzwań i możliwości transplantologii. [http:// www.prawoimedycyna.pl](http://www.prawoimedycyna.pl), data pobrania 14.01. 2016.
4. Duda J.: Transplantacja w prawie polskim: aspekty cywilnoprawne. Wyd. Zakamycze, Kraków, 1998.

5. Wojcik B.: Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka. Problematyka filozoficzno -etyczna. <http://www.mp.pl/etyka/>, data pobrania 14.01. 2016.
6. Tokarczyk R.: Prawa narodzin życia i śmierci. Wolters Kluwer, Warszawa, 2012.
7. http://www.poltransplant.org.pl/akty_arch.html, data pobrania 14.01. 2016.
8. Nowacka M.: Etyka a transplantacje. PWN, Warszawa, 2003.
9. Dzienniki Ustaw rok 2005 nr 169, www.infor.pl, data pobrania 14.01. 2016
10. Żaba C.: Prawno- medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok. Now. Lek., 2009, 78, 92, 159-164.
11. Ustawa z 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dziennik Ustaw z 2005 roku nr 169 pozycja 1411.
12. Nesterowicz M.: Prawo medyczne. Wydawnictwo „Dom Organizatora”, Toruń, 2007.
13. Grzymkowska M.: Standardy bioetyczne w prawie europejskim. Wolters Kluwer Polska, Warszawa, 2009.
14. Rutowski B., Kaliciński P., Śledziński SB, Wujtewicz B., Mielecka A.: Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Via Medica, Gdańsk, 2009.
15. <http://www.themodernreligion.com/misc/hh/organ-transplant.html>, data pobrania 14.01. 2016

Stosunek przedstawicieli różnych religii do transplantacji

Boratyński Wojciech¹, Mularczyk Paulina¹, Rzędzian Joanna², Olejniczak Dominik¹

1. Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska
2. Instytut Patologii i Fizjologii Słuchu, Polska

Słowo transplantacja pochodzi od łacińskich słów *transplantare*, co znaczy szczepić i *plantare* przesadzić. W znaczeniu medycznym zabieg transplantacji (przeszczepiania) oznacza przeniesienie komórek, tkanek lub narządów w obrębie jednego organizmu lub pomiędzy dwoma organizmami. Przeszczepianie narządów zapewnia możliwość ratowania życia ludziom, u których inne sposoby leczenia nie mogą dać rezultatu. Transplantacje mogą być wykonywane kobietom, mężczyznom, dzieciom, ludziom różnych ras, narodowości i religii. Pierwszy zabieg przeszczepienia narządu – nerki dokonano pomiędzy dwoma bliźniakami w *Brigham and Women Hospital* 23 grudnia 1954 roku w Bostonie, szefem transplantacyjnego był doktor Joseph Murray. W 1962 roku dokonano pierwszego przeszczepienia nerki ze zwłok człowieka. Najbardziej znaną operacją transplantologiczną było pierwsze przeszczepienie serca dokonane przez zespół Christiaana Bernarda 3 grudnia 1967 roku w szpitalu *Groote Schuur* w Kapsztadzie.

Przeszczepy możemy dzielić pod względem podobieństwa genetycznego lub lokalizacji miejsca dokonania przeszczepu oraz stanu organizmu, od którego pobierany jest przeszczep. Pod względem podobieństwa genetycznego dawcy i biorcy, przeszczepy dzielimy na: autologiczne (autografty) - przeprowadzane w obrębie jednego ustroju, np. przeszczep skóry; izogeniczne/syngeniczne (izografty/syngrafty) - przeprowadzane między jednostkami identycznymi genetycznie, np. przeszczepy pomiędzy bliźniętami jednojajowymi lub zwierzętami szczepu wsobnego; allogeniczne (allografty) – przeprowadzane pomiędzy dawcą i biorcą jednego gatunku, ale różnymi genetycznie, np. przeszczep nerki od zmarłego, niespokrewnionego z biorcą; ksenogeniczne/heterologiczne (kenografty/heterografty) - przeprowadzane między organizmami pochodzącymi od różnych gatunków, np. przeszczep zwierzęcej zastawki serca [1]. Pod względem miejsca wszczepienia narządu dzielimy na: ortotopowe - umieszczone w miejscu „anatomicznie równoważnym” dla usuniętej tkanki; heterotropowe- umieszczone w miejscu innym niż anatomiczne bez usuwania niewydolnego narządu [2]. Pod względem stanu organizmu, od którego jest pobierany przeszczep,

przeszczepy dzielimy na: ex mortuo, czyli od zmarłego dawcy; ex vivo - od dawcy żywego [3].

Cel pracy

Celem pracy jest stwierdzenie, czy istnieje związek między wyznawaną wiarą absolwentów kierunków teologicznych a wyrażaniem zgody na pobieranie narządów do transplantacji od osób, u których stwierdzono śmierć mózgu oraz znajomości zasad wiary poszczególnych wyznań do zagadnienia transplantacji narządów.

Przepisy regulujące transplantacje w Polsce

Regulacje prawne dotyczące pobrań tkanek dla celów leczniczych (transplantacji) można datować od końca 1949 roku, kiedy to ustawa z dnia 30 grudnia 1949 r. w sprawie zmiany rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych [4], umożliwiała pobranie tkanki od osób zmarłych przed upływem 12 godzin, za zgodą ordynatora oddziału po komisyjnym stwierdzeniu zgonu przez trzech lekarzy. Następnym aktem prawnym regulującym zagadnienia transplantacji była ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [5].

Aktualnie prawodawstwo w zakresie transplantacji w tej przedmiotowej materii opiera się o ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [6]. Transplantacja w świetle przytoczonej ustawy jest interwencją medyczną dopuszczalną przez polskie prawo, podlegającą ściśle określonym regulacjom. Konieczność prawnego reglamentowania przeszczepów wynika z faktu, iż zabieg taki ma charakter leczniczy wyłącznie z punktu widzenia biorcy. Dla dawcy (żywego) przybiera formę nieterapeutyczną, a w pewnych warunkach nawet upośledza jego stan zdrowia [7]. Zgodnie z art. 1 ustawy transplantacyjnej ma ona na celu określenie reguł „pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej; tkanek i narządów pochodzących od żywego dawcy lub ze zwłok” oraz „testowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji komórek i tkanek ludzkich”. Jednocześnie w tym samym artykule zaznaczono, że ustawa nie obejmuje „pobierania, przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części” oraz „pobierania, przechowywania i dystrybucji krwi do celów jej przetaczania, oddzielenia jej składników lub przetworzenia w leki”.

Według polskiego prawa narządy, tkanki lub komórki mogą być pobrane od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich.

Dawcą w przeszczepie ex vivo może być każda osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych. Kobieta ciężarna może być jedynie dawcą w przypadku przeszczepu komórek lub tkanek. Ustawa zastrzega, że pobranie jest możliwe tylko na rzecz krewnego w linii prostej, osoby przysposobionej, małżonka lub rodzeństwa. W przypadku innej osoby jest to możliwe przy zaistnieniu szczególnych względów osobistych, przy czym wymagana jest zgoda sądu rejonowego wydanego w postępowaniu nieprocesowym. W przypadku transplantacji szpiku lub tkanek i komórek regenerujących się, przeszczep na rzecz osoby niespokrewnionej jest dozwolony bez dodatkowych wymagań. Dawcą może zostać również małoletni na rzecz rodzeństwa za zgodą przedstawiciela ustawowego, po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, który posiłkuje się opinią biegłego psychologa, jeżeli małoletni ukończył lat 13 wymagana jest także jego zgoda, a jeśli małoletni ukończył lat 16 postępowanie może się odbywać na jego wniosek.

Warunki, jakie powinien spełniać dawca są określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie wymagań dla kandydata na dawcę komórek, tkanek lub narządu [8]. Rozporządzenie definiuje: wymagania zdrowotne kandydata na dawcę, wykaz badań lekarskich i diagnostycznych oraz przeciwwskazania do oddania komórek, tkanek lub narządu.

W przypadku pobierania komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia od nieżyjącego dawcy można wszcząć procedurę po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia [6]. Wszczęcie tej procedury jest możliwe po sprawdzeniu, że osoba ta za życia nie zgłosiła sprzeciwu na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów do Centralnego Rejestru Sprzeciwu znajdującego się w Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji w Warszawie lub oświadczenia ustnego wypowiedzianego w obecności dwóch świadków, lub oświadczenia pisemnego z własnoręcznym podpisem. W stosunku do osób małoletnich sprzeciw może zgłosić przedstawiciel ustawowy lub małoletni powyżej 16. roku życia. W przypadku, kiedy zachodzi uzasadnione podejrzenie śmierci w wyniku czynu zabronionego – przestępstwa, pobrania można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża on sprzeciwu, a jeżeli dotyczy to małoletniego - stanowiska sądu rodzinnego. Sprzeciw rodziny do pobrania nie jest regulowany w prawie polskim. Niemniej jednak istnieje możliwość złożenia pisemnego lub ustnego sprzeciwu ze strony

rodziny, który niejako wymusza na lekarzu rozmowę z rodziną, mogącą posiadać informację na ten temat [7].

Donacje wykonywane od osób zmarłych wymagają stwierdzenia zgonu pacjenta, pierwsze precyzyjne regulacje prawne w zakresie określenia metod lekarskich, badań instrumentalnych zostały opublikowane w Polsce w połowie lat 80. ubiegłego wieku, w komunikacie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych odnośnie do kryteriów śmierci mózgu [9].

Następnie obowiązywało Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu [10].

Aktualnie kryteria, którymi musi się kierować komisja zostały przedstawione w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu [11].

O śmierci mózgu można zadecydować w momencie wystąpienia nieodwracalnego braku funkcji pnia mózgu. Rozpoznanie stwierdzenia śmierci mózgu jest dwuetapowe:

- W etapie pierwszym dokonuje się podejrzenia śmierci mózgu, z etapu tego są wykluczeni chorzy zatruci, będący w hipotermii, z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi oraz noworodki do 7. dnia życia.
- W etapie drugim wykonywane są badania potwierdzające śmierć mózgu, na które składają się badania kliniczne, mogące być w pewnych stanach wspomagane badaniami instrumentalnymi.

Kryteria stwierdzenia śmierci mózgu u dzieci (w zależności od wieku: noworodki, dzieci do drugiego roku życia, dzieci po wyżej drugiego roku życia) są opracowane odmiennie, z tym, że do drugiego roku życia muszą być wspomagane badaniami instrumentalnymi. W skład zespołu musi wchodzić co najmniej dwóch specjalistów w dziedzinie dziedziczenia, anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii lub neurochirurgii.

Pobrania komórek, tkanek, narządów można również dokonać po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego zatrzymania krążenia [12].

Obwieszczenie opisuje zasady ustalenia zgonu na skutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Decyzja zapada na podstawie badania komisji lekarskiej, składającej się z lekarzy wybranych spośród specjalistów następujących dziedzin medycyny:

- anestezjologii i intensywnej terapii

- medycyny ratunkowej, kardiologii
- kardiologii dziecięcej
- chorób wewnętrznych.

Podjęcie takich działań jest możliwe po całościowej interpretacji klinicznych objawów oraz informacji z wywiadu chorobowego kandydata na dawcę.

Stan transplantacji w Polsce

W Polsce pierwszy udany przeszczep narządu (nerki) wykonano 26 stycznia 1966 roku w Akademii Medycznej w Warszawie, pierwszy udany przeszczep serca wykonano 5 listopada 1985 roku w Zabrze, wątroby 3 grudnia 1987 roku.

W Polsce od 1966 do 2014 roku dokonano 26690 przeszczepów narządów. W tabeli I przedstawiono liczbę wybranych transplantacji narządów od osób zmarłych i żywych. Transplantacje nerek od żywych stanowiły 3,2% wszystkich przeszczepów nerek, przeszczepy wątroby od żywych stanowiły 7,6% wszystkich przeszczepów tego narządu.

Tab I. Przeszczepy narządów w Polsce, na podstawie [13]

Liczba przeszczepów	Nerki	Serca	Wątroby	Nerka i trzustka	Płuca	Serce i płuca	Trzustka
od osób zmarłych	19812	2173	3235	384	119	6	25
od żywych	655	-	266	-	-	-	-

Religia rzymskokatolicka

Stanowisko kościoła rzymskokatolickiego, z uwagi na ogromną ilość licznych oficjalnych wystąpień i wypowiedzi, ograniczono do zaprezentowania kilku, odnoszących się do zagadnienia transplantacji wypowiedzianych przez najważniejszych hierarchów kościoła.

Podstawy moralne do dyskusji na temat transplantacji organów dało nauczanie Piusa XII w adresie skierowanym 14 maja 1956 roku do unii niewidomych. Papież Pius XII stwierdzał, że decyzje dotyczące przeszczepiania nie powinny być potępione, lecz pozytywnie uzasadnione i są aktem miłosierdzia, ale należy postępować odpowiednio dla czci zmarłych [14].

Fundament sądów Kościoła na temat transplantacji stanowi encyklika Jana Pawła II „*Evangelium vitae*” [15], w której Papież podkreślił, że każdego dnia człowiek musi borykać się z różnymi wyborami życiowymi. Te codzienne wybory określał mianem heroizmów dnia codziennego, do których zalicza się choćby oddawanie narządów do przeszczepienia. Takie zachowanie, Papież, traktował, jako działanie, które buduje codzienną kulturę życia. Jest to nowa kultura, która związana jest z odpowiednim rozwiązywaniem takich problemów, przed którymi chrześcijanie nigdy wcześniej nie stawali. Niezwykle wymownym przykładem nowej kultury życia staje się wyrażanie zgody na przeszczepienie narządów własnych, co jednak musi zawsze odbywać się zgodnie z wymogami etyki chrześcijańskiej. Zdaje się bowiem, iż tylko w taki sposób możliwe jest osiągnięcie sukcesu moralnego i medycznego, odnoszącego się do ochrony życia ludzkiego, a także ochrony godności jednostki ludzkiej.

W „*Evangelium vitae*” Jana Pawła II wyodrębnione zostały jasne kryteria, które wskazują na to, kiedy niedopuszczalne jest pobieranie narządów od osoby, która jeszcze nie została uznana za zmarłą. Wskazane zostało tu powszechnie uznawane kryterium, która pozwala na stwierdzenie, kiedy nastąpiła śmierć człowieka, a więc kiedy doszło do rozpadu zintegrowanej całości. Jednym z takich sprawdzalnych i obiektywnych kryteriów jest kryterium neurologiczne, co oznacza całkowite oraz nieodwracalne stwierdzenie śmierci mózgowej. Badacze interesujący się tą problematyką uznali, że kryterium to, jeśli jest przestrzegane w sposób bezwzględny, wówczas nie pozostaje ono w opozycji do żadnej z rzetelnych antropologii. Trzeba bowiem nieustannie podkreślać, że kościół rzymskokatolicki szanuje kompetencje medycyny i dlatego też kryterium to zostało w latach 1985 i 1989 przyjęte przez Papieską Akademię Nauk [16].

Bardzo istotnym dokumentem stało się przesłanie Jana Pawła II wygłoszone w sierpniu 2000 roku z okazji XVIII Międzynarodowego Kongresu Transplantologicznego, a zwłaszcza słowa: „(...) *od jakiegoś czasu w miejsce objawów sercowo-oddechowych stosuje się tak zwane kryterium neurologiczne. Polega ona na rozpoznawaniu na podstawie pewnych wyraźnie określonych parametrów, stosowanych przez międzynarodową społeczność naukowców – całkowitego i nieodwracalnego ustania całej funkcji mózgu (w mózgu, mózdzku i rdzeniu mózgu). (...) Kościół (...) Ogranicza się do wynikającego z Ewangelii obowiązku porównania danych proponowanych przez nauki medyczne z chrześcijańskim pojmowaniem jedności osoby, zwracając szczególną uwagę na podobieństwa, a także ewentualne niezgodności, które mogłyby narazić na niebezpieczeństwo poszanowanie godności człowieka*” [17].

Papież Benedykt XVI, kontynuator drogi podjętej przez swojego poprzednika, odnosił się do negatywnych zjawisk pojawiających się w czasach współczesnych, wskazywał na występujący dziś tak powszechnie egoizm i wszechobecną komercjalizację. Nakazywał więc, aby w odpowiedni sposób doceniać wartość gestów bezpłatnych. Papież uważał jednocześnie, że przeszczepienia tkanek i narządów są znakiem najnowszej medycyny i dużą szansą dla wielu chorych ludzi. Benedykt XVI nawoływał jednak naukowców do kontynuacji swoich badań w tym zakresie dla niwelowania tak wielu jeszcze pojawiających się na polu transplantacji niejasności [18].

Katechizm Kościoła Katolickiego wskazuje, iż przy zastosowaniu zasady proporcjonalnego ryzyka oddawanie organów do przeszczepu, po śmierci jednostki ludzkiej, zasługiwać powinno na uznanie. Jest ono traktowane jako gest hojności, heroizmu i bezinteresowności. Do czynu tego należy zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności. Moralnie nie do przyjęcia jest pobranie narządów, jeśli dawca lub jego bliscy, mający do tego prawo, nie udzielają na to wyraźnej zgody [19].

W rozporządzeniu Papieskiej Rady do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia w „Karcie Pracowników Służby Zdrowia”, przedstawiono poglądy dotyczące dawania i przeszczepiania narządów w zakresie przeszczepów autoplastycznych i homoplastycznych oraz poszanowania ciała zmarłego dawcy. W Karcie zaznaczono, że z moralnego punktu widzenia należy wykluczyć przeszczepy mózgowia i gruczołów płciowych, gdyż chodzi o narządy, dzięki którym nabierana jest niepowtarzalna jedyność osoby. W zakresie przeszczepiania międzygatunkowego należy odrzucić przeszczepianie gruczołów płciowych. Karta w zakresie dotyczącym transplantologii kończy się następującym stwierdzeniem: *„Pracownik służby zdrowia w tym przypadku «staje się pośrednikiem czegoś szczególnie znaczącego, daru z siebie spełnianego przez osobą — nawet po śmierci — aby drugi mógł żyć»”* [20].

Religii prawosławna

Przedstawienie stosunku Kościoła prawosławnego do transplantacji wymaga powołania się na słowa znanych duchownych reprezentujących tę religię, którzy wielokrotnie wypowiadali się na temat przeszczepiania organów. Religia prawosławna zezwala na przeszczepianie organów jednak tylko w celach terapeutycznych. Nie dopuszcza uśmiercania ludzi, czy nieudzielania im pomocy w sytuacji zagrożenia życia tylko dlatego, że osoba ta zezwoliła na pobranie narządów do przeszczepu.

Wiele na temat tego problemu dowiedzieć się można czytając rozmowę, jaką przeprowadził w grudniu 1994 roku ks. Sergiusz Hakkela, reprezentujący rosyjską sekcję radia BBC z Metropolitą Antonim (Bloom'em), który sprawował m.in. urząd patriarchego egzarchy Europy zachodniej [21]. Duchowny przekonywał przede wszystkim, że człowiek wierzący powinien znaleźć w swym życiu miejsce i na lekarz, i na Boga. Niesłuszne zdaje się stwierdzenie, iż człowiek chory powinien jedynie zawierzyć modlitwie i prosić Boga, by ten odsunął od niego chorobę. Duchowny przyznał jednocześnie, że kościół prawosławny nie wypowiadał się nigdy oficjalnie na temat transplantacji narządów. Stwierdził ponadto, że podstawowe pytania odnoszące się do tej problematyki, odnoszą się do pytań związanych z tym, czy lekarz ma prawo stosować wszelkie z możliwych sposobów, by ratować życie albo zdrowie człowieka. Jeśli więc założymy, że podstawowym celem jest ratowanie życia ludzkiego, metoda transplantacji jest jak najbardziej uzasadniona. Pojawiające się wokół transplantacji kontrowersje spowodowane są natomiast tym, że mamy do czynienia ze zjawiskiem nowym, nieznanym. Metropolita Antoni przyznaje, że mogą pojawiać się w tej sytuacji sprzeczności duchownych i teologów, którzy oponować będą procederowi naruszalności jedności ciała i duszy ludzkiej. Nie będzie, bowiem błędne stwierdzenie, że samo przeszczepienie nie zmienia tylko ciała człowieka, powoduje, bowiem pewną dezintegrację w jego duchowości, osobowości, z którą człowiek ten musi później egzystować. Duchowny był jednak przekonany, że mimo tych pojawiających się kontrowersji i mimo tego, że transplantacja budzi wiele wątpliwości, a tym samym nie jest, więc metodą bezwzględnie idealną, może być stosowana, ponieważ ratuje wartość priorytetową – ludzkie życie. Stwierdzał on jednocześnie, że bardzo ważne jest uzyskanie zgody darczyńcy na przekazanie własnego organu. Ponadto nieustannie należałoby dociekać, jak ustosunkowuje się przyzwolenie kościoła prawosławnego na przeszczepianie organów do zasady świętości i nienaruszalności ciała ludzkiego, które jest świątynią Boga. Metropolita Antoni uznał, że konieczne staje się podchodzenie do zasad wiary zgodnie z duchem czasu. Należałoby, bowiem brać pod uwagę fakt, że przecież nasze ciało nieustannie się zmienia, nie jest takie samo, jak w chwili narodzin. W momencie zmartwychwstania ciało ludzkie nie będzie składać się z konkretnej ilości jego części w danym momencie jego istnienia. Ono ciągle ulega zmianom, zmianą taką może być także organ przeszczepiony od innego człowieka. Stąd też wyłania się przekonanie, że nikt z nas tak naprawdę nie wie, w jakiej postaci ciało jego zostanie wskrzeszone i nie ma ku temu żadnych wskazówek. Fakt zachowania integralności, całości ciała odnosi się do zachowania takiej postaci, która pozwala mu na dalsze istnienie. Niezwykle doniosły jest także czyn człowieka, który oddaje swoje narządy, aby ratować

drugiego człowieka, on, zatem niejako ginie, aby ratować swoich bliźnich. Nie umiera on, co prawda po to, by uratować życie człowieka, ale deklaruje, że jeśli tylko umrze, odda swe narządy drugiemu człowiekowi i należy uznać to za dar najwyższej wagi.

Choć etycy prawosławni przekonują, że nikt nie jest zobowiązany do tego, by oddać swój narząd do przeszczepienia, powinno się wszystkich ludzi zachęcać do tego rodzaju działań, ponieważ oddanie własnych narządów zdaje się być oznaką najwyższego dobra i największą oznaką miłości chrześcijańskiej. Pojawiają się jednak problemy, istnieje możliwość przyspieszania śmierci dawcy dla ocalenia życia biorcy. Wedle kościoła prawosławnego takie postępowanie jest naganne i nigdy nie powinno mieć miejsca [22].

Na stronie internetowej rosyjskiej cerkwi prawosławnej jest zamieszczony artykuł „Prawosławne spojrzenie na przeszczepianie narządów”. Autor stwierdza, że przeszczepianie narządów w nowoczesnym społeczeństwie stało się zjawiskiem codziennym. Przeszczepianie obejmuje bardzo szeroki: zakres od przetaczania krwi do przeszczepu serca, czy wątroby. Kościół prawosławny do chwili obecnej (artykuł został zamieszczony 20 marca 2014 r.) nie zajął oficjalnego stanowiska w kwestii przeszczepów. W artykule rozważane są również kwestie zagadnienia śmierci mózgu i miejsca, gdzie znajduje się dusza człowieka. Podsumowując autor stwierdza, że do każdego przypadku przeszczepu należy podchodzić indywidualnie w oparciu o bezwarunkową miłość i szacunek dla jednostki [23].

Religie protestanckie

W 2010 roku wydane zostało „Oświadczenia Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie transplantacji i dawstwa organów” [24] wskazujące, że przez ostatnie kilkadziesiąt lat doszło do wielu znaczących przemian, jakie mają miejsce na polu medycyny i ochrony zdrowia. Zmiany te dotyczą szczególnie sposobów leczenia i przedłużania życia jednostek ludzkich. Jedną z najbardziej znaczących zdobyczy zdają się być coraz nowsze osiągnięcia, odnoszące się do przeszczepiania tkanek i narządów. Pracuje się ponadto nad eksperymentalnymi przeszczepieniami narządów pochodzących od zwierząt. Jak wśród wyznawców innych religii, tak i w protestantyzmie osiągnięcia te zadziwiają i wzbudzają nadzieję zwłaszcza u osób chorych. W oświadczeniu autorzy powołują się na Ustawę transplantacyjną i zwracają uwagę na kwestię zgody domniemanej. Konieczne staje się, żeby Kościół przedstawił własne stanowisko w tej sprawie, ustalając je zgodnie z przyjętą doktryną.

W przypadku Kościoła Ewangelickiego Augsburskiego nie obrano jednej ogólnie przyjętej postawy, odnoszącej się do przeszczepiania narządów. Duża liczba luterkańskich

kościółów aprobuje transplantację oraz żywo zachęca wiernych do oddawania narządów do przeszczepów. Polscy luteranie, którzy są inicjatorami „Oświadczenia Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie transplantacji i dawstwa organów” uznali, że przeszczepianie organów jest jak najbardziej moralne. Widzi się w nim ogromną szansę na ratowanie życia ludzkiego. Należy jednak zauważyć, że istnieją pewne granice, które powinny być przestrzegane w sposób bezwzględny. Transplantacja powinna być stosowana tylko wówczas, kiedy inne metody są zawodne. Nie zezwala na stosowanie jej w chirurgii plastycznej lub w celu wymiany sprawnie funkcjonujących narządów na lepsze. Podkreśla się jednocześnie, że wiara w zmartwychwstanie nie staje w opozycji do transplantacji. Oddawanie narządów i ich przeszczepianie jest jak najbardziej właściwe, ponieważ u podłoża takich działań leży miłość do drugiego człowieka. Zdaje się bowiem, iż wierzący, pragnąc naśladować Jezusa Chrystusa sami powinni być gotowi, aby poświęcić się dla drugiego człowieka. Pewną formą tego właśnie poświęcenia staje się oddanie narządu do transplantacji. Bardzo istotne zdaje się także wskazanie, że Kościół Ewangelicko-Augsburski stanowczo sprzeciwia się sprzedaży organów. Postępowanie takie powoduje, że ciało ludzkie zaczyna być traktowane jak przedmiot, a ludzkie narządy nigdy nie powinny być uznawane za towary handlowe. Ponadto uczula się wyznawców, aby nie wierzyli w nieograniczoną moc medycyny. Niedopuszczalne jest przeszczepianie ludziom organów pochodzących od zwierząt. Trzeba zachować tutaj zdrowy rozsądek, ponieważ niewłaściwe jest przedłużanie życia ludzkiego w nieskończoność. Takie przeciwstawianie się śmierci zdaje się stać w opozycji do wiary w zmartwychwstanie. Zatem nie można uważać transplantacji za sposób na osiągnięcie nieśmiertelności.

W oficjalnym stanowisku Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego [25] ogłoszono, że darowanie narządów jest niezwykłym czynem charytatywnym, czynem samoofiarowania. Przedstawiciele tego kościoła widzą wiele korzyści, które wypływają z faktu ofiarowania drugiemu człowiekowi własnych organów. Z tego też powodu niezwykle mocno zachęcają wszystkich ludzi do oddawania narządów i tkanek, ponieważ czyn taki zdaje się być wyrazem najwyższej miłości do drugiego człowieka. Przy czym przestrzega się, żeby w sytuacji pobierania organów wszystko przebiegało z zachowaniem poszanowania osoby zmarłej lub żywego dawcy, a także z zachowaniem godności biorcy. Trzeba przy tym brać pod uwagę wszystkie z obowiązujących rozporządzeń prawnych związanych z transplantacją.

Pozostałe kościoły protestanckie nie wydały oficjalnych oświadczeń w kwestii pobierania i przeszczepiania narządów, jednakże na podstawie wypowiedzi i opinii działaczy

i autorytetów poszczególnych zgromadzeń można uznać, że wspierają transplantację lub nie widzą przeciwwskazań w tej kwestii [26].

Materiał badawczy i metodyka badań

Materiał badawczy stanowili wyznawcy religii rzymskokatolickiej, prawosławnej i protestanckiej. Badanie przeprowadzano od czerwca 2011 do kwietnia 2012 r. Objęło ono studentów i absolwentów, zaangażowanych religijnie, będących studentami lub absolwentami: Papieskiego Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, Archidiecezjalnego Wyższego Seminarium Duchownego w Białymstoku, Wyższego Seminarium Duchownego w Krakowie, Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie, Warszawskiego Seminarium Teologicznego oraz Prawosławnego Seminarium Duchownego w Warszawie.

Badanie zostało przeprowadzone przy pomocy kwestionariusza ankiety, składającego się z 8 pytań głównych i 4 metryczkowych. Ankieta zawierała 11 pytań jednokrotnego wyboru i jedno wielokrotnego. Badanie miało charakter anonimowy, a respondenci byli dobierani losowo. Badaniem objęto 134 osoby w wieku ponad 18 lat. W niniejszym doniesieniu przedstawiono wyniki 6 pytań głównych.

Obliczenia wykonano przy pomocy programu STATISTICA wersja 12.5. Dla wyników istotnych statystycznie przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W przeprowadzonym badaniu wzięły udział 134 osoby, w tym 70 osób wyznania rzymskokatolickiego, 35 osób wyznania protestanckiego i 29 osób wyznania prawosławnego. Wśród badanych było 66 kobiet i 68 mężczyzn, najwięcej respondentów było w wieku 18-30 lat i mieszkało w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców.

W Tabeli II przedstawiono dane dotyczące wyznania, płci, przedziałów wiekowych i miejsca zamieszkania badanych respondentów z procentowym udziałem w poszczególnych grupach.

W Tabeli III przedstawiono wyniki zgody na pobieranie narządów od osób zmarłych.

W Tabeli IV przedstawiono zgodę na oddanie własnych narządów po śmierci, w Tabeli V, jakimi narządami osoby chciałyby się ewentualnie wesprzeć biorców donacji.

W Tabeli VI przedstawiono zgodę na pobranie narządów bliskiej osoby po jej śmierci. Najwięcej ankietowanych zdecydowałoby się oddać nerkę (79,10%). Najmniej respondentów zgodziłaby się na przekazanie rogówki oka oraz tkanki skórnej (odpowiednio 64,93% i 61,94%).

W Tabeli VII przedstawiono stosunek respondentów do donacji narządów od żywych dawców.

W pytaniu następnym zapytano ankietowanych, czy wyznawana przez nich religia jest przeciwna transplantacji. Większość respondentów wskazała odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie”. Odpowiedzi przedstawiono w Tabeli VIII.

Tab. II. Dane identyfikujące respondentów ankiety pod względem wyznania, płci, wieku i miejsca zamieszkania

Wyznanie	Rzymskokatolickie		Prawosławne		Protestanckie		RAZEM	
	n 70	%	n 29	%	n 35	%	N 134	%
Płeć								
Kobieta	41	58,57	20	31,03	16	45,71	66	49,25
Mężczyzna	29	41,43	29	68,97	19	54,29	68	50,75
Wiek								
18-30	41	58,57	12	41,38	12	34,29	65	48,51
31-40	13	18,57	8	37,93	8	22,86	32	23,88
>40	16	22,86	15	20,69	15	42,86	37	27,61
Miejsce zamieszkania								
wieś	5	7,14	3	10,34	2	5,71	10	7,46
Miasto <10 tys.	8	11,43	1	3,45	2	5,71	11	8,21
10-100 tys.	15	21,43	10	34,48	14	40,00	39	29,10
100-500 tys.	10	14,29	5	17,24	11	31,43	26	19,40
>500 tys.	32	45,71	10	34,48	6	17,14	48	35,82

Tab. III. Poparcie pobierania narządów od zmarłych dawców

Wyznanie	Rzymskokatolickie	Prawosławne	Protestanckie	RAZEM
----------	-------------------	-------------	---------------	-------

	n 70	%	n 29	%	n 35	%	N 134	%
Czy popiera Pan/ Pani pobieranie narządów od osób zmarłych?								
Zdecydowanie tak	36	51,43	13	44,83	22	62,86	71	52,99
Raczej tak	28	40,00	15	51,72	11	31,43	54	40,30
Trudno powiedzieć								
Raczej nie	4	5,71			1	2,86	5	3,73
Zdecydowanie nie	2	2,86	1	3,45	1	2,96	4	2,99
Brak odpowiedzi								

Tab. IV. Zgoda na oddanie własnych narządów po śmierci (n=134)

Wyznanie	Rzymskokatolickie		Prawosławne		Protestanckie		RAZEM	
	n 70	%	n 29	%	n 35	%	N 134	%
Czy zgodziłby się Pan/Pani na pobranie od Pana/Pani narządów po śmierci?								
Zdecydowanie tak	39	55,71	12	41,38	23	65,71	74	55,22
Raczej tak	23	32,86	10	34,48	6	17,14	39	29,10
Trudno powiedzieć	3	4,29	4	13,79	3	8,57	10	7,46
Raczej nie	3	4,29	2	6,90	1	2,86	6	4,48
Zdecydowanie nie	2	2,86	1	3,45	2	5,71	5	3,73

Tab. V. Zgoda na pobranie po śmierci poszczególnych narządów (n=134)

Wyznanie	Rzymskokatolickie		Prawosławne		Protestanckie		RAZEM	
	n 70	%	n 29	%	n 35	%	N 134	%
Na pobranie, którego narządu zgodziłby się Pan/Pani w przypadku Pana/Pani śmierci?								
Serca	51	72,86	18	62,07	29	82,86	98	73,13
Płuca	51	72,86	20	68,97	27	77,14	98	73,13
Wątroba	56	80,00	20	68,97	28	80,00	104	77,61
Nerki	54	77,14	22	75,86	30	85,71	106	79,10
Rogówka oka	45	64,29	15	51,72	27	77,14	87	64,93
Tkanka skórna	40	62,86	16	55,17	27	77,14	83	61,94

Tab. VI. Zgoda na pobranie narządów bliskiej osoby po jej śmierci (n=134)

Wyznanie	Rzymskokatolickie	Prawosławne	Protestanckie	RAZEM
----------	-------------------	-------------	---------------	-------

	n 70	%	n 29	%	n 35	%	N 134	%
Czy zgodziłby się Pan/Pani na pobranie narządów bliskiej osobie po jej śmierci?								
Zdecydowanie tak	28	40,00	8	27,59	15	42,86	51	38,06
Raczej tak	25	35,71	8	27,59	13	37,14	46	34,33
Trudno powiedzieć	6	8,57	6	20,69	5	14,29	17	12,69
Raczej nie	6	8,57	5	17,24	1	2,86	12	8,96
Zdecydowanie nie	5	7,14	2	6,90	1	2,86	8	5,97

Tab. VII. Zgoda na pobranie narządów od żywych dawców (n=134)

Wyznanie	Rzymskokatolickie		Prawosławne		Protestanckie		RAZEM	
	n 70	%	n 29	%	n 35	%	N 134	%
Czy wyraża pan/Pani zgodę na pobieranie narządów od żywych osób?								
Zdecydowanie tak	16	22,86	5	17,24	11	31,43	32	23,88
Raczej tak	24	34,29	12	41,38	9	25,71	45	33,58
Trudno powiedzieć	13	18,57	5	17,24	5	14,29	23	17,16
Raczej nie	8	11,43	6	20,69	4	11,43	18	13,43
Zdecydowanie nie	9	12,86	1	3,49	6	17,14	16	11,94

Tab. VIII. Ocena sprzeczności transplantacji z wyznawaną religią (n=190)

Wyznanie	Rzymskokatolickie		Prawosławne		Protestanckie		RAZEM	
	n 70	%	n 29	%	n 35	%	N 134	%
Czy według Pana/Pani oceny, transplantacja narządów jest sprzeczna z wyznawaną przez Pana/Panią religią?								
Zdecydowanie tak	3	4,29	1	3,49			4	2,99
Raczej tak	2	2,86			2	5,71	4	2,99
Trudno powiedzieć	6	8,57	1	3,49	1	2,86	8	5,97
Raczej nie	26	37,14	19	65,52	12	34,29	57	42,54
Zdecydowanie nie	33	47,14	8	27,59	20	57,14	61	45,52

Przeprowadzając analizę uzyskanych danych za pomocą testu Chi² można stwierdzić, że nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w wyrażaniu zgody na donacje

poszczególnych narządów pomiędzy kobietami i mężczyznami oraz w wyrażaniu zgody na donację poszczególnych narządów pomiędzy najstarszą, średnią i najmłodszą grupą wiekową.

Stwierdzono następujące statystyczne różnice w wyrażaniu zgody na przeszczep pomiędzy wyznawcami religii protestanckiej a rzymskokatolickiej w donacji: serca (96% vs 80%, $p=0,03$), nerek (100% vs 84,4%, $p=0,02$), rogówki oka (90% vs 70,3%, $p=0,04$), skóry (90% vs 68,8%, $p=0,03$). W przypadku wątroby i płuc nie wykazano istotnych statystycznie różnic między wyznawcami religii protestanckiej a rzymskokatolickiej. Nie stwierdzono również istotnych statystycznie różnic w wyrażaniu zgody na donację poszczególnych narządów między protestantami a wyznawcami prawosławia. Wyznawcy prawosławia częściej wyrażali zgodę na donację nerki niż wyznawcy religii rzymskokatolickiej (100% vs 84,4%, $p=0,05$). W przypadku innych narządów nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic.

Dyskusja

Transplantacje wywołują wiele wątpliwości moralnych, teologicznych, społecznych i filozoficznych oraz prawnych, z punktu widzenia medycznego wzrasta liczba wykonywanych transplantacji różnych narządów i tkanek. W Stanach Zjednoczonych od pierwszego przeszczepu w 1954 r. wykonano ich ponad pół miliona [27], w Polsce od 1965 roku wykonano ponad 26 tysięcy [28-33]. Wraz z rozwojem tej dziedziny wzrasta świadomość społeczna, ale nie giną jednak problemy etyczne. Według badań CBOS-u przeprowadzanych od 1994 roku społeczeństwo polskie w znacznej większości opowiada się za słusznością transplantacji [34,35].

Według najnowszych wyników badań opinii społecznej, 96% Polaków popiera pobieranie narządów od zmarłych dawców [36]. Na pytanie o wyrażenie zgody na pobranie serca po śmierci dla brata lub siostry, z którą na co dzień nie utrzymuje kontaktów, 90% odpowiedziało tak nawet za darmo, ale w stosunku do obcego człowieka nieposiadającego rodziny tylko 64% [36]. Komunikat opublikowany w 2012 roku wykazuje [36], że na pytanie czy po śmierci zgodził(a) się Pan(i) na pobranie narządów w badaniu z września 2003 - 59% odpowiedziało zdecydowanie tak, a 23% raczej tak. Badanie z kwietnia 2012 wykazało odpowiednio 44% i 30%. Na pytanie, dlaczego rodziny zmarłych sprzeciwiają się pobraniu narządów, 23% respondentów odpowiedziało, że jest to wpływ religii, że istnieje potrzeba integralności ciała zmarłego – 17%, niewielka świadomość społeczeństwa – 14% [37].

Wszystkie religie chrześcijańskie wspierają idee pobierania i przeszczepiania narządów. W badaniach z roku 2005 [28], 20% Polaków wskazało, iż Kościół katolicki sprzeciwia się transplantacji. W niniejszym badaniu respondenci wyznania rzymskokatolickiego zapytani o pogląd wyznawanej religii na temat transplantacji i sprzeczności religii na pobieranie narządów prawie 85% nie stwierdzało sprzeczności, ale 15% było odmiennego zdania. Wyraźnie sformułowane postulaty, wystosowane w odniesieniu do kwestii przeszczepiania narządów, pobierania tkanek i organów, a także woli wyznawców poszczególnych religii, nie mogą być pomijane w kreowaniu polityki społecznej i zdrowotnej danego kraju.

Wnioski

Wszystkie religie przedstawione w pracy nie sprzeciwiają się idei transplantacji, a często nawet udzielają jej poparcia i pozostawiają tę kwestię dobrowolnej decyzji wiernego. Ma to także, w pewnym stopniu, odzwierciedlenie w wynikach przeprowadzonych badań, gdzie można mówić o udzieleniu znacznego poparcia pobieraniu i przeszczepianiu narządów.

Ważnym elementem w dziedzinie przeszczepiania narządów jest prowadzenie programów edukacyjnych, mających przybliżyć zagadnienia związane z donacją narządów oraz oficjalnym stanowiskiem poszczególnych wyznań. Przeszczepianie narządów nieparzystych będzie dostępne tylko dla nielicznych potrzebujących, musi bowiem być stwierdzona śmierć mózgu, aby ktoś mógł inny żyć

Piśmiennictwo

1. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L.: Transplantologia kliniczna. PZWL, Warszawa, 2004.
2. Moritz M.J.: Przeszczepianie narządów [w:] Chirurgia, Jarell B.E., Carabasi R.A., wyd. I polskie, red. Rowiński W.. Urban and Partner, Wrocław, 1997, 510.
3. Tokarczyk R.: Prawa narodzin, życia i śmierci. Wyd. Zakamycze, Kraków, 2006.
4. Ustawa z dnia 30 grudnia 1949 r. w sprawie zmiany rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych (Dz. 1949 r., Nr 656, poz. 530).
5. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 1995, Nr 138, poz. 682).

6. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2005 nr 169 poz. 1411), aktualnie t.j. Dz.U. 2015, poz. 793.
7. Żelichowski M.: Aspekty prawne transplantacji. Med. Prakt., 2009, 1, 145-147.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie wymagań dla kandydata na dawcę komórek, tkanek lub narządu (Dz.U. 2006 nr 79 poz. 556).
9. Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu, „Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej”, z 26 czerwca 1984 r., nr 6, poz. 38.
10. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2007, nr 30, 333).
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2007 nr 46 poz. 547).
12. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia (M.P. 2010 nr 59 poz. 784).
13. Biuletyn Informacyjny Poltransplant, 2015, 1, 23.
14. Allocuzione di Sua Santità Pio XII ai membri dell'associazione didonatori di cornea e l'Unione Italiana Ciechi
15. Jan Paweł II, Encyklika Evangelium Vitae Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, do kapłanów i diakonów, do zakonników i zakonnic, do katolików świeckich oraz do wszystkich ludzi dobrej woli o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego, Wydawnictwo M, Kraków, 1995, 159-161.
16. Morciniec P.: Transplantacja organów W: Nauczanie moralne Jana Pawła II. Bioetyka. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom, 2006, 112-113.
17. Jan Paweł II, Przesłanie Jego Świątobliwości do uczestników Międzynarodowego Kongresu Transplantologicznego, Rzym 29.08.2000, www.drugieserce.jaw.pl, data pobrania 14.04.2012.
18. Biały S.: Bioetyczne aspekty przeszczepiania organów pojedynczych i ich pamięci. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, 2011, 107.
19. Katechizm Kościoła Katolickiego, 2301, Pallottinum, Poznań, 2002, 532.

20. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan, 1995, pkt.83 – 91.
21. Matreńczyk A. (tłum. i oprac.): Między Bogiem a pacjentem. Przegląd Prawosławny, 2004, 4 (226), 5(227), 6 (228), 7 (229).
22. Karakas S.: Kościół prawosławny wobec kwestii moralnych [w:] Prawosławie. Światło wiary i źródło doświadczenia, Leśniewski K., Leśniewska J. (red.).Prawosławna Diecezja Lubelsko-Chełmska, Lublin, 1999, 274/
23. Православный взгляд на трансплантацию органов <http://orthoview.ru/pravoslavnyj-vzglyad-na-transplantaciyu-organov>, data pobrania 2.03.2016
24. Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie transplantacji i dawstwa organów, Bielsko- Biała, 17 października 2010, www.luteranie.pl, data pobrania 6.03.2016.
25. Zasady socjalne 2000-2004. Nauka społeczna Zjednoczonego Kościoła Metodystycznego, Wydawnictwo Pielgrzym Polski, Warszawa, 2003, www.metodysci.cme.org.pl, data pobrania 16.04.2012.
26. Olivier M., Woywodt A., Ahmed A., Saif I.: Organ donation, transplantation and religion. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2011, 26, 2, 437-444.
27. 2012 National Survey of Organ Donation Attitudes and Behaviors, HRSA, 2013, 8.
28. Poltransplant Biuletyn Informacyjny - 1997-2014, 1-22.
29. Raport KRT o stanie przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w Polsce. Warszawa, 2000.
30. Czerwiński J., Małkowski P.: Pielęgniarstwo transplantacyjne. WUM, Warszawa, 2013.
31. www.rejestry.net, data pobrania, pobrania 6.03.2016.
32. Baza danych Poltransplantu, <http://www.poltransplant.org.pl/>, pobrania 6.03.2016
33. Baza danych Instytutu Hematologii i Transplantologii, <http://www.ihit.waw.pl/>, pobrania 6.03.2016.
34. Opinie o przeszczepianiu narządów. CBOS. Warszawa, BS/161/2005.
35. Opinie o przeszczepianiu narządów. CBOS. Warszawa, BS/100/2007.
36. Postawy wobec przeszczepiania narządów. CBOS. Warszawa, BS/91/2011.
37. Postawy wobec przeszczepiania narządów. CBOS. Warszawa, BS/105/2012.

Wewnątrzmaciczna śmierć płodu – aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego

Sternik Anna¹, Karczeńska Olimpia¹, Sejboth Justyna¹, Wawros Karina², Ptaszek Gabriela², Ślężona Mariola², Graf Lucyna², Mroczkowska Renata², Gawłów-Nowak Liliana², Stołęcka Barbara²

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii
2. Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wykaz skrótów

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

EKG – Elektrokardiografia

RTG - Rentgen

DIC - *Disseminated Intravascular Coagulation* – Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego

USG - Ultrasonografia

USC - Urząd Stanu Cywilnego

ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej

Ciąża obumarła (*graviditas obsoleta*) to wg WHO stan, w którym doszło do śmierci dziecka przed jego naturalnym urodzeniem lub wydobyciem z macicy po 22. tygodniu trwania ciąży.

W sytuacji, gdy wiek płodu jest niemożliwy do określenia za kryterium uznaje się masę ciała martwego płodu. Granicą jest masa ciała 500 gram.

Pośród wszystkich porodów na świecie ilość ciąż obumarłych szacuje się na 2,3%. Zaznacza się wyraźna różnica pomiędzy liczbą tych ciąż w krajach rozwijających się (2,6%) i rozwiniętych (0,6%) [1].

Przyczyny

- przedwczesne oddzielenie łożyska prawidłowo usadowionego
- wady wrodzone i genetyczne
- zadzierzgnięcie pępowiny wokół szyi
- węzeł prawdziwy na pępowinie
- wypadnięcie pępowiny
- łożysko przodujące
- infekcje wewnątrzmaciczne – w przebiegu infekcji u matki, przebiegającej z ogólnoustrojową reakcją, zaburzeniami oddychania, wysoką gorączką może dojść do zgonu płodu pomimo braku bezpośredniej inwazji drobnoustrojów na organizm dziecka, obciążenia zdrowotne matki – pośród czynników ryzyka najczęściej wymienia się nadciśnienie tętnicze, stan przedrzucawkowy, cukrzycę, przewlekłe choroby nerek, choroby tarczycy, cholestazę ciężarnych, zespół antyfosfolipidowy, wrodzoną trombofilię.
- styl życia matki – niska masa ciała, zaniżone BMI, niski poziom ekonomiczny, wykonywanie ciężkiej pracy fizycznej, poziom wykształcenia, otyłość, używki, późna pierwsza wizyta i ograniczona częstość wizyt u ginekologa w trakcie trwania ciąży [1,2]

Rozpoznanie

- Zatrzymanie akcji serca płodu
- Zatrzymanie ruchów dziecka wyczuwalne przez matkę
- Brak zapisu EKG płodu
- Zatrzymanie wzrostu macicy, obniżenie dna
- Zmniejszanie obwodu brzucha ciężarnej
- Zatrzymanie przyrostu masy ciała ciężarnej
- Zatrzymanie wzrostu piersi – możliwe pojawienie się mleka zamiast siary
- Zaniknięcie zasinienia i rozpulchnienia narządów płciowych
- Matka może mieć odczucie ciężaru w jamie brzusznej
- Złe samopoczucie
- Podwyższona temperatura, rozbiecie.

W przypadku długo przenoszonej ciąży obumarłej tydzień po śmierci płodu w badaniu ginekologicznym wewnętrznym stwierdza się rozmiękanie główki płodu, kości czaszki leżą luźno pod skórą.

- **Maceracja** - wewnątrzmaciczna autoliza płodu. Na skutek wydzielania enzymów oraz ze smółki kwaśnych mydeł żółciowych tworzy się na powierzchni ciała. Jest procesem całkowicie aseptycznym i nie ma powiązania
 - z bakteryjnym procesem gnicia.
- **I stopień** – skóra szarobiała, pępowina podbarwiona zielonkawo, płyn owodniowy na skutek wylugowanego barwnika krwi przybiera kolor tzw. "popłuczyn mięsnych"
- **II stopień** – skóra pokryta pęcherzami, oddzielająca się płatami. 1-3 dni od obumarcia
- **III stopień** – zabarwienie brudnobrązowe, zniesienie napięcia w stawach, nieregularnie zapadnięta czaszka, skóra wiotka, zmniejszenie masy ciała, kurczenie się płodu.

Pełna maceracja występuje w czasie 3.-4. tygodni od obumarcia.

Rozpoznanie na podstawie badań diagnostycznych:

- **USG** – brak czynności serca płodu i przepływów w badaniu Doppler, brak ruchów płodu, niewypełniona aorta, pęcherz moczowy płodu pusty, brak echa środkowego główki płodu, podwójny zarys sklepienia czaszki, nieregularny zapis konturów.
- **Badanie RTG** – objaw Spaldinga (zachodzenie na siebie kości czaszki), obecność gazu w jamie brzusznej, naczyniach, stawach i w sercu, otoczka „halo”.
- **Badania biochemiczne** – po upływie 48 godzin spadek poziomu estradiolu, spadek poziomu gonadotropiny kosmówkowej i pregnandiolu po ok. 4. tygodniach.
- **Amnioskopia** – wody płodowe brunatnej

Powikłania

Najpoważniejszym, zagrażającym życiu ciężarnej powikłaniem jest zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC). Nie jest to odrębna jednostka chorobowa, a zespół objawów wtórnych dla wielu stanów klinicznych. Mechanizm to uogólniona aktywacja krzepnięcia krwi z równoczesnym wytworzeniem dużej ilości fibrynogenu. Powstają liczne zakrzepy blokujące przepływ krwi w mikrokrażeniu i powodują niedokrwienie narządów. W trakcie trwania procesu tworzenia zakrzepów zużywane zostają płytki krwi, fibrynogen i inne czynniki krzepnięcia, i dochodzi do skazy krwotocznej. Według literatury problem

wystąpienia ciężkiego DIC dotyczy od 10 do 30% pacjentek w zależności od bezpośredniej przyczyny wewnątrzmacicznego obumarcia płodu [1].

Zalecenia dotyczące porodu powinny uwzględniać zarówno preferencje ciężarnej, jak i jej stan zdrowia oraz przebieg wcześniejszych porodów. W razie wystąpienia sepsy, stanu przedrzucawkowego, oddzielenia łożyska lub pęknięcia błon płodowych należy bezwzględnie nakłaniać ciężarną do możliwie najszybszej indukcji porodu [6].

Postępowanie i ukończenie ciąży obumarłej

- Potwierdzenie zgonu płodu
- Wykonanie badań dodatkowych
- Przygotowanie zapasu krwi, osocza, fibrynogenu
- Wywołanie porodu siłami natury - do indukcji oksytocyna lub prostaglandyny. Poród siłami natury pozwala na szybszy powrót matki do zdrowia oraz krótszy czas pobytu w szpitalu.
- Cięcie cesarskie – wskazane, gdy stan matki jest ciężki, zagrażający jej życiu, płód duży lub w poprzecznym położeniu.

Opieka i prawa kobiety po starcie ciąży i dziecka

Utrata ciąży i śmierć dziecka jest dla kobiety przeżyciem dramatycznym. Poza bólem pojawia się poczucie nierealności i zagubienia. Oczekiwanie na nowe życie zamienia się w niespodziewaną śmierć, a radość w rozpacz. Fachowa pomoc w tym trudnym momencie życia jest niezmiernie ważna i pozostaje ona, przynajmniej w początkowej fazie, na barkach personelu medycznego. Dlatego wiedza z zakresu podstawowych praw rodziców, a także cierpliwe i rzetelne udzielanie odpowiedzi na wszelkie pytania jest kluczowym w opiece nad matką po stracie dziecka.

Prawa pacjentki

- Kobieta ma prawo do informacji o stanie zdrowia,
- Kobieta ma prawo do wglądu do wszystkich swoich badań i dokumentacji medycznej,
- Kobieta ma prawo do intymności i poszanowania godności w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych,

- Kobieta ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy,
- Kobieta ma prawo do dyskrecji,
- Kobieta ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
- Kobieta ma prawo do odwiedzin przez najbliższych,
- Kobieta ma prawo do opieki duszpasterskiej,
- Kobieta ma prawo do opieki psychologa szpitalnego [7].

Prawa rodziców

- Prawo do rejestracji w USC,
- Prawo do pochowania dziecka,
- Prawo do zasiłku pogrzebowego,
- Prawo do urlopu macierzyńskiego,
- Prawo do zasiłku chorobowego,
- Prawo do uzyskania informacji,
- Prawo do wglądu i uzyskania dokumentacji medycznej.

Badanie sekcyjne – w celu wyjaśnienia i określenia przyczyn śmierci wewnątrzmacicznej płodu należy zaproponować rodzicom wykonanie pełnego badania sekcyjnego. Należy wyjaśnić, że pozwoli ono na dostarczenie większej ilości danych niż inne, mniej inwazyjne badania. Wyniki uzyskane w ten sposób mogą mieć bardzo duże znaczenia w przyszłości podczas każdej kolejnej ewentualnej ciąży. Pomimo zdecydowanie korzystnego celu wykonania sekcji nie należy zbyt nalegać i nadto usilnie przekonywać rodziców; powinno się uszanować ich ewentualną odmowę oraz przekonania kulturowe i religijne.

Do wykonania u dziecka jakichkolwiek procedur medycznych niezbędna jest pisemna zgoda rodziców. Zgoda taka powinna być uzyskana przez osobę kompetentną do wyjaśnienia istoty badania pośmiertnego. Rodzice muszą mieć pełną świadomość co do metody i celu badania. Niezbędna jest informacja, jak po wykonaniu procedury będzie wyglądało ich dziecko oraz zapewnienie, że zwłoki będą traktowane z należyтым szacunkiem [5,6].

Oznaczenie płci – w niektórych przypadkach (płód w stanie silnej maceracji, występuje masywny obrzęk lub wady rozwojowe) już przed porodem rodzice powinni być

uprzedzeni o możliwych trudnościach w określeniu płci na podstawie badania zewnętrznych narządów płciowych. Badanie powinno wykonywać dwóch doświadczonych pracowników medycznych – lekarz położnik, neonatolog, patolog, położna. Jeżeli określenie płci dziecka nie jest możliwe na podstawie ukształtowania zewnętrznych narządów płciowych, a rodzice nie decydują się na dodatkowe badania istnieje możliwość, aby do celów rejestracji USC rodzice sami wybrali płeć. Jest to tzw. "uprawdopodobnienie płci" opierające się na odczuciach matki lub na wcześniej wykonywanych badaniach USG. Rodzice mają także prawo do rezygnacji z określenia płci i poproszenia pracownika opieki medycznej o decyzję w tej kwestii [1,5].

Zgłoszenie urodzenia i akt zgonu – rejestracja dziecka w USC następuje na podstawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka. Na podstawie dokumentacji medycznej takie zgłoszenie może wypełnić pracownik ZOZ, w którym odbył się poród lub do którego kobieta została przyjęta z dzieckiem bezpośrednio po jego urodzeniu poza zakładem opieki zdrowotnej, lekarz lub położna, którzy byli obecni przy urodzeniu lub lekarz położnik po zbadaniu matki dziecka (par. 2 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 02.02.2005r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka).

USC sporządza akt urodzenia dziecka z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe. Czas zgłoszenia do USC dla dziecka martwo urodzonego wynosi 3 dni.

Do zgłoszenia dziecka zobowiązani są rodzice, osoba bliska obecna przy porodzie, lekarz lub położna. Zgodnie z art.39 ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego *"jeżeli urodzenie nastąpiło w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego do zgłoszenia urodzenia zobowiązany jest ten podmiot"*.

Pisemne zgłoszenie dziecka powinno zawierać:

- Imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, PESEL, stan cywilny oraz miejsce stałego zameldowania matki dziecka;
- Imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, PESEL, stan cywilny oraz miejsce stałego zameldowania ojca dziecka;
- Dane dotyczące wykształcenia rodziców;
- Dane dotyczące źródła utrzymania rodziców;
- Datę urodzenia dziecka;
- Miejscowość urodzenia dziecka;
- Określenie płci, masy ciała i długości dziecka;

- Charakterystykę porodu.

W USC rodzice otrzymują akt skrócony urodzenia dziecka z zaznaczeniem, że dziecko urodziło się martwe. Tym samym akt urodzenia jest równocześnie aktem zgonu.

Do aktu urodzenia wpisuje się:

- Nazwisko imię i płeć dziecka;
- Miejsce i datę urodzenia dziecka;
- Nazwiska, nazwiska rodowe rodziców, imię (imiona), miejsce i datę urodzenia, miejsce zamieszkania matki dziecka w chwili urodzenia się dziecka;
- Nazwiska, nazwiska rodowe rodziców, imię (imiona), miejsce i datę urodzenia, miejsce zamieszkania ojca dziecka w chwili urodzenia się dziecka;
- Nazwisko, imię i miejsce zamieszkania zgłaszającego;
- Dane dotyczące podmiotu leczniczego, jeżeli zgłoszenie następuje przez podmiot leczniczy [10,11,12].

Chrzest - Pogrzeb dziecka nieochrzczonego rodziców, którzy mieli zamiar je ochrzcić, stanowi pewnego rodzaju rozszerzenie norm Kościoła katolickiego odnośnie chrztu katechumenów, czyli osób, które przygotowywały się do przyjęcia chrztu, a jednak z jakiegoś powodu nie zdążyły go przyjąć. Wola rodziców, szczególnie jeśli sami są ochrzczeni, zastępuje tutaj wolę dziecka. Kodeks Prawa Kanonicznego w kanonie 1183 § 2 podaje, że ordynariusz miejsca może zezwolić na pogrzeb kościelny dzieci, których rodzice mieli zamiar je ochrzcić, a jednak zmarły przed chrztem. Jest to norma ogólna dla całego Kościoła.

W Polsce natomiast Konferencja Episkopatu Polski pozwoliła na katolicki pogrzeb dzieci, które zmarły przed chrztem, jeżeli rodzice pragnęli je ochrzcić. Tak więc w przypadku śmierci dziecka nieochrzczonego, w Polsce nie ma konieczności udawanie się z prośbą do biskupa o pozwolenie na taki pogrzeb. Ogólnego pozwolenia udzieliła bowiem Konferencja Episkopatu Polski [17].

Pochówek – prawo zapewnia możliwość godnego pochówku dziecka, także tego martwo urodzonego bez względu na to, jak długi był czas ciąży.

Zgodnie z art. 11 ust. 5a Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych „*W przypadku dziecka martwo urodzonego, bez względu na czas trwania ciąży, dla którego na wniosek osoby uprawnionej do pochowania, sporządzono kartę zgonu, nie jest wymagana adnotacja urzędu stanu cywilnego o zarejestrowaniu zgonu*” .

W sytuacji, gdy dziecko rodzi się martwe i zostaną wykonane wszystkie niezbędne procedury medyczne, rodzice mogą zdecydować o dalszym postępowaniu z ciałem dziecka. Mogą po zrzeczeniu się prawa do rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego pozostawić ciało w szpitalu lub ustalić odbiór ciała za pośrednictwem firmy pogrzebowej i zorganizować pogrzeb. Jeżeli rodzice decydują się na pozostawienie ciała w szpitalu to gmina jest odpowiedzialna za pochówek. Jeżeli rezygnują z oznaczenia płci i aktu zgonu mogą pochować dziecko na koszt własny na podstawie wystawionej przez szpital karty zgonu do celów pochówkowych.

Zwłoki dzieci martwo urodzonych są chowane przez osoby uprawnione, o których mowa w art. 10, ust. 1 Ustawy z 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Tak więc zgodnie z tą Ustawą, prawo pochowania zwłok dzieci martwo urodzonych ma najbliższa pozostała rodzina, a mianowicie krewni wstępni oraz krewni boczni do 4. stopnia pokrewieństwa. Gdyby te osoby nie chciały lub nie mogły przeprowadzić odpowiedniego pochówku, to prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.

Jeśli osoba uprawniona do przeprowadzenia pochówku rezygnuje ze swego prawa, nie ma możliwości uniemożliwienia dokonania tego przez inne osoby. Tak więc każda osoba, która do tego się zobowiąże, ma taką możliwość i prawo. W konsekwencji np. dyrekcja szpitala nie może odmówić wydania zwłok dzieci martwo urodzonych osobie, która zobowiąże się do ich pochowania, nawet gdyby nie zachodziło żadne pokrewieństwo. Nie może również żądać jakiegokolwiek zgody na przeprowadzenie takiego pogrzebu od krewnych martwego dziecka. Musi jednak wcześniej upewnić się, że osoby uprawnione do pochówku w pierwszej kolejności rezygnują z tego [19,20].

Zasilek pogrzebowy – w polskim prawie nie różnicuje się utraty dziecka z ciąży na przed i po 22. Tygodniu, i ZUS także nie stosuje tego kryterium przy wypłacaniu zasiłku pogrzebowego. Za podstawę przyznawanych świadczeń uznaje się akt urodzenia dziecka martwego lub akt zgonu [17,20].

Urlop i zasiłek macierzyński – na podstawie art.180¹ par.1.k.p *”w razie urodzenia dziecka martwego pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, nie krócej niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka”*.

Zgłoszenia do USC należy dokonać do 3 dni od dnia urodzenia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka

nie definiuje urodzenia martwego w zależności od długości trwania ciąży. Znaczy to, że obowiązek zgłoszenia martwego urodzenia obowiązuje niezależnie i bez względu na czas trwania ciąży, jednak brak stosownego dokumentu z USC spowoduje, że ani zasiłek macierzyński, ani urlop nie zostanie przyznany.

Ojciec dziecka ma prawo do 2 dni zwolnienia okolicznościowego (par. 15 pkt. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy). W przypadku ojca dziecka podstawą do uzyskania zwolnienia i urlopu okolicznościowego jest pisemne oświadczenie pracownika oraz przedstawienie dokumentu z USC, aktu urodzenia-zgonu [13,15,18].

Opieka psychologiczna - W przypadku wewnątrzmacicznej śmierci płodu bardzo ważne jest, aby pacjentkę objąć nie tylko odpowiednią opieką i pielęgnacją od strony czysto medycznej, ale także odpowiednim wsparciem psychologicznym już od momentu, kiedy informacja o śmierci dziecka jest ostatecznie potwierdzona. Ciepła i oparta na empatycznym podążaniu za potrzebami opieka jest o wiele cenniejsza niż dobór konkretnych słów. Pacjentka w miarę możliwości powinna mieć wpływ na ustalenie sposobu rozwiązania ciąży, a sam poród powinien być prowadzony ze szczególnym poszanowaniem godności osobistej i intymności, a także z poczuciem empatii. Bardzo często kobieta rodzi siłami natury swoje martwe dziecko wraz z innymi kobietami na jednej sali. W takich sytuacjach brak poszanowania ze strony personelu medycznego potęguje u rodzącej kobiety ból i rozpacz. Niejednokrotnie też nie pozwala się wówczas na poród rodzinny, a właśnie wtedy bliskość oraz wsparcie partnera są nieocenione, nie mówiąc już, że wtedy tata dziecka może zacząć budować z nim więź. Śmierć dziecka i następujący po niej proces żałoby to jedno z najtrudniejszych życiowych doświadczeń. Aby pomóc rodzicom, którzy doświadczyli straty powstały liczne **grupy wsparcia**. Główne zadania grup wsparcia dla rodziców, którzy stracili swoje nienarodzone dziecko:

- Dzielenie się trudnościami wynikającymi ze śmierci dziecka z osobami mającymi podobne doświadczenia.
- Możliwość wyrażenia swoich emocji, uczuć.
- Zmniejszenie poczucia osamotnienia.
- Wzmocnienie umiejętności radzenia sobie poprzez zdobywanie informacji na temat procesu żałoby.
- Podniesienie świadomości na temat przeżywanych uczuć [21,22].

Grupa wsparcia daje szansę na bardziej świadome przeżywanie utraty, co zwiększa prawdopodobieństwo uniknięcia powikłań, czy przejścia żałoby w stan chroniczny. Ponadto zmniejsza uczucie osamotnienia, napiętnowania czy stygmatyzacji.

Rola personelu medycznego na tym etapie polega głównie na przekazaniu matce informacji o możliwości skorzystania z takiej formy pomocy, zachęceniu do niej, przedstawieniu wszystkich korzyści ze spotkania z psychologiem, psychoterapeutą czy kapłanem.

Akty prawne pomocne rodzicom

1. **Prawa Pacjenta** – Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta
a. i Rzeczniku praw pacjenta (Dz.U.2012.159 z późn. zm.).
2. **Wzory karty urodzenia i karty martwego dziecka** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego dziecka (Dz .U. 2015.171)
3. **Wzór Karty Zgonu** – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015r. w sprawie karty zgonu (Dz. U 2015.231).
4. **Dokumentacja medyczna oraz wydanie dokumentów związanych z poronieniem i urodzeniem martwego dziecka** - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2014.177 z póź. zm).
5. **Sekcja zwłok dziecka martwo urodzonego** – Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U 2015.618 z późn. zm)
6. **Zgłoszenie przez lekarza lub położną urodzenia dziecka** (żywego lub martwego) – Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. prawo o aktach stanu cywilnego (Dz.U. 2014.1741 z późn. zm).
7. **Warunki pochówku** – Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2011.118.687 z późn. zm).
8. **Zasilek pogrzebowy** – Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. 2015.748)
9. **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku pogrzebowego** – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno rentowe (Dz. U. 2011 nr 237 poz. 1412).
10. **Urlop macierzyński** – Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy (Dz. U. 2014.1502 z późn..zm).

11. **Świadczenia z tytułu zasiłku macierzyńskiego** Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2014.159)
12. **Dokumenty niezbędne do otrzymania zasiłku macierzyńskiego** – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 02 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2014.poz. 1594).

Piśmiennictwo

1. Durka P, Cieszyńska A.: Wewnątrzmaciczna śmierć płodu jako stan zagrożenia życia ciężarnej. Pol. Prz. Nauk. Zdr., 2013, 40, 200-204.
2. Zaręba-Szczudlik J., Romejko-Wolniewicz E., Malinowska-Polubiec A., Sadda A., Świetlik A., Czajkowski K. : Analiza czynników ryzyka zgonów wewnątrzmacicznych płodów. Perinatol Neonatol Ginekol, 2009, 2, 3, 203-207.
3. Lewicka M., Sulima M., Pyć M., Stawiarz B.: Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013, 59, 1, 123-129.
4. Cieślik A.; Matczyne czynniki zagrożenia a wewnątrzmaciczne opóźnienie rozwoju. Przegl. Antropol., 1996, 59, 125 – 131.
5. Brużewicz Sz.: Zgon wewnątrzmaciczny w zaawansowanej ciąży i poród martwego płodu – część I. Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologist nr 55, 2010, 10. Med. Prakt. Ginekol. Położn., 2011, 3.
6. Brużewicz Sz.: Zgon wewnątrzmaciczny w zaawansowanej ciąży i poród martwego płodu – część II. Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, 2010, 55, 10.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz.U.2012.159 z późn. zm.).
8. Florjański J.: Położnictwo i Ginekologia. Wyd. Med. Urban i Partner, Wrocław, 2006.
9. Mazowiecki Urząd Wojewódzki. Niekorzystne zakończenie ciąży – Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego. Warszawa 2015. <http://www.mz.gov.pl/>
10. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 grudnia 2015 r. poz. 2007

11. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 lipca 2002 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych ubezpieczenia zdrowotnego.; Dziennik Ustaw nr 120, poz. 1027
12. Rejestracja dzieci martwo urodzonych w urzędach stanu cywilnego, [http://www.nursing.com.pl/Kształcenie_rejestracja_dzieci_martwo_urodzonych_w_urzędach stanu cywilnego_150.html](http://www.nursing.com.pl/Kształcenie_rejestracja_dzieci_martwo_urodzonych_w_urzedach stanu_cywilnego_150.html) (04.03.2016)
13. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz.U.2012.159 z późn. zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2014.177 z późn. zm).
15. Madejek E.: Urlop okolicznościowy w razie urodzenia martwego dziecka. Gazeta Podatkowa nr 8 (945) z dnia 28.01.2013, 7.
16. Madejek E.: Macierzyński po urodzeniu martwego dziecka. Gazeta Podatkowa nr 82 (914) z dnia 11.10.2012.
17. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 02 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2014.poz. 1594).
18. Zawiślak–Szałańska E.: Uprawnienia rodzicielskie – indywidualne prawo pracy. infor.pl, <http://infor.pl/>, data pobrania 05.03.2016.
19. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2011.118.687 z późn. zm).
20. O pogrzebie dzieci poronionych lub martwo Urodzonych <http://franciszka3.pl/>, data pobrania 05.03.2016.
21. Kubacka-Jasiecka D.: Interwencja Kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2010.
22. Yalom I.: Psychoterapia Egzystencjalna. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 2008.

Wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych

Graf Lucyna¹, Śleziona Mariola¹, Stołecka Barbara¹, Ptaszek Gabriela¹, Mroczkowska Renata¹, Wawros Karina¹, Gawłów - Nowak Lilianna¹, Sternik Anna², Karczewska Olimpia²

1. Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wprowadzenie

Fundamentem praw człowieka jest godność, która należna jest każdemu człowiekowi, bez względu na cechy, płeć, wiek i położenie społeczne. Powinna ona stanowić wartość najwyższą zarówno za życia, jak i po śmierci. Godność ludzkiej osoby oraz jej ciała związana jest z obecnością duszy w tym ciele. W chwili śmierci kończy się byt osoby ludzkiej, jednak po zmarłym pozostaje ciało, jego wola oraz prawa, które przechodzą na inne osoby. Godność powinna być podstawą oraz filtrem dla działań medycznych. Człowiek jako osoba, nie może być traktowany instrumentalnie, a ciało ludzkie nie może być przedmiotem eksperymentów medycznych, które zagrażałyby godności ludzkiej [1,2].

Status zmarłego człowieka

Człowiek jest osobą ludzką do ostatnich chwil życia, po śmierci nazywany jest: nieboszczykiem, zwłokami lub trupem. Człowiek jest istotą żywą, natomiast martwe ludzkie ciało nie jest osobą, więc nie jest człowiekiem, pozostaje natomiast ciałem zmarłego człowieka. Od chwili śmierci nie mówi się o osobie, lecz o zmarłym.

Człowiek należy do gatunku homo sapiens, który po swojej śmierci może egzystować jako zmarły człowiek do czasu, kiedy jego ciało pozostaje nienaruszone. Ze względu na „godność gatunkową”, martwemu ciału przysługują prawa moralne. Żywi ludzie mają nakaz moralny traktować zmarłego człowieka z szacunkiem.

Od wieków ludziom nie był obojętny stosunek do samej śmierci, do zmarłych oraz rytuałów pośmiertnych, zwłoki nie były traktowane jak przedmiot moralnie obojętny. Jednak na przestrzeni lat stosunek do śmierci, ciał zmarłych oraz pamięci po zmarłych zmienia się, co może budzić niepokój. Tematy dotyczące prawidłowego podejścia do zwłok od tysięcy lat były spychane na margines. Prawdopodobnie uwarunkowane to było przeświadczeniem, że ochronę zmarłego człowieka normowały przyjęte zasady moralne, zwyczaje i tradycje.

W polskim prawie status zwłok ludzkich nie jest jednoznacznie określony, dopóki tak będzie, stawiane będą pytania: czy są jakieś granice zachowania szacunku do zmarłego, czy martwe ciała mogą być trwałą ekspozycją, czy znieważenie zmarłego narusza jego godność? Inne państwa uregulowały te kwestie, określając status „osobowo” lub „rzeczowo”, przykładem może być prawo niemieckie, które zwłoki ludzkie określa jako „pozostałość osoby”, zaś prawo austriackie jako „rzecz”. Analiza statusu ludzkich zwłok powinna być rozpatrywana pod względem etycznym i prawnym, powinna uwzględniać perspektywę indywidualną i społeczno-instytucjonalną.

Prawo i obowiązek do pochówku

Odpowiedzialność za własne ciało człowiek traci wraz ze śmiercią. Od tego momentu obowiązek wobec zmarłej osoby mają członkowie najbliższej rodziny, organy wojskowe i państwowe, instytucje i organizacje społeczne, co zostało uregulowane prawnie. Niestety w ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych brak jest zapisów, które odnoszą się do woli zmarłego, tym samym ustawodawca zezwolił na swobodę decyzji osób zajmujących się organizacją pochówku.

Na przestrzeni wieków rytuał pogrzebowy był zróżnicowany, co zależało od kręgu kulturowego i wyznawanej religii. Pomimo tych różnic pochówki nie były obojętne dla społeczeństw, odbywał się z ogromnym szacunkiem wobec zmarłego [3,4].

Historia ludzkich zwłok w medycynie

Od setek lat ciało ludzkie stanowiło obiekt fascynacji. Już w czasach starożytnych zachwycono się pięknem martwego ciała. Egipcjanie pragnęli ciała zachować jak najdłużej w niezmienionej formie, w tym celu do perfekcji opanowali sztukę mumifikacji [5].

Z zapisków historii medycyny i anatomii dowiadujemy się, że medycy od lat przeprowadzali sekcje zwłok w celach naukowych. W minionych wiekach sekcje zwłok były tematem tabu, wzbudzały wiele kontrowersji ze względów moralnych i religijnych.

Dopiero od 1752 roku Wielka Brytania otrzymała prawo zezwalające na przeprowadzanie sekcji zwłok w celach medycznych z wykorzystaniem ciał skazańców z wyrokiem kary śmierci. Wiedza naukowa w tamtych czasach rozwijała się bardzo szybko i zastała wówczas nazwana medycyną nowoczesną. Jednak z biegiem czasu na uniwersytetach i wydziałach anatomii ilość zwłok była niewystarczająca, w Londynie były 4 szpitale, a także 17 prywatnych szkół anatomicznych, w których przeprowadzane były sekcje w celach naukowych. By zaspokoić naukowe zapotrzebowanie potrzeba było 500 ciał rocznie. Niestety dostęp do ciał pozyskanych legalnie był ograniczony, dlatego praktyczne lekcje anatomii musiały zostać ograniczone. W związku z tym w 1810 roku część medyków żądała nowelizacji ustawy. Jednak byli i tacy lekarze/profesorowie, którzy płacili duże pieniądze przestępcom za świeże zwłoki, w celu, by mogli dalej nauczać studentów anatomii.

W Edynburgu, gdzie znajdowała się wówczas prestiżowa szkoła medyczna stosowano praktykę kradzieży zwłok. Tworzone były podziemne tunele łączące cmentarze z salą chirurgiczną, na której przeprowadzano sekcje. W ten sposób zapoczątkowany został rynek handlu zwłokami ludzkimi. Sytuacja ta wywołała wielkie poruszenie i panikę wśród społeczeństwa. Krążyły pogłoski o zmartwychwstaniach, zaczęto pilnować grobów, budowano kamienne sarkofagi. Wynaleziono tak zwany mortsafes, czyli żelazna klatka przymocowana śrubami wokół trumny i przykrywana płytą kamienną. Przy świeżych grobach montowano również pistolety podłączone do lin, które po zahaczeniu wystrzelały. Pułapki na cmentarzach stawały się coraz bardziej niebezpieczne, w związku z tym znaleźli się przestępcy, którzy zaczęli pozyskiwać zwłoki w bezpośredni sposób. Zabijali, sprzedawali ciała Uniwersytetowi, zarabiając w ten sposób na życie. Jednak zostali oni skazani, a jeden z przestępców został powieszony, jego ciało zostało publicznie rozcięte. Obecnie w Muzeum w Edynburgu znajduje się jego szkielet, pośmiertna maska oraz książka oprawiona jego skórą. Po tych wydarzeniach, kiedy publiczne oburzenie było ogromne, w 1832 roku została uchwalona ustawa o anatomii, która położyła kres złodziejom zwłok, a lekarzom i nauczycielom anatomii dała więcej swobody. Mogli oni uczyć się oraz młodych adeptów na nieodebranych ciałach. Zaś rodzinom, które oddawały ciała swych bliskich, opłacano koszt pogrzebów. Obecne akty prawne pozwalają na anonimowe przekazywanie organów i ciał, handel organami jest zakazany, a do wystawienia ciał na pokaz potrzebna jest licencja [6,7].

Badania z wykorzystywaniem martwych ciał

Badania na martwych ciałach mają ogromne znaczenie w medycynie zarówno przed wiekami, jak i współcześnie. Badania te pozwalają poznać przyczynę śmierci i są niezastąpionym narzędziem do nauki anatomii człowieka, gdyż nie można poznać organizmu ludzkiego bez bezpośredniego kontaktu, oględzin i poznania. Śmiało można powiedzieć, że bez tych badań nie byłoby współczesnej medycyny. Pamiętać jednak należy, że podstawową zasadą, która reguluje działania podjęte na zmarłym człowieku jest pietyzm, który chroni równocześnie zwłoki oraz osoby, którym nie jest obojętne, w jaki sposób obchodzi się ze zmarłymi [8].

Najbardziej powszechnymi badaniami z wykorzystaniem ludzkich zwłok są oględziny i sekcje zwłok, które są wykonywane w celach klinicznych, anatomicznych i sądowo-lekarskich. Inne badania wykonuje się w ramach diagnostyki śmierci mózgowej, pod warunkiem dokładnego określenia momentu śmierci, co jest też bardzo istotne w transplantologii oraz intensywnej opiece medycznej.

Badania na ludzkich zwłokach wykonuje się także w ramach pozyskiwania organów i tkanek do przeszczepów od osób zmarłych w ramach terapii transplantacyjnej, co precyzuje polskie prawo: *„komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych”* [9].

Do najnowszych obszarów badań medycznych należą badania nad komórkami macierzystymi.

Ciała zmarłych wykorzystywane są również w celach edukacyjnych, w celu kształcenia przyszłych lekarzy z zakresu anatomii i patologii. Wykonuje się zabiegi ćwiczeniowe w postaci operacji treningowych, natomiast na niedawno zmarłych ćwiczy się intubację.

Poza badaniami medycznymi na zwłokach ludzkich przeprowadza się badania biomechaniczne, które mają na celu poprawę bezpieczeństwa ruchu drogowego. Są to tak zwane *crash testy*, dzięki którym ocenia się urazy mechaniczne. Inne badania z wykorzystaniem ciał zmarłych prowadzi się w dziedzinie kryminalistyki, które dotyczą obdukcji nakazanej przez prokuraturę, jak również badacze kryminalni prowadzą badania dotyczące ustaleń trajektorii lotów pocisków z broni palnej.

Oprócz tego publiczne służby zdrowia prowadzą badania epidemiologiczne w celu kontroli higienicznej zakładów pogrzebowych.

Przekazanie martwych ciał na cele naukowe

Samo przekazanie zwłok uczelni odbywa się na podstawie decyzji starosty lub oświadczenia woli osoby chcącej przekazać swoje ciało oraz dołączonej karty zgonu, na której widnieje adnotacja urzędu stanu cywilnego dotycząca zarejestrowania zgonu.

Według prawa starosta ma możliwość podjęcia decyzji w sprawie przekazania zwłok do celów naukowych publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Zaś uczelnia ma obowiązek wystąpić do właściwego starosty z uzasadnionym wnioskiem o przekazanie zwłok do celów naukowych zgodnie z regulacją dotyczącą kwestii przekazania zwłok do celów naukowych zawartą w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 [10,11].

Uczelniom wyższym, według rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób pozbawionych wolności, zmarłych w zakładach karnych i aresztach śledczych z dnia 7 lipca 2010 [12], można przekazać zwłoki osób, które odbywały karę pozbawienia wolności. Wyjątek stanowią ciała osób zmarłych, wobec których nie zakończył się proces i nie zapadł wyrok. Dopiero w sytuacji, kiedy ciała zmarłych nie zostaną pochowane przez najbliższych informuje się starostę o możliwości przekazania zwłok uczelniom wyższym na cele naukowe. Samo przekazanie zwłok szkole wyższej jest na podstawie decyzji starosty oraz zgody od prokuratora prowadzącego lub nadzorującego postępowanie prowadzące do wyjaśnienia okoliczności śmierci osoby pozbawionej wolności na pochowanie oraz na podstawie aktu zgonu wystawionego przez urząd stanu cywilnego właściwego dla miejsca zgonu. W przypadku, kiedy decyzja starosty jest odmowna, obowiązek pochowanie ciał osób pozbawionych wolności ma zakład pogrzebowy na koszt osoby zmarłej lub zakładu karnego [12].

Problemy z pozyskiwaniem zwłok do badań i ćwiczeń anatomicznych

W Polsce problem pozyskiwania martwych ciał dotyczy kwestii technicznych, prawnych oraz etycznych. Władze uczelni borykają się z problemem pozyskiwania odpowiedniej ilości zwłok do badań i ćwiczeń anatomicznych, gdyż pomimo wyżej wymienionej ustawy oraz rozporządzeń, brakuje jednoznacznych przepisów wykonawczych, które pozwoliłyby pozyskać zwłoki bez komplikacji i pośrednictwa kilku instytucji. W polskim prawie wojewodowie i prezydenci miast nie mają prawnych możliwości na przekazywanie uczelniom martwych ciał, które są bezimienne oraz ciał, które chowane są na

koszt miasta. Nadal w wielu zakładach anatomii znajdują się zwłoki, które zostały przekazane uczelniom, według wcześniejszych możliwości prawnych dotyczących ciał osób niepochowanych przez rodzinę. Zwłoki te przechowywane są przez wiele lat, w związku z tym kilka pokoleń lekarzy do nauki i ćwiczeń korzysta z tych samych zwłok. Jak wcześniej wspomniano, obecnie polskie uczelnie pozyskują ciała na cele naukowe w drodze decyzji podejmowanej przez powiatowego starostę. Jednak często zdarza się, że starostowie nie wydają decyzji przekazania zwłok niepochowanych przez osoby, które są do tego uprawnione, powołując się na obowiązek pochówku wynikający z ustawy o pomocy społecznej. Jednak ośrodki pomocy społecznej mają obowiązek pochówku wobec zwłok niepochowanych lub nieprzekazanych uczelniom wyższym. Można więc uznać, że obawy dotyczące niedostosowania się do wyżej wymienionej ustawy są niesłuszne. Niestety przekazywanie zwłok uczelniom medycznym w wielu przypadkach zależy również od współpracy danej uczelni z lokalnymi władzami. Należy wspomnieć, że niektórzy starostowie nie posiadają też wiedzy i świadomości z zakresu przekazywania zwłok uczelniom na cele naukowe. Władze miast także kierują się opinią społeczną, która w kwestii przekazywania zwłok nie jest zbyt przychylna.

Na problem przekazywania ludzkich zwłok na cele naukowe można popatrzeć z dwóch stron. Z jednej strony dla większości ludzi oddanie ciał zmarłych jest niekorzystne, ze względu na brak możliwości tradycyjnego obrządku spokojnego pochówku, na brak możliwości pożegnania bliskich z ciałem zmarłego oraz na naruszenie poczucia estetyki zmarłego. Z drugiej strony dostrzega się korzyści wykorzystywania ludzkich ciał do badań w celach naukowych, które to korzyści czerpią głównie studenci medycyny, lekarze, ale również my wszyscy, między innymi korzystając z usług nowoczesnej medycyny [13,14,15].

Donacja

Zarówno w Polsce, jak i na świecie istnieją regulacje prawne pozwalające społeczeństwu zapisywać w testamencie swoje ciała w celu wykorzystania ich do celów naukowych, co z etycznego punktu widzenia wydaje się być najbardziej odpowiednie. Osoba, chcąc zaoferować uczelni medycznej najcenniejszy materiał badawczy, jakim jest własne ciało po śmierci, musi dobrowolnie i świadomie wyrazić zgodę na podstawie pisemnego oświadczenia. W oświadczeniu tym donator decyduje, czy ciało swoje oddaje na czas określony, czy na czas nieokreślony. Złożone przez donatora oświadczenie w każdej chwili może zostać odwołane, gdyż nie ma ono charakteru zobowiązania.

Obecnie wdrażane są programy świadomej donacji zwłok, które mają na celu informowanie i pozyskiwanie świadomych donatorów. Programy te zapewniają właściwe traktowanie zwłok przez lekarzy i studentów oraz godny pochówek, który jest zgodny z życzeniem i wyznaniem ofiarodawcy. Ten sposób pozyskiwania ciał staje się coraz bardziej powszechny, nie wywołuje wielu dyskusji społecznych, jest mało kontrowersyjny. Programy donacji funkcjonują tylko w kilku regionach Polski i zaczynają cieszyć się coraz większym uznaniem. Należy zaznaczyć, że świadomość polskiego społeczeństwa jest nadal niewystarczająca, dlatego na medycznych uczelniach występuje problem braku odpowiedniej liczby ciał. Można też przypuszczać, że jedną z przyczyn zbyt małej liczby dobrowolnych dawców są docierające informacje o nadużyciach związanych z wykorzystywaniem martwych ciał, co powoduje utratę zaufania publicznego.

W Polsce pierwszy program świadomej donacji powstał w 2003 roku na Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, obecnie Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Zaś w 2004 roku z inicjatywy tejże uczelni zorganizowany został pochówek ciał osób, które przez wiele lat służyły nauce i kształciły kolejne pokolenia nowych lekarzy.

Pochówek odbył się w Parku Pamięci w Rudzie Śląskiej, gdzie postawiono tablicę pamiątkową. W uroczystości wzięły udział władze uczelni, studenci oraz rodziny darczyńców. Przed pochowaniem ciał odbyło się nabożeństwo, na które zaproszono przedstawicieli kościoła katolickiego, prawosławnego oraz protestanckiego. Na uczelniach, gdzie wdrożony jest program świadomej donacji, organizuje się dwie uroczystości pochówku. Pierwszą jest pogrzeb symboliczny, który odbywa się pod koniec każdego roku akademickiego. Wówczas składane są niewykorzystane w badaniach szczątki takich osób. Drugi pogrzeb odbywa się do trzech lat od śmierci, kiedy wszystkie szczątki zostały już użyte dla celów naukowych [13,14,15].

Rola ludzkich ciał

Dla współczesnego społeczeństwa zwłoki ludzkie mają szczególne znaczenie. Ciał zmarłych nie traktuje się jak osoby, ani jak rzeczy. Zwłoki ludzkie są symbolem osoby, której były ciałem, mają szczególną wartość moralną. W polskim prawie nie wolno znieważać i bezcześcić zwłok. Jednak granica między tym, co można, a czego nie można nazwać bezczeszczeniem zwłok określana jest kulturowo, przesuwana i jest płynna.

Ludzkie zwłoki odgrywają bardzo istotną rolę w kształceniu przyszłych lekarzy, najtrafniej opisują to słowa praktyków, między innymi profesor Jerzy Gielecki- kierownik

Zakładu Anatomii Prawidłowej wówczas Śląskiej Akademii Medycznej powiedział: „Studenci nie nauczą się anatomii inaczej niż na zwłokach. Najcudowniejszy atlas czy film wideo nie zastąpią dotknięcia nerwu. Student musi zobaczyć, jak daleko jest on od kości, wziąć serce do ręki. W latach 80. większość amerykańskich uczelni pozamykała prosektoria, a zwłoki zastąpiła plastikowymi modelami. Potem zrobiono badania na grupie 10 tys. lekarzy, z których połowa uczyła się na zwłokach, druga - na fantomach. W tej drugiej było więcej procesów o błędy w „sztuce lekarskiej”. Bez wątpienia praktyczne ćwiczenia prowadzone w ramach kursu preparacji zwłok pozostają nieodzowną częścią studiów medycznych i nawet największy zbiór sztucznych modeli różnych części ciała, fantomów i rycin czy programy komputerowe pozwalające symulować preparację zwłok nie zastąpią ćwiczeń prowadzonych na ludzkich zwłokach.

Ciała zmarłych prawie od zawsze używane były jako materiał do preparatów anatomicznych, do szkolenia lekarzy, ale też w różnego rodzaju badaniach. Ludzkie zwłoki mogą służyć między innymi do pobrania organów w celu przeprowadzenia przeszczepu, jako inkubator dla jeszcze nienarodzonych dzieci, w sytuacjach, gdy u kobiet stwierdzono śmierć mózgu, do badań z użyciem larw, muchówek, chrząszczy przebywających na zwłokach ludzkich, dzięki czemu entomolodzy potrafią ocenić datę śmierci człowieka z dokładnością do dwóch godzin, a także do badań części ludzkiego ciała, na przykład stopy, w celu wypracowania odpowiedniej budowy buta sportowego. Warto wiedzieć, że każdy z nas korzysta ze zdobytej wiedzy naukowców z wielu dziedzin, dla których narzędziem badawczym są właśnie ludzkie zwłoki [13,14,15].

Podsumowanie

Doniesienia o wykorzystywaniu zwłok do celów naukowych przez wielu są nieakceptowane, wywołują żywe reakcje wśród społeczeństwa, które obawia się, że kulturowa postawa szacunku wobec zmarłego nie zostanie zachowana. Zatem ważne jest, by fachowa wiedza była przekazywana medialnie, w sposób zrozumiały dla przeciętnego człowieka. Istotne jest informowanie społeczeństwa o podejmowanych działaniach naukowych z wykorzystaniem zwłok, w celu wzrostu zaufania do medycyny współczesnej i nowatorskiej. Przekazywane informacje dotyczące działalności naukowo-badawczej lub terapeutycznej powinny być rzetelne, nie wyrwane z kontekstu. Należy pamiętać, że tendencyjne i sensacyjne przedstawienie informacji w tym zakresie może zaszkodzić dobrej opinii medycyny, ale także może zaszkodzić działalności w trosce o chorego człowieka.

Konieczne są działania zmierzające do dialogu społecznego, by rozwiązywać problemy na płaszczyźnie kulturowo-społecznej oraz by ów dialog zmieniał nastawienie społeczne do działań z wykorzystaniem martwych ludzkich ciał. Ogromną rolę w rozmowach na temat pośmiertnej donacji ciała przypisuje się Kościołowi oraz wspólnotom religijnym, a także społeczności medycznej. Wiarygodność medycyny i nauk eksperymentalnych można uzyskiwać poprzez jawne, publiczne przedstawienie dobrych celów badań i eksperymentów z wykorzystaniem ludzkich ciał, bez których nie jest możliwe uzyskanie wyników owych badań, przy przestrzeganiu etycznych i prawnych norm. Działania dotyczące edukacji społecznej w zakresie wykorzystywania ludzkich zwłok do celów szkoleniowych i badań naukowych powinny przyczynić się do wzrostu liczby martwych ciał w polskich zakładach anatomii oraz pozwoliłyby uczelniom dostosować się do standardów europejskich [15].

Piśmiennictwo

1. Mazurek F.J.: Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka. Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin, 2001, 7-17.
2. Wojtyła K.: Miłość i odpowiedzialność. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, 2001.
3. Innes B.: Granice śmierci. Bellona. Warszawa, 1996.
4. Furmaniak M.: Ciało żywe, ciało martwe, proch. Nowoczesna kremacja w świetle ontologii martwego ciała. Czas Kultury, 2005, 3/4, 45.
5. Wieczorkowski A.: Muzeum ludzkich ciał. Anatomia spojrzenia. Słowo/Obraz Terytoria. Gdańsk, 2000.
6. <http://www.paranormalne.pl/tutorials/article/743-zlodzieje-zwlok/>, data pobrania 3.03.2016.
7. <http://imigrantka.blox.pl/2013/02/Lekarze-zlodzieje-cial-i-XIX-wieczna-medycyna.html>, data pobrania 3.03.2016.
8. Morciniec P.: Pietyzm wobec ludzkich zwłok. Tradycje – kulturowe przesłanki teologiczne i moralne. Wyd. św. Krzyża. Opole, 2007.
9. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz. U. 2005 Nr 169 poz.1411.
10. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz. U. 2011 Nr 118 poz. 687.

11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich, Dz. U. 2007 Nr 249 poz. 1866.
12. Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób pozbawionych wolności zmarłych, w zakładach karnych i aresztach śledczych z dnia 7 lipca 2010, Dz. U. 2010, nr 123, poz. 839.
13. Tworkowska A.: Implikacje prawne i społeczno-kulturowe śmierci człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki ochrony dóbr osobistych. <http://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/3746/1/Anna%20Tworkowska%20rozprawa.pdf>, data pobrania 3.03.2016.
14. Tworkowska A.: Nie zabieraj ich do nieba, czyli przekazanie zwłok na cele naukowe [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2012, tom X, 71-76.
15. Morciniec P.: Ludzkie zwłoki jako obiekt badawczy: dowolność działań czy normowanie? *Diametros*, 2009, 19, 78–92.

Etyczne aspekty eutanazji

Klimaszewska Krystyna, Baranowska Anna, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Kowalewska Beata

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Śmierć jest nieuniknionym końcem naszego życia. Dotyczy każdego bez względu na narodowość, wykształcenie, czy status materialny. Stanowi cel rozwoju każdego organizmu. Jest postrzegana nie jako moment, ale jako proces trwający całe życie. W kulturze ludzkiej pojawiają się dwa aspekty postrzegania śmierci. W pierwszym aspekcie śmierć widziana jest jako unicestwienie człowieka, nicością, tabu. Zaś z drugiej strony rozumie się ją jako przejście do innego lepszego świata [1].

W medycynie wyróżnia się kilka rodzajów śmierci: naturalna (wynik starzenia się, inaczej nazywana śmiercią fizjologiczną); z przyczyn chorobowych (zgon może powolny oraz spodziewany lub występuje nagle); gwałtowna (wynik działania szkodliwych czynników z zewnątrz, takich jak: substancje trujące, urazy); mózgowa (ustanie wszystkich czynności ośrodkowego układu nerwowego) i kliniczna (zanik czynności układu krążenia i oddechowego, przy nieznacznej aktywności mózgu).

Śmierć w każdej kulturze postrzegana jest jako zjawisko konieczne, przed którym nie da się uciec, jednakże może być ona oczekiwana lub przedwczesna [2]. Umieranie człowieka może być mniej lub bardziej trudne, obciążone cierpieniem, samotnością i brakiem bliskiej osoby. Niejednokrotnie śmierć bywa również łagodna. Dlatego już w V wieku przed Chrystusem, grecki poeta Kratinos jako pierwszy stosował przymiotnik „euthanatos” na określenie śmierci człowieka, która nastąpiła w miarę bezboleśnie i szybko. Odtąd bezbolesna i łagodna śmierć była pożądanym aspektem końca życia [2].

Postawa chorego i etapy godzenia się ze śmiercią

Proces umierania został poznany i opisany, jednakże mimo to nie można zahamować jego postępu. Działania personelu medycznego ograniczają się do podtrzymania gasnącej egzystencji, natomiast nie są w stanie odwrócić destrukcyjnych zmian w organizmie. Umieranie jest procesem następujących po sobie zdarzeń, łączących się w funkcjonalną

całość. Nie można jednoznacznie określić momentu, w którym rozpoczyna się proces umierania, ponieważ jest to sprawą indywidualną dla każdego człowieka. W przypadku choroby terminalnej, śmierci można oczekiwać w czasie od kilku do kilkunastu miesięcy, do roku. Proces umierania może wystąpić nagle, np. w przypadku wypadku, choroby utajonej lub też nagłego zatrzymania krążenia. W takich sytuacjach człowiek nie ma świadomości zbliżającej się śmierci [3].

Elizabeth Kübler – Ross wedle swojego wieloletniego doświadczenia w opiece paliatywnej oraz pracy z umierającymi wyodrębniła psychologiczne fazy umierania, przez które chorzy adoptują się do odejścia.

Etap I: zaprzeczenie i izolacja. Pojawia się z chwilą poinformowania pacjenta przez lekarza o niepomyślnym rokowaniu trwającej choroby. Następuje silny wstrząs psychiczny dla chorego. Często reaguje iluzją zdrowia i dobrego samopoczucia. Pojawia się także izolacja uczuciowa. Chory udziela informacji na temat własnej choroby w sposób niezaangażowany uczuciowo.

Etap II: okres gniewu i buntu. Chory w tej fazie reaguje emocjonalnie. Odczuwa gniew i złość na zbliżającą się śmierć. Zadaje sobie pytania: „dlaczego ja?”

Etap III: negocjacje. Chory uświadamia sobie, że śmierć jest nieunikniona. Pacjent targuje się z losem lub z Bogiem, prosząc o odroczenie śmierci. Wierzy, że istnieje coś, co zdoła przekupić siły wyższe i zapobiec odejściu. Okres negocjacji trwa zwykle krótko.

Etap IV: depresja. Dominuje tutaj nadzieja i zwątpienie. Następuje zmęczenie chorobą oraz świadomością śmierci. Nasila się poczucie winy i straty.

Etap V: zgoda na śmierć. Jest to końcowy proces, w którym chory akceptuje swój los, osiąga spokój i wycisza się. U niektórych przybiera ono formę pragnienia śmierci. Do końca nie jest to rozstrzygnięte, czy pragną oni faktycznie śmierci, czy też zakończenia cierpienia. Psychika umierającego nastawia się na gotowość przyjęcia śmierci [1,4].

Eutanazja

Słowo eutanazja pochodzi od greckiego słowa „euthanathos” i oznacza „dobrą śmierć”. Jest to przyspieszenie śmierci osoby nieuleczalnie chorej, poprzez skrócenie jej cierpienia. W chwili obecnej eutanazja budzi skrajne postawy. Niejednokrotnie oznacza pomoc w umieraniu z woli umierającego lub cierpiącego człowieka [5].

Problem eutanazji pojawia się w kontekście ogromu cierpienia, z którym chory nie potrafi sobie poradzić. Łączy się z poczuciem beznadziejności wypływającym z sensu

dalszego życia z nieuleczalną chorobą. Osobom, które opiekują się chorym często towarzyszy poczucie bezsilności. Eutanazja wówczas złudnie postrzegana jest jako akt miłości ukierunkowany na udzielenie choremu dostępnego „dobra” – definiowanego wyzwolenia poprzez śmierć [5].

Temat eutanazji nie jest tylko kwestią czasów współczesnych. Jest to jednak spór wielopokoleniowy, trwający od wieków. Na przestrzeni wieków człowiek inaczej rozumiał swoją rolę oraz miejsce w społeczeństwie. Odrębne były idee humanizmu, inne cele życiowe, natomiast temat eutanazji jest wciąż ważny i trudny do rozstrzygnięcia [5].

Rodzaje Eutanazji

Eutanazja współcześnie bywa różnie definiowana, dokonuje się jej klasyfikacji według różnych kryteriów i ocen etycznych. Analizując problem eutanazji możemy wyróżnić cztery podstawowe rodzaje:

Eutanazja pozytywna – inaczej czynna, czyli śmierć bywa spowodowana określonym działaniem.

Eutanazja negatywna – inaczej bierna, rozumiana jako przerwanie terapii podtrzymującej życie.

Eutanazja dobrowolna – kiedy następuje świadoma prośba cierpiącego o wykonanie eutanazji.

Eutanazja niedobrowolna – rozumiana jako prośba osób trzecich na wykonanie eutanazji, gdy osoba chora nie jest w stanie wyrazić takiej prośby [6].

Obecnie odchodzi się już od używania podziału na eutanazję czynną oraz bierną, uważając, że eutanazja bierna jest interwencją w biologiczne funkcjonowanie pacjenta. Nawet odległa i niebezpośrednia jest eutanazją w pełnym znaczeniu. W literaturze można znaleźć wiele klasyfikacji eutanazji. Klasyfikacja zaproponowana przez Wichrowskiego i Jacórzyńskiego, uwzględnia jej aktywność oraz pasywność, jak też i wolę pacjenta. Wyróżniają oni eutanazję bierną dobrowolną, rozumianą jako powstrzymanie działań mających na celu przedłużenie życia, kiedy osoba chora jest świadoma możliwości dokonania na niej eutanazji. Natomiast eutanazja bierna niedobrowolna występuje w przypadku powstrzymania się od działań terapii, kiedy osoba chora nie jest świadoma, że na niej zostanie wykonana eutanazja. Można wyróżnić również eutanazję czynną dobrowolną, gdy podejmuje się działania mające na celu uśmiercenie pacjenta świadomego oraz eutanazja czynna niedobrowolna, gdy pacjent nie jest świadomy podjęcia jakichkolwiek działań [6].

Oprócz wymienionych wyżej klasyfikacji eutanazji, w literaturze występuje także termin „krytanazja” na określenie eutanazji ukrytej, niejawnej. Występuje wówczas, gdy lekarz sam podejmuje decyzję zakończeniu cierpienia pacjenta lub gdy skłania go do tego rodzina, bez zgody pacjenta [6].

Religie wobec eutanazji

Eutanazja jest zagadnieniem współczesnego człowieka o śmierci i cierpieniu. Czy cierpienie musi być odczuwalne w chorobie, czy ma jakikolwiek sens dla człowieka, czy człowiek ma prawo do spokojnej i godnej śmierci? Na wszystkie te pytania medycyna nie potrafiła znaleźć odpowiedzi. Pytania te odnoszą się do sfery religijnej oraz filozoficznej. Każda religia stara się odpowiedzieć na pytania dotyczące śmierci, a co za tym idzie, również i cierpienia [7,8].

Religie pogańskie negatywnie odnosiły się do śmierci i cierpienia. Uważano, że cierpienie to kara dla człowieka od bogów za dokonane przestępstwa. Bogowie byli okrutni i nie obchodził ich los ludzi. Dla zabawy skazywali ludzi na cierpienie. Śmierć uważano za koniec życia, natomiast dobrowolna zgoda na śmierć była postrzegana jako akt głupoty [7,8].

Do najważniejszych religii współczesnego świata zaliczamy: chrześcijaństwo, buddyzm, hinduizm, judaizm, islam.

W buddyzmie stosunek eutanazji reguluje uniwersalne prawo dharmy, gdzie w porządku moralnym objawia się w karmie. Zakaz eutanazji wynika z zakazu niekrzywdzenia oraz zabijania drugiej osoby. Wyzwolenie z cierpienia powinno się dokonywać nie poprzez wymierzenie śmierci, natomiast poprzez dążenie do stanu nirwany. Dopuszczana jest eutanazja bierna, jednakże ciężko jest określić jej granice. W buddyzmie obowiązują zasady unikania przerywania życia, zmniejszanie cierpienia, zakaz nadużywania środków terapeutycznych oraz pomoc w spokojnej śmierci [7,8].

Hinduizm rozpatruje cierpienie w kategoriach antropologicznych. Człowiek cierpi, ponieważ jest uwikłany w materię, postrzegany jest jako duch uwięziony we własnym ciele. Cierpienie jest karą za grzechy lub złe uczynki. Wierzono w reinkarnację, możliwość uwolnienia się od niewygodnej formy bytu oraz przejście do kolejnego życia. Osoby dokonujące eutanazji oraz podejmujące decyzję samobójczą, powinni się uwolnić od złych zamiarów i egoizmu [7,8].

Judaizm postrzega eutanazję aktywną jako zabójstwo, natomiast bierną jako samobójstwo. Człowiek nie może sam decydować o czasie trwania własnego życia. Bóg jako

stwórca życia może decydować o czasie umierania. Życia nie wolno skracać. Zabronione jest również przedłużanie umierania za pomocą specjalnych środków. Lekarz przywłaszczyłby sobie prawa Boga podejmując decyzję o eutanazji. Dopuszcza się terapię eliminującą cierpienie, jeśli nie powoduje śmierci [7,8].

Islam zabrania eutanazji. W Koranie czytamy: „Kto zabije człowieka, ten odpowie za krew jego przed całym rodem ludzkim; kto zaś uratuje życie człowieka, będzie nagrodzonym, jakoby uratował życie całego rodu ludzkiego”. Eutanazja postrzegana jest jako czyn niemoralny. Nie wolno pod żadnym pozorem skracać życia swojego lub drugiej osoby, nawet w przypadku choroby nieuleczalnej [7,8].

Chrześcijanie nadają śmierci i cierpieniu pozytywny sens. To Chrystus poprzez śmierć na krzyżu wyzwolił ludzi przed lękiem. Ból i cierpienie nadal pozostają tajemnicą, bez głębszego wyjaśnienia. Chrześcijanie wierzą w zmartwychwstanie Jezusa, biorą udział w jego cierpieniu. Uważają, że śmierć to przejście z doczesności, gdzie jest ból, cierpienie do wieczności, gdzie jest wszystko dobre, gdzie nie ma zła [7,8].

Kościół Katolicki uważa, iż życie ludzkie powinno być szanowane i chronione. Św. Jan Paweł II w encyklice „*Evangelium Vitae*” określa eutanazję jako czyn zaniedbania, który prowadzi do śmierci, w celu usunięcia cierpienia. W art. 2277 Katechizmu Kościoła katolickiego napisano: „Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna” [7,8].

Prawo do życia oczekuje od każdego człowieka poznania prawdy o sobie samym i swoim życiu. Słowa Jezusa pozwalają ludziom poznać pełną prawdę na temat wartości życia. Człowiek jest stworzony do życia, aby żyć oraz czerpać z niego to, co wartościowe. Św. Jan Paweł II często w swoich rozważaniach na temat ludzkiego życia mówił, że jest to dar dany od Boga. To On jest stwórcą życia i tylko On sam może je odebrać [7]. We wczesnym chrześcijaństwie św. Augustyn odrzucał eutanazję, traktując ją jako formę samobójstwa, która narusza zakaz zabijania. Od pontyfikatu Piusa XII dopuszcza się zaprzestanie tzw. uporczywej terapii i stosowanie środków przeciwbólowych, nawet zwiększających ryzyko śmierci. Bezwzględny zakaz eutanazji obowiązuje także w kościele prawosławnym [7].

Postrzeganie eutanazji na świecie

Akceptacja eutanazji, jak również sprzeciw wobec niej ma bez wątpienia aspekt moralny i etyczny. Rozwiązania prawne legalizujące ją lub nie są zadekretowaniem ogólnie

określonej postawy. W prawie międzynarodowym brak jest normy konwencyjnej, która w bezpośredni sposób odnosiłaby się do eutanazji. Jej zakaz wywodzi się z uregulowań ogólnych, mówiących, iż nikt w sposób umyślny nie może być pozbawiony życia. Postanowienie to regulują następujące dokumenty: art. 3 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka; art. 6 ustawy 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z 16 grudnia 1966 r. [9].

W większości krajów Unii Europejskiej eutanazja jest zabroniona. Natomiast od kilku lat wyjątek stanowi Belgia i Holandia. Zgodnie z określonymi zasadami eutanazja dopuszczalna jest również w Luksemburgu, Albanii, Japonii oraz amerykańskich stanach Teksas i Oregon. Szczególna forma eutanazji występuje w Szwajcarii, gdzie możliwe jest przepisanie leku nasennego w śmiertelnej dawce. Jednak chory musi go przyjąć samodzielnie, jeżeli nie jest w stanie, lek zostaje podany poprzez pompę infuzyjną. Całe zdarzenie jest nagrywane w celu dokumentacji, aby potwierdzić, że procedura została wykonana zgodnie z wolą pacjenta [9,10].

W Holandii zatwierdzono eutanazję w 1993 roku. Eutanazja z woli chorego nie dotyczy tylko osób śmiertelnie chorych, lecz także osób cierpiących fizycznie oraz psychicznie. Akt eutanazji początkowo rozszerzono o dzieci do 12. roku życia, następnie objęto również niemowlęta i małe dzieci. Regulują to wytyczne z 2005 roku nazwane Protokołem z Groningen. Na jego podstawie eutanazja dziecka jest możliwa, kiedy decyzja o niej jest świadomie podjęta przez rodziców oraz gdy dwa zespoły lekarskie orzekną nieuleczalną chorobę, w której nie ma możliwości złagodzenia bólu [9,10].

Prawo, które stworzono, aby pomóc ludziom niejednokrotnie wywołuje strach u starszych osób. W Holandii zdarzają się ucieczki chorych z hospicjów oraz szpitali w obawie o własne życie. Wielu pacjentów wyjeżdża do Niemiec przed niechcianą eutanazją. Często starsi pacjenci rezygnują z kroplówek jako formy leczenia, gdyż obawiają się ich zawartości [9,10].

Belgia oficjalnie zalegalizowała eutanazję w 2002 roku. Jednak wymagane jest stosowanie ścisłych procedur odnośnie eutanazji. W Belgii są dostępne specjalne zestawy do eutanazji, za które płaci pacjent. Zamawia je lekarz, gdzie sam osobiście musi odebrać opakowanie. W specjalnym zestawie znajdują się dwie igły ze strzykawkami oraz silnie działające środki. Podanie ich w zwiększonej dawce powoduje zgon. Niewykorzystane preparaty oddaje się do apteki, gdzie są komisyjnie zniszczone.

Należy spełniać odpowiednie warunki, aby otrzymać zgodę na eutanazję mianowicie:

- osoba decydująca się na eutanazję musi być pełnoletnia, świadoma oraz zdolna do działania
- decyzja ta powinna być przemyślana oraz dobrowolna, podjęta bez nacisku z zewnątrz
- osoba chora musi cierpieć stale, czyli ból jest natury fizycznej lub psychicznej i jest nie do zniesienia
- choroba lub dolegliwości muszą być nieuleczalne.

Obecnie w Belgii według nowych rozporządzeń, dopuszczalna jest eutanazja osób niepełnoletnich oraz dzieci. Do końca nie wyszczególniono granicy wieku. Niezbędna jest zgoda rodziców, natomiast mówi się, że dziecko musi być świadome i mieć rozeznanie podczas składania wniosku [9,10].

W 1999 roku zalegalizowano eutanazję w Albanii, na mocy poprawki do ustawy o prawach osób nieuleczalnie chorych. Dopuszczalna jest forma czynnej eutanazji za zgodą pacjenta, natomiast do eutanazji biernej potrzebna jest zgoda trzech członków rodziny [11].

Od 20 lutego 2008 roku dopuszczalna jest eutanazja na żądanie w Luksemburgu. Decyzje o eutanazji może podjąć jedynie sam pacjent w przypadku choroby nieuleczalnej [11].

W innych krajach eutanazja jest surowo zabroniona i traktowana jest jak zwykłe zabójstwo. Legalizacja eutanazji może dać początek realizacji programu zabijania osób niepełnosprawnych, słabych, uciążliwych dla otoczenia, dyskryminowanych politycznie oraz rasowo. Dyskusja nad tematem eutanazji zatacza coraz większy obszar. Biorą w niej udział już nie tylko lekarze czy psycholodzy, ale także politycy, prawnicy i publicyści [11].

Etyczny aspekt eutanazji – argumenty za i przeciw

Pytania na temat eutanazji stawia sobie we współczesnym świecie wielu ludzi. Zarówno dylemat ten dotyczy ludzi wierzących, jak i niewierzących. Legalizacja procesu eutanazji jest jednym z trudniejszych zagadnień natury etycznej i ma swoich zwolenników, jak i przeciwników. Konflikt ten bierze się z odmiennych systemów wartości, jakimi kierują się zwolennicy i przeciwnicy eutanazji [12].

Wśród systemu wartości nadrzędną wartość stanowi godność osoby ludzkiej. Stanowi ona fundamentalną miarę moralną każdego człowieka. Aspekt bycia człowiekiem, czyli

bytem osobowym stanowi podstawę do akceptacji godności w człowieku. Według etyki człowiek ma prawo do godności bez względu na rasę, wyznanie czy wykształcenie [12].

Jan Paweł II często mówił o godności umierania w swoich przemówieniach. W jednym z nich powiedział: „*Ludziom chorym, a przede wszystkim umierającym nie może zabraknąć miłości, rodziny, opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, wsparcia przyjaciół*”. Największą pociechą dla osób cierpiących i umierających jest wiara w Boga oraz nadzieja na wieczne życie [13].

Argumenty zwolenników eutanazji

Koncepcje jakości życia podtrzymują zakaz zabijania człowieka, natomiast w dziedzinie ochrony jego życia dopuszczane są wyjątki. Zwolennicy dobrej śmierci proponują, aby przepisy prawne nie obejmowały norm zakazujących eutanazji. Odpowiednia regulacja mogłaby nie tylko gwarantować prawowitość działań podjętych przez lekarza celem ograniczenia cierpień chorym, ale także uczynić eutanazję odpowiedzialną i dobroczynną praktyką. Argumentem popierającym to stanowisko jest wskazanie przyrodzonej ludziom wolności i naturalnego prawa do dysponowania własną egzystencją. Pacjent posiada prawo nie tylko do godnej śmierci, ale także przede wszystkim do godnego życia nawet w ostatnich miesiącach czy tygodniach chorego [12].

Według zwolenników legalizacji eutanazji, autonomia jednostki żąda, aby nikt nie ingerował w ustanawiane przez nią świadome decyzje dotyczące się losu i dobra jej samej. Jednakże skoro człowiek ma prawo, a nie tylko obowiązek do życia, to cechą takiego prawa jest dobrowolna możliwość rezygnacji z niego przez uprawionego. Nikt nie ma prawa podejmować decyzji za drugą osobę i sugerować, co jest dla niej dobre. Odmowa towarzyszenia podczas śmierci człowiekowi, który wybrał dla siebie taką drogę miałaby podstawę zdrady dobra najbardziej wartościowego, czyli wolności decydowania o sobie [12].

Przedstawiciele rozważań proeutanatycznych przyjmują, że prawo do śmierci z godnością jest naturalnym prawem człowieka, niepotrzebującym potwierdzenia ustawodawcy. To nie państwo i władza powinna rozstrzygać o zaprzestaniu leczenia czy odłączeniu od aparatury. Decyzja ostatecznych spraw chorego powinna być kwestionowana przez jego samego [14].

Współcześnie odchodzi się od średniowiecznego uwielbienia dla cierpienia. Nadal jednak nadaje mistyczny sens cierpienia, traktowane jako odkupienie za popełnione grzechy własne oraz innych. Mimo to obecnie nie wymaga się od przeciętnego chorego śmierci w

wielkim cierpieniu. Każdy ma prawo do tego, aby niwelować cierpienie i stosować środki przeciwbólowe, nawet jeśli ich działanie może przyspieszyć niejednokrotnie zgon [14].

Niejednokrotnie chorego traktuje się jak zagadkę do rozwiązania. Na dalszy plan schodzi fakt, że pacjent może być nieuleczalnie chory oraz że w jego organizmie zaszły nieodwracalne zmiany. Najważniejszym problemem w sprawie eutanazji powinno być nie tylko to, czy przerwać proces leczenia, ale w którym momencie go przerwać. Następnie, czy wolno zaczynać proces reanimacji, jeżeli proces ten nie daje nadziei, a wręcz przedłuża cierpienie [14]. Zwolennicy eutanazji uważają, iż wartość człowieka przejawia się nie tylko bycie człowiekiem, ale także umiejętności i zdolności, które są dziełem zdrowego homo sapiens. Osoby, które nic nie wnoszą do społeczeństwa są niejednokrotnie ciężarem dla państwa. Życie takich jednostek jest mało warte od innych ludzi i nikomu niepotrzebne. Najlepszym wariantem jest, że osoby niepotrzebne mogą odejść [8]. Według nich nie ma różnicy moralnej między wspomaganym samobójstwem a eutanazją czynną dobrowolną. Ważna jest zgoda oraz prośba chorego o asystę w śmierci, a nie o czynność, o którą się domaga. Nie można różnicować czynów pozytywnego rozpatrzenia prośby od aspektu, czy pacjent jest podłączony do respiratora podtrzymującego go przy życiu, także dla spełnienia jego woli wystarczy go od niego odłączyć. Jeżeli dopuszcza się tylko niektóre z takich zachowań, prowadzi to do nieuprawnionej dyskryminacji reszty grup chorych [14].

Argumenty przeciwników eutanazji

Według przeciwników eutanazji człowiek nigdy nie chce umierać. Nie przysługuje mu prawo do rozporządzania własnym życiem, ponieważ jego wolność jest ograniczona społecznie, a ludność ma cel w tym, aby wszystkie, choćby najsłabsze, jednostki utrzymać przy życiu. Nie istnieje całkowita autonomia uprawniająca do niezależnego decydowania o własnym życiu, wynika to ze społecznego charakteru wolności. Każde życie ludzkie jest święte w każdych warunkach. Przeciwnicy uważają, że życie jest wartością samą w sobie i sensem nawet ponad cierpienie [12,15].

Pragmatyzm oraz względy ekonomiczne nie mogą być fundamentem moralnej decyzji dotyczącej życia. Przeciwnicy eutanazji wskazują, że życie nie jest czyjąkolwiek własnością, wobec tego nikt nie ma prawa komuś skracać ani go odbierać. Odebranie drugiemu człowiekowi daru, jakim jest życie zawsze równoważy się ze świadomym zabójstwem, tym gorszym w swej wymowie od kryminalnych morderstw, że dokonała to osoba powołana do niesienia pomocy. Przeciwnicy eutanazji pokazują alternatywę dla praktyk eutanastycznych, do których zalicza się: rozwijanie opieki paliatywnej, otwieranie nowych sieci hospicjów oraz

pozwolenie pacjentom w stanach terminalnych doczekać spokojnego końca z najbliższymi w domu [15].

Eutanazja jako legalny zabieg w dziedzinie medycyny wydaje się być sprzeczny z podstawą ochrony życia i zdrowia wypełnianego przez zawód lekarski. Prawo stanowione jako pomocne wobec ludzi nie jest skłonne zalegalizować przyrodzonego i fundamentalnego prawa do życia. Prawo międzynarodowe, zakazując eutanazji, nie rozstrzyga konfliktu między prawem do życia, czy jest to obowiązek, czy przywilej oraz prawa do wolności [12,15].

W związku z długotrwałą nieprzytomnością chorego cierpiącego winno się kierować szacunkiem dla człowieczeństwa. Należy pamiętać, że część osób spośród nich może odzyskać świadomość. Nie należy im tej szansy odbierać. Podtrzymywanie daru życia chorego człowieka daje podstawę, a wręcz nadzieję, że medycyna odnajdzie rozwiązanie jego przypadku. Stan wegetatywny, w którym pacjent się znajduje nie musi być zawsze trwały. Znaczna część chorych, u których go wykazano powróciło do pełnej świadomości. Medycyna jest świadkiem wielu momentów wyjścia z nieuleczalnej choroby. Wprowadzenie eutanazji może doprowadzić do kryzysu w postępie edukacji badań czy promowania zdrowia [7,16].

Nie należy w przypadku braku godnych warunków społecznych oraz materialnych, braku zdrowia psychicznego czy biologicznego podważać godności chorego oraz wyznawać, że nie ma on prawa do życia, jedynie prawo do śmierci. Należy zmienić nieodpowiednie warunki życia, a nie zabijać człowieka egzystującego w takich warunkach. Śmierć nie jest aktem godnym i dobrym dla jednostki, lecz tylko złem, które je dotyka. Nikt nie jest w stanie ośwoić śmierci, nazywając ją czymś dobrym i oczekiwanym. W żaden sposób nie da się zlikwidować zła cierpienia poprzez zło jeszcze większe, jakim jest śmierć cierpiącego [12].

Odnosząc się do twierdzenia, że zadana sobie śmierć samobójcza nadaje osobie chorej godności, natomiast nie zadana odbiera mu ten przywilej, jest nazywana perswazją etyczną. Dyskryminuje ono wszystkich pozostałych chorych oraz niepełnosprawnych, którzy odważnie idą przez życie oraz znoszą choroby [12]. Z religijnego punktu widzenia możliwość decydowania przez człowieka o tym, kiedy skończy się jego życie, oznacza odrzucenie władzy absolutnej Boga nad życiem i śmiercią. W deklaracji na temat eutanazji, ogłoszonej przez Kościół katolicki w 1980 roku, wszystkie postacie eutanazji zostały jednoznacznie odrzucone i traktowane jako naruszenie godności człowieka. Argumenty wynikające z religijnych przesłanek nie przemawiają do osób niewierzących. Natomiast argumenty pozbawione religijnego oparcia odnoszące się do bezwzględnego nakazu ochrony życia oraz zakazu jego pozbawiania, okazują się kruche. Uważa się, że nadanie wartości ludzkiemu życiu najwyższej wagi ma charakter kategoryczny oraz trudno jest wskazać

argumenty niezależnie od stanu i woli śmierci, wartość najwyższą. Po drugie, nikt inny nie ma prawa przekładać oceny czyjegoś życia i traktować je jako bardziej wartościowe ponad ocenę wykonaną przez tego, o czyją egzystencję chodzi [12].

Przeciwnicy eutanazji wskazują, że decyzja chorego o zakończeniu życia może powodować uzasadnione wątpliwości pod każdym względem. Kwestionuje się to, czy pragnienie śmierci można rozpatrywać jako wyrażenie woli rzeczywistej zakończenia egzystencji. Zgodnie z watykańską deklaracją na temat eutanazji, tego rodzaju słowa pacjentów stanowią jedynie wołanie o pomoc. Nieważne, w jaki sposób są formułowane życzenia chorego, jest to przede wszystkim jego skarga na stan, w jakim w danej chwili się znajduje. Stosowną odpowiedzią powinno być udzielenie choremu wsparcia emocjonalnego, psychicznego oraz zapewnienie taktownej opieki. Nie należy traktować problemu takiej osoby w sposób ostateczny i łatwy [15,16]. Wyobrazić można sobie, jak będą wyglądały odwiedziny chorego przez osoby popierające mentalność proeutanatyczną. Podczas każdego spotkania będą oczekiwać godnego zachowania wiążącego się z decyzją prośby o eutanazję. Oczekiwania te dają pogląd, że życie, jakie pacjent prowadzi jest niegodne, natomiast zwlekając z decyzją o eutanazji zachowuje się niegodnie [7].

Istotna różnica między stanowiskiem zwolenników oraz przeciwników legalizacji eutanazji z woli pacjenta polega na tym, że pierwsi podążają do rezygnacji z rozstrzygnięcia praktycznego. Drudzy zaś do zdominowania wszystkich pewnej określonej aksjologii. Legalizacja dobrowolnej eutanazji odnosi się do sprzeciwu wobec narzucaniu racji co do wartości życia, jak również wobec narzucania przez innych ich postulatów o świętości życia. Po jej wprowadzeniu każdy człowiek bez wyjątku mógłby decydować o sobie [15,16].

Przeciwnicy eutanazji mają wątpliwość w sprawie uznania decyzji o zakończeniu egzystencji za swobodną, faktycznie odzwierciedlającą wolę chorego. Wskazują na niebezpieczeństwo wejścia w ten sposób na równię pochyłą, prowadzącą w konsekwencji do zniesienia jakiejkolwiek ochrony ludzkiego życia. Zwracają uwagę na podważenie roli i sensu zawodu lekarza, a także na zerwanie łączącego go z pacjentem zaufania [15,16].

Piśmiennictwo

1. Kulikowska A., Czaban S.L. i wsp.: Postawy wobec umierania i śmierci personelu medycznego prowadzącego proces leczniczy chorych w stanach bezpośredniego zagrożenia życia [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C.

- (red.). UM w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009, tom VII, 521-533.
2. Bołoz W.: Utrzymanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii. Punkt widzenia etyka. Katedra Bioetyki, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Med. Paliat. Prakt., 2013, 3-4, 69 – 74.
 3. Grzesiak D., Łukaszuk C., Rolka H., Krajewska – Kułak E.: Opieka paliatywna jako forma opieki nad pacjentem umierającym [w:] Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, Krajewska – Kułak E., Sierakowska M., Lewko J., Łukaszuk C. (red.). AMB, Wydz. Piel. i Ochr. Zdr., Białystok, 2005, tom II, 287-294.
 4. Kübler – Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 2007.
 5. Tokarz W.: Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja – Anioł Śmierci czy Zbawienia? Anest. i Ratow., 2012, 6, 16-23.
 6. Kaczmarek T., Marcinkowski J. T.: Kryptoeutanazja – jaka jest skala tego problemu? [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C. (red.). UMB Wydz. Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009, tom VI, 235 – 246.
 7. Staciwa M.: Problem eutanazji. Impuls, Biuletyn warszawskiej OIPiP, 2008, 10-11, 6 – 9.
 8. Staciwa M.: Problem eutanazji [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). UMB, Wydz. Piel. i Ochr. Zdr., Białystok, 2007, tom III, 105-115.
 9. Malarczyk J.: Eutanazja – rozwiązania prawne. Medi Forum, 2003, 6, 19-22.
 10. Majewicz A., Marcinkowski J. T., Jakubowski K.: Eutanazja w Holandii i Belgii [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszuk C. (red.). UMB, Wydz. Piel. i Ochr. Zdr., Białystok, 2007, tom III, 123-126.
 11. Hegedüs K.: Bioetyka kluczem do dobrostanu w chorobie. Problemy etyczne w opiece paliatywnej. Psychoonkologia, 2013, 17, 2, 83-89.
 12. Koc M., Rogowska M. i wsp.: Eutanazja w Internecie. [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C. (red.). UMB, Wydz. Nauk o Zdrowiu, Białystok, 2009, tom VI, 247-255.
 13. Jan Paweł II: Godność człowieka umierającego. Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”. L’osservatore Romano.
 14. Citowicz R.: Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci. Wyd. Kodeks, Warszawa, 2006.

15. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Wyd. Prac Naukowych Universitas, Kraków, 2004.
16. Fenigsen R.: Przysięga Hipokratesa: rozważania o etyce i eutanazji. Świat Książki, Warszawa, 2010.

Postawy pielęgniarek wobec eutanazji

Marcysiak Malgorzata¹, Pilitowski Andrzej¹, Ostrowska Bożena¹, Wiśniewska Ewa², Zagroba Malgorzata², Marcysiak Miłosz³

1. Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie
2. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Kształcenia Podyplomowego, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie
3. Gabinet psychologiczny w Ciechanowie

Wstęp

Jednym z podstawowych antropologicznych faktów związanych nierozdzielnie z ludzkim życiem jest śmierć. Stanowi ona jego kres i dotyczy każdego bez wyjątku. Jest procesem trwającym przez całe życie, a nie tylko chwilą, momentem [1]. Strach przed śmiercią występuje we wszystkich kulturach. Na dzień dzisiejszy praktycznie zanikła oddawana zmarłym należyta cześć, obrzędy pogrzebowe są sygnowane pośpiechem, a w świecie mediów coraz częściej słyszy się opinie głoszone przez autorytety, by koniecznie zaakceptować eutanazję i wprowadzić jej prawne rozwiązania [2]. Pojęcie eutanazji (euthanatos – gr. dobra śmierć), posiadające bardzo odległą, sięgającą jeszcze czasów antycznych historię, rozumiane jako „łagodna śmierć bez przykrych cierpień”, w najbardziej podobnym znaczeniu zaczęło obowiązywać dopiero w XIX wieku. W „Utopii” Tomasza Morusa jednostki zapadły na nieuleczalne schorzenia, które niosły ze sobą ból fizyczny, o ile była taka ich wola, miały mieć podawane środki przeciwbólowe w celu uśpienia, co prowadziło do spokojnej i godnej śmierci. Aktualne znaczenie określane jako zadanie śmierci z miłosierdzia, by wyeliminować cierpienia związane z ostatnimi chwilami życia lub by nieuleczalnie chorym, ewentualnie chorym umysłowo skrócić nieszczęśliwe życie. Znaczenie słowa „eutanazja” w ciągu ostatnich stuleci ulegało ciągłym zmianom. Pojęcie to jest precyzowane także na gruncie prawa. Eutanazję zaliczono do samobójstw; była również traktowana jako morderstwo – biorąc pod uwagę współudział osób trzecich w dokonywaniu aktu skracania życia [3,4,5]. Pojęcie eutanazji jest terminem wieloznacznym i wywołującym

wiele kontrowersji. Obecnie mówi się już o kryptanazji, autotanazji, dystanazji, ortotanazji, eutanazji neonatalnej, eugenicznej, ekonomicznej itp. Wymienia się między innymi eutanazję bierną i czynną, a dalej pośrednią i bezpośrednią, dobrowolną i niedobrowolną, legalną i nielegalną. Mówi się także o eutanazji samobójczej, zabójczej, o towarzyszeniu w samobójstwie, o zabójstwie z litości, o pomocy w umieraniu, o towarzyszeniu czy asystowaniu przy śmierci itp. Wyróżnia się także pewną liczbę czynności medycznych przy końcu drogi pacjenta, takich jak: podanie środków przeciwbólowych w dawce, która może przyspieszyć zgon; ograniczenie bądź zaprzestanie leczenia lub reanimowania pacjenta; odłączenie urządzeń, które sztucznie podtrzymują życie pacjenta (np. respiratora, sztucznej nerki); towarzysztwo bądź pomoc w samobójstwie; podanie dożylnie śmiertelnej substancji [3]. Wszystkie strony sporu są zgodne co do trzech elementów, które charakteryzują eutanazję: jest to skrócenie życia ludzkiego, jest praktykowana przez lekarzy, opiera się na przekonaniu, że przyspieszenie momentu śmierci choremu jest bardziej korzystne lub stanowi mniejsze zło niż to, które wynika ze śmierci naturalnej. Termin „eutanazja” oznacza więc akt spowodowania, przyspieszenia przez lekarza bezbolesnej śmierci, nieuleczalnie chorego pacjenta, kierując się jego dobrem. Jan Paweł II w *Evangelium Vitae* rozpatruje eutanazję w kontekście intencji oraz zastosowanych metod jako czyn lub zaniechanie, które z samej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Zaś według kodeksu karnego eutanazja to zabicie człowieka na jego żądanie, podyktowane współczuciem [5].

Obecnie stosowanie eutanazji jest dozwolone w Belgii, Luksemburgu, Holandii i w stanie Oregon w USA. W Polsce, jak i w większości krajów świata eutanazja jest zakazana i traktowana jako przestępstwo. W sytuacji popełnienia przestępstwa, gdzie uśmiercamy człowieka z powodu współczucia dla niego na jego własne żądanie, osoba dokonująca tego czynu jest sądzona z art. 150, 1 Kodeksu karnego, z którego wynika, że kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 [6]. Eutanazja, jako problem bioetyczny wymaga sformułowania stanowiska wśród przedstawicieli zawodów medycznych, w tym pielęgniarek, co będzie w dużej mierze zależało od ich postawy wobec niniejszego problemu.

Założenia i cel pracy

Założeniem badawczym pracy były postawy pielęgniarek wobec eutanazji z uwzględnieniem komponentów: poznawczego, behawioralnego i emocjonalnego. Szczególne

zainteresowanie budził wpływ wykształcenia, stażu pracy i wieku pielęgniarek na ich postawę.

Celem niniejszych badań było poznanie postaw pielęgniarek wobec eutanazji.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w 2015 r., wśród 70 ciechanowskich pielęgniarek. Do badań wybrano cztery oddziały szpitalne: hospicjum, neurologia, oddział wewnętrzny specjalistyczny, oddział internistyczny oraz z DPS „Kombatant” w Ciechanowie, w jednakowej reprezentacji, po 20% z każdego miejsca zatrudnienia.

W badanej grupie kobiety stanowiły 94% badanych osób, a mężczyźni 6%. Osób w wieku poniżej 31 lat było 16%, powyżej 40 lat było 31%, a w wieku między 30 – 40 lat 53%. 20% miało wykształcenie średnie, 30% - policealne, wyższe licencjackie posiadało 44% osób, a wyższe magisterskie zaledwie 6%. W zawodzie poniżej 5 lat pracowało 9% badanych, w przedziale 5 – 10 pracowało 4%, 7% pracowało w przedziale czasu 11 – 15, 19% w przedziale 16 – 20, a 61% osób pracowało w zawodzie powyżej 20 lat.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z dwóch części. Pierwsza część zawierała 29 stwierdzeń dotyczących cech społecznych oraz osobistych, skategoryzowanych w oparciu o komponenty postawy (poznawczą, behawioralną i emocjonalną). W drugiej części znajdowały się dane metryczkowe (płeć, rok urodzenia, staż pracy, miejsce zatrudnienia, wykształcenie).

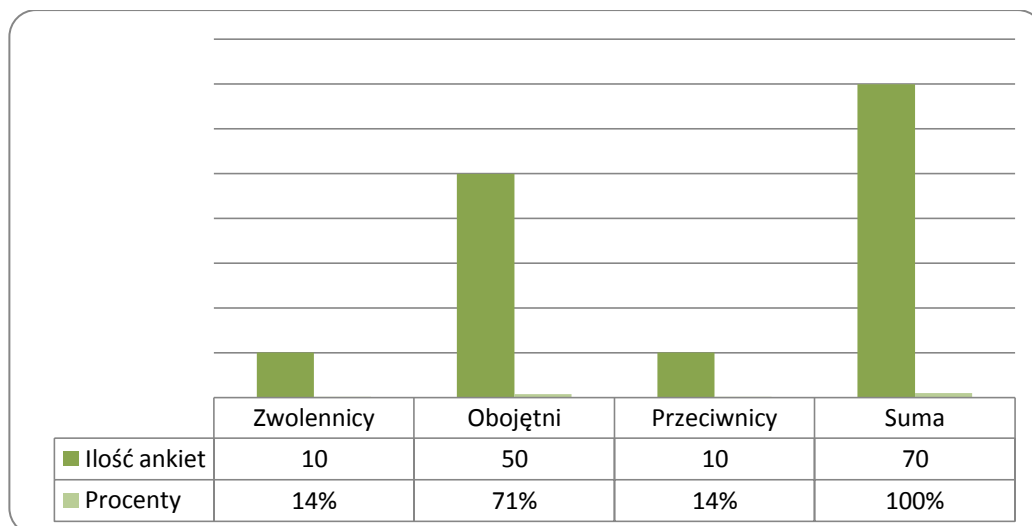
Poszczególne odpowiedzi przedstawiono w postaci nych procentowych i liczbowych.

Wyniki

Uzyskane dane liczbowe pozwoliły na wyodrębnienie trzech kategorii. Osoby, które uzyskały 103 punkty i powyżej, sytuowano wśród zwolenników, 102-89 wśród przeciwników i osoby zajmujące neutralną postawę wobec eutanazji, które uzyskały 88 punktów i poniżej. Średnia wynosiła 95,5 (SD=7,14).

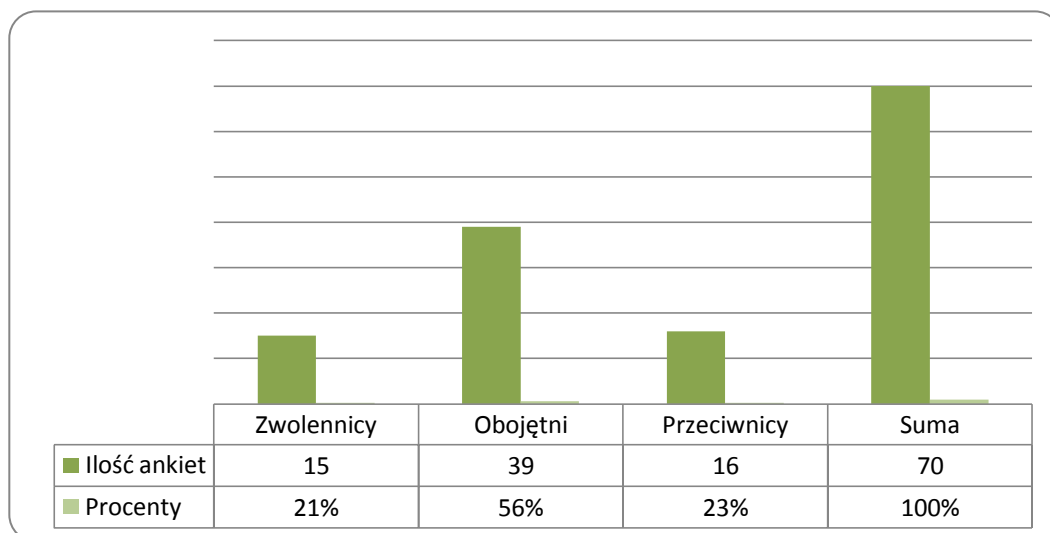
Jak wynika z analizy powyższych danych, najwięcej respondentów (71%) prezentowało neutralne stanowisko wobec eutanazji. Zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy stanowili po 14% /Ryc. 1/.

Średnia w komponencie poznawczym wyniosła 35,5 (SD=3,82), badani, którzy uzyskali 39 punktów i powyżej byli zakwalifikowani do zwolenników, osoby neutralne znajdowały się w przedziale 38 – 33 punktów, natomiast respondenci, którzy uzyskali wynik 32 punkty i poniżej to przeciwnicy eutanazji.



Ryc. 1. Postawy wobec eutanazji

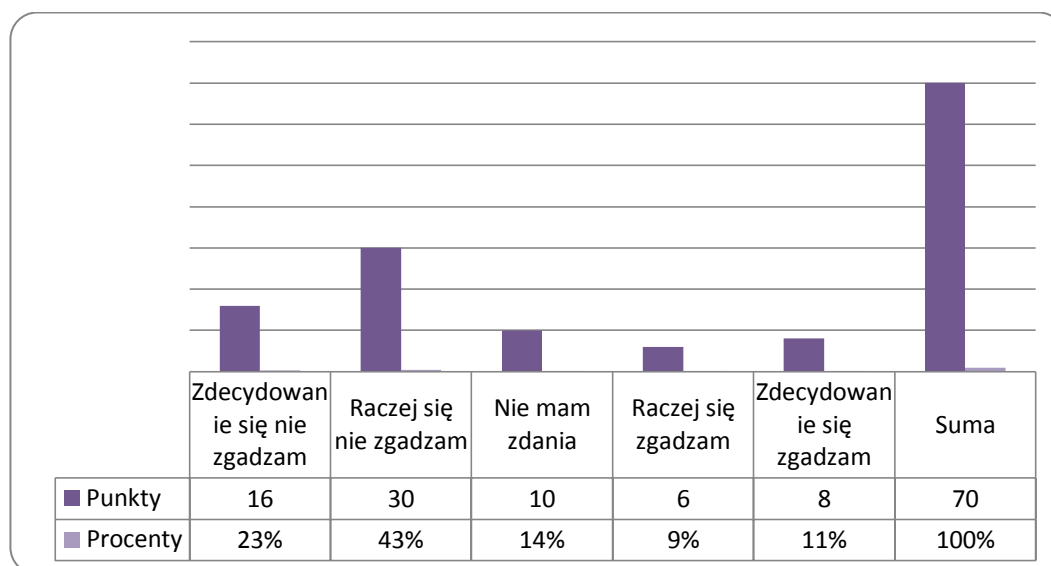
Analizując dane dotyczące komponentu poznawczego postawy można stwierdzić, że również większość badanych prezentowała neutralną postawę, przeciwnicy 23%, zaś zwolennicy obejmowali 1/5 respondentów /Ryc. 2/.



Ryc. 2. Komponent poznawczy

W celu uszczegółowienia poniżej zostały przedstawione wyniki uzyskane w obszarze poszczególnych stwierdzeń dotyczących komponentu poznawczego postawy.

Wśród badanych przeważało stwierdzenie, iż eutanazja nie powinna zostać zalegalizowana. Większość respondentów (66%) stwierdziła, że zdecydowanie bądź raczej się nie zgadza, by eutanazja została zalegalizowana, jednakże w 20% pielęgniarki wykazały akceptację dla jej zalegalizowania. Tylko 14% respondentów zajęło stanowisko neutralne /Ryc. 3/.

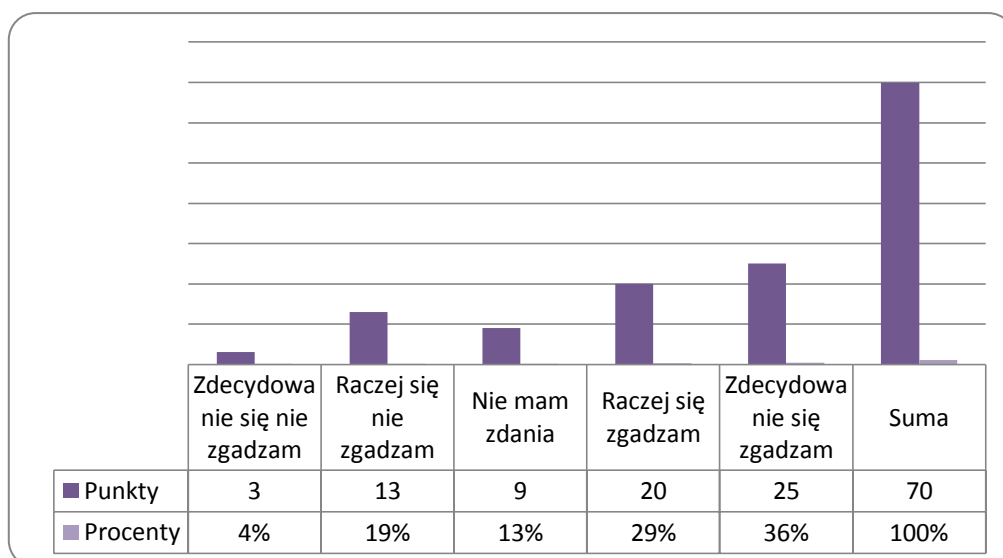


Ryc. 3. Legalizacja eutanazji

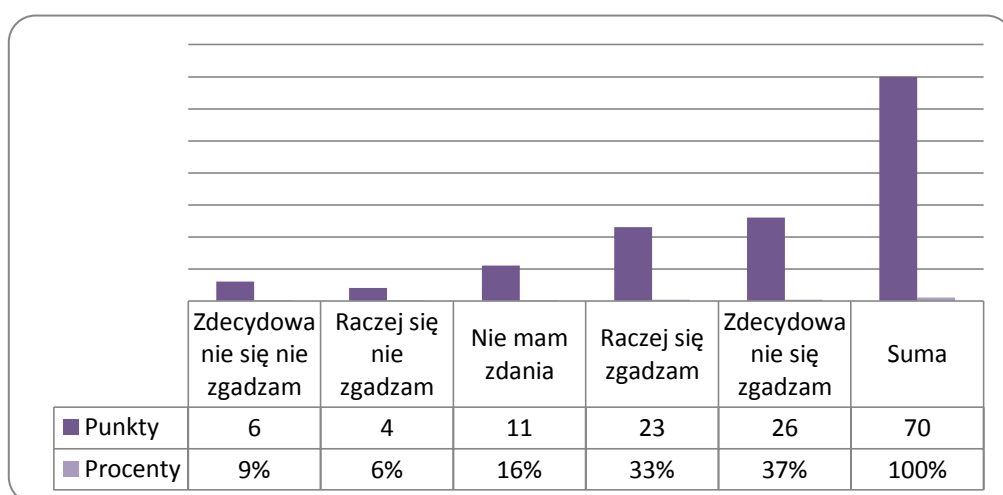
Abstrahując od stwierdzenia, iż eutanazja powinna zostać zalegalizowana oraz osób przemawiających na korzyść bądź nie, na kolejne stwierdzenie, które brzmiało: Kwestia eutanazji w Polsce powinna być regulowana w kwestii prawnej, pielęgniarki w większości (65%) odpowiedziały się za. Można także wysnuć przypuszczenie, iż pielęgniarki negatywnie podchodzą do eutanazji, jeśliby została ona zaakceptowana na stopie prawnej, tak jak to ma miejsce w Belgii, Luksemburgu, Holandii i w stanie Oregon w USA, to być może dostosowałyby się do tej sytuacji /Ryc. 4/.

Mimo wszystkich aspektów prawnych, pielęgniarki w zdecydowanej większości wykazały, iż eutanazja to głównie sprawa, która dotyczy się pacjenta. Dlatego też właśnie w 70% zgadzały się z tym, by „testament życia”, pisemna zgoda osoby chorej powinna być brana pod uwagę, jeśli wyniknie możliwość skrócenia cierpienia i dalszej egzystencji /Ryc. 5/.

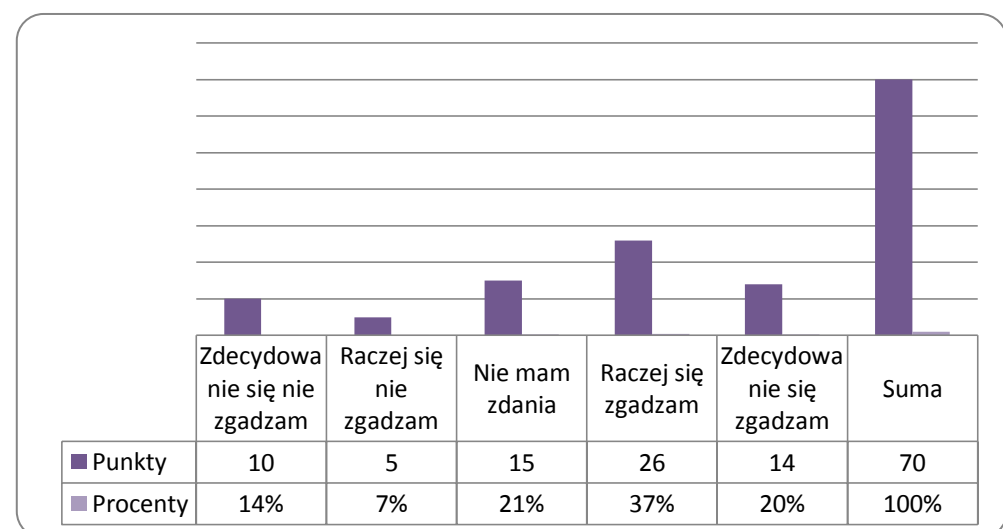
Na stan obecny eutanazja jest czynem, który podlega karze pozbawienia wolności. Ze stwierdzeniem, że powinna podlegać karze godzi się 57% respondentów /Ryc.6/.



Ryc. 4. Kwestia prawna eutanazji

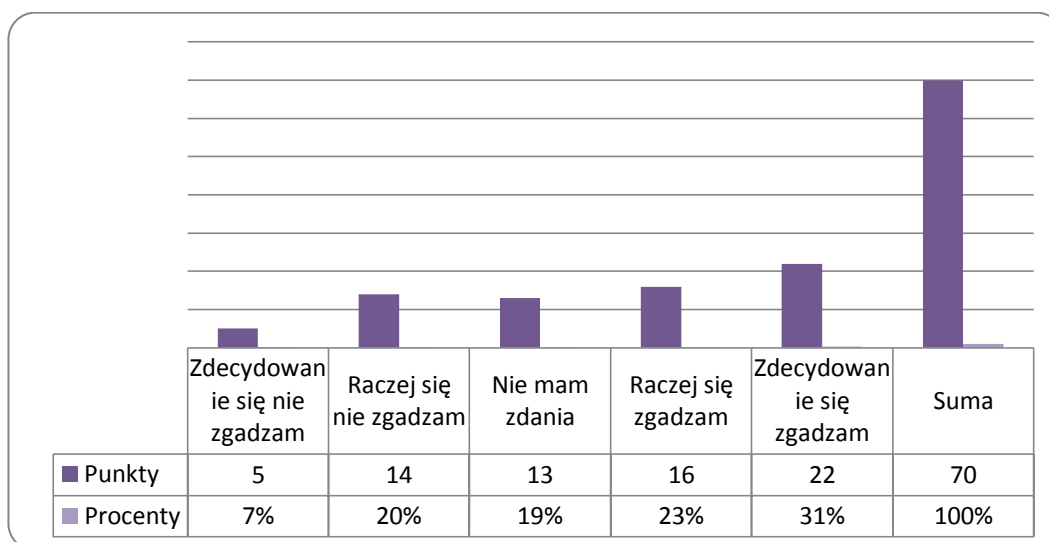


Ryc. 5. Pisemna zgoda osoby chorej



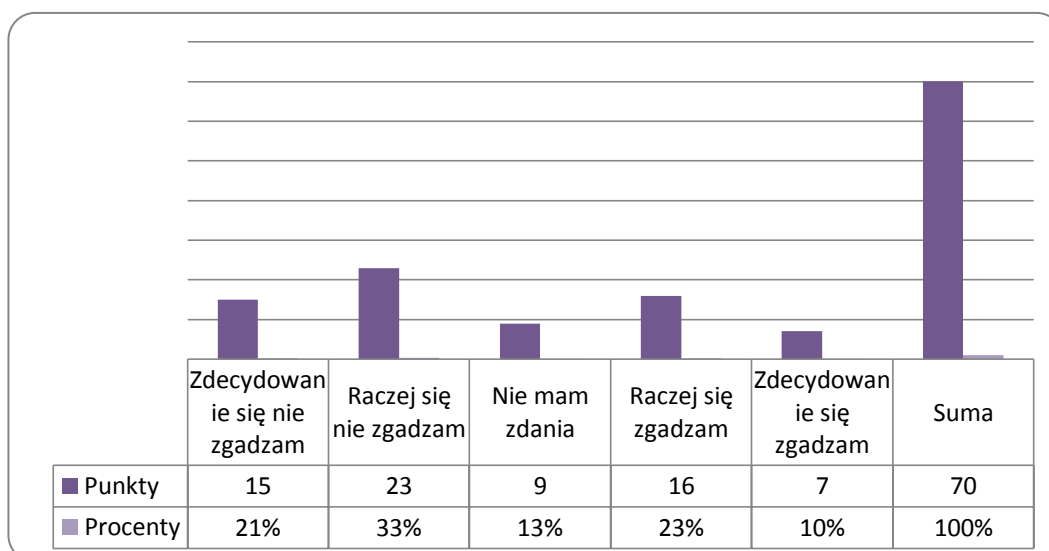
Ryc. 6. Kara pozbawienia wolności

W Polsce okres odbywania kary wynosi od 3 miesięcy do 5 lat i z tym właśnie stanem zgadza się 54% pielęgniarek biorących udział w badaniu /Ryc. 7/.

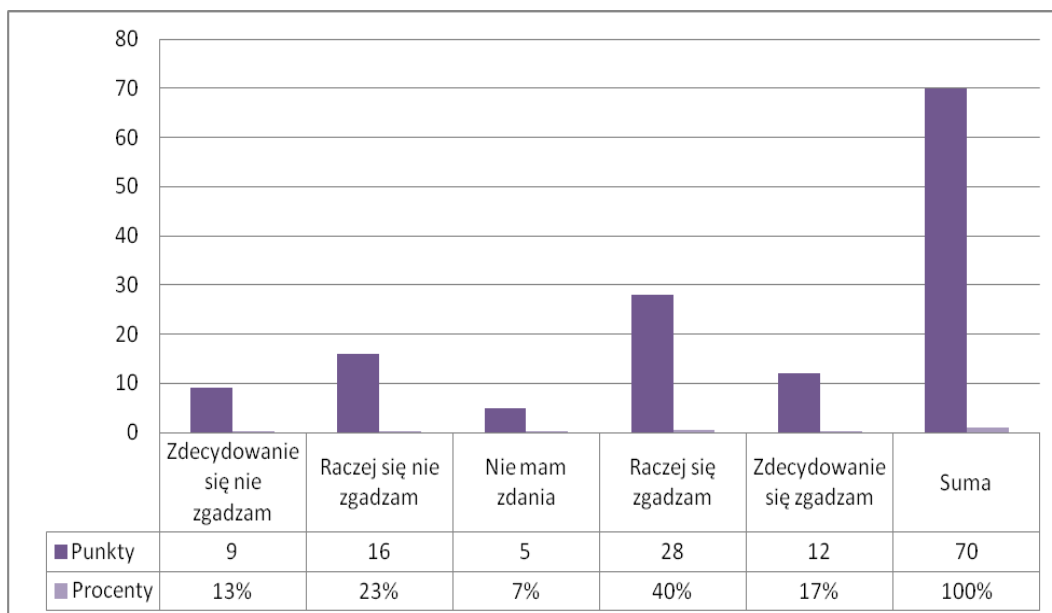


Ryc. 7. Długość trwania kary

Wysnute zostało także stwierdzenie, iż gdyby eutanazja została zalegalizowana to mogłaby doprowadzić do nadużyć, jednakże zostało ono zdementowane przez pielęgniarki w 54% /Ryc. 8/.

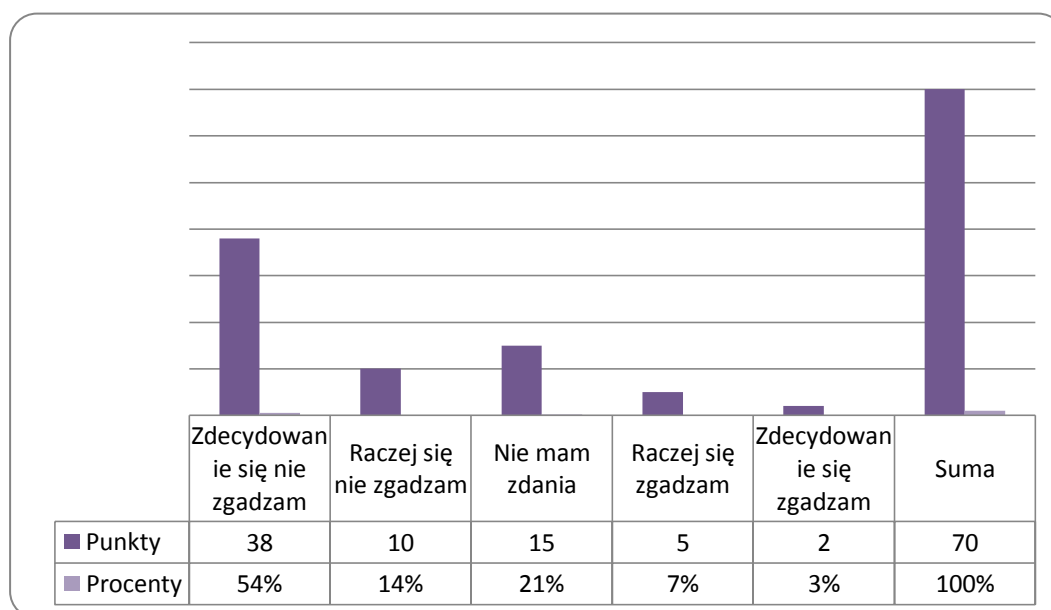


Ryc. 8. Nadużycia eutanazji po zalegalizowaniu

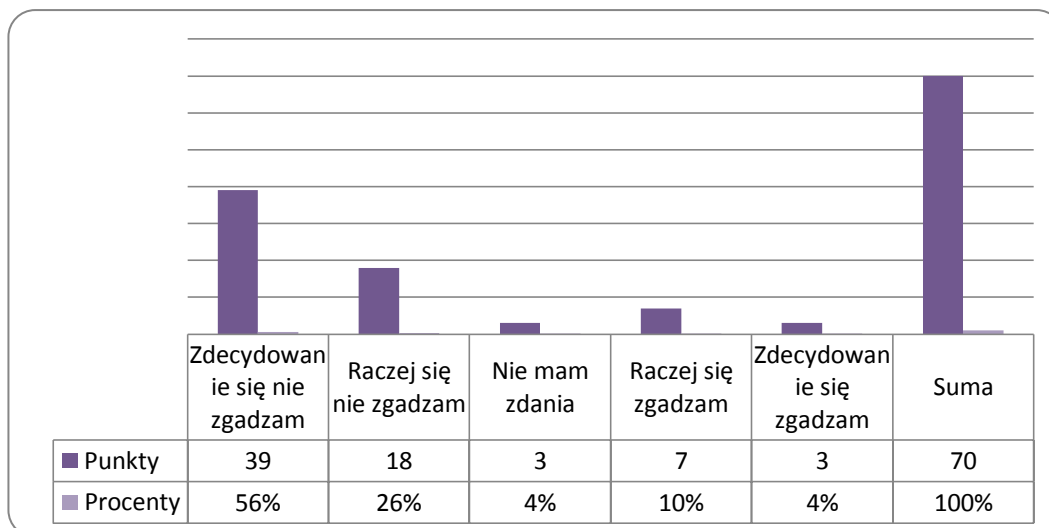


Ryc. 9. Rodzina chorego a eutanazja

W sytuacji, gdy osoba chora nie może decydować już o swoim dalszym życiu, rodzina lub lekarz prowadzący leczenie, mają prawo/mogą zdecydować o tym, czy poddać taką osobę aktowi eutanazji. Badani postawieni przed takim stwierdzeniem w większości wykazali jednostronną opinię. Jeżeli sytuacja dotyczy rodzin, to w 57% respondenci zgadzają się z takim rozwiązaniem /Ryc. 9/, jeśli jednak lekarz miałby zdecydować o zakończeniu życia pacjenta, to w większości (68%) pielęgniarki były przeciwnie /Ryc. 10/.

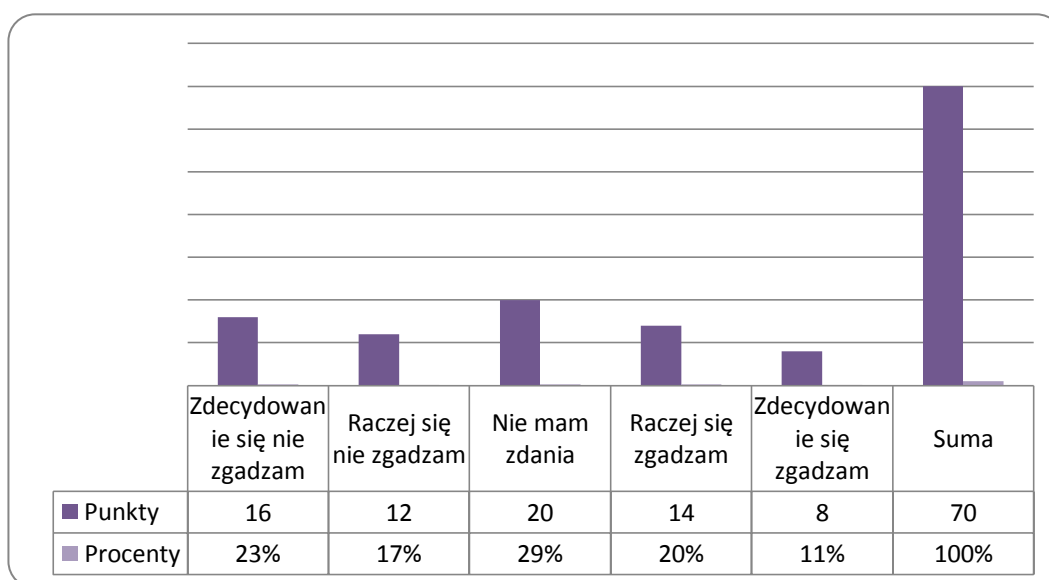


Ryc. 10. Lekarz chorego a eutanazja



Ryc. 11. Inaczej samobójstwo

Większość respondentów (72%) nie zgodziła się ze stwierdzeniem, że eutanazja oznacza to samo, co samobójstwo /Ryc. 11/.

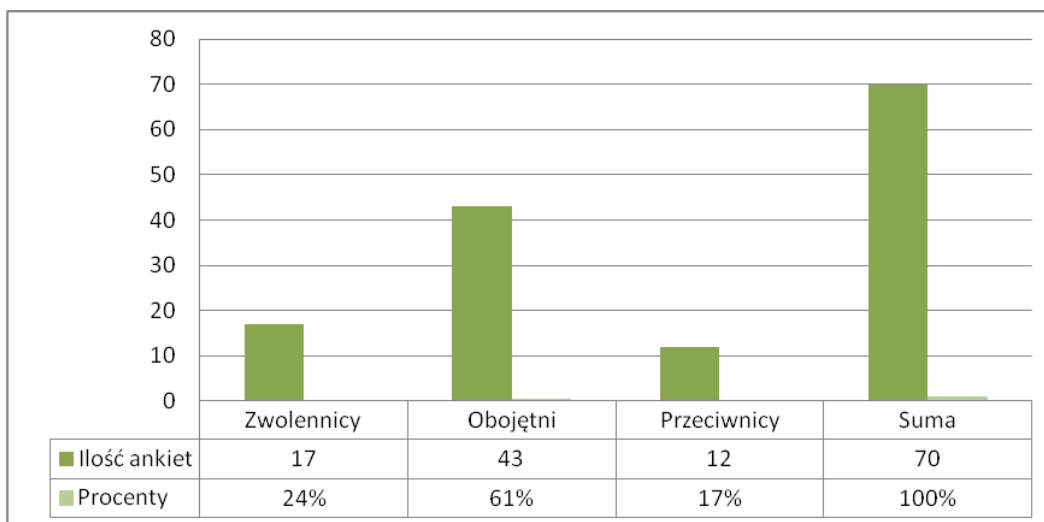


Ryc. 12. Opinia Polaków

Jeśli chodzi o stwierdzenie, że Polacy są zwolennikami eutanazji, to opinie były zróżnicowane. Ok. 1/3 respondentów nie miała zdania na ten temat, 40% nie zgodziło się z takim stwierdzeniem, ale 31% respondentów uznało, że Polacy są za eutanazją /Ryc. 12/.

W behawioralnym komponencie postawy średnia wyniosła 18,71 (SD=3,73). Osoby, które uzyskały 22 punkty i powyżej określani byli mianem zwolenników, obojętnymi były

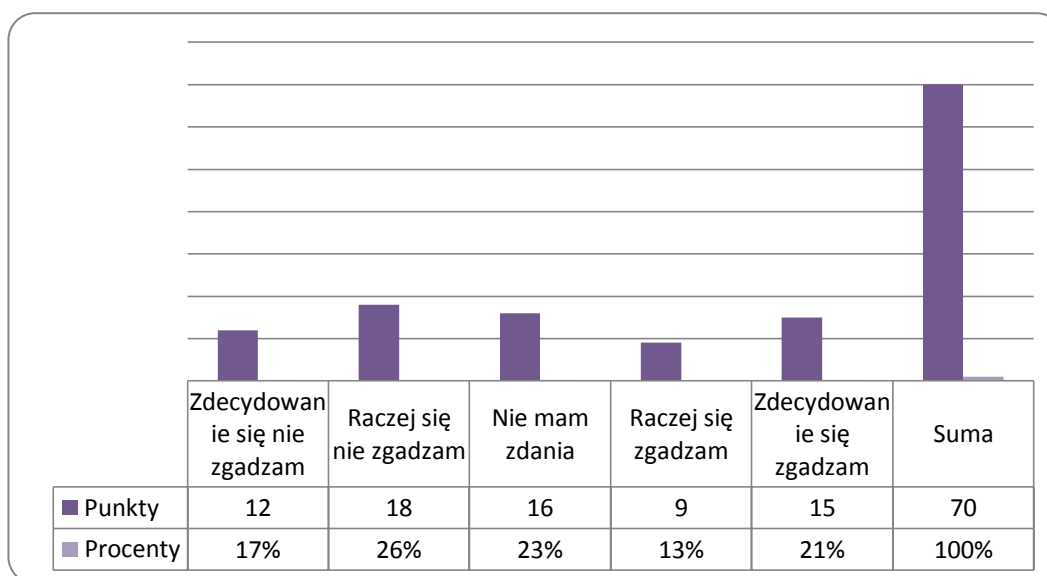
osoby znajdujące się w przedziale 21 – 16, zaś do przeciwników zostali zakwalifikowani respondenci, którzy uzyskali 15 punktów i poniżej.



Ryc. 13. Komponent behawioralny

Dominowali respondenci w kategorii neutralnych (61%). Wśród zwolenników znalazła się ¼ respondentów, natomiast 17% badanych było przeciwnikami eutanazji /Ryc. 13/.

Poniżej zostały przedstawione wyniki dotyczące poszczególnych stwierdzeń w komponencie behawioralnym.



Ryc. 14. Śmierć kliniczna a eutanazja

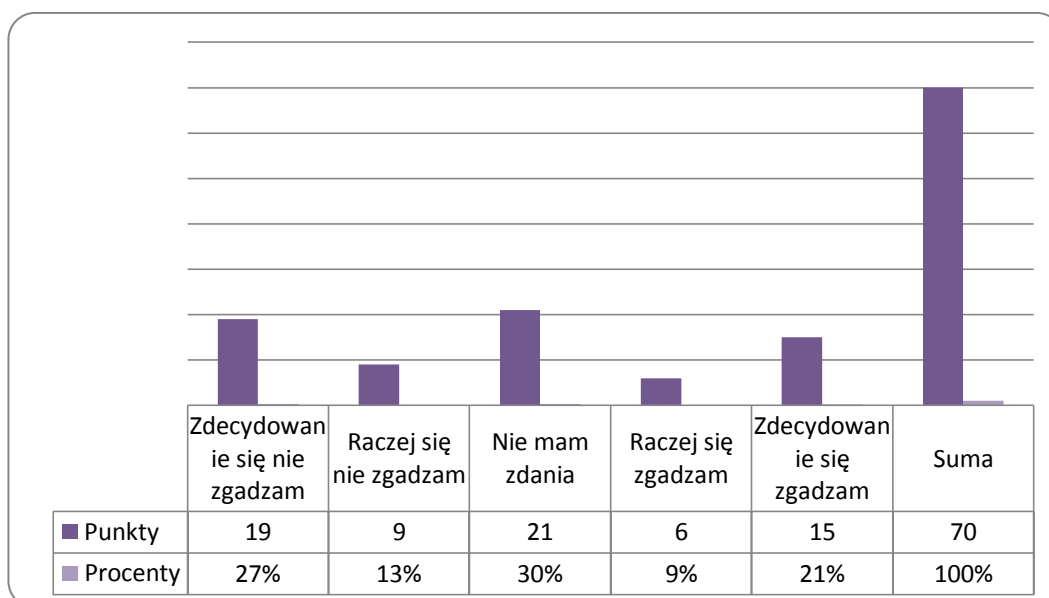
Przed osobami biorącymi udział w badaniu, zostały sformułowane stwierdzenia odnośnie hipotetycznego stanu pacjenta, który to mógłby zostać poddany aktowi eutanazji. Były to osoby ze śmiercią kliniczną, osoby ze stanem cierpienia, któremu nie można już ulżyć w żaden sposób, osoby ze sztucznym podtrzymywaniem funkcji życiowych, osoby z długotrwałą i nieuleczalną chorobą oraz osoby z chorobą, która wiąże się z paraliżem całego ciała. Według większości respondentów, niezależnie od stanu, w jakim się znajdowali pacjenci, nie kwalifikowali się do tego, by poddać ich czynowi eutanazji.

W przypadkach śmierci klinicznej przeciwnych było 43% respondentów /Ryc. 14/, cierpienie, któremu nie można ulżyć – 40% /Ryc. 15/, w długotrwałej i nieuleczalnej chorobie – przeciwnych było 38% /Ryc. 16/.

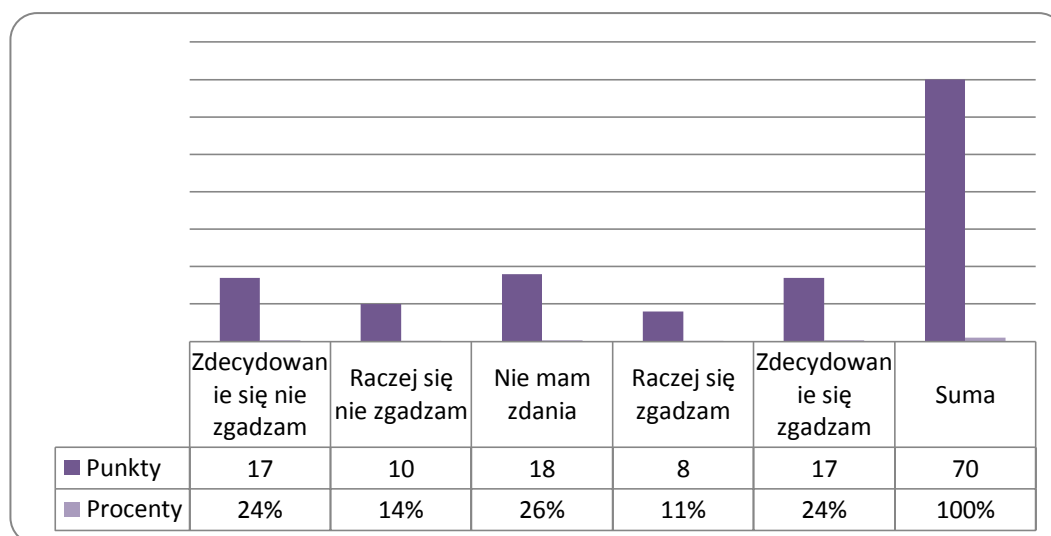
Podobnie w przypadku choroby związanej z paraliżem całego ciała – przeciwnych było 38% /Ryc. 17/.

Jednakże, jeśli sytuacja dotyczyła pacjenta, który miałby mieć podtrzymywane funkcje życiowe, wtedy 46% pielęgniarek było za tym, żeby dokonać eutanazji /Ryc. 18/.

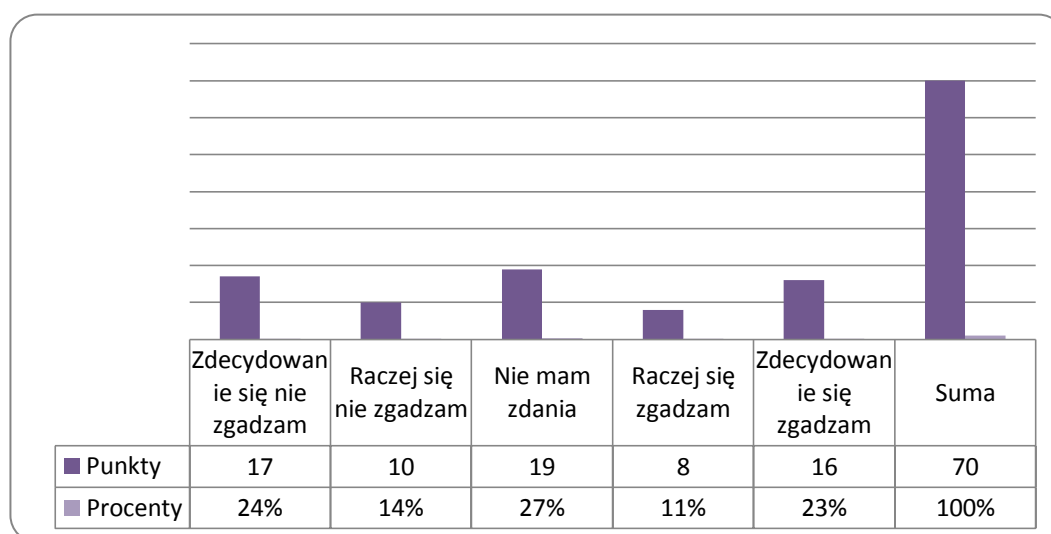
Analizując możliwość wykonania eutanazji przez respondentów wśród osób sztucznie podtrzymywanych przy życiu należy stwierdzić, że większość (57%) nie zdecydowałaby na wykonanie takiego czynu, tylko 11% badanych wyraziłaby taką wolę /Ryc. 19/.



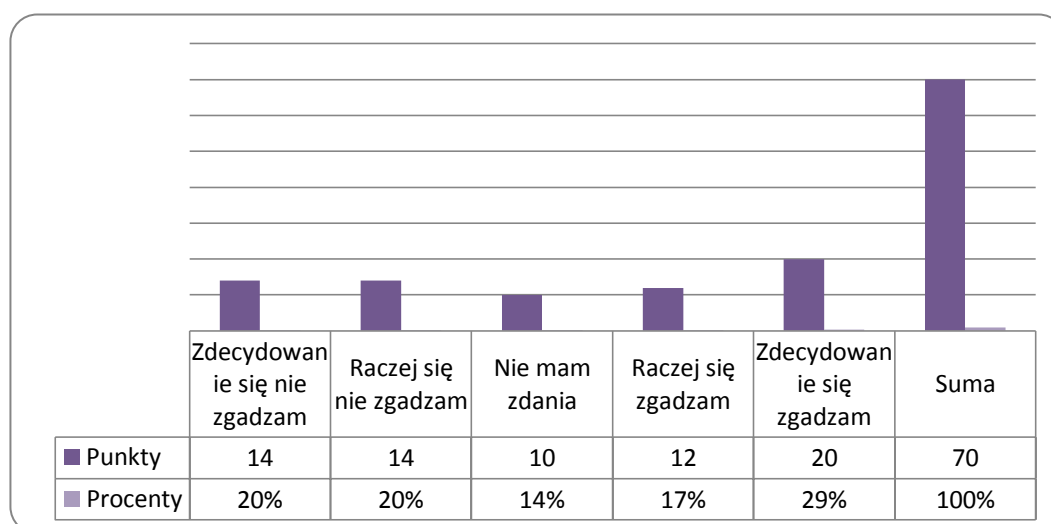
Ryc. 15. Cierpienie a eutanazja



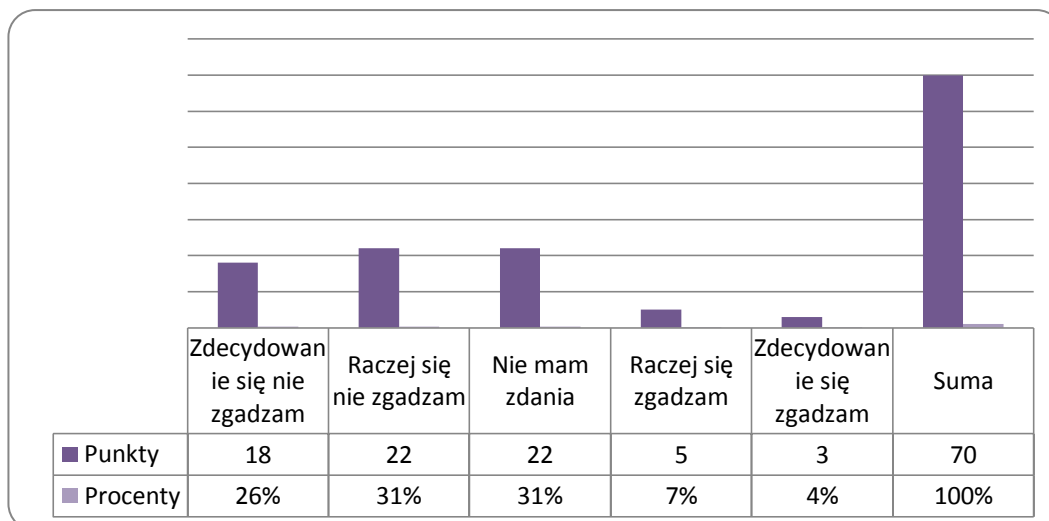
Ryc. 16. Nieuleczalna choroba a eutanazja



Ryc. 17 Nieuleczalna choroba związana z paraliżem a eutanazja

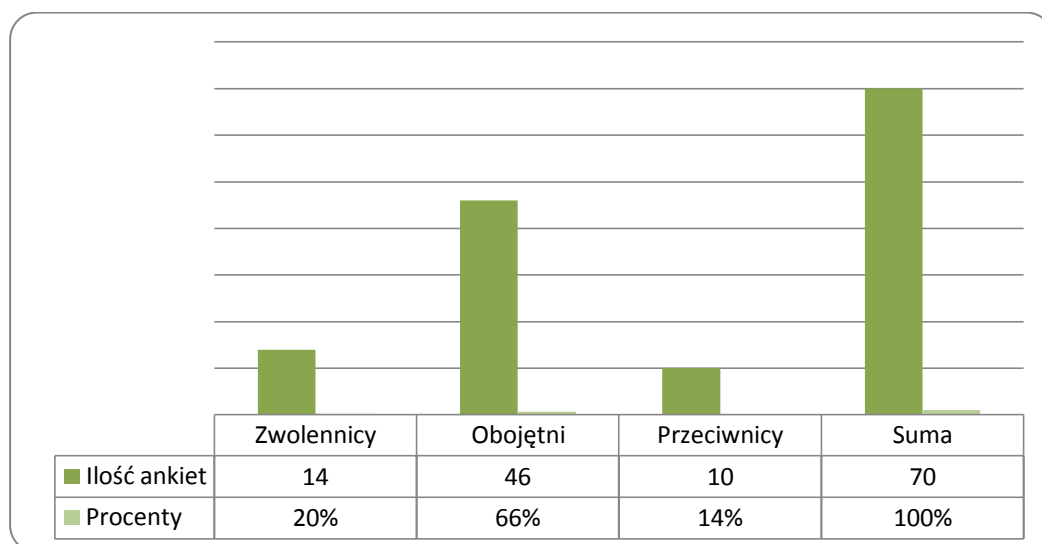


Ryc. 18. Sztuczne podtrzymywane funkcje życiowe a eutanazja



Ryc. 19. Możliwość wykonania eutanazji

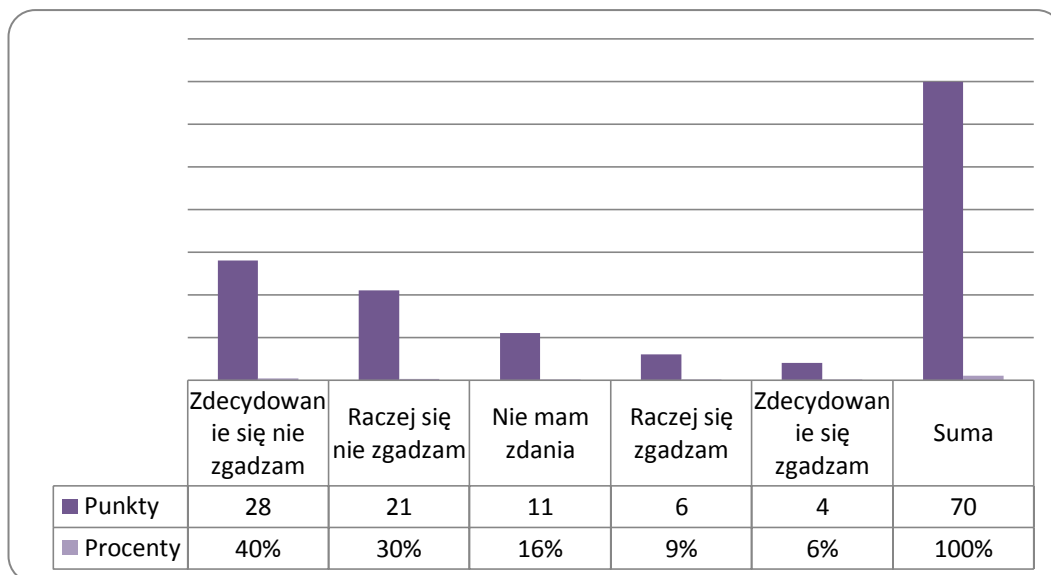
W komponencie emocjonalnym postawy średnia wyniosła 41,54 (SD=4,53). Respondenci, którzy uzyskali wynik 46 i powyżej założonych punktów byli zaliczeni do grona zwolenników, osoby, które uzyskały wynik w przedziale 45 – 38 należą do grupy obojętnych, natomiast badani uzyskawszy wynik poniżej 37 punktów zostali zaliczeni do grona przeciwników.



Ryc. 20. Komponent emocjonalny

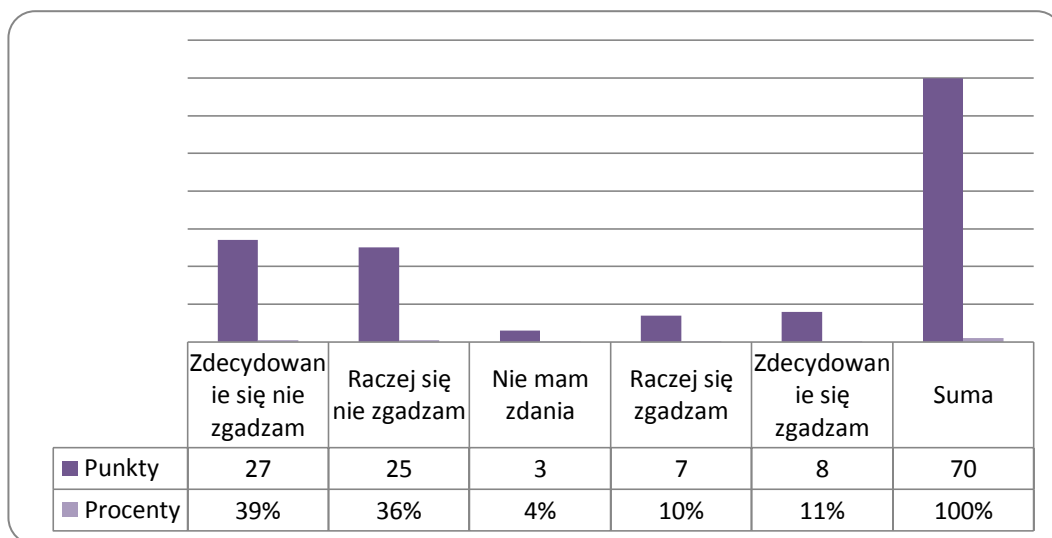
W tej sferze największy odsetek badanych (66%) zajmowało neutralną postawę. Wśród zwolenników znalazło się 20% badanych, w 14% stanowili przeciwnicy /Ryc. 20/.

Na poniższych wykresach zostały przedstawione wybrane stwierdzenia emocjonalnego komponentu postawy.



Ryc. 21. Eutanazja budzi lęk i obawy

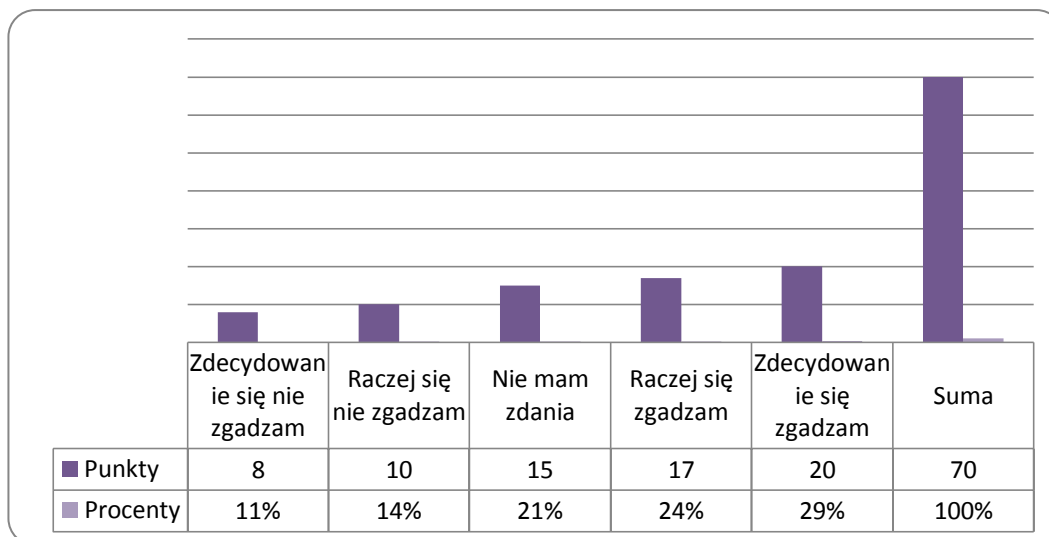
Eutanazja wśród większości pielęgniarek (70%) nie budziła lęku, tylko u 15% badanych wywoływała takie uczucia /Ryc. 21/.



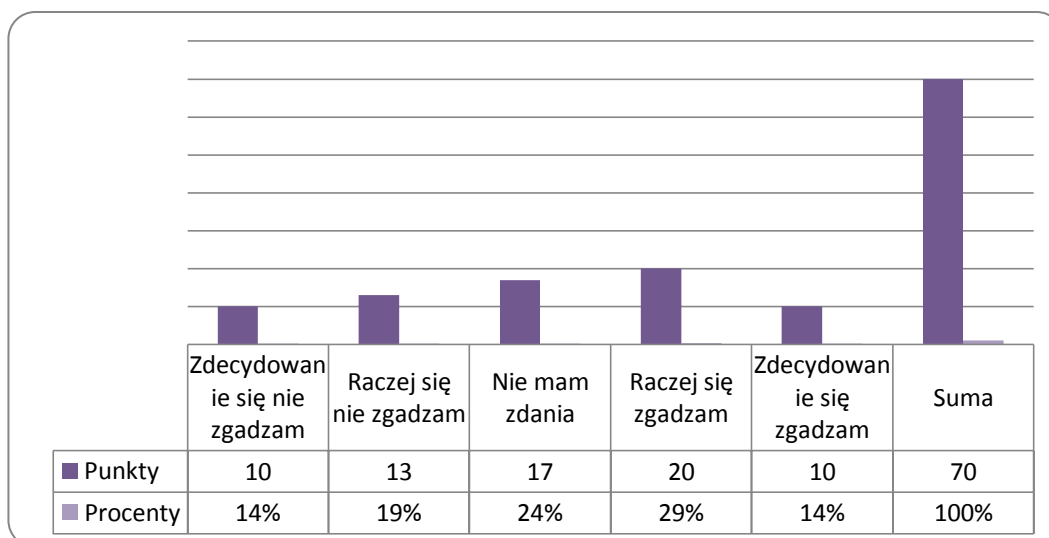
Ryc. 22. Eutanazja a zabójstwo

Większość badanych (75%) nie zgodziła się ze stwierdzeniem, że eutanazja jest zabójstwem /Ryc. 22/.

Trzeba pozwolić ludziom decydować o własnym życiu. Z tym stwierdzeniem zgadzało się 53% respondentów /Ryc. 23/.



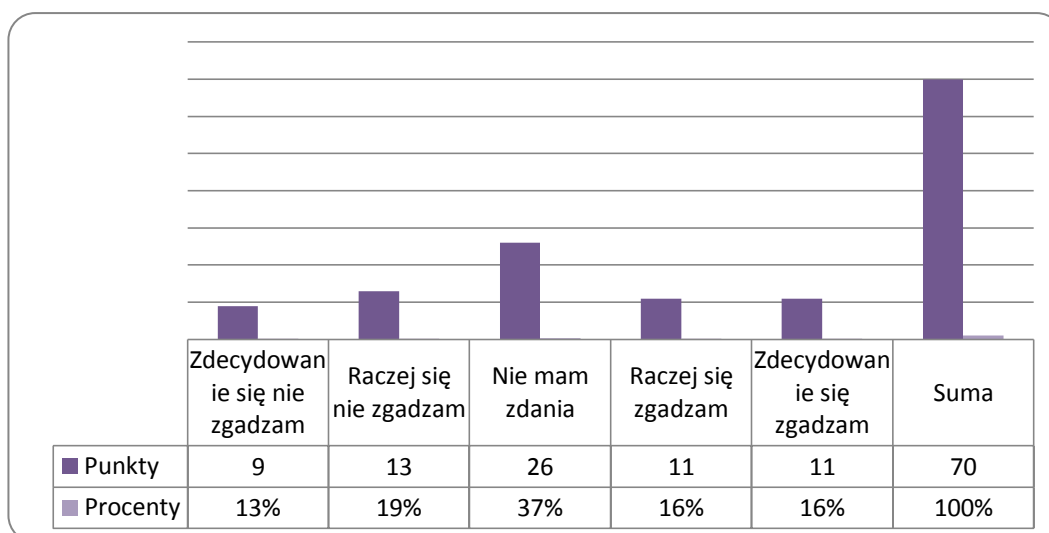
Ryc. 23. Ludzie decydują o własnym życiu



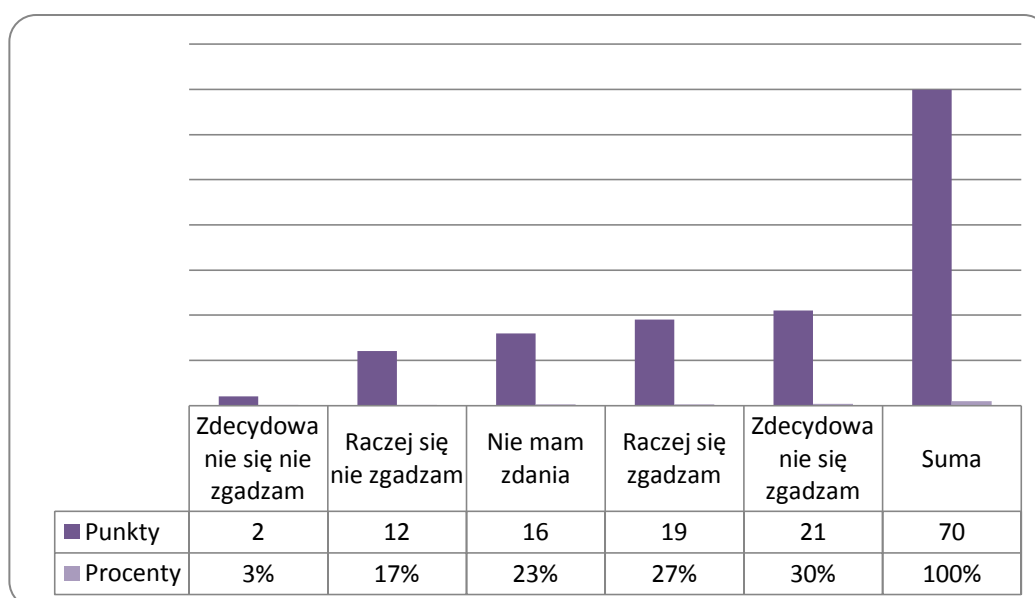
Ryc. 24. Pomoc lekarza w zakończeniu cierpienia

W przypadku, gdyby sami respondenci zapadli na nieuleczalną chorobę, aż 43% rozważyłoby pomoc lekarza w pomocy zakończenia cierpienia /Ryc. 24/.

Stwierdzenie, że decyzja o eutanazji i zakończeniu cierpienia, daje satysfakcję osobom chorym wydaje się być jednym z najtrudniejszych w kwestionariuszu ankiety, ponieważ eutanazja nie jest prawnie zalegalizowana w Polsce. Dlatego respondenci aż w 37% nie mieli zdania na ten temat /Ryc. 25/.



Ryc. 25. Decyzja o eutanazji a satysfakcja

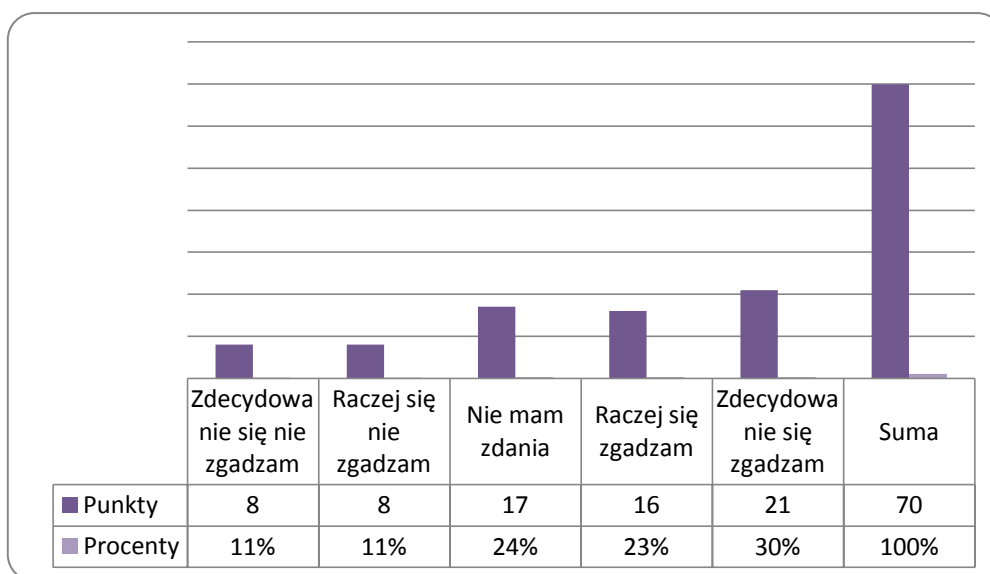


Ryc. 26. Możliwość odebrania życia a przygnębienie

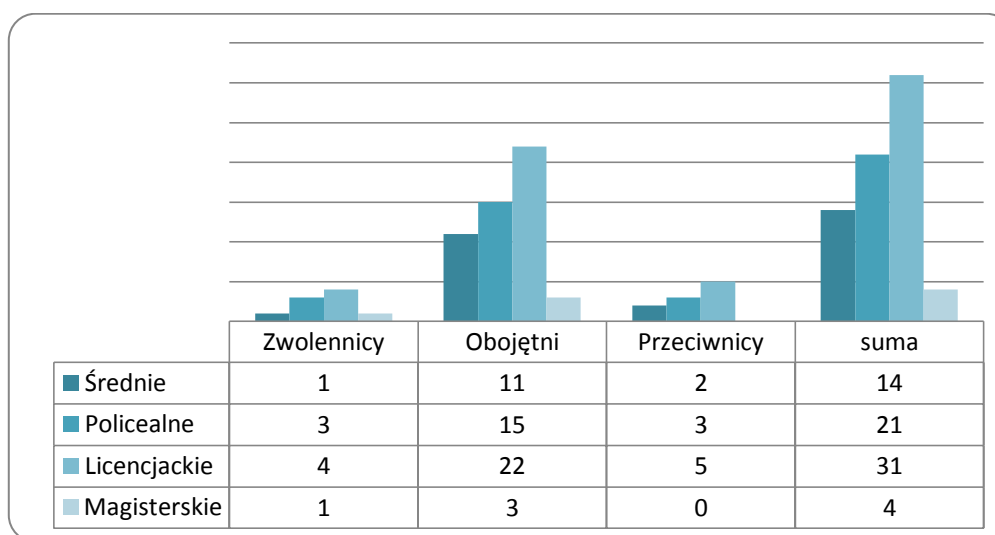
Perspektywa możliwości odebrania życia pacjentowi jest bardzo przygnębiająca. Zdecydowana większość, bo aż 57% respondentów zgodziła się z tym stwierdzeniem /Ryc. 26/.

Na stwierdzenie, czy eutanazja daje wybór, wolność, godność pacjentowi w obliczu śmierci zgodziło się 53% badanych /Ryc. 27/.

Ze względu na nierównoliczne grupy trudno było dokonać porównań procentowych. Analizując dane liczbowe można stwierdzić, że niezależnie od wykształcenia najwięcej osób w każdej grupie prezentowało postawę neutralną /Ryc. 28/.



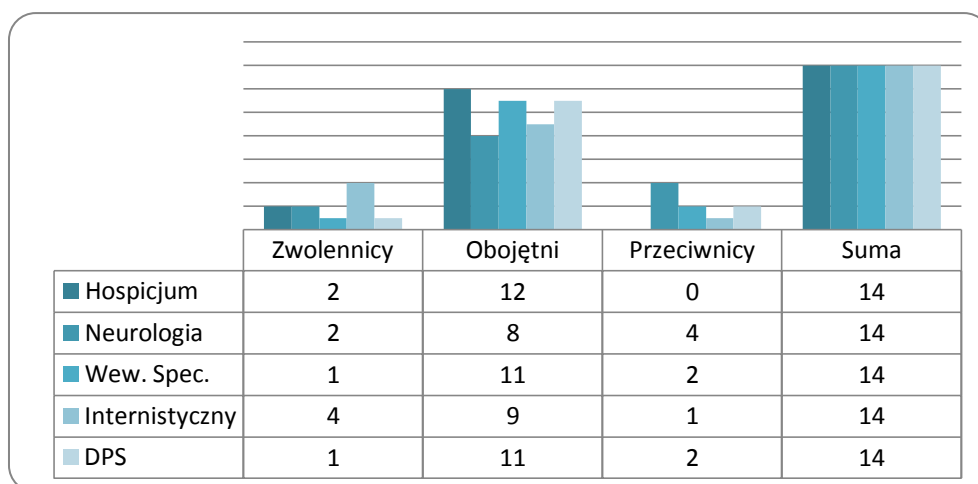
Ryc. 27. Eutanazja w obliczu śmierci



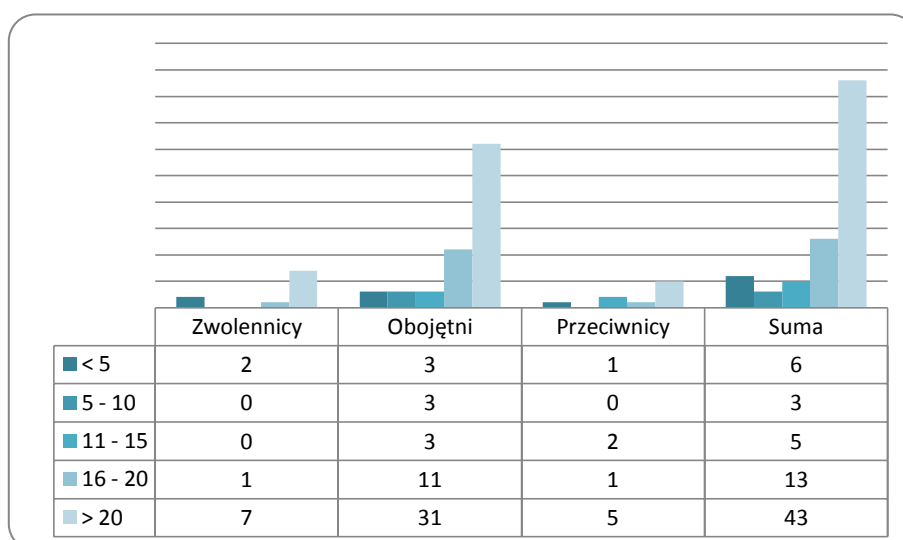
Ryc. 28. Postawa a wykształcenie

Podobnie prezentowały się wyniki w odniesieniu do miejsca zatrudnienia. Dotyczyło to w dużej mierze również pielęgniarek pracujących w hospicjum, gdzie dylematy dotyczące postaw wobec eutanazji mogą pojawiać się najczęściej /Ryc. 29/.

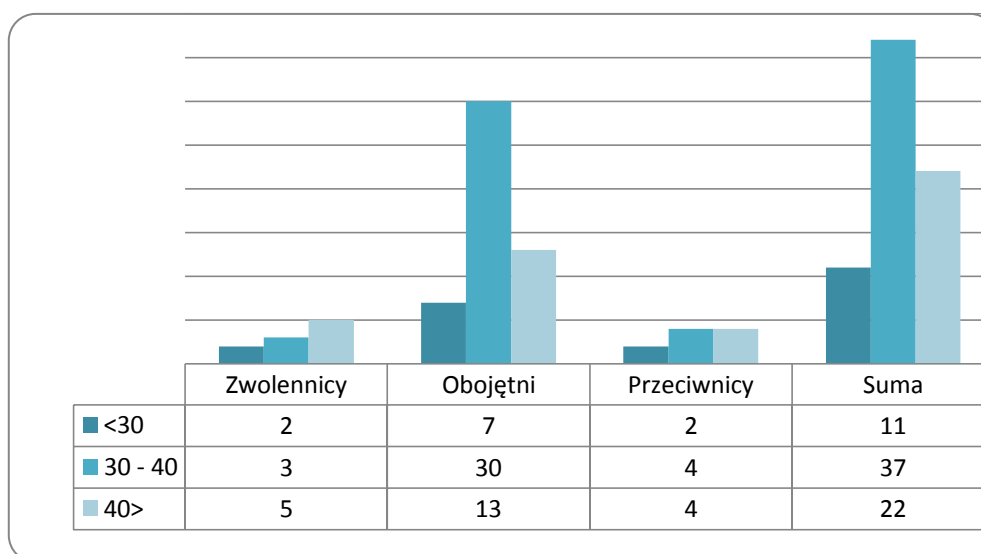
W przypadku stażu pracy postawa neutralna wzrastała wraz ze stażem pracy i najczęściej dotyczyła osób pracujących ponad 20 lat w zawodzie. Jednak również w tej grupie znajdowali się zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy, wśród osób pracujących od 5 do 15 lat nie znalazła się nawet jedna osoba opowiadająca się za eutanazją /Ryc. 30/.



Ryc. 29. Postawa a miejsce zatrudnienia



Ryc. 30. Postawa a staż pracy



Ryc. 31. Postawa a wiek

Najwięcej osób prezentujących postawę obojętną plasowało się w przedziale wiekowym 30-40 lat /Ryc. 31/.

Dyskusja

We współczesnym świecie spotykamy się z coraz częstszymi atakami na życie ludzkie. Jedną z najbardziej niepokojących form tych ataków jest eutanazja. Podstawowe i niezbywalne prawo do życia poddawane jest dyskusjom, a często i negacji. Coraz częściej docierają do nas informacje o legalizacji i dokonywaniu eutanazji, o nadużyciach w zakresie pozbawiania życia, o odmowach działań ratujących życie ludzi starszych. W opinii publicznej funkcjonują różnorodne ideologie, czy filozofie akcentujące prawo człowieka do śmierci [5]. Zaczynając od badań z roku 2005/2006 przeprowadzonych w Białymstoku, w których uczestniczyło 300 osób, w tym 100 studentów II roku Wydziału Pielęgniarstwa studiów stacjonarnych, 100 lekarzy, a także pielęgniarek oraz 100 pacjentów. Wszyscy studenci biorący udział w ankiecie byli w wieku 25-30 lat, a u lekarzy i pielęgniarek oraz pacjentów wiek wynosił 25-35 lat. Ankietowani odnieśli się do poparcia ustawy odnośnie legalizacji eutanazji w Polsce. Największą grupę, która zdecydowanie popierała legalizację eutanazji była grupa studentów (22%), grupa pacjentów poparła projekt w 13%, natomiast pracownicy medyczni w 4%. Swoj sprzeciw odnośnie ustawy legalizującej eutanazję, pracownicy medyczni wygłosili w 41%, studenci w ilości 31%, a pacjenci w 27% [7].

Badania przeprowadzone przez CBOS w czerwcu 2007 roku przedstawiły, iż 37% dorosłych Polaków jest zdania, że lekarze powinni uszanować i wypełnić wolę osób cierpiących oraz nieuleczalnie chorych i skrócić ich cierpieniem, podając im środki powodujące śmierć, natomiast 46% wyraziło sprzeciw co do takiego postępowania [8]. Z badań przeprowadzonych w 2007 r. na terenie Zgorzelca (woj. dolnośląskie) wśród 150 mieszkańców, za legalizacją eutanazji opowiedziało się 35%, przeciwko 55%, nie miało zdania 10% biorących udział w ankiecie [9].

Z badań przeprowadzonych w 2007 roku, w których wzięło udział 100 osób: 50 pielęgniarek z oddziałów zabiegowych, a także 50 położnych z oddziałów ginekologicznych które były zatrudnione w dwóch szpitalach w Elblągu: Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II oraz Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym opinie uczestników badania były zróżnicowane. Jeśli chodzi o pielęgniarki - 40% uważało, iż pacjent posiada prawo do podejmowania decyzji w zakresie swojego życia, podobnie uważało 30%

respondentek, udzielając odpowiedzi „raczej tak”, co koresponduje z badaniami własnymi [10].

Zdecydowanie przeciwnych było 11 pielęgniarek, a 4 zaznaczyły odpowiedź „raczej nie”. Co do postaw połoźnych, za prawem do eutanazji było 20% ankietowanych, w tym 14% zaznaczyło odpowiedź „raczej tak”. Zdecydowanie przeciwnych było 42% połoźnych, a 24% raczej się nie zgadzało.

W okresie czasu między listopadem 2007 r. a lutym 2008 r. zostały przeprowadzone badania na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim oraz Lubelskim Uniwersytecie Medycznym, w których udział wzięło 150 studentów, 46,7% kobiet i 53,3% mężczyzn. Zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły osoby wierzące – katolicy (96%), 4% stanowiły osoby niewierzące. W badanej grupie 36% osób zadeklarowało, że religia odgrywa bardzo ważną rolę odnośnie postawy wobec eutanazji, 2% osób odpowiedziało, iż religia nie ma tu żadnej roli. Analizując postawy respondentów, 81,5% ankietowanych, w życiu których religia odgrywa najważniejszą lub bardzo dużą rolę w kreowaniu ich postawy odnośnie eutanazji, było przeciwnych, natomiast 53,8% respondentów, dla których religia „w jakimś stopniu” odgrywa rolę, było skłonnych poprzeć eutanazję. Wśród osób, dla których religia nie odgrywała żadnej roli eutanazję popierało 62,5% [5].

W Białymstoku w 2010 r. zostały przeprowadzone badania, którymi objęto 183 zawodowo czynne pielęgniarki. Badania wykazały, iż 49,7% respondentów nie akceptowało eutanazji, jednocześnie 24% badanych nie miało zdania odnośnie tego tematu. Eutanazję popierało 19,7% ankietowanych [2].

Na przełomie lat 2011-2012 zostały przeprowadzone badania w grupie 300 studentów z dwóch bydgoskich uczelni: Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego (150 osób) oraz Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego (150 osób), uzyskując następujące wyniki: w UKW 42% było za legalizacją eutanazji, 58,8% przeciwko, w UTP za było 86,7% ankietowanych, przeciwko 13,3% [11].

By przedstawić postawy oraz porównanie poglądów na temat eutanazji studentów pielęgniarstwa, prawa i seminarium duchownego przeprowadzono badania we Wrocławiu w 2012 roku [12]. Udział w nich wzięło 112 osób: 47 studentów pielęgniarstwa, 38 prawa oraz 27 seminarium duchownego. Wyniki odnośnie legalizacji eutanazji bądź przeciwko, brzmiały następująco: na pielęgniarstwie za eutanazją było 31,92%, przeciwnych 34,04%, zaś niezdecydowanych 34,04%. Na prawie za eutanazją było 39,47% osób, przeciwko było 31,58%, zaś 28,95% trudno było określić jasno swój stosunek co do eutanazji. Zbadani

klerycy w zdecydowanej większości (96,30%) opowiadali się przeciwko legalizacji eutanazji, natomiast 3,70% nie było do końca zdecydowanych [12].

Wnioski

Ze względu na to, że pielęgniarki prezentują postawę obojętną, istnieje konieczność podjęcia dyskusji w środowisku w celu określenia stanowiska w odniesieniu do obowiązującego prawa, kodeksu etycznego, wartości zawodowych i osobistych.

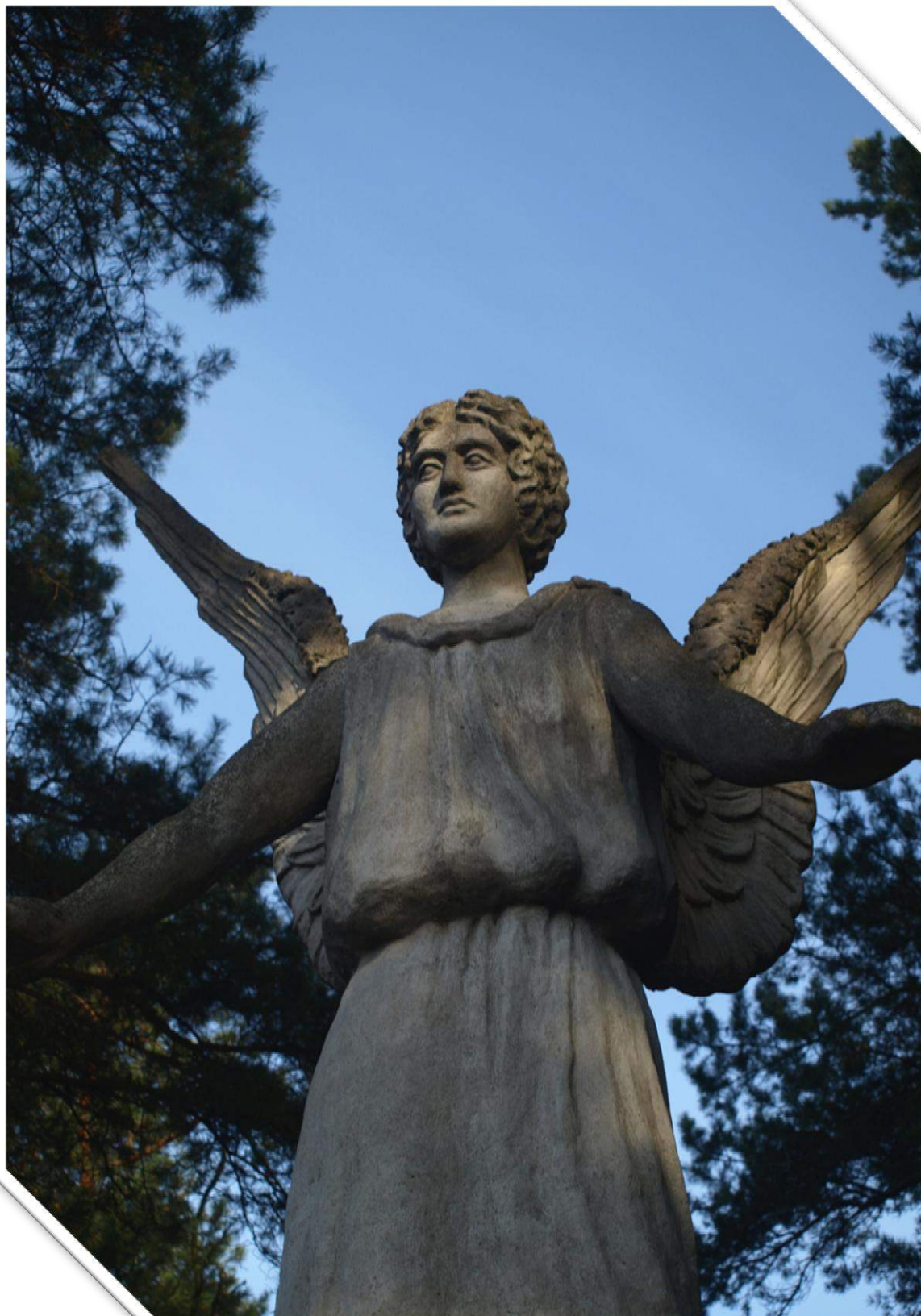
Należy przeprowadzić badania mające na celu sprawdzenie ryzyka wypalenia zawodowego, które może przekładać się na postawę obojętną wobec aktu eutanazji.

Piśmiennictwo

1. Mess E., Bienias T., Lisowska A. i wsp.: Prawo pacjenta do godnej śmierci. *Onkol. Pol.*, 2007, 7, 4, 190–194.
2. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K., Roslan K.: Postawy pielęgniarek wobec eutanazji. *Pielęg. Zdr. Publ.*, 2011, 1, 3, 199-208.
3. Biesaga T.: Rola sumienia lekarza w praktyce medycznej. *Med. Prakt.*, 2010, 10, 122-126.
4. Głuszek S., Rębak D., Kozieł D.: Wybrane problemy bioetyczne w chirurgii. *Stud. Med.*, 2010, 20, 7–11.
5. Majka E., Kociuba-Adamczuk K., Bałos M.: Wpływ religijności na ukształtowanie postawy wobec eutanazji. *Pielęg. XXI w.*, 2011, 1, 34, 11-15.
6. Szeroczyńska M.: Prawo do godnego umierania w ustawodawstwie polskim. Wyd. Żak, Warszawa, 2010.
7. Sierżanowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H., Jurkowska G.: Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji. *Geront. Pol.*, 2011, 19, 2, 99-106.
8. Wenzel M.: Opinie o eutanazji, czyli pomocy w umieraniu. Komunikat z badań CBOS, Warszawa, BS/93/2007.
9. Brzozowska M., Kucewicz N., Aniśkiewicz K., Kubacka A., Górczewska A.: Eutanazja. Uniwersytet Zielonogórski Wydział Nauk Społecznych i Pedagogicznych, Zielona Góra, 2007.

10. Tałaj A., Suchorzewska J.: Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych moralnych. *Probl. Piel.*, 2007, 34-37.
11. Zielińska-Więczkowska H., Januszewska M.: Opinie studentów bydgoskich uczelni na temat eutanazji. *Hyg. Publ. Health*, 2013, 48, 2, 238-242.
12. Szymańska K.: Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. *Pielęg. Zdr. Publ.*, 2012, 2,2, 125-133.

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ



Posługa duszpasterska w opiece paliatywno-hospicyjnej jako świadectwo chrześcijańskiego miłosierdzia

Zabielski Józef Ks.

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Wartość i godność osoby ludzkiej domaga się pomocy człowiekowi będącemu w potrzebie. Szczególnym brakiem i potrzebą człowieka jest zagrożenie zdrowia i życia, co stanowi najwyższą wartość jego ziemskiej egzystencji. Mając na względzie różne stopnie tych zagrożeń, największy imperatyw pomocy wywołuje stan końcowy ludzkiego życia, co zobowiązuje do opieki paliatywno-hospicyjnej. Zakres tej opieki winien uwzględniać wszystkie wymiary życia osobowego – cielesny, psychiczny i duchowy. Spełnienie potrzeb osoby ludzkiej w tych trzech zakresach domaga się zaangażowania w opiekę paliatywno-hospicyjną osób o różnych specjalizacjach i życiowych powołaniach. Mając na względzie pomoc w zakresie psychiczno-duchowym należy podkreślić potrzebę i normatyw posługi duszpasterskiej – duchownego świadczącego pomoc moralno-religijną.

W rozwijającej się współcześnie opiece paliatywno-hospicyjnej swoje miejsce i znaczenie posiada też opieka religijno-duchowa, w której uczestniczą przedstawiciele Kościoła katolickiego i innych wspólnot chrześcijańskich. Tworzenie odpowiednich standardów owej opieki stanowi nowe wyzwanie duszpasterskie Kościoła powszechnego i lokalnego, koncentrujące się na odpowiedniej opiece nad człowiekiem przy końcu jego życia [1,2]. Posługa ta stanowi element integralnej wizji opieki hospicyjnej, w której pacjent w stanie terminalnym i jego rodzina są pierwszorzędnymi podmiotami opieki religijno-duchowej. Niniejsza analityczna refleksja nad tym zagadnieniem koncentruje się na dwóch wymiarach:

- Założenia i formy chrześcijańskiego duszpasterstwa hospicyjnego
- Miłosierny charakter duszpasterskiej posługi paliatywno-hospicyjnej.

Założenia i formy chrześcijańskiego duszpasterstwa hospicyjnego

Duszpasterstwo hospicyjne stanowi składową część posługi paliatywno-hospicyjnej, opartej na chrześcijańsko-humanistycznych fundamentach, w wymiarze ekumenicznym,

otwartej na wszystkie religie i kultury. Ukierunkowanie to wymaga praktykowania wzajemnej tolerancji oraz współpracy we wszelkich możliwych wymiarach opieki duchowo-pastoralnej. Wyraża się to w przyjęciu duchowości holistycznej, eksponując fakt, że człowiek egzystuje w otoczeniu boskiej rzeczywistości i wszelkie elementy stworzonego świata stanowią potencjalne objawienie Boga. Holistyczne rozumienie ludzkiej duchowości domaga się powiązania jej z pełnią rozwoju osoby ludzkiej, uwzględniając elementy duchowo-religijne, psychologiczno-społeczne, polityczno-kulturowe. Chrześcijańsko-humanistyczna postawa wobec kresu ludzkiego życia eksponuje źródła nadziei nieśmiertelności podkreślając, że życie człowieka nie kończy się na ziemi, lecz znajduje swe dopełnienie w Bogu. Podstawą tej nadziei jest Osoba Jezusa Chrystusa, który powiedział: *„Ja jestem zmartwychwstaniem i życiem. Kto we Mnie wierzy, to choćby umarł, żyć będzie. Każdy, kto żyje i wierzy we Mnie, nie umrze na wieki”* (J 11, 25-26). Doświadczanie tej nadziei umacnia świadomość zależności człowieka od Bożej transcendencji, gdyż śmierć nie jest pojmowana tylko jako „zamknięcie” życia na ziemi, ale jako „zaproszenie” do otwarcia na Spotkanie z Bogiem. Chrześcijanin uświadamia, że w pełni staje się sobą dopiero wtedy, gdy wejdzie w osobową relację ze swoim Stwórcą, co uczyni go otwartym na Bożą łaskę. W poszukiwaniu i dążeniu do owej „pełni życia w Chrystusie” chrześcijanin otrzymuje wsparcie w różnych formach religijno-duchowego zatroskania o człowieka chorego i jego bliskich, proponowanych w ramach duszpasterstwa hospicyjnego [3,4,5].

Początki polskiego duszpasterstwa Kościoła katolickiego sięgają początków lat 80. XX wieku. Najpierw miały charakter nieformalny, zaś w roku 1989 zostało utworzone przez Episkopat Polski formalne, jako element procesu współpracy z ośrodkami hospicyjnymi powiązanymi z Kościołem katolickim i prowadzone przez duszpasterzy. Jest to potwierdzenie wyrazu odnalezienia w chorobie człowieka, jego umieraniu i osieroceniu oraz posłudze hospicyjnej osobistego odniesienia do Miłosiernej Miłości Boga, co stanowi element duszpasterstwa hospicyjnego. Odniesienie do Boga jest dla chrześcijan najgłębszym wymiarem egzystencji, ukazującym otwarcie człowieka na dokonane przez Jezusa Chrystusa zbawcze odkupienie i doświadczenie bycia „Bożym dzieckiem”. W ramach opieki hospicyjno-paliatywnej, otwierającymi się na Boga są chorzy i osoby nimi opiekujące się. Opieka duszpasterska nad umierającymi winna więc być postrzegana od strony samego chorego, koncentrując się na umocnieniu duchowo-religijnym pacjenta i jego bliskich, jak też od strony opiekunów działających w wymiarze religijnym. Opiekę paliatywno-hospicyjną w wymiarze duchowo-religijnym mogą sprawować osoby duchowne i świeckie, z zachowaniem

specyfiki swego posłannictwa. Opieka bowiem duchowo-religijna nad umierającymi stanowi swoisty rodzaj życiowego powołania osób duchownych i świeckich [3,6,7].

Duszpasterska opieka hospicyjna i towarzyszenie umierającym stanowi ewangelizacyjne wyzwanie współczesnego Kościoła. Problem ten został wyakcentowany na Konferencji Biskupów Europejskich w Rzymie w 1989 roku, kiedy to hospicyjne duszpasterstwo uznano „za jeden z elementów nowej ewangelizacji Europy oraz za najskuteczniejszy sposób walki z szerzącą się na Starym Kontynencie kulturą śmierci i opcją dotyczącą eutanazji” [8,9]. Kościół uświadamia nagłą potrzebę swojej obecności w przepowiadaniu Słowa Bożego, w sprawowaniu liturgii i posłudze diakonii. Zadania te są realizowane w duszpasterskiej posłudze hospicyjnej, wyrażającej troskę o człowieka na granicy życia i śmierci oraz o jego rodzinę dotkniętą dramatem śmierci i żałoby, jak też zatroskanie o personel hospicjów.

Opieka hospicyjna jawi się więc nie tylko jako usługa „medyczno-opiekuńcza”, ale jest też rzeczywistością religijno-zbawczą. Człowiek bowiem w agonii śmierci jawi się jak Jezus Chrystus na Golgocie, a jego rodzina podobna jest do Maryi i Apostołów stojących pod krzyżem Zbawiciela. Istota duszpasterstwa ludzi umierających sprowadza się do ich przygotowania do Zmartwychwstania, co wyraża się w świadectwie religijnego sensu umierania, będącego zapowiedzią zmartwychwstania. Religijno-duchowa funkcja posługi hospicyjnej stanowi pomoc w przygotowaniu człowieka umierającego do przejścia z „tego świata” do „innej rzeczywistości”, którą chrześcijanie rozpoznają w wymiarze obietnicy zmartwychwstania [10,11].

Uzasadnieniem tych potrzeb i dążeń człowieka umierającego oraz hospicyjnej pomocy jest natura osoby ludzkiej. W świetle chrześcijańskiego Objawienia człowiek pochodzi od Boga, który go stworzył „na swój obraz, na obraz Boży go stworzył” (Rdz 1, 27), co stanowi fundament jego godności i celowości ziemskiej egzystencji. Ten Boży zamiar ukierunkowuje ludzkie życie jako dążenie do pełni, będąc załącznikiem istnienia, które przekracza granice czasu: „Bo dla nieśmiertelności Bóg stworzył człowieka – uczynił go obrazem swej własnej wieczności” (Mdr 2, 23). To stwórcze przeznaczenie człowieka do wieczności daje się odczuć w osobistym poczuciu wartości ziemskiej egzystencji i jej celowości. „Człowiek - wyjaśnia Jan Paweł II – jest powołany do pełni życia, które przekracza znacznie wymiary jego ziemskiego bytowania, ponieważ polega na uczestnictwie w życiu samego Boga. Wzniosłość tego nadprzyrodzonego powołania ukazuje wielkość i ogromną wartość ludzkiego życia, także w jego fazie doczesnej. Proces ten [...] zostaje opromieniony obietnicą i odnowiony przez dar życia Bożego, które urzeczywistni się w wieczności” [12,13].

Świadomość tej prawdy uzdalnia i mobilizuje człowieka do zachowania tego zjednoczenia z Bogiem, co stanowi szczególny imperatyw na krańcu ziemskiej egzystencji. W konsekwencji przekłada się to na religijno-duchową pomoc w posłudze hospicyjnej: *„Ludziom chorym, a przede wszystkim umierającym, nie może zabraknąć miłości rodziny, opieki lekarskiej i pielęgniarzy, wsparcia przyjaciół”* [14,15]. Wyrazem pomocowego zaangażowania Kościoła w tym zakresie są różne inicjatywy duszpasterskie poświęcone opiece paliatywno-hospicyjnej. Krajowe Duszpasterstwo Hospicjów wraz z Fundacją Hospicyjną cyklicznie organizują kampanie społeczno-edukacyjne „Hospicjum to też Życie”, których tematyka dotyczy konkretnych aspektów integralnej troski o umierających i ich rodziny. Jest to powiązane z ogólno-kościelną inicjatywą duszpasterstwa hospicyjnego, wspieraną przez Stolicę Apostolską. Przykładowo, w roku duszpasterskim 2008/2009, przeżywanym pod hasłem „Otoczmy troską życie”, papież Benedykt XVI apelując do duszpasterzy i wspólnot parafialnych z okazji XV Światowego Dnia Chorego podkreślił, że *„Kościół kieruje swój wzrok na tych, którzy cierpią i zwraca uwagę na terminalnie chorych, w których wielu jest umierających na nieuleczalne choroby. [...] Istnieje potrzeba promowania takich działań, które stworzą warunki, w których człowiek może z godnością znosić nawet nieuleczalną chorobę i śmierć. Chcę także wyrazić poparcie dla wysiłków tych, którzy codziennie pracują, aby nieuleczalnie i śmiertelnie chorym, i ich rodzinom zapewnić odpowiednią i troskliwą opiekę. [...] Na koniec, proszę kościelne wspólnoty na całym świecie, a szczególnie te, które zaangażowane są w służbę chorym, aby z pomocą Maryi, Salus Infirmorum (Uzdrowienie Chorych), dawały skuteczne świadectwo kochającej trosce Boga, naszego Ojca”* [3,16].

Szczególnie ważnym wymiarem religijno-duchowej opieki hospicyjnej są sakramenty święte i sakramentalia. Sakramenty święte są bowiem znakami obecności i zbawczego działania Chrystusa, i wtedy urzeczywistnia się osobowe spotkanie chorego ze Zbawicielem. Szafarzami sakramentów są księża – prezbiterzy, których zadaniem jest umożliwienie choremu sakramentalnego spotkania z Chrystusem w odpowiednim czasie. Z tym wiąże się odpowiednie przygotowanie chorego i jego najbliższych do tego spotkania poprzez braterską rozmowę oraz indywidualną i wspólnotową katechezę, co pomoże choremu odpowiedzialnie w wymiarze podmiotowym przyjąć sakramentalne łaski [11,17].

Wśród sakramentów duchowego uzdrowienia, dla ludzi chorych i umierających, szczególne znaczenie mają Sakrament pokuty i pojednania oraz Sakrament namaszczenia i Wiatyk. Dokonujące się w tych sakramentach pojednanie człowieka z Bogiem, z samym sobą i osobami najbliższymi, dla człowieka umierającego nabiera szczególnego znaczenia.

„Istotnie, sakrament pojednania z Bogiem daje prawdziwe <zmartwychwstanie duchowe>, przywrócenie godności i dóbr życia dzieci Bożych. Najcenniejszym z tych dóbr jest przyjaźń z Bogiem” [18]. Stając w obliczu śmierci człowiek szczególnie doświadcza swej grzeszności i jako syna marnotrawny zwraca się do Miłosiernego Ojca, powierzając Mu swoje życie. W przypadku, gdy jest to powrót do „Domu Ojca” po wielu latach, taka osoba powinna być troskliwie przygotowana przez osoby najbliższe i duszpasterza oraz innych ludzi modlących się za nią. Umierający człowieka spotyka się z Jezusem Chrystusem jako Lekarzem leczącym duchową słabość i ludzką niemoc. Spowiedź jest lekarstwem umożliwiającym doświadczenie grzechu nie w kategorii rozpacz w obliczu śmierci, gdyż w Sakramencie pokuty i pojednania Chrystus jest tym, który przebacza i uzdrawia z duchowej choroby grzechu. Prawdziwość i skuteczność sakramentalnej pokuty uwarunkowana jest skrucą serca i żalem za grzechy, poprzez które człowiek odszedł od Boga. Stając w obliczu śmierci człowieka często spogląda wstecz na całe swoje życie, dokonując bilansu swej ziemskiej egzystencji, co przyjmuje postać rachunku sumienia. Osoby otaczające człowieka umierającego winny pomóc mu uświadomić wagę i potrzebę tej chwili; dotyczy to zwłaszcza tych, którzy go dobrze znają. Spotkanie z kapłanem może być sakramentalnym zwieńczeniem tego „życiowego bilansu”; rola duszpasterza sprowadza się do odkrycia Bożego Miłosierdzia przewyższającego fatalizm ludzkiego grzechu. Żal za grzechy i ich wyznanie stanowią istotę sakramentalnej pokuty; w przypadku niemożności pełnego wyznania grzechów wystarczy ogólne przyznanie się do grzeszności. Ostatnim aktem sakramentu pojednania jest zadośćuczynienie (pokuta), którą w szczególnych przypadkach może być ofiarowanie cierpień i modlitewna akceptacja swego krzyża, co upodobnia chorego do Chrystusa, który odpokutował za nasze grzechy [3,18,19,20].

Drugim sakramentem uzdrowienia jest Namaszczenie chorych, przeznaczone dla ludzi dotkniętych niemocą, chorobą lub słabością. Sakramentu tego udziela kapłan - prezbiter Kościoła przez namaszczenie poświęconym olejem i modlitwą polecającą chorych Chrystusowi. W Sakramencie namaszczenia chorych *„człowiek cierpiący spotyka się z Chrystusem, który obdarza go łaską umocnienia, pokoju i odwagi, by przewyciężyć trudności związane ze stanem ciężkiej choroby lub niedołęstwa, odnawiając ufność i wiarę w Boga oraz umacniając przeciw pokusom złego ducha, przeciw pokusie zniechęcenia i trwogi śmierci”* [21]. Jan Paweł II wyjaśnia, że dzięki takiej pomocy *„chory może wytrwale znosić dolegliwości choroby, a także uzyskać odpuszczenie grzechów, stając się dopełnieniem chrześcijańskiej pokuty”* [22]. W Sakramencie namaszczenia chory spotyka się z Chrystusem cierpiącym i zmartwychwstałym oraz Mistycznym Ciałem Chrystusa – Kościołem, który

modli się za niego. Ma to miejsce szczególnie wtedy, gdy w celebracji tego sakramentu biorą udział członkowie rodziny i zespołu opiekuńczego. W opiece paliatywno-hospicyjnej Sakrament namaszczenia chorych stanowi „przygotowanie do ostatniego przejścia, dopełniając w ten sposób rozpoczętego przez chrzest dzieła naszego upodobnienia się do misterium Śmierci i Zmartwychwstania Chrystusa” [22].

Sakramentalne namaszczenie chorego najczęściej łączy się z przyjęciem Eucharystii, co stanowi pełnię spotkania chrześcijanina z Chrystusem. Komunia święta przyjmowana przy końcu ziemskiej pielgrzymki chrześcijanina nabiera specjalnego znaczenia dla umierającego i jest nazywana wiatykiem – czyli pokarmem na drogę (*cena viatica*) [19]. Wiatyk posiada wymiar indywidualno-wspólnotowy, wskazuje na potrzebę obecności przy jego udzielaniu osób najbliższych i przyjaciół umierającego oraz zespołu opiekuńczego. Przygotowanie chorego do przyjęcia wiatyku powiązane jest ze świadomością zbliżającej się śmierci, co przekłada się na akceptację końca życia. Najlepszym tego przygotowaniem jest wcześniejsza Komunia święta oraz katecheza na temat duchowego „pokarmu na drogę”. W miarę możliwości sakramentów tych należy udzielać choremu będącemu w stanie świadomości, w obecności rodziny i zespołu opiekuńczego, co pomaga choremu w zrozumieniu sensu umierania i śmierci, osoby zaś najbliższe umacnia i ewangelizuje świat ludzkiego cierpienia. Powiązane jest to z modlitwą za konających, stanowiącą ważny akt religijny dla chorego i jego bliskich. Kościół modlący się za umierającego „mówi do niego ze spokojną pewnością: *duszo chrześcijańska, zejdź z tego świata w imię Boga Ojca wszechmogącego, który cię stworzył*” [3,23].

Milosierny charakter posługi duszpastersko-paliatywnej

Cierpienie i śmierć jako elementy składowe natury człowieka, stanowią też fundamentalne wyzwanie jego ziemskiej egzystencji. Korzystanie z religijno-duchowej pomocy w krańcowych etapach życia uświadamia miłosierny charakter tej duszpastersko-paliatywnej opieki. Człowiek bowiem ogarnięty cierpieniem, stojący na granicy życia, jest w rzeczywistości zdany na pomoc innych ludzi i Boga, która jest wyrazem miłosiernej miłości. Doświadczenie takiej sytuacji przekonuje człowieka o miłosiernym charakterze owej pomocy, gdyż w życiu ludzkim „*jest pora na miłosierdzie i jest pora na sprawiedliwość, i że jedynym nieszczęściem nie do naprawienia jest znaleźć się pewnego dnia be skruchy przed Obliczem, Które przebacza*” [24]. Przeoczenie lub pominięcie tej Bożej miłosiernej miłości jest największym błędem i dramatem człowieka, gdyż – jak wyjaśnia G. Bernanos: „*Gdyby nie*

czujna litość Boska, zdaje mi się, że człowiek przy pierwszym uświadomieniu sobie, czym jest, rozpadłby się w proch” [24,25,26].

W przekonaniu tym umacnia natura miłosierdzia i jego poprawne rozumienie. „Właściwym i pełnym znaczeniem miłosierdzia nie jest samo choćby najbardziej przenikliwe i najbardziej współczujące spojrzenie na zło moralne, fizyczne czy materialne. W swoim właściwym i pełnym kształcie miłosierdzie objawia się jako dowartościowywanie, jako podnoszenie w górę, jako wydobywanie dobra spod wszelkich nawarstwień zła, które jest w świecie i w człowieku. W takim znaczeniu miłosierdzie stanowi podstawową treść orędzia mesjańskiego Chrystusa oraz siłę konstytutywną Jego posłannictwa. Tak też rozumieli i tak urzeczywistniali miłosierdzie wszyscy Jego uczniowie i naśladowcy [27,28,29].

Przykładem takiego rozumienia i realizacji miłosierdzia jest charytatywna działalność Kościoła w posłudze duszpastersko-paliatywnej. Jest to społeczno-instytucjonalna służba miłosierdzia, gdy ludzie ci *„swoją służbę wobec cierpiących traktują bezinteresownie, dobrowolnie angażując się do pomocy samarytańskiej i przeznaczając dla tej sprawy wszystkich czas i siły, jakie pozostają do ich dyspozycji poza pracą zawodową”* [30]. Wyrazem miłosierdzia jest też zaangażowanie całej służby zdrowia. *„Jakże samarytański – podkreśla Jan Paweł II – jest zawód lekarza czy pielęgniarki, czy inne im podobne! Ze względu na <ewangeliczną> treść, jaka się w nim zawiera, skłonni jesteśmy myśleć tutaj bardziej o powołaniu, nie tylko o zawodzie”* [30,31]. Te osobowo-indywidualne akty miłosiernej posługi są szczególnie potrzebne *„w stosunku do tych odmian cierpienia, wobec których pomoc nie może być inna, tylko właśnie indywidualna i osobista”* [30]. Osobowe „ubogacenie” człowieka oraz różnorodność ludzkich cierpień sprawia, że *„człowiek musi się poczuć powołany niejako w pierwszej osobie do świadczenia miłości w cierpieniu. Instytucje są bardzo ważne i nieodzowne, jednakże żadna instytucja sama z siebie nie zastąpi ludzkiego serca, ludzkiego współczucia, ludzkiej miłości, ludzkiej inicjatywy, gdy chodzi o wyjście naprzeciw cierpieniom drugiego człowieka. Odnosi się to do cierpień fizycznych; o ileż bardziej jeszcze, gdy chodzi o różnorodne cierpienia moralne, gdy przede wszystkim cierpi dusza”* [20,30].

Miłosierną posługę człowiekowi, któremu „cierpi dusza” świadczy sam Bóg – Jezus Chrystus w sakramentach Bożego Miłosierdzia, jakimi są Spowiedź, Eucharystia i Wiatyk - Namaszczenie chorych. Doświadczenie moralnej słabości i osobistego grzechu stają się szczególnie aktualne w cierpieniu i zbliżaniu się do granicy życia. *„Świadomość popełnionej winy i wyrzuty sumienia jej towarzyszące są dla człowieka największym nieszczęściem, od którego nikt i nic na świecie uwolnić go nie potrafi: ani nauka i sztuka, ani kultura, ani żadna*

potęgą na świecie. Grzech odpuścić może tylko Bóg. Serce czuje to instynktownie i kto inną drogą pragnie wyzwolić się od grzechu, sam siebie łudzi, bo nie rozumie rzeczy Bożych” [30,31,32]. Ludzie zaś zjednoczeni z Bogiem w wierze, nadziei i miłości odczytują te „rzeczy Boże” i uświadamiają, że „*tylko za cenę pokuty możemy odzyskać łaskę i życie Boże. [...]. Skrucha z natury zadaje śmierć grzechowi, lecz w sakramencie pokuty zasługi Jezusa Chrystusa wynoszą ją nieskończenie i nadają jej wysoką skuteczność, gdyż w chwili żalu Chrystus obmywa dusze nasze w boskiej krwi swojej*” [33,34,35]. Człowiek „obmyty z grzechu” w sakramencie pokuty doświadcza osobowego spotkania z Bożym Miłosierdziem w Sakramencie Eucharystii i Namaszczenia Chorych. W sakramentach tych Kościoł poleca ludzi w obliczu śmierci „*cierpiącemu Panu, aby ich podźwignął i zbawił [...], a nadto zachęca ich, aby łącząc się dobrowolnie z męką i śmiercią Chrystusa [...] przysparzali dobra Ludowi Bożemu*” [36,37].

Analityczne pochylenie się nad ludzkim cierpieniem i umieraniem uświadamia słabość i wielkość osobowej ludzkiej natury. Spotkanie człowieka cierpiącego i umierającego mobilizuje do zbliżenia się i angażuje do pomocy, będącej wyrazem miłosiernej miłości, czego przykładem są różne formy posługi paliatywno-hospicyjnej. Stając na progu śmierci człowiek doświadcza też pełni swego człowieczeństwa, gdyż „*wtedy możemy wejrzeć w siebie i spotkać się z Bogiem, który jest także w nas – w naszym wnętrzu, w naszej duszy – i poczuć na nowo swoją wartość, swoją godność, która jest niezależna od tego, jak wyglądamy, kim jesteśmy w życiu, co jest tak po ludzku dla nas ważne*” [38,39]. Doświadczenie to jest wyrazem Bożego Miłosierdzia, które rozjaśnia człowiekowi sens ziemskiej egzystencji i ukazuje perspektywę wieczności. „*Jeżeli wśród możliwych wyborów dokonuje się wyboru Boga, Boga chrześcijańskiego, zobaczymy niewątpliwie, jak umiera człowiek, jak umieramy my sami, ale będziemy mogli zobaczyć, jak umiera także śmierć. Zwornikiem chrześcijaństwa jest jego wielkie słowo, jego ogromny dar nadziei: klęska śmierci, zmartwychwstanie Chrystusa, które poprzedza i każe mieć nadzieję na nasze zmartwychwstanie. Człowiek religijny jest przekonany, że nie umrze. Posiadanie nadziei na to życie wieczne nie jest już, także dla kultury bardziej postępowej, oznaką umysłowej słabości lub infantylnej alienacji. [...] Cała reszta może być tylko komentarzem*” [40].

Piśmiennictwo

1. Krakowiak P.: Zarys historii ruchu hospicyjnego w świecie i w Polsce [w:] Ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce, Krakowiak P., Stolarczyk A. (red.). Wyd. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk, 2008, 245-246.
2. Brusilo J.: Lekarz wobec kresu życia ludzkiego w nauczaniu Kościoła i dokumentów świeckich. WN PAT, Kraków, 2004.
3. Krakowiak P.: Duszpasterstwo w zespołowej opiece paliatywno-hospicyjnej. Nowe wyzwania. *Teologia i Człowiek*, 2009, 14, 142-150.
4. Pangrazzi A.: *Vivere il tamonto*. Trento, 2006, 24-27.
5. Sudar P.; Glaube als geistliches Kapital. Religion als moralischer Imperativ für den Aufbau des Friedens. *Concilium* [niem.], 2015, 51, H. 1, 64-85.
6. Walter T.: *The Ideology and Organization of Spiritual Care, The Approaches. Palliative Medicine*, 1997, 11, 22-23
7. Górecki M.: *Hospicjum w służbie umierającym*. Wyd. Żak, Warszawa, 2000.
8. Dutkiewicz E.: Krajowe Duszpasterstwo Hospicjum [w:] *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania*, Krakowiak P., Dutkiewicz E. (red.). Gdańsk, 1999, 44.
9. Schelhas J.: Dieses Leben gibt zu denken. Überlegungen zum dogmatischen Ansatzpunkt. *Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie*, 2015, 62, 45-78.
10. Mikołajczak R.: Towarzystwo umierającym jako zadanie Kościoła. „*Ateneum Kapłańskie*”, 1999, 1, 488, 129-130.
11. Marcinkowski J.T., Bajek A., Galewska I.: Realizacja potrzeb transcendentnych wobec osób hospitalizowanych – z zaakcentowaniem spojrzenia chrześcijańskiego [w:] *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). UMB, Białystok, 2008, t. V, 109-114.
12. Jan Paweł II: *Encyklika Evangelium vitae*, nr 2.
13. Ockenfels W.: *Die Beziehung zwischen Christologie und Anthropologie* [w:] *Europa christlich gestalten*, Krzysteczko H. (red.). Katowice, 2005, 92-102.
14. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników międzynarodowego sympozjum nt. „Opieka nad umierającymi. Aspekty społeczno-kulturowe, medyczne, pielęgniarstwa i duszpasterskie* [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów, 2008, 236.

15. Zabielski K.: Opieka hospicyjna jako służba życiu [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ABIS, Białystok, 2008, t. V, 178-179.
16. Benedykt XVI, List na XV Światowy dzień Chorego. Watykan, 08.12.2006 r.
17. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan 1995, 88-91.
18. Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 1468-1469. Wyd. Pol., Pallottinum, Poznań, 1994.
19. Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo. Księgarnia św. Jacka, Katowice, 1978.
20. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia św. Jacka, Katowice, 2000.
21. Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 1520. Wyd. Pol., Pallottinum, Poznań, 1994,
22. Jan Paweł II, Przemówienie Namaszczenie chorych w Kościele – wspólnocie kapłańskiej i sakramentalnej, [29.04.1992r.].
23. Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 1020. Wyd. Pol., Pallottinum, Poznań, 1994,
24. Bernanos G.: Pamiętnik wiejskiego proboszcza, W. Rogowicz (tłum.). Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX, 1970.
25. Mołęda E.: Mowa cierpienia. Interpretacja poezji Aleksandra Wata. Wyd. UJ, Kraków, 2001.
26. Zabielski J.: Chrześcijański etos cierpienia i śmierci. *Studia Theologica Varsaviensia*, 2005, 43, 97-105.
27. Jan Paweł II, Encyklika *Dives in misericordia*, nr 6.
28. Kudasiewicz J.: Miłosierdzie w słowach i czynach Jezusa [w:] *Dives in misericordia*. Tekst i komentarz. Grzybek S., Jaworski M. (red.). Kraków, 1981, 98-110
29. Zabielski J.: Miłosierdzie chrześcijańskie współcześnie odczytane. *Studia Teologiczne*, 1991, 9, 97-119.
30. Jan Paweł II, List Apostolski *Salvifici doloris*, 29.
31. Zabielski J.: Wydobywanie dobra. Teologia chrześcijańskiego miłosierdzia [w:] *Między miłosierdziem a globalizacją: aksjologiczne przestrzenie edukacji polonistycznej*, Jedliński R. (red.). Wyd. Nauk. Uniwersytetu Pedagogicznego, Białystok, 2006, 168-169.
32. Litania do Miłosierdzia Bożego według bł. ks. Michała Sopoćki, opr. D. Steć, Warszawa, 2010, 145.

33. Zabielski J.: Największy dramat człowieka. Głos Katolicki. Voix Catholique, 1994, 36, 14, 1638., 1-2.
34. Sopoćko M.: Pokuta i Miłosierdzie Boże. Archiwum Archidiecezji Białostockiej, t. XLI, IV, [rękopis, s. 36-37],
35. Pock J.: Wie finde ich Trost? Sterben, Tod und Trauer als pastorale Herausforderung. Heiliger Dienst, 2011, 65, 30-41.
36. Sobór Watykański II, Konstytucja Lumen gentium, nr 11. Z
37. Zabielski J.: Sakramentalna pokuta jako doświadczenie Bożego Miłosierdzia w ujęciu bł. ks. Michała Sopoćki [w:] Pokuta w życiu chrześcijańskim, Składanowski M., Syczewski T., Połowianiuk J., Mazur S. (red.). Wyd. KUL, Lublin, 2015, 55-71.
38. Ebert M.: Umieranie taty. Moje powtórne narodziny. Fronda, 2004, 33, 91-92.
39. Bulla F.: Misericordiae vultus. Watykan' 2015.
40. Messori V.: Pytania o chrześcijaństwo. Wyd. M., Kraków, 1997, 67.

Rola duszpasterza w opiece paliatywnej i szpitalnej- uwarunkowania i zadania posługi duszpasterskiej

Ks. Borys Mariusz

Wydział Teologii, Doktorant, Kierunek: Teologia Praktyczna, Katolicki Uniwersytet Lubelski

Wstęp

Przedmiotem niniejszego artykułu jest rola duszpasterza w opiece paliatywnej i szpitalnej. Celem artykułu jest weryfikacja uwarunkowań i zadań duszpasterzy w posłudze paliatywnej i szpitalnej. Autor skoncentrował się wobec ustalenia powyższych kwestii na analizie literatury przedmiotu, ze szczególnym uwzględnieniem definicji i problematyki opieki paliatywnej i szpitalnej, podstaw opieki paliatywnej duszpasterzy, najważniejszych kwestii teologicznych i prawnych uwarunkowań danej opieki oraz identyfikacji sposobów minimalizowania cierpienia ludzkiego z ramienia duszpasterzy w hospicjum i szpitalach. Na potrzeby niniejszego opracowania postawiono tezę o następującej treści: *"Zakłada się, iż rola duszpasterza w opiece paliatywnej i szpitalnej odgrywa istotną rolę w zminimalizowaniu cierpienia osoby chorej, jak również uzyskania wewnętrznego spokoju w trudnych chwilach podczas choroby."*

Przeprowadzono analizę polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu dotyczącą duszpasterstwa. Autor w poniższym opracowaniu podjął próbę określenia roli duszpasterza w opiece paliatywnej i szpitalnej, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań i zadań posługi duszpasterskiej.

Na wstępie należy zauważyć, iż duszpasterstwo jest związane z posiadaniem przez kapelana dużej odporności psychicznej, autentycznej świadomości chrześcijańskiego życia, jak również ogromnej cierpliwości. Działania duszpasterskie są naznaczone bardzo często krzyżem Chrystusa. Według Jana Pawła II na krzyżu trzeba sobie umrzeć, bez tego nie ma w pełni kapłaństwa [1]. Gdzie jest sam Chrystus, tam jest i krzyż. I gdzie jest krzyż, tam i ofiara jest [2]. Jan Paweł II uczy, że to właśnie na krzyżu, Syn Boży dokonał odkupienia całego świata. I poprzez tę właśnie tajemnicę każdy krzyż, który człowiek dźwiga, nabiera niepojętej dla ludzi godności. Staje się szczególnym znakiem zbawienia dla każdej osoby, która go

dźwiga, także dla innych [3]. Duszpasterz powinien posiadać dużo czasu przeznaczonego dla osoby/osób chorych, ponieważ przybywa do hospicjum czy też szpitala na każde wezwanie chorego, jego bliskich czy też personelu medycznego. Osoba duszpasterza powinna być dyspozycyjna dla osób chorych, ich bliskich oraz personelu medycznego przez 24 godziny na dobę, przez 7 dni w tygodniu. Reasumując, cierpienie ludzkie, choroby, jak również śmierć są tajemnicą od zarania dziejów. Wspólnocie chrześcijańskiej kojarzą się one z odwróceniem się od Boga, jak też są powiązane z przeżyciem cierpienia i śmiercią Chrystusa, które były potrzebne, aby zbawić świat. W każdym szpitalu, hospicjum, a czasem nawet i w domu można się spotkać z ludzkim cierpieniem i śmiercią. To właśnie z powodu odczuwanych tam dwóch ostatnich spraw, wymienione powyżej miejsca są wyjątkowo wrażliwe na posługę duszpasterską. Ważne jest, aby owa pomoc była stała i regularna, tak aby osoba chora, jak również wszyscy jej bliscy odczuwali, że nie są sami w takim momencie, że jest osoba, do której zawsze mogą się zwrócić i na której wsparcie mogą liczyć, gdy tylko będą tego potrzebowali.

Problematyka opieki paliatywnej i szpitalnej oczami duszpasterzy

Zgodnie z definicją WHO (Światowej Organizacji Zdrowia), pochodzącej z 2002 roku, opieka paliatywna jest to wszechstronna opieka medyczna (np. w szpitalach) i niemedyczna (tj. socjalna, psychologiczna, itp.) dla osób, które są chore na nieuleczalną, zagrażającą ich życiu chorobę. W powyższej definicji główny nacisk został położony przede wszystkim na zapobieganie, jak również znoszenie cierpienia poprzez jego wczesną identyfikację [4]. Opieka szpitalna świadczona jest w szpitalu w warunkach zamkniętych. To właśnie tam udziela się świadczeń zdrowotnych. Najistotniejsze z wszystkich zadań szpitali to leczenie pacjentów [5]. Natomiast duszpasterz to osoba, która sprawuje opiekę nad różnorodnymi grupami, w których głoszenie zasad wiary oraz celebrowanie liturgii należy do działalności społecznej kościołów, czyli duszpasterstwa [6].

Ponadto należy podkreślić, iż przemiany religijne oraz społeczno-polityczne, które dokonywały się w Polsce tuż po 1989 roku sprawiły, że Kościół zyskał szansę na szeroki dostęp do chorych osób przebywających w szpitalach i hospicjach. Są one miejscem szczególnie dużej ilości ludzkich cierpień, tak samo fizycznych, jak i psychicznych. Przebywający tam chorzy mają bardzo często ograniczoną zdolność do samodzielnego poruszania się i z tego powodu są zdani na pomoc obcych ludzi. Pomoc ta jednak nie dotyczy opieki medycznej, stosowania różnorodnych leków oraz zabiegów, ale odnosi się również do

ogólnego oddziaływania duchowo-terapeutycznego całego personelu medycznego, jak samego duszpasterza [7].

W ochronie zdrowia opieka paliatywna i szpitalna jest sposobem pomocy w poszukiwaniach wewnętrznego spokoju dla chorych w kryzysie powiązanych z leczeniem, pragnących odzyskać równowagę oraz siłę do życia. Odpowiada na poczucie izolacji oraz wyobcowania, które dość często towarzyszy pacjentom będącym długotrwale czy nieuleczalnie chorym. Na całym świecie istnieją stowarzyszenia kapelanów, które zrzeszają duchownych świeckich i różnych, wyznaczające standardy i systemy owej specjalizacji, bez których w żaden sposób nie można pracować jako kapelan bądź też doradca duchowy. W Polsce, pomimo podejmowanych różnych wysiłków, nie udało się jak dotąd wypracować jednolitych standardów szkoleń oraz specjalizacji dla kapelanów niosących pomoc w służbie zdrowia [8].

Człowiek chory i cierpiący, który bardzo potrzebuje pomocy i wsparcia stanowił na przestrzeni wszystkich wieków wyzwanie dla ludzkiej społeczności. Jej odpowiedź zależała od okoliczności, czyli miejsca i czasu, ducha przenikającego z prądów danej epoki. Sytuacja ulega radykalnym przemianom pod wpływem przesłania ewangelicznego. To właśnie nauka Ewangelii pogłębiła motywację opieki nad bliźnim- od tego czasu każdy czyn miłosierny, spełniany jest w obecności samego Chrystusa. Ten naczelny postulat przez wieki nie uległ żadnym zmianom, modyfikowano formy jego realizacji. Ponadto, sama nauka Jezusa Chrystusa wniosła ważny impuls w kształtowaniu chrześcijańskiego obrazu szpitala i hospicjum, inspirując do podejmowania pomocy wobec osób cierpiących i umierających. Chrześcijaństwo ukazało nowe uzasadnienie konieczności opieki i posługi nad chorymi, wniosło nowe miłosierdzie, które nie pozwala pozostawić chorej osoby bez pomocy [9].

Pragnie się zauważyć, iż posługa duchowa w hospicjum, szpitalu czy też w domu chorej osoby, sprowadza się do pomocy owej jednostce w zrozumieniu sensu choroby, jego cierpienia i śmierci. To wyjątkowa forma realizacji miłości, co przedstawia fundamentalną zasadę życiową, postawę większości chrześcijan. Prawo Kościoła katolickiego podkreśla, że kapłan- duszpasterz: swoją gorącą miłością wspiera chorych, szczególnie tych, którzy są bliscy śmierci, wzmacniając ich troskliwie różnymi sakramentami, jak również polecając ich dusze Bogu [10]. Ponadto, w swej poza-sakramentalnej funkcji powinnośc ta dotyczy wszystkich ludzi, którzy winni być przy człowieku cierpiącym, zespoleni razem w służebnej miłości w umieraniu i żałobie. Trzeba jednak pamiętać, że ponad pociechę ludzką największą pomocą dla osoby umierającej jest wiara w Boga, jak również nadzieja na życie wieczne [11].

Ludzkie wsparcie, choć bardzo potrzebne i skuteczne, nie może w całości zaspokoić niepokoju duszy osoby, która umiera. Człowiek wierzący często oczekuje pomocy nadprzyrodzonej, która w przypadku chrześcijan jest wyrażana w posłudze sakramentalnej. Ową posługę spełnia kapelan hospicjum, z kolei urzeczywistnia się ona właśnie w sakramencie pokuty, Eucharystii, jak również namaszczenia chorych. Ten szczególny moment spotkania osoby chorej z Bogiem jest najbardziej dla niej osobisty, intymny, gdyż to właśnie w tej wyjątkowej chwili człowiek staje przed obliczem samego Boga ze swym żalem, winą i ufnością. Żadna osoba nie może okazać za niego skruchy, ani też jako on prosić o przebaczenie, albowiem człowiek jest samotny w swoich grzechach. Owocem spotkania danej osoby z przebaczącym Bogiem jest całkowite porozumienie z Nim i ze wszystkimi ludźmi, z Kościołem, które urzeczywistnia się głęboko w ludzkiej duszy. Działanie wszystkich sakramentów świętych od samego początku chrześcijaństwa rozumiane było również w kategoriach terapeutycznych, a świadczy o tym określenie - medicina salutis. Natomiast wymiar terapeutyczny ma też wsparcie i pomoc od duszpasterza hospicjum i szpitala, który pośredniczy w spotkaniu z samym Bogiem i wprowadza osobę umierającą w żywą strukturę dialogu dotyczącego Odkupienia, jaki toczy się pomiędzy Chrystusem Odkupicielem a odkupionym człowiekiem, który stoi u progu śmierci. Posługa duszpasterza dotyczy też pomocy w znajdowaniu sensu życia, który jest ujawniany poprzez chrześcijańską wiarę, ukazującą cel oraz podstawę całej ludzkiej egzystencji. Pozwala to umierającemu człowiekowi uwolnić się od charakterystycznego rygoryzmu spowodowanego stanem długiej i ciężkiej choroby i od poczucia winy. Człowiek, oglądając z punktu widzenia religijności pogłębionej swoje własne życie, postrzega siebie w całkiem innym świetle, a Boga jako Wartości Najwyższej, jak również ostatecznego celu egzystencji, co zdecydowanie ułatwia ocenę siebie samego oraz wartości swego życia. To właśnie w sakramentalnym spotkaniu umierająca osoba zostaje pojednana ze sobą i z Bogiem, co pozwala mu w dużo większym spokoju ducha przekroczyć samemu próg śmierci. Jednakże będąc w tym stanie nie przekracza on go samotnie, ale prowadzony jest przez Boga lub przekracza go razem z Bogiem, to stanowi zupełnie nowy rodzaj istnienia [11].

Warto dodać, iż aby opieka nad umierającymi osobami była naprawdę pełna, osoby, które ją sprawują powinny kierować się słynnymi słowami Matki Teresy: niech wszyscy ludzie, których spotykasz odejdą od ciebie lepsi i szczęśliwsi. Dobra opieka i odpowiednie postępowanie z osobą chorą, która znajduje się na granicy śmierci i życia, wymaga nadzwyczajnego wysiłku, jak też troski od wszystkich ludzi wchodzących w kontakt z daną osobą. Ustawicznie trzeba poszukiwać nowych szans pomocy i wyczerpać je wszystkie. Nie

można tu ustanowić określonych sztywnych reguł. Wspieranie umierających oraz ich bliskich, szczególnie w sytuacji cierpień egzystencjalnych stanowi bardzo istotne i trudne zadanie do wykonania dla każdego duszpasterza. Umiejętne rozmawianie oparte w szczególności na wczuciu się w wsłuchiwanie ma istotne znaczenie w rozumieniu historii cierpienia i rozpoznawaniu konkretnych potrzeb osoby chorej, która umiera i jej bliskich. Przebywanie w życzliwym i przyjaznym środowisku rozumiejącym wagę dumy chorego i jego całej wartości jako osoby i chcącym zaspokoić wszelkie potrzeby chorego, w tym także obecności osób bliskich, stanowią najważniejsze prawo każdej umierającej chorej osoby [12].

Podstawa opieki paliatywnej duszpasterzy- kwestie uwarunkowań teologicznych i prawnych

Posługa duszpasterska w opiece paliatywnej Kościoła nigdy nie może zostać posługą przypadkową, realizowaną wyłącznie według myśli- „jakoś to będzie”. Każde duszpasterskie działanie, a więc również aktywność w szpitalu powinno poprzedzone być refleksją teologiczno-pastoralną [13]. Tematyka zdrowia i choroby znajduje często odbicie na wielu kartach Starego Testamentu. W biblijnym sensie istota zdrowia nie dotyczy wyłącznie sfery fizycznej, ale obejmuje także sferę duchową, uczuciową, jak również umysłową człowieka. Wyrazem tego bywa zastosowanie hebrajskiego terminu szalom, który oznacza „pomyślność”, „dobrobyt”, „pełnię”, „zbawienie”, jak również „pokój” [14]. Natomiast Stary Testament nie skupia całej swojej uwagi na danej chorobie samej w sobie, lecz ukazuje ją w kontekście problemu zła i ważności w Bożych planach zbawienia. Wytyczne zawarte w Biblii uświadamiają, iż człowiek chory jest bardzo bliski Chrystusowi, od którego doświadcza pociechy i z którym osobiście się utożsamia [15].

Tajemnica losu człowieka jest ujawniana w obliczu śmierci oraz cierpienia. Każda choroba nazywana jest misterium Dolores. Zrozumiała pozostaje jedynie wobec Tajemnicy Odkupienia. Choroba zawsze na próbę wystawia poczucie równowagi życia osobistego, jak również rodzinnego. Te niedomaganie niejednokrotnie prowadzi do odkrycia istotnej dla każdego człowieka prawdy o sensie ostatecznym ludzkiej egzystencji, wykraczającej poza wszystkie granice życia doczesnego [16].

Ważnym wydaje się zauważyć również, iż wezwanie do troski o osoby chore i cierpiące, w tym również o takie, które przebywają w hospicjach i szpitalach, znajdują się w kilku dokumentach Magisterium Kościoła Powszechnego oraz partykularnego [17]. Obrzędy

Sakramentów osób chorych przypominają, że najgłębszym wyjaśnieniem troski Kościoła o osoby chore jest przekonanie, że to właśnie w nich jest cierpiący Chrystus. Odwiedzanie chorych, aby ich wspierać środkami naturalnymi i pokrzepiać na duchu stanowi wypełnianie najważniejszego polecenia Chrystusa. Odwiedzając osoby chore można pocieszać ich słowami wiary, które są oparte na Piśmie Świętym, ukazywać wartość ofiarowywanego w różnorodnych intencjach cierpienia i stopniowo doprowadzić do skorzystania z sakramentów. Każde z odwiedzin chorych są też dobrą okazją do wspólnej modlitwy, jaka może się zakończyć błogosławieństwem. Poprzez sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych umacnia się ich ufność w samego Boga, z kolei uzbraja przeciwko pokusom szatana, jak również pomaga w odzyskaniu zdrowia, jeśli jest to pożyteczne dla ocalenia duszy. Chorym trzeba stworzyć szansę częstego, a nawet, przyjmowania Komunii św. Każdego dnia, a ci którzy są w bezpośrednim niebezpieczeństwie śmierci winni być pokrzepieni Wiatykiem [18].

Karta Pracowników Służby Zdrowia, czyli dokument Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia zaznacza, że współzależność wymiaru fizycznego, duchowego i psychicznego każdego człowieka jest połączona z koniecznością zapewnienia jemu religijnej i duchowej opieki. Duszpasterska troska kapłanów, jak również zakonników i świeckich o osoby chore ma się wyrażać przede wszystkim w katechezie, liturgii, jak również wszystkich dziełach miłości [19]. Z kolei, w dokumencie zatytułowanym Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia, sama Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia zwraca uwagę na potrzebę szczególnej formacji kleryków i kapłanów, którzy angażują się w pracę z osobami chorymi. Dokument podkreśla, że wyżej wspomniana formacja musi obejmować dwa wymiary: teoretyczny i praktyczny [20].

Jednakże za troskę duszpasterską o osoby chore, która polega na opiece religijnej i duchowej w dużej mierze odpowiada właśnie kapelan szpitalny [21]. W szpitalach działalność kapelanów reguluje Instrukcja Ministra Zdrowia pochodząca z 1981 roku, która dotyczy zapewnienia posług religijnych chorym, którzy przebywają w szpitalach, hospicjach, sanatoriach, jak również domach pomocy społecznej opieki społecznej oraz resortu zdrowia. W myśl tej instrukcji, dyrekcje w wyżej wymienionych placówek są zobowiązane do umożliwienia chorym zaspokojenie potrzeb religijnych. Każdy z kapelanów powinien uwzględniać przepisy regulaminu szpitalnego i specyficzne warunki danego oddziału [22].

Ustawa pochodząca z dnia 17 maja 1989 roku dotycząca stosunku ogółu Państwa do Kościoła katolickiego w RP- Rzeczypospolitej Polskiej na nowo uwierzytelnia prawo osób, które przebywają w zakładach leczniczych do skorzystania z posług religijnych, czyli w związku z tym można mówić o konieczności zatrudniania właśnie tam kapelanów i

przeznaczania właściwych pomieszczeń dla celów duszpasterskich [23]. Ponadto, Konkordat z 1993 roku podkreśla o konieczności zapewnienia przez kraj warunków do wykonywania religijnych praktyk i korzystania ze wszystkich posług religijnych osobom, które przebywają w zakładach opieki zdrowotnej oraz społecznej, gdzie biskup diecezjalny deleguje kapelanów [24]. Status kapelana w hospicjach i szpitalach przewiduje, że czas jego pracy w tych instytucjach jest nienormowany i wynosi około 30-40 godzin w tygodniu [25]. Ponadto, status podkreśla, że w tych szpitalach, w których jest do 500 łóżek kapelan zatrudniony jest na całym etacie, a zaangażowanie w duszpasterstwo parafialne danego kapelana nie powinno kolidować z pomocą dla osób chorych. Z kolei, w takich szpitalach, w których jest powyżej 500 łóżek, aby zagwarantować odpowiednie wsparcie duszpasterskie osobom chorym i ich bliskim, powinien być także zatrudniony na całym etacie jeszcze jeden kapelan [25].

Dokumentem, który jest istotny w krajach Rady Europy są także specjalne Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24. Komitetu Ministrów przeznaczone wyłącznie dla państw członkowskich. Dotyczą organizacji opieki paliatywnej, natomiast są opracowane przez Komitet Ekspertów pod patronatem Europejskiego Komitetu Zdrowia Rady Europy. Na podstawie owych Wytycznymi do opieki paliatywnej i szpitalnej zagwarantowany dostęp powinni mieć wszyscy, którzy tylko jej potrzebują, bez jakiegokolwiek opóźnienia i barier finansowych, a także niezależnie od rodzaju schorzenia, czy też statusu socjoekonomicznego, pochodzenia etnicznego lub wyznania [26].

Natomiast strategię prowadzenia opieki paliatywnej i szpitalnej powinny respektować prawa człowieka oraz prawa pacjenta, z podkreśleniem zagwarantowanego prawa każdej osoby do zachowania godności ludzkiej. Reguły etyki biomedycznej podane przez Childresse oraz Beauchampa - czyli czynienie dobra, poszanowanie autonomii, nieczynienie zła, sprawiedliwość, wszystko to w tym przypadku nabierają szczególnego znaczenia, jednakże mogą okazać się niewystarczające. Dylemat dotyczy nie tylko kwestii ustalania decyzji w ramach prowadzonych czynności, ale również jakości relacji duszpasterz - osoba chora. Wytyczne podkreślają potrzebę podążania za zasadami etyki opieki (z ang. *ethics of care*), jak również etyki moralnej (z ang. *virtue ethics*). Ważna jest niczym niezakłócona stała opieka, otwartość na drugą osobę, wiarygodność i wzajemne zaufanie [27]. Bardzo ważne jest uzyskanie zadowolenia pacjentów i ich bliskich oraz poczucie spełnienia duszpasterzy, którzy angażują się w organizację i realizację całej opieki paliatywnej i szpitalnej. Polska uważana jest za lidera, jak również pioniera opieki paliatywnej w całej Europie Środkowo-Wschodniej. W państwie działa ponad 600 ośrodków zajmujących się opieką paliatywną i hospicyjną [26].

Identyfikacja sposobów minimalizowania cierpienia ludzkiego z ramienia duszpasterzy w hospicjach i szpitalach

Wzruszenie, które jest połączone ze współczuciem często wiąże się z empatycznym usiłowaniem zrozumienia sytuacji człowieka chorego. Natomiast działanie to konkretne gesty duszpasterza uwzględniające postulaty współczesnej psychoterapii. Są one powiązane z pomocą chorym w osiągnięciu wglądu w siebie, a także zmniejszeniu negatywnego nastawienia wobec samego siebie i podtrzymaniu swojego pozytywnego wizerunku [28]. Duszpasterz spotykając się z osobą chorą, w której historię życia jest wpisany krzyż, ma delikatnie wyjaśniać takiemu człowiekowi sens cierpienia i zachęcać wręcz do jego ofiarowania w różnorodnych intencjach. Pomoc udzielana choremu bardzo często polega na milczącej, pełnej szacunku oraz szczerzej empatii obecności przy cierpiących ludziach [29].

Z kolei należy podkreślić, iż pełniona posługa słowa (konferencje, homilie, rozmowy indywidualne) nie może stać się posługą abstrakcyjną, całkowicie odległą od życia chorych osób, ale powinna im pomagać przede wszystkim w odkrywaniu sensu życia, jak też cierpienia. Natomiast posługa sakramentalna dotyczy przede wszystkim sprawowania trzech najważniejszych sakramentów: Eucharystii, pokuty, jak również namaszczenia chorych. Rozmowy duszpasterza z osobami chorymi, które są z dala od Kościoła winny się odbywać w atmosferze poszanowania godności drugiego człowieka oraz wewnętrznego spokoju. Od duszpasterza wymaga się bardzo dużej odporności psychicznej i wyjątkowych przymiotów ducha, czyli cierpliwości, delikatności, taktu, wyrozumiałości. Duszpasterz w hospicjum, domu, czy też w szpitalu ma być sługą oraz narzędziem w ręku Boga [30]. Ponadto, zdarza się, że nawiązanie kontaktu z takimi osobami rozpoczyna się od rozmów dotyczących odległych tematów od spraw religijnych, które na celu mają „ocieplenie” wzajemnych stosunków. Żadna z osób chorych nie powinna odbierać duszpasterza jako osoby przeprowadzającej swoistą religijną indoktrynację, powinni dostrzec w nim człowieka, poprzez którego Bóg ich poszukuje [31]. Życzliwością i współczuciem połączonym z wytrwałością okazywaną osobom obojętnym religijnie przynieść może nie tylko zadowolenie w postaci ich ponownego powrotu do Boga, ale także stanowić budujący przykład dla pozostałych pacjentów [32].

Kościół otrzymał za jedno ze swoich zadań pomoc wobec osób chorych od samego Chrystusa, który rzekł: uzdrawiajcie chorych. Kościół stara się je wypełnić poprzez opiekę, jaką otacza chorych oraz przez modlitwę wstawienniczą, przez jaką może się z nimi połączyć. Kościół wierzy w ożywiające przybycie Chrystusa, lekarza ciała i duszy. Sakrament

namaszczenia chorych to sakrament miłosierdzia ze strony Chrystusa oraz Kościoła, który poleca osoby chore cierpiącemu Panu, aby ich zbawił i podźwignął w cierpieniach [33].

Ważną rolę w duszpasterstwie osób chorych odgrywa wspomniane powyżej sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych. Badania postaw religijnych, jak również społecznych, które zostały przeprowadzone dzięki Instytutowi Statystyki Kościoła Katolickiego SAC w roku 2006 w archidiecezji warszawskiej na 750 osobach wykazały, że 36,9 % badanych nie zna tego sakramentu [34]. Duszpasterzy powinni zwracać uwagę na powody, jakimi kierują się osoby chore, które proszą o udzielenie sakramentów namaszczenia. Oprócz motywów np. nadprzyrodzonych, obejmujących szczere pragnienie złączenia się z samym cierpiącym Chrystusem i pomnożenia Bożej łaski, mogą też pojawić się powody o charakterze „magicznym”. Część osób chorych traktuje sakramenty jako lecznicze środki doraźne, przyjmując je często przed czekającą ich operacją i podczas choroby, a całkowicie z nich rezygnując po zakończeniu leczenia. Duszpasterz powinien starać się o odpowiednie uformowanie postaw religijnych chorych osób i pogłębienie ich motywacji [35], podkreślając aspekt osobistego spotkania sam na sam z Chrystusem. W sakramentalnej posłudze w stosunku do chorych należy wystrzegać się, całkowicie szanując wolność wyboru, jakichkolwiek typów przymusu. W przypadku osób chorych będących w stanie powiązanym z zagrożeniem życia i uparcie odmawiających przyjęcia sakramentów, należy ich polecać modlitwie innych chorych, równocześnie dbając o zachowanie dyskrecji [36].

Trzeba zauważyć, iż z udzieleniem sakramentów świętych jest powiązane wprowadzanie chorego w sens, jak również znaczenie poszczególnych znaków sakramentalnych [37]. Osoba terminalnie chory potrzebuje człowieka oraz duszpasterza autentycznej żywej wiary, jaki sam przemyślał swoje życie, jak też własną śmierć [38]. Potrzebne jest tu stanowisko gotowości towarzyszenia drugiemu człowiekowi poprzez wszystkie etapy drogi. Ponadto, również jest potrzebne wsłuchanie się w skargi osoby chorej, ciepłe i nieosądzające słowa, okazywanie bliskości, dzięki którym można wzbudzić zaufanie, powierzyć całkowicie swoje cierpienie Bogu i zawierzyć Jemu [39]. Osoba udzielająca wsparcia duchowego również powinna odznaczać się postawą dialogu, jaka będzie wyrażała się w jej wewnętrznej wolności do słuchania oraz mówienia. Tzw. sługa dialogu pomaga w zaakceptowaniu oraz w pojednaniu się ze śmiercią [40].

Duszpasterz pełni w życiu chorej osoby podwójną rolę. Jest on jednostką, która dba o religijne życie pacjentów, udziela im sakramentów, a także modli się za nich oraz razem z nimi, bywa, że czasami przygotowuje ich do ostatecznego odejścia z tego świata. Dodatkowo

duszpasterz czynnie uczestniczy w terapeutycznym procesie, który prowadzi do odzyskania pełni zdrowia i sił [41]. Duszpasterz nie może być „meteorom”, jaki co kilka dni tylko „wpada” do hospicjum/szpitala, aby udzielić wyłącznie sakramentalnej posługi chorym. Jego przybycie i obecność w hospicjum/szpitalu musi być ciągle zauważana tak samo przez chorych, jak i ich bliskich oraz powinna cechować się regularnością, która jest wyrażana systematycznymi i częstymi odwiedzinami chorych osób [42]. Pozwala to uniknąć wrażenia, iż duszpasterz pojawiający się w hospicjum/szpitalu jest tylko „zwiastunem śmierci”. Duszpasterz powinien być człowiekiem dyspozycyjnym, całkowicie gotowym odpowiedzieć na każde zawołanie osoby chorej, jej bliskich lub personelu medycznego. Dużo jednostek wyłącznie na podstawie jakości kapłańskiego wsparcia i pomocy wyrabia sobie przekonanie na temat Kościoła, którego duszpasterz jest reprezentantem [43].

Należy zauważyć, iż wsparcie duchowe udzielane osobom bliskim chorego to druga płaszczyzna działań kapłańskich. Troska duchowa o powyższe osoby jest bardzo istotna w opiece hospicyjnej/szpitalnej, bądź też w domu umierającego człowieka. Osoby bliskie dla umierającego narażone są przede wszystkim na wyczerpania psychiczne oraz fizyczne. Aczkolwiek dom rodzinny jest jedynym miejscem, gdzie osoba umierająca czuje się bezpiecznie. Osoba chora bywa dla swoich bliskich wielkim wyzwaniem, które może przynieść wiele ogólnego dobra. Hospicjum domowe wspiera całą rodzinę, co sprzyja umocnieniu osobowej więzi, jak również owocuje wzajemnym wsparciem [44]. Taka właśnie obecność Kościoła w świecie osób chorych i z chorymi bywa o tyle ważna, gdyż w dzisiejszych czasach coraz częściej chory w świecie zsekularyzowanym i utylitarystycznym bardzo często jest zapomniany albo spychany wręcz na margines, tym samym rodząc całkiem nowy rodzaj ubóstwa społecznego [45]. Społeczeństwo, szczególnie wspólnota Kościoła, ze swej strony powinni zagwarantować należyte wsparcie rodzinom, które zdecydowały o zaopiekowaniu się w domu, niekiedy przez bardzo długi czas, osobami, które są dotknięte chorobami nieuleczalnymi i wymagającymi wyjątkowo absorbującej opieki. Właśnie w tych dziedzinach współdziałanie Kościoła oraz innych instytucji społecznych może być wyjątkowo cenne w zapewnieniu niezbędnego wsparcia dla ludzkiego życia w chwili, gdy to życie jest bezbronne [45].

Z kolei warto zauważyć, iż duszpasterz powinien traktować każdą chorą osobę w sposób niepowtarzalny i indywidualny. Musi on pozbyć się przeświadczenia, że dobrze rozumie każdą jednostkę i zna rozmiary jej osobistego cierpienia [46]. Doświadczenie cierpienia jest doświadczeniem wielowymiarowym i złożonym. Najczęstszym źródłem cierpienia u chorej osoby jest ból fizyczny, który często jest połączony z cierpieniem

psychicznym. Cierpienie, jakie jest bolesnym doświadczeniem obejmującym ogólną strukturę psychofizyczną człowieka, może nakłonić go do zmiany hierarchii wartości, jak również otwarcia się na sprawy bliskich i ludzi w otoczeniu [47]. Duszpasterz musi wystrzegać się przedstawiania tzw. podręcznikowych wzorców przyjmowania cierpienia, mając na uwadze, że jest ono jedną wielką tajemnicą [48]. Duszpasterz nie może w swoich duszpasterskich czynnościach ograniczać się tylko do osób chorych, ale powinien zająć się także ich bliskimi. W obliczu owych osób może ujawnić się cała gama różnorodnych postaw ludzkich, zaczynając od pomocy, przez całkowity brak zainteresowania, znużenie, obojętność, kończąc nawet na odrzuceniu osoby chorej. W obliczu poważnej choroby bliskiej osoby rodzina pacjenta oczekuje od duszpasterza wsparcia i pomocy. Takie czynności mogą się wyrażać zarówno w pozytywnym kształtowaniu nastawienia do cierpienia i choroby, czy też posłudze sakramentalnej oraz wspólnej modlitwie, jak też udzielaniem stosownych rad dotyczących właściwych form zachowania. Duszpasterz powinien ciągle podkreślać, że odwiedziny osób najbliższych i ich spokój, zrównoważenie psychiczne i optymizm mają pozytywne oddziaływanie na osobę chorą [49]. Jeżeli bliskie osoby dla chorego nie staną na wysokości zadania, to do duszpasterza należy taktowne przypomnienie im o ich obowiązkach [47].

Dobry duszpasterz powinien odznaczać się w szczególności pogłębionym życiem religijnym, które jest związane ze spojrzeniem pełnym wiary na sens życia, śmierci, jak również cierpienia [50]. Duszpasterz wpływa na ludzi mających pod swoją opieką, nie tylko tym, co czyni, ale również swoją postawą zaufania Duchowi Świętemu. Znajomość ludzkiej natury i podejmowanych technik odgrywają rolę drugorzędną w stosunku do otwarcia się na całkowitą łaskę Bożą. Potrzebna więc jest modlitwa za osoby, którym niesiona jest pomoc i wsparcie, a także chrystologiczne zakorzenienie duszpasterskiej pomocy [51]. Duszpasterz, który żyje w autentycznej i szczerej więzi z Chrystusem, jak również naśladowający Jego służebną postawę w stosunku do osób chorych i cierpiących. Równocześnie pomaga im w przeżyciu osobistej bliskości Boga, a także osiągnięciu wewnętrznego pokoju. Przez odpowiednią i pełną miłości, wytrwałości pomoc duszpasterza objawia się osobom chorym tajemnica żywego i widzialnego Kościoła [52].

Wnioski końcowe

Jak wykazała powyższa analiza należy zwrócić uwagę na to, iż działania duszpasterskie wliczają się do wyjątkowej części posługi Kościoła, która jest kontynuacją działalności Chrystusa. W szczególności sakrament namaszczenia jest dla osób chorych

właściwą i konkretną pomocą podczas przeżywania choroby, cierpienia, a czasami także w drodze prowadzącej do śmierci. Powinien być przyjmowany przez chorego podczas poważniej choroby, która jest dla niego olbrzymim stresem. Niejednokrotnie powoduje zaburzenie kondycji danej osoby. Niezmiernie ciężko jest samodzielnie udźwignąć brzemie własnego cierpienia, a bywa, że i nadchodzącej śmierci. Bywa i tak, że czasami następuje fizyczne wyzdrowienie, jednak nie jest ono całkowitym zwycięstwem nad chorobą, lecz przyszłą zapowiedzią definitywnego zwycięstwa. Dzieje się tak dlatego, iż często osoba, która fizycznie przezwyciężyła ciężką chorobę, psychicznie jeszcze wymaga wsparcia i pomocy, aby ostatecznie być zdrową na wszystkich poziomach. Pomoc duszpasterska jest niezbędna każdej osobie w otoczeniu chorego, bez znaczenia czy jest to rodzina, czy też personel medyczny. Każda z tych osób na swój sposób przeżywa trudne chwile i potrzebuje bardzo różnego wsparcia od duszpasterza. Smutek, rozżalenie czy też udawanie, że wszystko jest dobrze, to tylko nieliczne uczucia, które mogą odczuwać osoby będące świadkami cierpienia bliskiej osoby. W takich momentach zdarza się, iż ktoś z tych osób, bądź też sama osoba chora może odwrócić się od Boga, być zła na Niego, mieć do Boga pretensje o obecny stan rzeczy. Właśnie w takich sytuacjach niezbędna okazuje się posługa duszpasterza, który powinien w każdej z tych sytuacji okazać się jednostką niezmiernie spokojną i współczującą. Każda z tych emocji jest ludzka, ale nie każdy potrafi sam sobie z nimi poradzić. Odpowiednia pomoc duszpasterza łagodzi owe ludzkie stany, pomaga przejść przez ciężkie chwile wszystkim, których dotyczy temat choroby i śmierci. Na koniec warto przypomnieć naukę Jana Pawła II- Chrystus poprzez własne cierpienie i śmierć przyznaje cierpieniu każdego człowieka całkiem nowy sens [53]. Wprowadzając owe cierpienie w nowy porządek i wymiar. Zatem, jeżeli sam Chrystus zdołał dokonać aktu Odkupienia przez krzyż, jeżeli znosił cierpienia i męki za wszystkich ludzi i dla nich wszystkich, to każdy z nas jest zobowiązany do uczestniczenia w tym właśnie cierpieniu, poprzez które również wszystkie ludzkie cierpienia zostały odkupione [54]. Celem artykułu jest weryfikacja uwarunkowań i zadań duszpasterzy w posłudze paliatywnej i szpitalnej.

W odniesieniu do powyższych rozważań należy uznać postawiony cel polegający na weryfikacji uwarunkowań i zadań duszpasterzy w posłudze paliatywnej i szpitalnej za w pełni zrealizowany a hipotezę zakładającą za w pełni potwierdzoną. Na podstawie niniejszych rozważań można było wysnuć wniosek, iż wszystkie zadania duszpasterzy mają swój początek już w postępowaniu Chrystusa. To właśnie On był pierwszym, który okazał poprzez cierpienie swoje poświęcenie dla ludzkości. Bycie duszpasterzem nie jest zadaniem łatwym. Potrzebna jest silna wola i wytrwałość, pomimo cierpienia i śmierci. Zadania duszpasterzy są

wyjątkowo istotne podczas pełnienia posługi paliatywnej i szpitalnej. To właśnie osoba duszpasterza i jej wsparcie wobec osoby chorej, jak również jej bliskich w dużym stopniu minimalizuje cierpienia tych osób i pomaga w osiągnięciu wewnętrznego spokoju.

Piśmiennictwo

1. Jan Paweł II: Wstańcie, chodźmy! Wydawnictwo Św. Stanisława, Kraków, 2005, 146.
2. J 11,52.
3. Wojtyła K.: Elementarz dla wierzącego, wątpiącego i szukającego. Wyd. Literackie, Kraków, 2015.
4. Travers E., Mitchel D.: Zagadnienia strategiczne i ogólne w opiece paliatywnej [w:] Opieka paliatywna, Kinghorn S., Gaines S. (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2012, 1-8.
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654).
6. Ks. Wielebski T.: Uczeń Chrystusa a program duszpasterski Kościoła Katolickiego w Polsce na początku XXI wieku. Warszawskie Studia Teologiczne, 2008, 12, 97-102.
7. Kałuża S., Ziemiański S.: Poradnik dla kapelanów szpitalnictwa zamkniętego. Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy Księży Jezuitów, Kraków, 1991.
8. Krakowiak P., Dutkiewicz E.: Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania. Materiały z Ogólnopolskich Warsztatów Kapelanów Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Apostolstwa Chorych i Hospicjów, Gdańsk, 1999, 35-39.
9. Szumowski W.: Historia medycyny. PZWL, Warszawa, 1961.
10. Kodeks Prawa Kanonicznego (z 1983 r.), kan. 529, § 1.
11. Ks. Zabielski J.: Opieka hospicyjna jako służba życiu [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). UM, Białystok, 2008, Tom V, 173- 187.
12. Falba A., Piotrkowska R., Książek J., Kruk A.: Kompleksowa pomoc osobie umierającej w szpitalu [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). UM, Białystok, 2008, Tom V, 199-227.
13. Przygoda W.: Model pastoralny [w:] Leksykon teologii pastoralnej, Kamiński R., Przygoda W., Fiałkowski M. (red.). Wyd. TN KUL, Lublin, 2006, 515-517.
14. Ołów A.: Choroba, uzdrowienie, odpuszczenie grzechów. Communio, 1998, 3, 18.

15. Stefański J.: Sakrament chorych w dziejach i życiu Kościoła. Wyd. Gaudentinum, Gniezno, 2000.
16. Ostaszewski M.: Duszpasterstwo hospicyjne. *Studia Elbląskie*, 2011, 12, 300.
17. Biskupi polscy do lekarzy [w:] *Listy Pasterskie Prymasa Polski oraz Episkopatu 1975-1981*, Paryż, 1988, 391-394.
18. Słowo biskupów do duchowieństwa z okazji nowej księgi liturgicznej. Sakramenty chorych [w:] *Dokumenty duszpastersko-liturgiczne Episkopatu Polski 1966-1998*, Polihymnia, Lublin, 1999, 107-114.
19. Karta Pracowników Służby Zdrowia. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan, 1995, 1-4.
20. Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan, 1991, 27-31.
21. Masarczyk R.: Spotkanie z pacjentem, czyli duszpasterstwo chorych. Salwator, Kraków, 2003, 37.
22. *Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej* 1981 nr 9, poz. 35, § 1-6.
23. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (Dz. U. 1989 nr 29, poz. 154, art. 38-40).
24. Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczypospolitą Polską, podpisany 28 lipca 1993 roku, (Dz. U. 1998 nr 51, poz. 318, art. 17).
25. Jachimczak J.: Status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej [w:] *W służbie życiu*, Jachimczak J. (red.). Wyd. Instytutu Teologicznego Księży Misjonarzy, Kraków, 2003, 281-292.
26. Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak- Michalak D.: Opieka paliatywna w Polsce- wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. *Opieka farmaceutyczna*, 2010, 2, 93-100.
27. Wytyczne (Rekomendacje) Rec 2003 24. Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Rada Europy.
28. Makselon J.: Rola kapelana w budowaniu nadziei chorego. *Ateneum Kapłańskie*, 1987, 471, 349-350.
29. Pleskaczyński J.: Rekolekcje w szpitalu. *List*, 1999, 2, 4-6.
30. Grzesiuk S.: Duszpasterstwo chorych w szpitalach. *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne*, 1979, 12, 66.
31. Pleskaczyński J.: Chory-człowiek poszukiwany przez Boga. *Biuletyn KAI*, 1998, 5, 28.

32. Gorczyca T.: Duszpasterstwo chorych w szpitalu. Ateneum Kapłańskie, 1978, 416, 396-397.
33. Rak R.: Miłosierdzie w liturgii Kościoła [w:] Kościół w Polsce wobec potrzebujących, Chmielewski M. (red.). Saeculum Christianum, Lublin, 1994, 1, 64.
34. Jamroch E.: Wiedza religijna i media katolickie [w:] Postawy społeczno-religijne archidiecezjan warszawskich, Zdaniewicz W., Zaręba S.H. (red.). Wyd. Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa, 2006, 48.
35. Kałuża S., Ziemiański S.: Poradnik dla kapelanów lecznictwa zamkniętego. Wydawnictwo WAM, Kraków, 1991.
36. Grzesiuk S.: Duszpasterstwo chorych w szpitalach. Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne, 1979, 12, 67.
37. Krakowiak P.: Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce i zadania duszpasterskie z nią związane [w:] Program duszpasterski Kościoła w Polsce na lata 2006–2010. Drukarnia i Księgarnia Świętego Wojciecha, Poznań, 2008.
38. Mikołajczyk R.: Towarzyszenie umierającym jako zadanie Kościoła. AK, 1990, 1, 488, 129-130.
39. Block B.L.: Człowiek chory przewlekle i terminalnie [w:] Środowiska specjalnej troski, Kalinowski M. (red.). POLIHYMNIA, Lublin, 2003, 62–63.
40. Ostaszewski M.: Duszpasterstwo hospicyjne. Studia Elbląskie, 2011, 12, 304.
41. Śmierć za białym parawanem, Dyskusja redakcyjna. Tygodnik Powszechny, 1999, 45, 9.
42. Pleskaczyński J.: Rekolekcje w szpitalu. List, 1999, 2, 7.
43. Klinger L.: Sytuacja duszpasterstwa służby zdrowia w Niemczech [w:] Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce; Osiągnięcia i wyzwania. Materiały z ogólnopolskich warsztatów kapelanów Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Apostolstwa Chorych i Hospicjów, Dutkiewicz E., Krakowiak P (red.). Gdańsk, 1999, 54.
44. Kalinowski M.: Duszpasterstwo Hospicyjne [w:] Duszpasterstwo Specjalne, Kamiński R. (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin, 1998, 154.
45. Brzeziński M.: Zadania rodziny i służby zdrowia w świecie ludzkiego cierpienia [w:] Cierpienie. Między sensem a bezsensem. Studium interpersonalne, Kalinowski M., Niewiadomska I., Szot L. (red.). Wyd. KUL, Lublin, 2014, 89.
46. Kowalczyk S.: Ludzki i chrześcijański sens cierpienia. Homo Dei, 1975, 3, 176-179.
47. Durda S.: Chrześcijańska postawa wobec cierpienia. Wyd. WAM, Kraków, 1998.
48. Stopka A.: Ich prawo do szczęścia. Apostolstwo Chorych, 1992, 12, 9.

49. Kulczycki M.: Psychologiczne problemy człowieka chorego. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, 1971, 138.
50. Kałuża S., Ziemiański S.: Poradnik dla kapłanów szpitalnictwa zamkniętego. Wyd. WAM, Kraków, 1991.
51. Autton N.: Żyją wśród nas. Opieka duszpasterska nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Pax, Warszawa, 1981.
52. Klinger L.: Sytuacja duszpasterstwa służby zdrowia w Niemczech [w:] Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce; Osiągnięcia i wyzwania. Materiały z ogólnopolskich warsztatów kapłanów Duszpasterstwa Służby.
53. Encyklika Jana Pawła II "Salvifici doloris"- List do biskupów, kapłanów, rodzin zakonnych i wiernych Kościoła Katolickiego o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. Rzym, 1984-02-11, 15.
54. Msza święta prowadzona przez Jana Pawła II w Banneux, Belgia, 21.05.1985.

Metody i formy duszpasterskiego towarzyszenia w żałobie

Bomber Kamil K.¹, Komarnicka-Jędrzejewska Olga², Ochotny Piotr¹

1. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
2. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej we Wrocławiu

Przeżycia związane ze śmiercią bliskiej osoby są tak bolesne, że musi minąć dużo czasu, by można było wrócić do normalności. Ci, których to zdarzenie najboleśniej zraniło, potrzebują sporo uwagi i troski – nawet jeśli twierdzą, że ze wszystkim sobie doskonale poradzą. Postępowanie w przypadku żałoby wymaga taktu i dyskrecji. Niestety, nie każdy ma zdolność współodczuwania. W rzeczywistości mało kto wie, co robić, by naprawdę pomóc. Nie ma jednego skutecznego sposobu pocieszenia po stracie. Czasem nie działa po prostu nic i trzeba pozwolić płynąć czasowi łagodzącemu cierpienie. Pomoc osobie, która nie potrafi pogodzić się z czyjąś śmiercią powinna być dyskretna. Najważniejsze to dać jej do zrozumienia, że w razie potrzeby można na kogoś liczyć. Najważniejsze to po prostu być z osobą pogrążoną w żałobie – tak, jak ona tego potrzebuje. Jedni chcą wtedy rozmawiać albo płakać, inni wolą sami przeżywać rozpacz i smutek. Ale to nie znaczy, że nie jest im potrzebna obecność uważnego i życzliwego człowieka.

Świadomość nieuchronności śmierci stała się permanentnym problemem ludzkiego życia. Jak wiadomo, widmo nieuchronnej śmierci wystawia na próbę jego wewnętrzną siłę i odporność. Porażając swoją grozą i nieodwracalnością natury słabe, krzewić może strach, obawę, udrękę i niepokój. Wysiłki przewyciężenia przez człowieka nieuchronności śmierci są równie stare, jak i różnorodne. Odnajdujemy je w mitach, magii, wierzeniach, religiach, filozofii i nauce. Naturalny bieg życia: narodziny i śmierć są trwałymi wątkami rozważań o naturze ludzkiej i rządzących nią prawach natury. W celu przyjęcia z godnością własnej śmierci ludzie zwyczajowo rozmyślają o niej. Rozmyślanie o niej jest jakby przekraczaniem granic swego istnienia. Tylko egzystencja daje szansę snucia wyobrażeń o nie egzystencji. Nie może wszak realnie myśleć byt nieistniejący. Rozumowanie na takiej zasadzie czyni z faktu śmierci coś nierealnego. Śmierć staje się tutaj czymś niedostępnym temu, co istnieje [1].

„Żałoba jest procesem trwającym, w czasie którego istotą pozostaje zmaganie się z bólem i cierpieniem po stracie bliskiej osoby” [2]. Jest to oznaka społecznego wyrazu reakcji na utratę bliskiej osoby, usankcjonowany typowymi dla danej społeczności obyczajami,

takimi jak: czarny ubiór, wycofanie z życia społecznego, unikanie zabaw, zamawianie mszy świętych, itp. Według Sanders „żałoba niesie w sobie pewien szczególny, pokrewny wstydnemu piętna wynikający z traktowania śmierci, jako kary. W żadnej innej sytuacji nie jest to tak oczywiste, jak w wypadku utraty dziecka” [3]. Rodzice, którzy utracili swoje dziecko mają poczucie napiętnowanych, ale do tego dochodzi również poczucie winy, wyrzuty sumienia i żal. „Żal po stracie to złożona i długotrwała reakcja na utratę bliskiej osoby, zaczynająca się od zaprzeczania, a zakończona pogodzeniem się z utratą” [4]. Jak w przypadku straty osoby starszej uzasadnione jest stwierdzenie „pogodzenia się z utratą”, tak w przypadku rodziców, którzy stracili dziecko jest bezpodstawne. Rodzic po starcie dziecka nigdy nie pogodzi się z utratą swojego potomka, on tylko nauczy się żyć w nowej sytuacji, w jakiej przyszło mu się zmierzyć. Niemniej jednak, aby mógł znaleźć się w tej sytuacji musi przeżyć odpowiednio stratę i przejść wszystkie etapy żałoby. Należy pamiętać, że w przeciwieństwie do żałoby, która jest dyktowana kulturowo lub religijnie, przeżywanie straty jest bardzo indywidualnym procesem i nie ma określonego limitu czasowego. Ponadto, przeżywanie straty nie jest procesem linearnym, w którym przechodzi się od jednego etapu do drugiego, ale przypomina raczej fale i nawroty – z różną intensywnością i częstotliwością. Bez względu na to, jaki czas minął od śmierci dziecka, nasilony smutek i żal mogą pojawiać się w okolicy rocznicy śmierci, urodzin, świąt, Święta Zmarłych i innych ważnych dla żałobnika.

Poruszając temat duszpasterskiego towarzyszenia osobom w żałobie, w pierwszej kolejności należy zdefiniować, czym jest *duszpasterstwo*. Według ks. Kamińskiego jest to *zorganizowana działalność zbawcza Kościoła urzeczywistniająca w służbie człowieka zbawcze dzieło Chrystusa przez głoszenie słowa Bożego, liturgię, posługę pasterską i świadectwo życia chrześcijańskiego* [5]. Najczęściej dzieli się duszpasterstwo na zwyczajne i nadzwyczajne. Duszpasterstwo zwyczajne, stanowiące fundament duszpasterstwa i będące naczelnym zadaniem każdej wspólnoty parafialnej, jest adresowane do wszystkich wiernych. Ma na celu zaspokojenie ich powszechnych potrzeb religijnych i doprowadzenie do spotkania z Bogiem w wierze i miłości, które jest misją Kościoła i każdej wspólnoty religijnej. Jest to duszpasterstwo podstawowe, ale niewystarczające, ponieważ warunki życia w społeczeństwie pluralistycznym wymuszają specjalizowania się duszpasterstwa, które musi być zorientowane na różne potrzeby ludzi [6]. Odpowiedzią na specyficzne uwarunkowanie i potrzeby konkretnych grup wiekowych, zawodowych, społecznych, celowych, będących w różnych sytuacjach egzystencjalnych jest duszpasterstwo nadzwyczajne, realizowane na poziomie ponadparafialnym [6]. Duszpasterstwo osób przeżywających proces żałoby, sytuujące się na pograniczu duszpasterstwa zwyczajnego i nadzwyczajnego, wiąże się z pierwszym kontaktem

w kancelarii z rodziną po śmierci ich bliskiego w sytuacji załatwiania formalności pogrzebowych, sprawowaniem liturgii pogrzebowej, celebracją sakramentu pokuty, działalnością grup wsparcia, które zasadniczo funkcjonują w Polsce na poziomie ponadparafialnym, poradnictwem pastoralnym i duszpasterskim telefonem zaufania, a także organizacją rekolekcji dla osób przeżywających żałobę. Warto podkreślić, że cały Lud Boży, a więc zarówno osoby świeckie, jak i duchowne jest zarówno przedmiotem, jak i podmiotem duszpasterstwa. Oznacza to, że wszyscy ludzie ochrzczeni, stosownie do swojego miejsca w Kościele oraz posiadanych umiejętności i charyzmatów, mają się czynnie włączać w jego realizację.

Mówiąc o duszpasterskim towarzyszeniu osobom w żałobie, warto na początku ukazać jego motywację biblijno-teologiczną. Szczególnie istotne wydaje się przywołanie biblijnego sposobu obecności Boga przy człowieku. Może on stanowić model obecności przy kimś przeżywającym żałobę. Bóg objawiając swoje imię Mojżeszowi na kartach Starego Testamentu powiedział o sobie *Jestem, który jestem* (Wj 3, 14). W tym imieniu Jahwe zapewnia Mojżesza o swojej stałej obecności. Użyte słowo *hajajh* ma sens dynamiczny: nie tyle oznacza neutralny fakt istnienia, co wskazuje raczej na czynną i skuteczną obecność Boga. Bóg objawia się jako Ten, który na stałe jest z Mojżeszem: *Ja jestem z tobą* (Wj 3, 12), jako Ten, który wędruje ze swoim ludem przez pustynię (por. Wj 33, 14-17) [7]. Towarzyszenie osobom przeżywającym żałobę można też uzasadniać konkretną realizacją miłości Boga i bliźniego (Mt 22, 37-40) oraz naśladowaniem przykładu Jezusa Chrystusa, który *przeszedł (...) dobrze czyniąc* (Dz 10, 38), utożsamiając się zawsze z każdym człowiekiem cierpiącym (*Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, mnieście uczynili* zob. Mt 25, 40), będąc wrażliwym na każde ludzkie cierpienie. Warto zwrócić uwagę na fakt, że także Jezus przeżywał żałobę po śmierci swojego przyjaciela Łazarza, której widocznym znakiem było wzruszenie i łzy, których nie wstydził się w obliczu dramatycznego doświadczenia (J 11, 32-33). W przypowieściach Jezusa często pojawia się obraz wdowy, będącej w ówczesnym społeczeństwie zdanej na łaskę i niełaskę otoczenia (Mt 12, 40; Mk 12, 42-42; Łk 2, 37; Łk 4, 25-26; Łk 18 3-5; Łk 20, 28; Łk 20, 47; Łk 21, 2-3). Naprzykrzająca się wdowa, prosząca o pomoc sędziego jest wzorem wytrwałej modlitwy i cierpliwości (Łk 18, 5). Również w listach apostołów Nowego Testamentu odnaleźć można liczne wskazania odnośnie do wdów i sierot (Jk 1, 27). Mówiąc o istocie chrześcijańskiego stylu życia związanego ze służbą cierpiącym bliźnim, Jezus wskazywał na miłosiernego Samarytanina. Nie zatrzymał się on tylko na wzruszeniu spowodowanym spotkaniem z pobitą przez zbrojczych osobą, ale podjął konkretne działania (Łk 10, 30-37). Św.

Jan Paweł II w Liście o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia *Salvifici doloris*, rozważając ten fragment Ewangelii podkreśla, że miłosiernym Samarytaninem *jest każdy człowiek, który zatrzymuje się przy cierpieniu drugiego człowieka, jakiegokolwiek by ono nie było [...] który wzrusza się nieszczęściem bliźniego* (SD 29). Papież postuluje, aby w sobie *pielęgnować ową wrażliwość serca, która świadczy o współczuciu z cierpiącym. Czasem owo współczucie pozostaje jedynym lub głównym wyrazem naszej miłości i solidarności z cierpiącym człowiekiem* (SD 29). Z kolei papież Benedykt XVI w encyklice *Spe salvi* zwrócił uwagę na to, iż: *zasadniczo miarę człowieczeństwa określa się w odniesieniu do cierpienia i do cierpiącego (...) Zaakceptować drugiego, który cierpi, oznacza bowiem przyjąć na siebie w jakiś sposób jego cierpienie, tak że staje się ono również moim (...) łacińskie słowo „consolatio” pocieszenie, wyraża to w piękny sposób, sugerując bycie razem w samotności, które nie jest już samotnością* (SS 38). Te i podobne wypowiedzi papieży, choć wprost nie odnoszą się do duszpasterskiego towarzyszenia osobom przeżywającym żalobę, to jednak uwrażliwiają na konieczność okazywania pomocy każdemu człowiekowi w wielorakim jego cierpieniu, a takim z pewnością jest czas żałoby przeżywany po stracie kogoś bliskiego.

Żałoba definiowana jest jako *okres po śmierci bliskiej osoby związany z uczuciami smutku, rozpacz i samotności* [8]. Sposób przeżywania żalu w okresie żałobie jest odmienny u poszczególnych osób. Zazwyczaj towarzyszą mu objawy somatyczne, emocjonalne, poznawcze i behawioralne [9]. Osoby przeżywające żalobę po stracie kogoś bliskiego są w stanie (sytuacji) *osierocenia*. Proces osierocenia przebiega etapowo, charakteryzując się swoistą dynamiką. Jest indywidualnie zróżnicowany i zależy od wielu czynników. Reakcje psychiczne przeżywane przez żałobników w tym okresie zależą przede wszystkim od tego, w jakiej relacji pozostawał z osobą zmarłą. Jeśli związki były silne i bardzo emocjonalne, to pojawia się cała gama mocnych uczuć, w których rozpacz i żal łączy się z buntem, złością, lękiem i poczuciem winy [10]. Konieczność zaangażowania się w organizację pogrzebu i załatwienia związanych z nim formalności sprawiają, że myśli tych osób kierują się ku sprawom zewnętrznym, działając nieraz w sposób uspokajający. Po pogrzebie jednak, gdy pozornie wszystko wraca do „normy”, cierpienie i poczucie osamotnienia jeszcze bardziej się nasila. Bardzo często osoby osierocone próbują wtedy szukać sensu życia, zwracając się ku filozofii i religii [11]. Istotą pomocy w okresie żałoby jest uznanie, że każdy osierocony ma prawo do indywidualnie przeżywanego czasu osierocenia. Osoba niosąca pomoc, pamiętając o tym, powinna empatycznie towarzyszyć tym, którzy przeżywają stratę, niejako

„dopasowując” swoją obecność i zaangażowanie do jej tempa powrotu do normalnego stanu funkcjonowania.

Ważną rolę w duszpasterskim towarzyszeniu osobom przeżywającym żałobę jest pierwsze spotkanie duszpasterza, czy też wiernych świeckich w kancelarii parafialnej z osobami załatwiającymi formalności pogrzebowe. Powinno się ono odbywać w atmosferze głębokiego zrozumienia i współczucia, z wielkim taktem i kulturą. Od osób zatrudnionych w kancelarii, a w szczególności od duszpasterzy, oczekuje się wielkiej wrażliwości. Często to właśnie im członkowie osieroconej rodziny opowiadają historię życia i okoliczności śmierci osób bliskich [12]. Trzeba zawsze pamiętać, że krewni zmarłych oczekują nie tyle sprawnego załatwienia formalności pogrzebowych, co duchowego wsparcia i prób odpowiedzi na pytania dotyczące sensu śmierci. Przypomina o tym *Wprowadzenie teologiczne i pastoralne do rytuału Obrzędy pogrzebu* podkreślając, że kapłan ma zarówno: *pouczyć o znaczeniu chrześcijańskiej śmierci, jak też serdecznie pocieszyć rodzinę zmarłego, łagodząc jej ból, w miarę możliwości wspomagać i razem z nią przygotować godne odprawienie pogrzebu* [13]. Wezwanie to jest szczególnie istotne w kontekście osób załatwiających formalności pogrzebowe tych bliskich, którzy zginęli w tragicznych okolicznościach (np. nagła śmierć, śmierć w wyniku samobójstwa, śmierć dziecka) lub przez większość swojego życia z różnych powodów dystansowali się od Kościoła i zaniedbali swoje życie religijne. Niewłaściwe ich potraktowanie może sprawić, że utrwali się w ich świadomości obraz Kościoła jako bezdusznej instytucji, w której bardziej liczą się formalności, różnego rodzaju zaświadczenia, czy też kwota ofiary, którą należy złożyć z racji pogrzebu. W tym miejscu warto przywołać fragment *Instrukcji liturgiczno-duszpasterskiej Episkopatu Polski o pogrzebie i modlitwach za zmarłych*: *Niedopuszczalne jest żądanie wysokich opłat na rzecz parafii lub uzależnianie obrzędów od wysokości złożonej ofiary. Parafia ma prawo do ofiar ze strony wiernych, ale wysokość tych ofiar powinna zależeć od ich uznania* [14].

Kolejną ważną przestrzenią duszpasterskiego towarzyszenia osobom przeżywającym żałobę jest sakrament pokuty i pojednania. Nie wolno ich traktować w sposób szablonowy. Szczególnie wobec nich należy okazać dużo taktu i delikatności, bardziej słuchając niż pouczając. Zadaniem spowiednika jest wysłuchanie, pocieszenie i zachęta do zaufania Bogu. Spowiednik rozumiejący proces żałoby, przez swoją „interwencję” może pomóc penitentom przyjąć ich autentyczne przeżywanie. Osobom przeżywającym stratę bliskiej osoby najczęściej towarzyszy poczucie winy. Pojawiają się dotkliwe wyrzuty sumienia. Wypowiedzenie winy w sakramencie pokuty i przeżycie otrzymanego rozgrzeszenia oraz darowania win owocuje duchowym uzdrowieniem. Zaniepokojonemu penitentowi

spowiednik może polecić lekturę wybranych tekstów biblijnych, które jasno i przekonująco odsłaniają zbawczą wolę Boga. To pozwala na rewizję fałszywych przekonań i oskarżeń wobec Boga. Poza tym powinien on nakierować penitenta na duchowość ufności. W procesie żałoby następuje powolne pożegnanie się ze zmarłym. Wiara w obcowanie świętych umożliwia budowanie jakościowo nowych relacji ze zmarłymi. Śmierć nie stanowi ostatecznej granicy pomiędzy kochającymi się osobami i choć wydaje się najciemniejszą stroną życia, jest momentem najjaśniejszego spotkania z Bogiem, który jest celem życia każdego z nas. Szczególnym miejscem spotkania żywych i umarłych jest Eucharystia, która łączy niebo z ziemią. Nasi bliscy zmarli osławają nas z wiecznością. Przez nich i przez ich miłość do nas już jakaś część nas przebywa w wieczności. Podkreślając przede wszystkim wymiar sakramentalny spowiedzi nie można też zapominać, że ma ona również charakter terapeutyczny, związany z *katharsis* i możliwością wypowiedzenia przed kapłanem tego, co penitenta wewnętrznie boli i czego żałuje, jeżeli chodzi o zaburzone relacje z bliskim zmarłymi [15].

Ważną rolę w towarzyszeniu osobom przeżywającym proces żałoby odgrywają rytuały pogrzebowe, które są obecne w całej historii ludzkości. Miały i mają one wymiar zarówno religijny, jak i psychologiczny, zmierzający do przywrócenia równowagi psychicznej i wewnętrznej reorganizacji [16]. Ważnymi momentami tych rytuałów są: modlitewne czuwanie przy zmarłym, czas na pożegnanie osobiste, msza żałobna i obrzędy pogrzebu na cmentarzu oraz spotkanie rodzin i przyjaciół po pogrzebie [10]. Rytuały pogrzebowe powinny być sprawowane z wielką starannością i pieczołowitością. Należy unikać swoistego rytualizmu, który może się pojawić w życiu kapłana w wyniku wielokrotnego powtarzania tych samych obrzędów. W uniknięciu takiego rytualizmu może pomóc prowadzone na wysokim poziomie głębokie życie wewnętrzne, jak i rozbudowana wrażliwość empatyczna. Duszpasterz powinien nieustannie pamiętać, że często bliscy żegnają kogoś, kto był dla nich jedynym i niepowtarzalnym, kogo nikt inny nie będzie mógł zastąpić. Wielu z nich utraciło sens życia, przeżywając często poczucie opuszczenia i samotności. Potrzebują oni Kościoła, który, jak naucza papież Franciszek, *towarzyszy w drodze, idąc razem z ludźmi* (...). Ten Kościół ma być miłosierną Matką [17]. Warto w tym miejscu ponownie odwołać się do *Wprowadzenia teologicznego i pastoralnego*, w którym wyraźnie podkreśla się, że *w przygotowaniu i urządzaniu obrzędów pogrzebowych niech kapłani z wielką delikatnością potraktują osobę każdego zmarłego i okoliczności jego śmierci oraz żałobę rodziny i potrzeby chrześcijańskiego życia. Niech również mają szczególny wzgląd na tych, którzy uczestniczą w pogrzebie i słuchają Ewangelii, czy to będą katolicy, czy katolicy*

bardzo rzadko lub nigdy nie uczestniczący we mszy św. albo nawet tacy, o których sądzi się, że utracili wiarę. Dla wszystkich bowiem kapłani są sługami Ewangelii Chrystusa [13]. Należy też przywołać nauczanie II Polskiego Synodu Plenarnego, który zauważa: *Posługa Kościoła w czasie pogrzebu ma być zwiastowaniem orędziu o życiu wiecznym, wyrazem rzeczywistej łączności ze zmarłym, a także znakiem solidarności z jego rodziną. Kościół, modląc się za zmarłych i sprawując za nich Eucharystię, umacnia jedność swoich żyjących dzieci, a wobec wszystkich uczestników tej liturgii, także niewierzących i wątpiących, wyznaje nadzieję, że życie ludzkie „zmienia się, ale się nie kończy”* [18]. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują homilia wygłaszana w czasie obrzędów pogrzebowych. Wypełnienie chrześcijańskiego obowiązku pogrzebania ciała ludzkiego bardzo często stają się jedyną okazją spotkania ze słowem Bożym dla wielu ochrzczonych, także tych niepraktykujących i obojętnych. W ramach homilii pogrzebowej, biorąc pod uwagę duży wybór czytań, należy mówić o eschatologicznym ukierunkowaniu życia, budzić wiarę i nadzieję chrześcijańską, nieść najbliższym pociechę w ich trudnej sytuacji egzystencjalnej [19]. Kaznodzieja winien ukazywać właściwy obraz śmierci związany z wpisaniem w naturę każdego człowieka naturalnym pragnieniem życia w wieczności i doświadczaniem miłości, a także w kontekście nadziei ukierunkowanej na spotkanie z Bogiem – Miłością, który odkupił każdego człowieka przez swoją mękę, śmierć i zmartwychwstanie.

Istotną rolę w duszpasterskim towarzyszeniu osobom przeżywającym żałobę odgrywają grupy wsparcia działające przy hospicjach lub parafiach. Grupa wsparcia to forma wsparcia psychospołecznego, funkcjonująca również w rzeczywistości wirtualnej, w której członkowie świadczą sobie różnego rodzaju pomoc, informacje, zazwyczaj nieprofesjonalnie. Niekoniecznie musi być to forma pomocy materialnej. Członkowie grupy zrzeszają się zazwyczaj ze względu na jakąś wspólną, obciążającą psychicznie lub społecznie cechę [20]. Istnieją szczególne więzi pomiędzy ludźmi dzielącymi te same trudności. To zaczyna się, kiedy ktoś mówi do Ciebie: „Ja dokładnie wiem, jak się czujesz!”. Świadomość tego, że inna osoba naprawdę rozumie moje uczucia, bo sama przeszła to samo („ja tam byłam”) przynosi poczucie ulgi. Moje własne cierpienie przestaje być ciężarem niesionym samotnie. Wkroczenie w bezpieczne środowisko grupy wsparcia to jak powrót do domu dla tych, którzy byli zbyt długo wyizolowani z powodu swoich trudnych doświadczeń [21]. Udział w grupie wsparcia polega na dzieleniu się własnymi doświadczeniami z innymi jej członkami, słuchaniu, nawiązywaniu kontaktu, dzieleniu się pożytecznymi informacjami, udzielaniu sobie wzajemnie wsparcia emocjonalnego. Aktywne uczestnictwo w grupie wsparcia pomaga

w pracy nad sobą, w osobistym rozwoju, a także w radzeniu sobie z codziennymi trudnościami [22].

Grupa wsparcia, często nazywana jest grupą wzajemnej samopomocy. Cechą charakterystyczną grupy wsparcia jest to, że tworzą ją osoby o równym wobec siebie statusie społecznym, połączone wspólnym doświadczeniem życiowym i chęcią radzenia sobie z nim. Pomoc może przyjmować formę dostarczania pożytecznych informacji, relacjonowania własnych doświadczeń związanych z danym problemem, słuchania i akceptacji doświadczeń innych, empatycznego zrozumienia i nawiązania kontaktów społecznych z osobami o podobnych doświadczeniach. Przynależność do grupy wsparcia pomaga zwalczać własną bezradność, zwiększa świadomość uczestników na swój temat a także uzyskanie nowych umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, konfliktowych, zdrowotnych, które zaburzają funkcjonowanie w życiu rodzinnym oraz społecznym. Celem głównym pracy grupy jest uzyskanie przez zainteresowane osoby wsparcia i pomocy w radzeniu sobie z zadaniami procesu żałoby, zintegrowanie się ze stratą, pożegnanie emocjonalne z dzieckiem oraz z nauczeniem się jak żyć po stracie dziecka. W grupach wsparcia podstawową różnicą jest to, że nie kładzie się tak silnego nacisku na procesy grupowe. Charakter interakcji pomiędzy członkami grupy nie stanowi podstawowego materiału pracy teoretycznej. Grupy wsparcia nastawiają się na cel, którym jest raczej zwiększenie siły ego niż zachęcenie do głębokiej pracy nad negatywnymi emocjami. Żałoba jest psychologiczną, somatyczną, społeczną reakcją będącą odpowiedzią na stratę, będącą jej konsekwencją. Przede wszystkim spotkania pokazują, że człowiek nie jest ze swoim problemem sam. Dla osoby, która przeżyła największą tragedię życia ogromnym zaskoczeniem może stać się fakt, że pewne kryzysy przebiegały podobnie także u innych rodzin, które przeżyły stratę. Wreszcie można nawiązać kontakt z osobami, które mówiąc: „w pełni Cię rozumiem”, nie wywołują wewnętrznego buntu o treści: „skąd możesz wiedzieć, co czuję, przecież nie wiesz, co znaczy stracić dziecko”. Jest to często wielki krok naprzód. Po spotkaniu z członkami rodzin po stracie okazuje się, że także inni nie zawsze radzili sobie ze swoimi emocjami, wylali wiele łez, czy złościли się na swoich najbliższych, gdy ci ignorowali śmierć ich dziecka. Świadomość spotkania się w grupie z osobami o podobnych doświadczeniach osłabia poczucie osamotnienia, stwarza okazję do komunikacji własnych przeżyć, pozwala obiektywnie spojrzeć na przeżywane problemy i znaleźć skuteczne sposoby radzenia sobie z nimi [10].

Na potrzebę osobowego i indywidualnego spotkania z osobami przeżywającymi wielorakie kryzysy zwracał uwagę zarówno Paweł VI w adhortacji *Evangelii nuntiandi*, przywołując rozmowy prowadzone przez Chrystusa z Nikodemem, Zacheuszem, jak i

Samarytanką (EN 46), jak też Franciszek w *Evangelii gaudium*, umiejscawiając tego typu działanie w kontekście działalności ewangelizacyjnej Kościoła związanej z przekazywaniem Ewangelii konkretnym ludziom, w formie od osoby do osoby. Franciszek zauważa, że w tym *przepowiadaniu (...) pierwszym krokiem jest dialog osobisty, w którym druga osoba wypowiada się i dzieli (...) sprawami leżącymi jej na sercu. Dopiero po takiej rozmowie możliwe jest przedstawienie Słowa, w formie lektury jakiegoś fragmentu Pisma Świętego lub opowiadaniem, ale zawsze przypominając fundamentalne przesłanie o Miłości Boga*. Papież dalej podkreśla, że: *jeżeli wydaje się to roztropne i jeśli sprzyja temu warunki, byłoby dobrze, aby to spotkanie (...) zakończyć krótką modlitwą, nawiązując do trosk, jakie owa osoba wyraziła* (EG 128).

Reasumując zagadnienie metod i form realizowanych w ramach duszpasterstwa osób przeżywających żałobę, należy syntetycznie przedstawić reguły tego duszpasterstwa. Należą do nich: nieprzerwane pozostawanie w relacjach z osobami przeżywającymi żałobę, wspomaganie w uznaniu wartości i znaczenia osoby zmarłej, wspieranie w rekonstrukcji jej historii życiowej, łącząc ją harmonijnie z własną historią życia, pomoc w uświadamianiu sobie straty, uporanie się z nią i wyrażenie uczuć [23]. Wspomniane reguły mają być uwzględniane przy wszystkich podejmowanych działaniach z podkreśleniem, że nade wszystko potrzeba zindywidualizowanego i empatycznego podejścia do każdej osoby przeżywającej proces żałoby, inspirowanego nauczaniem św. Pawła z listu do Rzymian: *placzcie z tymi, którzy płaczą. Bądźcie zgodni we wzajemnych uczuciach!* (Rz 12, 15-16).

Zakończenie

Otwarcie się na doświadczenie bólu po stracie jest niezbędne, aby żałoba mogła zostać zakończona. Może wydawać się, że łatwiejsze byłoby uciekanie w wir zajęć, obowiązków, unikanie myślenia o zmarłym, nieokazywanie uczuć, udawanie, że wszystko jest w porządku. Na krótką metę chroni nas to przed trudnym doświadczeniem cierpienia, jednak w przeżyciu żałoby nie ma drogi na skróty. Odcinając się od naszego smutku, bólu, lęku, złości, poczucia winy, osamotnienia nie będziemy w stanie poradzić sobie z tym doświadczeniem. Nieprzeżyte uczucia mogą zablokować nasz rozwój, przerodzić się w objawy fizyczne lub w innym trudnym momencie odezwać się z większą siłą. Tylko skonfrontowanie się ze swoimi przeżyciami doprowadzi nas do uwolnienia się od tych trudnych uczuć i pozwoli pójść dalej. Papież Franciszek w swojej bulli *Misericordiae vultus* ogłaszającej w Kościele Rok Miłosierdzia, który rozpoczął się 8 grudnia 2015 roku i zakończy 20 listopada 2016 roku

podkreśla, że *wszystko w działaniu duszpasterskim Kościoła powinno zostać otulone czułością, z jaką kieruje się do wiernych (...). Wiarygodność Kościoła weryfikuje się na drodze miłości miłosiernej i współczującej* (MV 10).

Piśmiennictwo

1. Tokarczyk R.: Prawa narodzin życia i śmierci. Wyd. Wolters Kluwer S.A., Lublin, 1984.
2. Kubacka-Jasiecka D.: Interwencja Kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Wyd. WAIP, Warszawa, 2010.
3. Sanders C.: Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei. GWP, Gdańsk, 2001.
4. Dodziuk A.: Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby. Wyd. Zielone Drzewo - Instytut psychologii zdrowia, Warszawa, 2000.
5. Kamiński R., Przygoda[W.: Duszpasterstwo [w:] Leksykon teologii pastoralnej, Kamiński R., Przygoda W., Fiałkowski M. (red.). TN KUL, Lublin, 2006, 201.
6. Kamiński R.: Działalność zbawcza Kościoła w teorii i praktyce pastoralnej. Wyd. KUL, Lublin, 2007.
7. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Księgarnia św. Jacka, Katowice, 2000.
8. Ziemann E.: Żałoba [w:] Encyklopedia katolicka KUL, t. 20, Lublin, 2014, kol. 1565.
9. Watson M., Lucas C., Hoy A., Back I.: Opieka paliatywna. Wyd. Elservier Urban & Partner, Wrocław, 2007.
10. Krakowiak P.: Strata, osierocenie i żałoba. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk, 2008.
11. Szostek B.: Żałoba jako przestrzeń działania zespołu hospicyjnego. Warszawskie Studia Pastoralne, 2008, 8, 178-187.
12. Krakowiak P.: Pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie jako zadanie duszpasterskie. Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne, 2010, 9, 2 (17), 60-75.
13. Wprowadzenie teologiczne i pastoralne [w:] Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich. Księgarnia św. Jacka, Katowice, 1995, 25, 22.
14. Instrukcja liturgiczno-duszpasterska Episkopatu Polski o pogrzebie i modlitwach za zmarłych [w:] Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich, Księgarnia św. Jacka. Katowice, 1995, 7, 25.

15. Augustyn J., Cyran S.: Sztuka spowiadania. Poradnik dla księży. Wyd. Merlin, Kraków, 2006, 381-382.
16. Brehant J.: Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci. Wydawniczy PAX, Warszawa, 1993.
17. Franciszek. Duszpasterstwo to realizowanie macierzyństwa Kościoła. Przemówienie do Konferencji Episkopatu Brazylii, Rio de Janeiro 27 VII 2013, L'Osservatore Romano, 2013, 10, 22-23.
18. Liturgia Kościoła po II Soborze Watykańskim II, 46 [w:] II Polski Synod Plenarny (1991-1999). Poznań–Warszawa, 2001, 198.
19. Kuc L.: Praktyka przepowiadania słowa Bożego. Materiały do nauczania w zakładach teologicznych, t. II, Warszawa, 1973, 231.
20. Strelau J.: Psychologia: podręcznik akademicki. T. 1.. Podstawy psychologii, Gdańsk, 2007.
21. www.psychotekst.pl/artykuly.php?nr=49, data pobrania 23.10.2014.
22. www.psychologia.edu.pl/czytelnia/134-warto-wiedzie/1503-grupa-wsparcia.html, data pobrania 22.10.2014.
23. Weirich G.: Między duszpasterstwem umierających a duszpasterstwem ludzi w żałobie. Praca kapelana szpitalnego na oddziale opieki paliatywnej. Teologia praktyczna, 2007, 8, 76.

Problemy i oczekiwania chorych umierających i ich rodzin

Zdziebło Kazimiera^{1,2}, Stępień Renata^{1,2}, Wiraszka Grażyna^{1,2}, Kaptur Anna¹

1. Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
2. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Oddział w Kielcach

Wstęp

Umieranie i śmierć są w życiu człowieka dwoma ostatecznymi i nie dającymi się rozdzielić zjawiskami. Według Pecyny ludzie postrzegają śmierć jako naturalny kres życia, któremu towarzyszą: samotność, ból, obojętność, klęska, odwaga, nagroda w przyszłym życiu. Czynniki towarzyszące śmierci dzieli na dwa wymiary: dodatni - śmierć jako nagroda za dotychczasowe życie, ujemny - koniec życia wiążący się z samotnością, bólem, klęską i karą [1,2]. Heidegger określa śmierć jako rodzaj warunku wyrwania człowieka z codziennego istnienia, "niezbywalnego wstrząsu" umożliwiającego człowiekowi przeżywanie w intensywny autentyczny sposób, pełny treści i radości [2]. Śmierć jest naturalnym, nieuniknionym elementem życia, towarzyszy człowiekowi nieustannie i nieomal permanentnie człowiek musi jej doświadczać. Śmierć bliskich osób i świadomość upływu własnego życia, a tym samym nieuchronnego zbliżania się własnej śmierci należy do najcięższych doświadczeń w życiu człowieka [3]. Komentując postawy wobec śmierci Makselson przyjął, że jest to motywacyjno-dążeniowe, emocjonalne i poznawcze ustosunkowanie się człowieka do śmierci, jest to postawa mająca abstrakcyjny, oderwany od rzeczywistości charakter, wiążący się z antycypowaniem śmierci. Zaznacza, że na jej budowę zawsze wpływają również: stosunki osobowościowe, stopień nasilenia lęku, wpływy kulturowe, światopogląd [4].

Umieranie i śmierć wywołuje wiele emocji i uczuć w umyśle człowieka: lęk, niepokój, bezradność, rozpacz, smutek, przerażenie. Są one uwarunkowane poczuciem braku sensu życia, a przegrana w konfrontacji ze śmiercią skłania człowieka ku wypieraniu jej z własnej świadomości. Człowiek traktuje śmierć jako porażkę, zjawisko, którego nie da się pokonać [5].

Umierający człowiek nie przestaje być istotą ludzką i posiada należną każdemu człowiekowi godność osobistą i wynikające z niej prawa chroniące go w określonej sytuacji. Dlatego też prawa umierającego człowieka są prawami gwarantującymi poszanowanie

godności osobistej, autonomii, niedyskryminacji i prawdy aż do śmierci. „*Godność człowieka umierającego ma swoje źródło w tym, że jest on istotą stworzoną oraz w jego osobistym powołaniu do życia wiecznego*” (J. Paweł II 1999r) [6].

Kwestie odnoszące się do praw pacjenta regulują akty prawne mające międzynarodowy charakter. Między innymi zawarte są w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych, w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Europejskiej Komisji Bioetycznej, a przede wszystkim w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka.

W Polsce przepisy obejmujące prawa pacjenta, w tym również umierającego pacjenta wynikają przede wszystkim z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Ustawy o Zawodzie Lekarza i Dentysty, Ustawy o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej, Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego, Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przepisów kodeksu cywilnego i kodeksu karnego, o pobieraniu oraz przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [7].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była próba identyfikacji problemów i oczekiwań umierających pacjentów i ich rodzin wobec pielęgniarek i opiekunów.

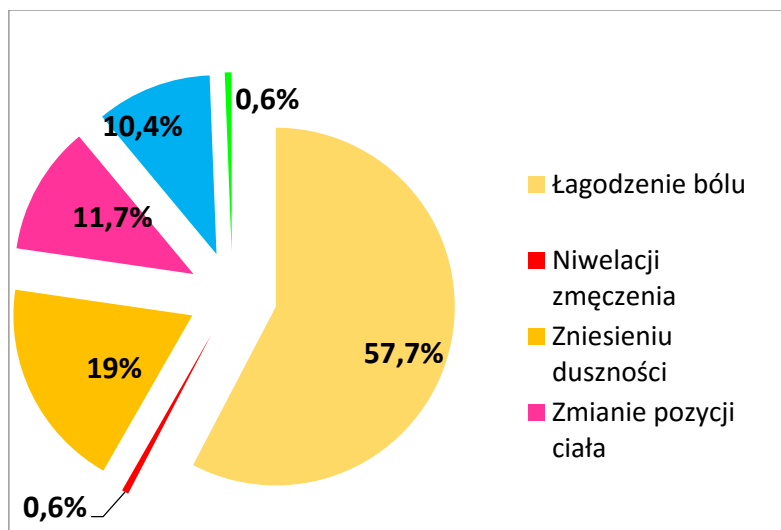
Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 106 pielęgniarek pracujących w różnych szpitalach woj. świętokrzyskiego. W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Badania prowadzono z zastosowaniem narzędzia badawczego, jakim jest kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki badań

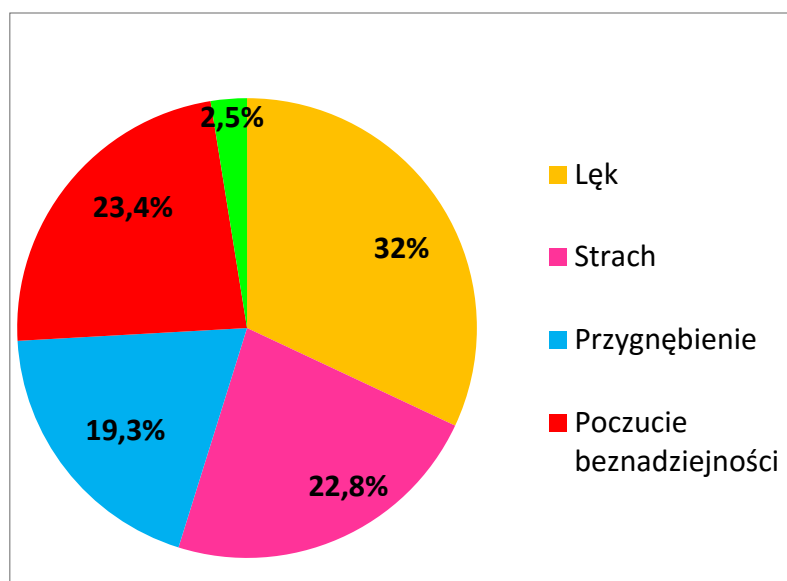
Najliczniejszą grupę badanych (51,8%) stanowiły pielęgniarki w przedziale wiekowym od 41-50 lat, ze średnim wykształceniem (58%), pracujące w zawodzie 21-30 lat (40,6%).

Zdaniem ankietowanych najczęściej zgłaszanym przez umierających problemem są dolegliwości bólowe - 57,7% oraz duszność – 19% odpowiedzi (Ryc. 1).



Ryc. 1. Najczęstsze problemy ze sfery fizycznej, w których umierający chorzy potrzebują pomocy

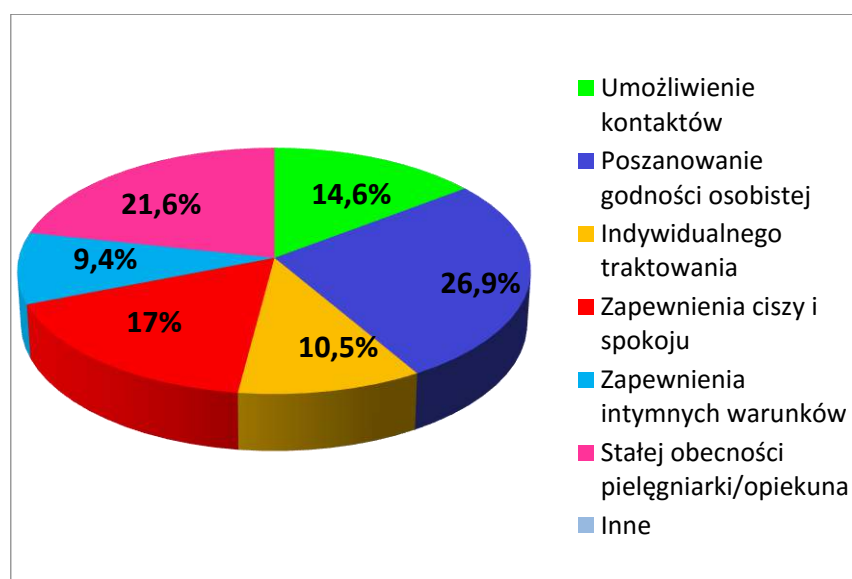
Według ankietowanych pielęgniarek najczęściej występującymi reakcjami emocjonalnymi u chorych u kresu życia są: lęk - 32%, poczucie beznadziejności - 23,4% oraz strach 22,8% (Ryc. 2).



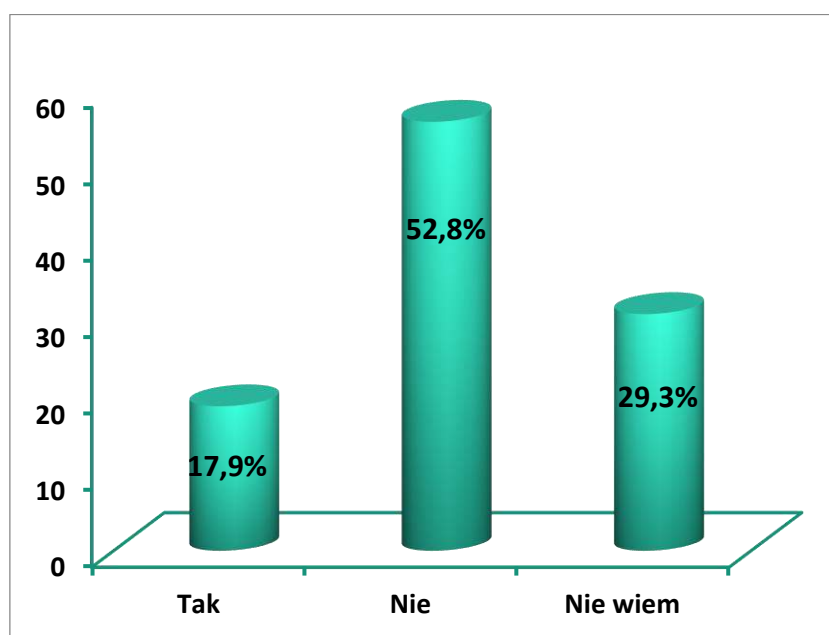
Ryc.2. Najczęściej zgłaszane problemy umierających ze strony sfery psychicznej

Pacjenci najbardziej potrzebują poszanowania godności osobistej - 26,9%, stałej obecności pielęgniarki/opiekuna - 21,6% oraz ciszy i spokoju 17% (Ryc. 3).

Jak wynika z analizy danych ponad połowa chorych - 52,8% nie chce rozmowy o swojej śmierci, natomiast 17,9% deklaruje chęć poruszenia tego tematu (Ryc. 4).



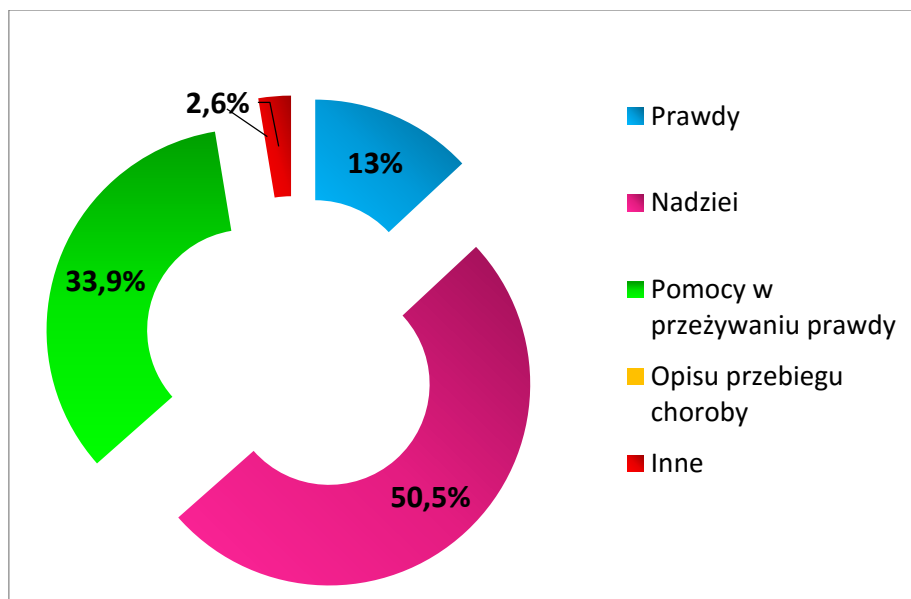
Ryc. 3. Oczekiwania chorego i jego rodziny w sferze psychicznej wobec pielęgniarek



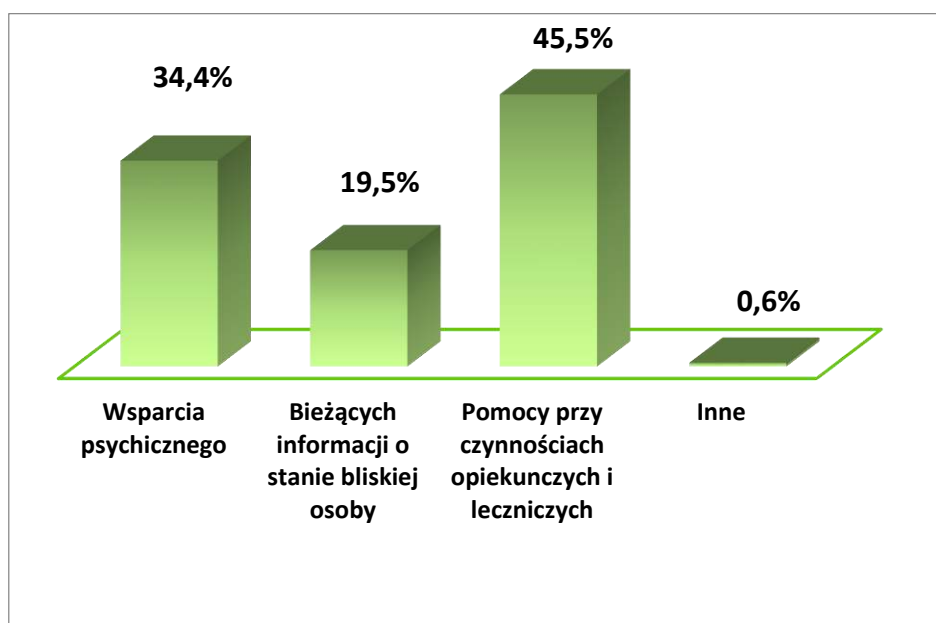
Ryc. 4. Chęć rozmowy wykazywana przez chorych u kresu życia

Połowa ankietowanych - 50,5%, uważa, że pacjent oczekuje od pielęgniarki w czasie rozmowy nadziei, 33,9% zwraca uwagę na pomoc w przeżywaniu prawdy (Ryc. 5).

Rodzina oczekuje od personelu opiekującego się chorym pomocy przy czynnościach opiekuńczo - leczniczych, taką odpowiedź zadeklarowało 45,5% ankietowanych oraz wsparcia psychicznego – 34,4% (Ryc. 6).



Ryc. 5. Oczekiwania chorego związane z rozmową

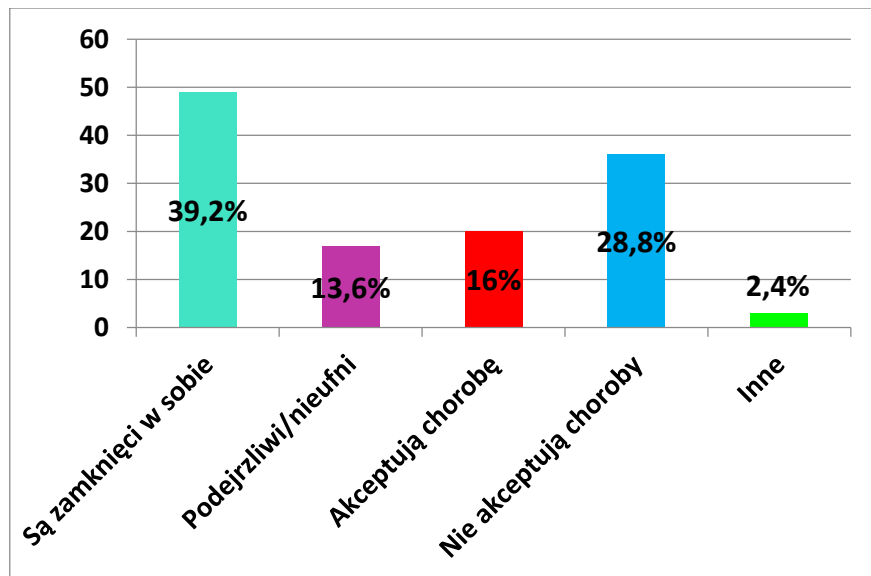


Ryc. 6. Oczekiwania rodziny wobec pielęgniarek i opiekunów

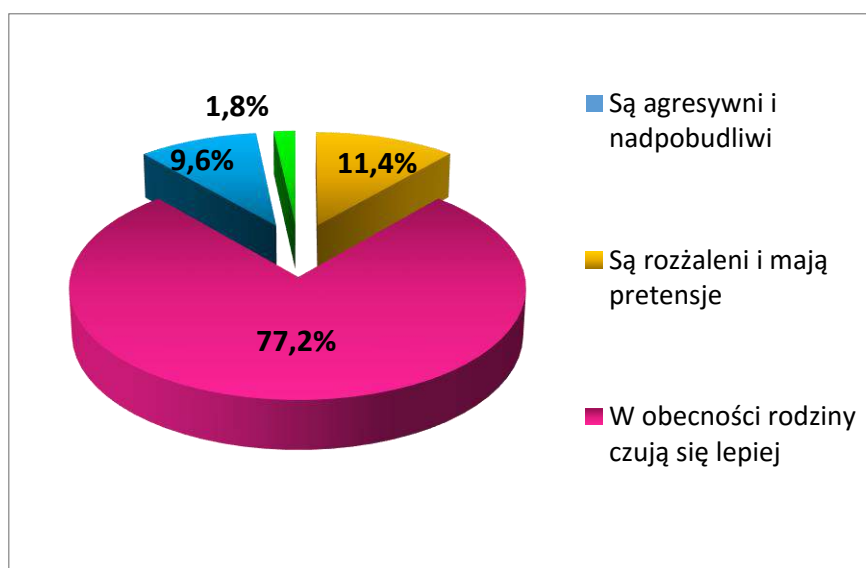
W opinii badanych najczęściej umierający są zamknięci w sobie, twierdziło tak 39,2% ankietowanych, nie akceptują choroby – 28,8 (Ryc. 7).

Analizując zgromadzone dane należy stwierdzić, że według badanych pacjenci mają lepsze samopoczucie w obecności rodziny, twierdziło tak aż 77,2% ankietowanych (Ryc. 8).

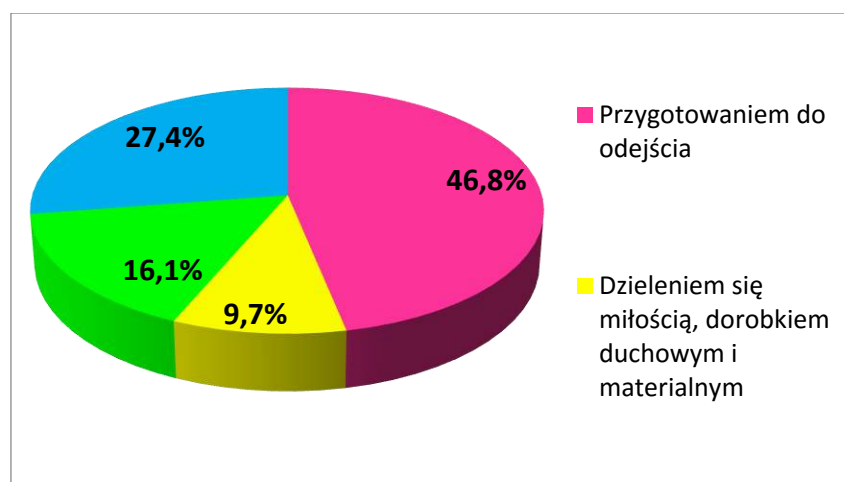
Ostatnie chwile życia w opinii prawie połowy badanych - 46,8% są dla umierającego i jego rodziny czasem przygotowania się do odejścia, najmniej ankietowanych 9,7% twierdziło, że jest to czas dzielenia się miłością, dorobkiem duchowym i materialnym (Ryc. 9).



Ryc. 7. Postawy umierających

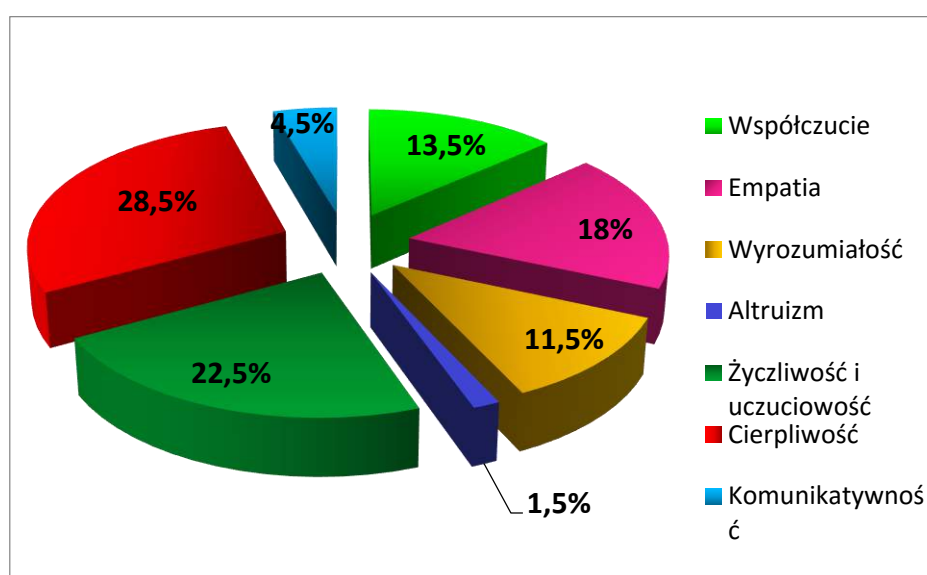


Ryc. 8. Reakcje ludzi u kresu życia na obecność osób opiekujących się nimi



Ryc. 9. Znaczenie końcowego okresu życia dla pacjenta i jego rodziny

W opinii badanych najbardziej pożądaną cechą charakteru osób opiekujących pacjentami umierającymi jest cierpliwość -28,5%, drugą w kolejności jest życzliwość i uczuciowość - 22,5% oraz empatia – 18% (Ryc. 10).



Ryc. 10. Najbardziej oczekiwane przez podopiecznych i ich rodziny cechy charakteru u opiekunów

W celu zbadania hipotezy dotyczącej zależności pomiędzy stażem pracy i wykształceniem pielęgniarek a ich postawami preferowanymi przez umierających pacjentów, przeprowadzono analizę odpowiedzi udzielonych przez ankietowane na pytania nr 2, 3, 7 zawarte w kwestionariuszu oraz zastosowano test χ^2 (Chi-kwadrat).

Nie wykazano zależności między preferowanymi przez chorych u kresu życia postawami pielęgniarek a długością stażu pracy oraz między postawą pielęgniarki wobec osób u kresu życia a wykształceniem (Tab. I, Tab. II).

Tab. I. Zależność pomiędzy preferowanymi przez chorych u kresu życia postawami pielęgniarek a długością stażu pracy.

STAŻ PRACY		POSTAWA PIEŁĘGNIARKI							Razem
		Współczucie	Empatia	Wyrozumiałość	Altruizm	Życzliwość i uczuciowość	Cierpliwość	Komunikatywność	
0 – 5 lat	F	2	1	2	0	4	4	2	15
	F	1,97	2,73	1,74	0,23	3,33	4,32	0,68	
	f-F	0,03	1,73	0,26	0,23	0,67	0,32	1,32	
	(f-F) ²	0,0009	2,99	0,07	0,05	0,45	0,10	1,74	
	(f-F) ² /F	0,0005	1,1	0,04	0,22	0,14	0,02	2,56	4,08
6 – 10 lat	F	1	4	0	0	3	4	0	12
	F	1,58	2,18	1,39	0,18	2,67	3,45	0,55	
	f-F	0,58	1,82	1,39	0,18	0,33	0,55	0,55	
	(f-F) ²	0,34	3,31	1,93	0,03	0,11	0,30	0,30	
	(f-F) ² /F	0,22	1,52	1,39	0,17	0,04	0,09	0,55	3,98
11 – 20 lat	F	6	6	4	0	7	9	0	32
	F	4,2	5,82	3,72	0,48	7,11	9,21	1,45	
	f-F	1,8	0,18	0,28	0,48	0,11	0,21	1,45	
	(f-F) ²	3,24	0,03	0,08	0,23	0,01	0,04	2,10	
	(f-F) ² /F	0,77	0,005	0,02	0,48	0,001	0,004	1,45	2,73
21 – 30 lat	F	10	16	13	2	18	20	3	82
	F	10,77	14,91	9,53	1,24	18,22	23,61	3,73	
	f-F	0,77	1,09	3,47	0,76	0,22	3,61	0,73	
	(f-F) ²	0,59	1,19	12,04	0,58	0,05	13,03	0,53	
	(f-F) ² /F	0,05	0,08	1,26	0,47	0,003	0,55	0,14	2,55
Powyżej 30 lat	F	7	9	4	1	12	20	4	57
	F	7,48	10,36	6,62	0,86	12,67	16,41	2,59	
	f-F	0,48	1,36	2,62	0,14	0,67	3,59	1,41	
	(f-F) ²	0,23	1,85	6,86	0,02	0,45	12,89	1,99	
	(f-F) ² /F	0,03	0,18	1,04	0,02	0,04	0,79	0,77	2,87
Razem		26	36	23	3	44	57	9	198

$$df = (7 - 1) * (5 - 1) = 24$$

$$p=0,5;$$

$$\chi^2_{obl} \cong 16,21$$

$$\chi^2_{0,05;24} = 36,415$$

$$\text{Odp. } \chi^2_{obl} < \chi^2_{0,05;24}$$

Tab. II. Zależność pomiędzy preferowanymi przez chorych u kresu życia postawami pielęgniarek a wykształceniem.

$$df = (7 - 1) * (4 - 1) = 18$$

$$\chi^2_{obl} \cong 19,91$$

$$\chi^2_{0.05;18} = 28,869$$

Odp. $\chi^2_{obl} < \chi^2_{0.05;18}$

WYKSZTAŁCENIE		POSTAWA PIELĘGNIARKI							Razem
		Współczucie	Empatia	Wyrozumiałość	Altruizm	Życzliwość i uczuciowość	Ciepłowość	Komunikatywność	
Średnie – medyczne	f	19	11	15	1	23	32	5	106
	F	14,45	19,27	12,85	1,61	22,48	30,52	4,82	
	f-F	4,55	8,27	2,15	0,61	0,52	1,48	0,18	
	(f-F) ²	20,70	68,39	4,62	0,37	0,27	2,19	0,03	
	(f-F) ² /F	1,43	3,55	0,36	0,23	0,01	0,07	0,006	5,66
Licencjat	f	4	7	3	1	7	12	2	36
	F	4,91	6,55	4,36	0,55	7,64	10,36	1,64	
	f-F	0,91	0,45	1,36	0,45	0,64	1,64	0,36	
	(f-F) ²	0,83	0,20	1,85	0,20	0,41	2,69	0,13	
	(f-F) ² /F	0,17	0,03	0,42	0,36	0,05	0,26	0,08	1,37
Magisterskie	f	4	13	6	1	8	10	1	43
	F	5,86	7,82	5,21	0,65	9,12	12,38	1,95	
	f-F	1,86	5,18	0,79	0,35	1,12	2,38	0,95	
	(f-F) ²	3,46	26,83	0,62	0,12	1,25	5,66	0,90	
	(f-F) ² /F	0,59	3,43	0,12	0,18	0,14	0,46	0,46	5,38
Podyplomowe	f	0	5	0	0	4	3	1	13
	F	1,77	2,36	1,58	0,20	2,76	3,74	0,59	
	f-F	1,77	2,64	1,58	0,20	1,24	0,74	0,41	
	(f-F) ²	3,13	6,97	2,50	0,04	1,54	0,55	0,17	
	(f-F) ² /F	1,77	2,95	1,58	0,20	0,56	0,15	0,29	7,5
Razem		27	36	24	3	42	57	9	198

Dyskusja

Pielęgniarka jest osobą, która najczęściej przebywa z umierającym chorym, wie o nim najwięcej. Najlepiej też rozumie stale zmieniające się potrzeby chorego, zależne od przebiegu procesu chorobowego i występujących objawów. To ona najczęściej jest przy łóżku chorego, odwiedza go w domu, opiekuje się umierającym pacjentem na oddziale dziennym, poznaje jego światopogląd, jego zwyczaje i upodobania. Najtrafniej potrafi ocenić zmieniającą się sytuację zdrowotną pacjenta i odczytać niewerbalne przekazy. To w jej ręce pacjent oddaje swoje słabe i chore ciało, okazuje jej zaufanie. Wykonując wiele zabiegów przy umierającym pacjencie, towarzysząc jego licznym obawom, lękowi poznaje go dokładnie. Bardzo często to

właśnie pielęgniarka jest pierwszym powiernikiem najskrytszych życiowych tajemnic. Chory przebywając z nią przez wiele godzin traktuje pielęgniarkę jak swojego przyjaciela, w którym szuka możliwości wsparcia, dania upustu żalowi, rozpaczy, lękowi i smutkowi [8].

W analizowanych badaniach prezentowane przez pielęgniarki postawy wobec śmierci i umierania są zależne od zachowań i emocji [9,10,11]. Można odnaleźć także wyniki zwracające uwagę na liczną grupę pielęgniarek, która unika kontaktu ze śmiercią i wykonuje w sposób bezosobowy czynności przy umierającym pacjencie, traktując go jako „obiekt” pozbawiony cech człowieczeństwa [10].

Postawa towarzyszenia umierającemu wyraża się głównie przez obecność przy jego osobie. Pielęgniarka towarzyszy choremu przez uścisk dłoni, dobre słowo. Taka obecność jest dla ciężko chorego znakiem, potwierdzeniem, że jego godność jest nieustannie zauważana i szanowana, traktowany jest jako myślący podmiot zdolny do decydowania o sobie [12].

Udział w procesie umierania wymaga od pielęgniarki determinacji, silnej osobowości i troskliwości, wytrzymałości, wyrozumiałości, cierpliwości oraz profesjonalnego łączenia sprawnego działania ze współczuciem. Zalety te są kształtowane i udoskonalane w pracy związanej z umieraniem, śmiercią i cierpieniem. Postawa zaangażowania emocjonalnego w swoją pracę, tendencja identyfikowania się z chorym oraz współodczuwania jego cierpienia w różnym stopniu rzutuje na życie osobiste personelu zaangażowanego w opiekę nad umierającym pacjentem. Walka o życie i obecność podczas umierania sprzyjają niekorzystnym zachowaniom tych osób. Często personel medyczny opiekujący się chorym u kresu życia odczuwa poczucie bezsensu wykonywania swojego zawodu, ma ochotę na rezygnację ze swojej pracy. Jednak oprócz negatywnego wpływu zauważa się też, że praca z umierającym pacjentem uwrażliwia na cierpienie, uczy pokory, szacunku do życia, umiejętności cieszenia się z każdego momentu w swoim życiu [13,14].

Członkowie rodziny umierającego pacjenta przechodzą różne fazy przystosowania się do trudnej sytuacji jaką jest śmierć bliskiej osoby. Reakcje rodziny są często obciążeniem stanów emocjonalnych samych pacjentów lub też są kilkakrotnie zwiększone [15].

Z nastawienia opiekujących się umierającym, aby zapewnić mu spokój wynikają też ograniczenia w komunikowaniu się. Najbliżsi ukrywają zazwyczaj przed chorym informacje o rozpoznaniu, rozwoju choroby, rokowaniach i niekorzystnych wydarzeniach. Rzadko obserwuje się u rodzin umierających pacjentów w pełni otwarty sposób komunikowania się. Członkowie rodziny starając się uniknąć rozmów poruszających problematykę śmierci posługują się aluzjami, symbolami. Jest to pewien sposób unikania faktu nieszczęścia [16].

Celem innej pracy była ocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat znajomości praw pacjenta umierającego. Większość pielęgniarek i położnych nie posiada wiedzy w zakresie znajomości aktów prawnych regulujących prawa pacjenta umierającego, ale w większości znały prawa pacjenta umierającego. Najbardziej znanym prawem pacjenta umierającego wśród badanych było prawo do troski i pielęgnacji z poszanowaniem godności ludzkiej oraz prawo do swobodnego kontaktu z rodziną. Najmniej znanym prawem było prawo do zapewnienia należytego szacunku dla swojego ciała po śmierci oraz prawo do umierania we własnym domu, zaś obowiązek umieszczania pacjenta terminalnie chorego w pałacu ochrony zdrowia potwierdziło większość badanych. Deficyt wiedzy w zakresie praw pacjenta umierającego u pielęgniarek i położnych zmniejszał się wraz z wykształceniem. Pielęgniarki i położne uznały, że pacjent ma prawo do rzetelnej i prawdziwej informacji, ale znaczny odsetek ich uznał, że powinno się mówić tyle, na ile pacjent sobie tego życzy. Przeszkody utrudniające przestrzeganie praw pacjenta umierającego, to: brak przygotowania psychologicznego, brak dostatecznej wiedzy na temat praw pacjenta umierającego oraz poczucie bezradności. Akt umierania i śmierci nauczył pielęgniarki i położne pokory wobec życia i kruchości ludzkiego życia, umiejętności towarzyszenia choremu umierającemu i jego rodzinie oraz uzmysłowił, że śmierć jest częścią ludzkiego życia [17].

Z wyników badań innej grupy wynika, że towarzyszenie pacjentowi umierającemu i śmierć pacjenta jest dla pielęgniarek/rzy trudnym przeżyciem emocjonalnym. Czynniki, które sprawiają, że śmierć pacjenta jest dla personelu pielęgniarskiego szczególnie trudnym przeżyciem emocjonalnym, są: młody wiek pacjenta, współczucie dla pacjenta, silna empatia wobec jego cierpienia i/lub osamotnienia, współczucie dla bliskich pacjenta, przywiązanie emocjonalne do pacjenta. W badanej grupie pielęgniarek/rzy typowymi reakcjami na śmierć pacjenta, świadczącymi o występowaniu problemów emocjonalnych, są smutek i przygnębienie, poczucie bezradności, niechęć do wykonywanego zawodu, skłonność do płaczu. Kontakt z pacjentem umierającym ma zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na życie osobiste i relacje ze współpracownikami. Towarzyszenie pacjentowi umierającemu i śmierci pacjenta jest bardzo bogatym doświadczeniem dla pielęgniarek/rzy, a mianowicie uczy ich szacunku do życia, umiejętności cieszenia się z każdej chwili życia, pokory, miłości, wrażliwości, umacniania wiary w Boga, przyczynia się do innego spojrzenia na własne życie [18].

Analizując badania okazało się, że dla znacznej większości pielęgniarek śmierć pacjenta jest doświadczeniem bardzo trudnym i wywołującym silne emocje i uczucia. Śmierć pacjenta i częstotliwość zetknięcia się z tym faktem na oddziałach szpitalnych wywiera ogromny wpływ

na psychikę, życie osobiste i pracę zawodową pielęgniarek. Postulat: Wskazane jest, aby na oddziałach, gdzie zgony pacjentów są bardzo częste istniała możliwość korzystania z opieki psychologa przez pracujące pielęgniarki, a także możliwość korzystania z doształcania zawodowego w tym zakresie [19].

W wynikach badań dotyczących postaw studentów wobec śmierci okazało się, że znaczna część studentów (39%) przyznała się do odczuwania strachu przed śmiercią, unikanie tematu śmierci i myślenia o niej (13,93%). Około 11% studentów wyraziło przekonanie o istnieniu jakiejś formy życia pozagrobowego [20].

W opracowaniu na temat postaw ratowników wobec śmierci, większość badanych kontakt ze śmiercią miało w pierwszych dniach/miesiącach pracy zawodowej, ale traktowała ją jako nieodłączny element życia człowieka. Respondenci najczęściej wskazywali, iż efektem przeprowadzenia nieskutecznej reanimacji zawsze jest bezsenna noc i koszmarne sny, a w samym momencie odejścia pacjenta, ból przeszywający całe ciało i rozpacz. Ze strony rodziny zmarłego najczęściej badani doświadczali: ciszy, żalu, rozpacz, złości oraz wdzięczności za włożony wysiłek w ratowanie życia. Najczęstszą metodą rozładowywania emocji po dyżurze, na którym byli świadkami śmierci pacjenta, było dzielenie się swoimi emocjami z najbliższymi osobami lub wychodzenie na spacer, by wykrzyczeć swoją złość. Zdecydowana większość ankietowanych deklarowała, że potrafi zapanować nad swoimi emocjami i podjąć efektywną akcję ratowniczą [21].

Wnioski

1. W odczuciu ankietowanych umierający pacjenci najczęściej są zamknięci w sobie, a lęk jest uczuciem, które najczęściej towarzyszy człowiekowi w obliczu śmierci.
2. Najczęstszym problemem ze sfery fizycznej zgłaszanym przez chorych jest ból.
3. Największy deficyt ze strony potrzeb psychicznych chorzy odczuwają w zakresie poszanowania godności osobistej.
4. Ostatnie chwile życia to czas, który chorzy chcą spędzić z rodziną.
5. Świadomość udziału w ważnej dla pacjenta chwili jest najczęściej towarzyszącym odczuciem pielęgniarek w kontakcie z chorym umierającym.

Piśmiennictwo

1. Baudrillard J.: Wymiana symboliczna i śmierć. Sic s.c. Warszawa, 2007.
2. Yalom I. Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć grozę śmierci. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 2008.
3. Heidegger M.: Bycie i czas. Tow. Nauk. KUL, Warszawa, 2005.
4. Vovelle M.: Śmierć w cywilizacji Zachodu. Wyd. Słowo Obraz Terytoria, Gdańsk, 2004.
5. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A.: Opieka paliatywna, hospicyjna, medycyna paliatywna. Now. Lek., 2011, 3-15.
6. Bołoz W.: Bioetyka i prawa człowieka. Wydawnictwo Uniwersytet Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa, 2007.
7. Wroński K.: Prawa pacjenta. Nowotwory, 2007, 3, 326-332.
8. Galińska J., Adamska E., Brosowska B., Lewandowska B.: Problemy fizyczne w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarstwa. Przew. Lek., 2009, 3, 190-198.
9. Tałaj A., Suchorzewska J.: Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. Probl. Pielęg., 2007, 15, 32-38.
10. Krajewska-Kułak E., Mickiewicz L., Łukaszuk C. i wsp. Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci. Pielęg. XXI w., 2010, 1-2, 43-49.
11. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek-doniesienia wstępne. Probl. Pielęg., 2008, 3, 248-254.
12. Ślężona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci i umierania pacjenta. Piel. i Zdr. Publ., 2011, 1, 3, 217-223.
13. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K. i wsp.: Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej. Med. Paliat., 2011, 3, 151-162.
14. Janiszewska J., Pawłowski L., Lichodziejewska-Niemierko M.: Obraz pacjenta w terminalnej fazie choroby w świadomości osób zdrowych. Med. Paliat. Prakt., 2011, 1, 6-15.
15. Burchacka A.: Opieka paliatywna i terminalna. PZWL, Warszawa, 2011.
16. De Walden-Gałuszko K.: Filozofia postępowania w opiece paliatywnej. Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa, 2004.

17. Fiega E., Wróblewska K., Krajewska - Kułak E. i wsp.: Ocena wiedzy pielęgniarek i położnych na temat znajomości praw pacjenta umierającego [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). UM Białystok, 2013, Tom XI, 283- 309.
18. Piecewicz-Szczęśna H., Niemiec M.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). UM Białystok, 2014, Tom XII, 287-295.
19. Uchmanowicz I., Kołtuniuk A., Księżyc M. i wsp. .: Postawy pielęgniarek wobec chorego umierającego [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). UM Białystok, 2014, Tom XII, 2014, 296-303.
20. Zarek A., Dyk T., Tyszkiewicz-Bandur M. i wsp. : Postawy studentów medycyny wobec śmierci [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). UM Białystok, 2014, Tom XII, 304-317.
21. Wróblewska K., Szymańska A., Fiega E., Krajewska-Kułak E. i wsp.: Postawy ratowników medycznych i pielęgniarek wobec śmierci pacjentów [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). UM Białystok, 2014, Tom XII, 318-338.

Opieka paliatywna w pediatrii

Gnus Jan^{1,2,3}, Blok Katarzyna¹, Gonet Martyna¹, Kasperczak Michał¹, Pfanhauser Monika¹, Winter Paweł¹, Antczykowski Maurycy¹, Hącia Paulina¹, Hauser Willy¹, Paprocka-Borowicz Małgorzata²

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczne we Wrocławiu Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
2. Wrocławski Uniwersytet Medyczny
3. Papieski Uniwersytet Teologiczny we Wrocławiu

Definicja

W 2002 roku Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła nowelizację definicji opieki paliatywnej zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci [1]. Zgodnie z nią opiekę paliatywną definiujemy jako wszelkie działania mające na celu poprawę jakości życia pacjenta, a także członków jego rodziny w obliczu problemu związanego z nieuleczalną chorobą, prowadzącą do przedwczesnej śmierci. Ma na celu zarówno łagodzenie objawów choroby, jak również wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe. Opieka paliatywna niesie ulgę w cierpieniu za pomocą wczesnego rozpoznania, oceny oraz leczenia bólu. Nieodłącznym elementem jest wsparcie psychiczne dla pacjenta tak, aby pomóc mu cieszyć się życiem pomimo choroby, żyć aktywnie, na ile to możliwe, aż do śmierci. Opieka paliatywna afirmuje życie i traktuje umieranie jako normalny proces. Nie ma na celu przyspieszać ani odwlekać śmierci. Oferuje wsparcie dla całej rodziny chorego, dostarcza informacji, jak radzić sobie z obecną sytuacją, jak pomóc choremu. Poradnictwo dla rodziny obejmuje również najcięższy okres, jakim jest umieranie chorego, a następnie okres żałoby. Opieka paliatywna jest troską o zwiększenie komfortu życia pacjenta, co może pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby. Powinna być włączona w jak najwcześniejszej fazie choroby w połączeniu z innymi formami terapii, takimi jak chemioterapia czy radioterapia, które mają na celu przedłużenie życia. Obejmuje ona również wszelkie badania potrzebne do lepszego zrozumienia i leczenia przykrych komplikacji klinicznych.

Opieka dla dzieci

Według Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna dzieci stanowi szczególną, aczkolwiek ściśle związaną z opieką dorosłych, specjalność. Jej zasady mają zastosowanie również w przebiegu terapii innych przewlekłych chorób pediatrycznych. Opieka paliatywna dla dzieci obejmuje całościowo młodego pacjenta. Jego ciało, umysł i duchowość, a także wsparcie dla najbliższej rodziny. Terapia rozpoczyna się od momentu zdiagnozowania nieuleczalnej choroby i jest kontynuowana niezależnie od tego, czy dziecko otrzymuje, czy nie leczenie ukierunkowane bezpośrednio na daną jednostkę chorobową. Ważnym zadaniem osób udzielających wsparcia jest ocenienie i zmniejszenie cierpienia natury fizycznej, psychicznej, a także społecznej dziecka. Ma to ogromny wpływ na przebieg choroby. Efektywna opieka paliatywna wymaga wszechstronnego podejścia wielospecjalistycznego, obejmującego zarówno niesienie ulgi rodzinie chorego, jak również aspekt wykorzystania dostępnych społecznych środków finansowych. Nawet jeśli środki są ograniczone dąży się do sukcesywnego wdrażania terapii. Opieka paliatywna może być zapewniona w ośrodkach trzeciego stopnia referencyjności, ośrodkach rejonowych, a nawet w domach dzieci [2].

Po raz pierwszy z zagadnieniem opieki paliatywnej nad dziećmi spotykamy się w Stanach Zjednoczonych. Zawdzięczamy to Idzie Martinson, pielęgniarce i pracownikowi naukowemu Uniwersytetu Minnesota, która w 1972 roku stworzyła pierwszy projekt opieki domowej. Głośno mówiła o tym, że dzieci nie muszą umierać w szpitalu i że w ostatnich momentach swojego życia pragną być w domu, blisko swojej rodziny. Twierdziła, że w związku z tym nie ma żadnego uzasadnienia na to, aby przyjmować dzieci z nieuleczalnymi chorobami do szpitala. Działalność Martinson doprowadziła do powstania pierwszych domowych hospicjów dla dzieci w Stanach Zjednoczonych. Lata badań i praktyki tych jednostek udowodniły, że opieka domowa jest możliwa niezależnie od wieku dziecka, choroby, sytuacji rodzinnej i zasobów finansowych [3].

W Polsce pierwsze takie hospicjum powstało w 1994 roku w Instytucie Matki i Dziecka pod nazwą „Warszawskie Hospicjum dla Dzieci“. Za pioniera opieki paliatywnej nad dziećmi w Polsce uznaje się Janusza Korczaka (Henryka Goldszmita), twórcę systemu wychowawczego, uznającego potrzeby i pragnienia dziecka. Korczak postuluje trzy zasadnicze prawa dziecka [4]:

1. Prawo dziecka do śmierci („gorąca, rozumna, zrównoważona miłość matki musi dać mu prawo do przedwczesnej śmierci”)
2. Prawo dziecka do dnia dzisiejszego.
3. Prawo dziecka, by było tym, kim jest.

Opieka paliatywna nad dziećmi jest zarówno filozofią, jak i dziedziną, która umożliwia dostarczanie indywidualnego wsparcia dla dzieci z chorobami zagrażającymi życiu. Skupia się na poprawie jakości życia chorym dzieciom i ich rodzinom, niosąc ulgę w bólu i cierpieniu, wspomagając codziennie funkcjonowanie, a także umożliwiając rozwój osobisty i duchowy. Efektywna opieka paliatywna jest osiągnięta dzięki połączeniu aktywnej i pełnej współczucia terapii prowadzącej do wewnętrznego komfortu pacjenta, jego bliskich, jak również innych ważnych osób w jego życiu. Terapia powinna obejmować holistyczne podejście, pomoc dzieciom w spełnianiu fizycznych, psychicznych, społecznych, duchowych i rozwojowych celów. Wszelkie działania muszą uwzględniać osobiste, kulturowe i religijne wierzenia, praktyki i wartości. Dzięki takiemu postępowaniu opieka paliatywna afirmuje życie, buduje nadzieję na wyleczenie, przedłużenie życia i poprawę jego jakości. Nie ma na celu ani przyspieszenia śmierci, ani skrócenia okresu cierpienia, ale zamiast tego ma na celu pomoc dziecku i rodzinie w podejmowaniu jak najlepszych decyzji oraz w wykorzystaniu jak najlepiej czasu, który pozostał im razem. Skuteczna terapia przewiduje również wsparcie dla pracowników ochrony zdrowia, co buduje w nich wrażliwość, a także profesjonalizm, który ciężko wdrażać patrząc na cierpienie innych ludzi [5].

Według standardów pediatrycznej paliatywnej opieki w Europie [6], powinien być zapewniony równy dostęp do opieki, niezależnie od stanu finansowego rodziny oraz statusu ubezpieczenia. Na podstawie danych organizacji Children's Hospice International szacuje się, że dostęp do pediatrycznej opieki paliatywnej ma jedynie 7 milionów dzieci na świecie [7]. Polska jest w tym względzie krajem uprzywilejowanym. Według WHO (*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*) [2] należy do krajów grupy IVb, co oznacza kraje o najwyższym poziomie opieki paliatywnej na świecie. Opieka paliatywna w tych krajach charakteryzuje się między innymi kompleksową (holistyczną) opieką ze strony pracowników służby zdrowia; nieograniczoną dostępnością morfiny i do wszystkich innych silnych leków uśmierzających ból; znaczny wpływ opieki paliatywnej na politykę zdrowia publicznego oraz istnienie krajowego stowarzyszenia opieki paliatywnej.

Liczbę dzieci (do 15. roku życia) potrzebujących paliatywnej opieki określa się w przybliżeniu na 1,2 miliona. Opierając się na szacunkach Global Atlas of Palliative Care [2] każdego roku dostępu do leczenia będzie wymagać kolejne 63 na każde 100 000 dzieci poniżej 15. roku życia. Najczęstszą przyczyną śmiertelności są wady wrodzone. Niezłotliwe choroby o charakterze postępującym stanowią przyczynę objęcia opieką paliatywną, w zależności od regionu, 78 do 91% potrzebujących dzieci. Warto zauważyć, że w schorzeniach

tych niemożliwe jest ustalenie czasu długości przeżycia. Często pacjenci ci wkraczają w wiek dorosły, ciągle mierząc się ze schorzeniami, które towarzyszą im i postępują od urodzenia.

W różnych regionach świata wdrażane są odmienne systemy opieki paliatywnej. Wynika to przede wszystkim z odmiennego rozkładu jednostek chorobowych w danych regionach świata, (np. w krajach Afryki zdecydowaną większość wymagającą opieki paliatywnej stanowią dzieci zarażone wirusem HIV), sytuacji gospodarczej kraju, systemu ubezpieczeń i opieki zdrowotnej. Przekłada się to na wdrażanie odmiennych systemów opieki paliatywnej. Można wyróżnić opiekę domową, opiekę w oddziałach szpitalnych oraz opiekę w specjalistycznych hospicjach.

Zaprzestanie uporczywej terapii

Jednym z głównych założeń opieki paliatywnej jest ochrona dziecka przed uporczywą terapią i działaniami jatrogennymi. Cytując Wytyczne Polskiego Towarzystwa Pediatricznego: "Termin „uporczywa terapia” należy do tzw. pojęć nieostrych. Nie można go zdefiniować w sposób precyzyjny, ponieważ wszystkie pojęcia służące opisowi tego, co jest uporczywą terapią i tego, co nią nie jest, mają charakter rozmyty. Używanie tego pojęcia jest jednak konieczne z przyczyn prawno-medycznych. Dlatego proponujemy posługiwanie się poniższymi definicjami ze świadomością ich ograniczeń.

Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych, w celu podtrzymywania 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. Zatem odstępianie od uporczywej terapii jest to zaniechanie u nieuleczalnie chorego procedur medycznych (innych niż podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu, duszności i innych objawów niepożądanych oraz karmienie i nawadnianie), które przedłużają jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Intencją lekarza nie jest pozbawienie życia chorego, ale przywrócenie naturalnego procesu umierania.

Uporczywa terapia to działanie, którego celem jest utrzymanie przy życiu nieuleczalnie chorego przy pomocy nadzwyczajnych lub zwyczajnych środków leczniczych, ale wbrew jego najlepiej pojętym interesom, wbrew przekonaniom pacjenta, wbrew godności istoty ludzkiej, wbrew naturze. Natomiast odstępianie od uporczywej terapii to rezygnacja ze stosowania nadzwyczajnych środków leczniczych u pacjenta z nieuleczalną chorobą

prowadzącą do przedwczesnej śmierci, gdy dalsze leczenie jej nie powstrzyma i na ogół przyczyni się do wzrostu cierpień lub przedłuży beznadziejny stan wegetacji.”

Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego roczna liczba zgonów dzieci w latach 2004-2007 wynosiła ok. 4000. Większość zgonów (58%) dotyczyła dzieci w pierwszym roku życia. Najwięcej dzieci umierało z powodu stanów rozpoczynających się w okresie okołoporodowym (31%), wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych (22%) oraz zewnętrznych przyczyn (21%). Nowotwory stanowiły dopiero czwartą przyczynę zgonów (7%).

Liczba dzieci leczonych przez hospicja domowe wzrastała w okresie 1999-2009 od 171 do 896. W latach 2005-2009 w hospicjach domowych leczone były przede wszystkim dzieci z wadami rozwojowymi wrodzonymi, zniekształceniami i aberracjami chromosomowymi oraz nowotworami. Wzrost liczby dzieci, leczonych przez hospicja domowe, może pośrednio sugerować o coraz częstszej rezygnacji przez lekarzy z uporczywej terapii, na rzecz opieki paliatywnej. Umożliwia to dzieciom uniknięcie cierpienia związanego z pobytem, leczeniem i umieraniem w szpitalu.

Kwestie odstąpienia od leczenia regulują art.38 i 39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z art. 38 lekarz może zaniechać terapii z jakiegokolwiek powodu, a nawet bez powodu. Nie dotyczy to przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30). Zatem lekarz może odstąpić od zabiegów ratujących życie wobec pacjentów leczonych na chorobę przewlekłą.

Z kolei art.39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty mówi, że lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30. Ustawa nakłada na niego jednak obowiązek skierowania pacjenta do odpowiedniego zakładu opieki zdrowotnej, który takie leczenie zastosuje. Nie chodzi tu jednak o odesłanie chorego do innego specjalisty, który jest gotowy zastosować uporczywą terapię, a raczej skierowanie pacjenta pod opiekę paliatywno-hospicyjną.

Analizując treść powyższych ustaw lekarz może zawsze odstąpić od terapii, gdy jest przekonany, że wyczerpał już wszystkie możliwości lecznicze i szansa na wyleczenie lub remisję jest znikoma. Bezpodstawne jest włączanie terapii, jedynie dla przedłużenia procesu umierania. Zatem jej zaniechanie nie stanowi naruszenia żadnej normy prawnej. Podobne stanowisko reprezentuje M. Safjan, który uważa, że „lekarz nie ma obowiązku podejmowania za wszelką cenę wszelkich możliwych starań, które nie przynoszą już żadnych pozytywnych

efektów terapeutycznych, a jedynie wydłużanie umierania i cierpień temu towarzyszących. Takie zachowanie lekarza nie może być w konsekwencji kwalifikowane jako spowodowanie śmierci przez zaniechanie”. Nie należy również zapominać o tym, że bez względu na chęć wdrażania terapii przez lekarza pacjent może nie wyrazić zgody na leczenie. Wynika to z art. 16 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, według której chory ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia i o możliwych sposobach leczenia. Wówczas lekarz jest zobowiązany do poszanowania decyzji pacjenta i odstąpienia od uporczywej terapii na rzecz opieki paliatywnej [8].

Kwalifikacja do pediatrycznej opieki paliatywnej

Wszystkie dzieci z chorobami zagrażającym życiu zasługują na jak najlepszą opiekę paliatywną, tak samo jak na właściwe dla jednostki chorobowej podstawowe leczenie. Opóźnienie wprowadzenie terapii wiąże się z narastającym fizycznym, emocjonalnym i duchowym cierpieniem chorych dzieci i ich bliskich. Jednakże pomimo wszelkich działań w przypadku ciężkich, przewlekłych i zagrażających życiu chorób koniec może być niepomysłny. Z tego powodu rodzina i opiekunowie zdrowotni muszą zdawać sobie sprawę z nieuniknionej śmierci dziecka. Niezwykle ważne przy decyzji o podjęciu opieki paliatywnej nad dzieckiem jest zadanie istotnych, czasem bolesnych pytań do członków rodziny. Mianowicie, „Czy oczekujesz, że Twoje dziecko dożyje wieku dojrzałego?” lub „Czy będzie to dla Ciebie czymś niespodziewanym, że Twoje dziecko umrze w przeciągu następnych kilku lat?”[5].

Opieka paliatywna może być potrzebna w wielu różnych chorobach, które różnią się od tych, na które chorują dorośli. Mogą być to bardzo rzadkie, a także rodzinnie występujące schorzenia. Rodzaj choroby decyduje o tym, jakiego rodzaju opieki będzie potrzebowało dziecko i jego bliscy. Na podstawie *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services* [9] w zależności od diagnozy kwalifikuje się dzieci do jednej z czterech kategorii chorób.

Do grupy pierwszej należą choroby zagrażające życiu, w których postępowanie lecznicze jest możliwe, ale też może okazać się nieskuteczne. Opieka paliatywna może okazać się niezbędna w okresach niepewności co do prognozy i kiedy leczenie nie odnosi skutku. Są to zaawansowany lub postępujący nowotwór, złożone i ciężkie wrodzone choroby, wady serca, uraz lub nagła ciężka choroba, a także skrajne wcześniactwo.

Do grupy drugiej zaliczamy choroby, w których mogą pojawić się długie okresy intensywnej terapii nastawionej na przedłużenie życia i pozwalające dzieciom na normalną aktywność, ale nadal istnieje zagrożenie przedwczesną śmiercią. Do najczęstszych należą: mukowiscydoza, głębokie niedobory odporności, HIV, przewlekła lub ostra niewydolność oddechowa, niewydolność nerek (u pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepu), dystrofia mięśniowa, miopatie, neuropatie oraz zespół krótkiego jelita.

Do grupy trzeciej zaliczamy postępujące schorzenia bez możliwości wyleczenia, kiedy leczenie ma wyłącznie paliatywny charakter i zwykle rozciąga się na wiele lat. Między innymi: postępujące ciężkie zaburzenia metaboliczne (takie, jak choroba Tay-Sachsa czy metachromatyczna leukodystrofia), aberracje chromosomalne (na przykład Trisomia chromosomu 13 i 18), wrodzona łamliwość kości oraz choroba Battena.

Do grupy czwartej należą nieodwracalne, ale niepostępujące schorzenia, wymagające złożonej opieki, prowadzące do poważnych komplikacji i przedwczesnej śmierci. Są to: mózgowo porażenie dziecięce, wcześniactwo z niewydolnością wielonarządową lub przewlekłą niewydolnością oddechową oraz ciężkie wady mózgu (takie, jak holoprosencefalia, anencefalia) [10].

Cele i podstawowe metody

Celem pediatrycznej opieki paliatywnej jest przede wszystkim podwyższenie jakości życia dziecka i jego rodziny. Przez słowo rodzina rozumiemy wszystkie osoby w kręgu pacjenta, które zapewniają mu fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny komfort, bez względu na powiązania genetyczne. Opieka ta powinna się rozpocząć już w momencie zdiagnozowania ograniczającego lub zagrażającego życiu schorzenia. Ważne, aby była kontynuowana przez cały okres choroby. W przypadku stosowanego leczenia skierowanego na daną jednostkę chorobową, które ma na celu poprawę zdrowia lub chociaż przedłużenie życia młodego pacjenta, opieka paliatywna jest jego właściwym dopełnieniem. Powinna być dostarczana bez względu na miejsce pobytu dziecka. W szpitalu, hospicjum czy też w domu. Rodzina powinna mieć możliwość swobodnego przemieszczania się bez obawy o utrudniony dostęp do opieki. Jest niezbędne, aby terapia była stała i pełnowartościowa w każdej życiowej sytuacji.

Musimy pamiętać, że dziecko ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, oczywiście w zakresie odpowiednim do wieku, a także prawo do informacji o możliwym leczeniu i jego przypuszczalnym rezultacie. Bez względu na to, co sądzą na ten temat jego

rodzice. W trakcie opieki paliatywnej pacjenci wraz z bliskimi powinni otrzymać wsparcie zarówno w aspekcie klinicznym, jak i edukacyjnym, w zakresie odpowiednim dla wieku dziecka, jego zdolności poznawczych i edukacyjnych, a także przekonań kulturowych.

Trudne, ale bardzo ważne zadanie stoi przed osobami udzielającymi opieki paliatywnej. Muszą oni dołożyć wszelkich starań, aby podejść do pacjenta i jego rodziny w sposób indywidualny, uznając ich wartości, życzenia oraz wierzenia. Opiekunowie powinni posiadać odpowiednią wiedzę, która jest niezbędną do właściwego niesienia wsparcia fizycznego, psychicznego, emocjonalnego, duchowego i społecznego. W skład całego zespołu musi wchodzić lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, terapeuta dziecięcy, psycholog i doradca duchowy. Na tyle, na ile jest to możliwe wszystkie środki finansowe przeznaczone na pomoc społeczną powinny zostać stosownie wykorzystane tak, aby dostarczyć chorym dzieciom opiekę na jak najwyższym poziomie. Dzieci wraz z rodziną powinni mieć dostęp do wykwalifikowanej opieki 24 godziny na dobę, 365 dni w roku. Opiekunowie powinni wcześniej zaplanować całość terapii, która musi przebiegać pod kontrolą i ze wsparciem psychospołecznym.

Każdej rodzinie powinien zostać przydzielony jeden z ekspertów, który pełni rolę osobistego koordynatora opieki paliatywnej. Koordynator ma za zadanie pomóc rodzinie, niejako zbudować system wsparcia specjalistów tak, aby zapewniony został stały dostęp do codziennej opieki (nawet w domu), wsparcia duchowego i tymczasowej opieki nad chorym dzieckiem w razie nieobecności rodziców. Jest swego rodzaju łącznikiem w całym programie opieki, zapewnia ciągłość terapii i troszczy się o to, żeby jak najlepiej odpowiadała potrzebom dziecka oraz rodziny.

Każdy pacjent powinien mieć dostęp do profesjonalnego zarówno farmakologicznego, psychologicznego, jak i fizycznego leczenia bólu i innych objawów towarzyszących chorobie przez 24 godziny, 365 dni w roku. Niezwykle ważne jest, aby dziecko samodzielnie potrafiło ocenić poziom nasilenia bólu czy innych dolegliwości tak, aby można było włączyć odpowiednią terapię, która zapewni mu dostateczny komfort życia. Nie należy zapominać o problemach psychologicznych, społecznych i duchowych, które również muszą być na bieżąco rozwiązywane. To istotny fundament opieki paliatywnej, której całość musi być realizowana w sposób akceptowalny przez chorego, jego rodzinę i specjalistów.

Wspomniana już wyżej tymczasowa opieka nad chorym dzieckiem jest szczególnie ważna dla jego bliskich, nieważne czy będzie to zaledwie parę godzin w ciągu dnia czy też dłuższy okres. Umożliwia to prowadzenie rodzinie chorego w miarę możliwości normalnego życia, pozwala na chwilę wytchnienia i nabrania dystansu. Taka forma pomocy powinna być

dostępna w domu rodzinnym, ale także poza nim, na przykład w hospicjum dziecięcym.

Wsparcie dla całej rodziny w cierpieniu związanym z obecnością choroby u dziecka powinno rozpocząć się już od momentu postawienia diagnozy i powinno być kontynuowane przez cały czas trwania choroby, także w razie śmierci i w okresie żałoby. Tak długo, jak jest to konieczne. Opieką powinna być otoczona rodzina, opiekunowie i wszystkie inne osoby, które zostały boleśnie dotknięte chorobą i śmiercią dziecka.

Wszystkie elementy pediatrycznej opieki paliatywnej powinny być dostosowane do wieku dziecka. Warunkuje to optymalny komfort życia. Obecność rodziców jest najważniejszym elementem gwarantującym dobre samopoczucie młodego pacjenta. Powinni oni być zaangażowani, stosownie do wieku i pragnień dziecka, we wszystkie aspekty opieki paliatywnej. Także opiekunowie terapii muszą być przygotowani do spełniania potrzeb pacjentów w różnym wieku, na różnym etapie rozwoju, o różnym stopniu komunikatywności i zdolności poznawczych. Nie bez znaczenia jest również dostęp dzieci i młodzieży do odpowiedniej dla wieku aktywności rekreacyjnej.

Niezwykle ważne jest stałe kształcenie się i podwyższanie kwalifikacji specjalistów i wolontariuszy udzielających pediatrycznej opieki paliatywnej. Powinno się odbywać w jak najbardziej wszechstronny sposób i być nieodłącznym elementem ich pracy. Dla jak najlepszej jakości nauczania edukacja terapeutów odbywa się w specjalnie stworzonych do tego centrach kształcenia z wykwalifikowaną kadrą szkoleniową.

Opieka paliatywna powinna być dostępna dla wszystkich potrzebujących dzieci wraz z ich rodzinami, bez względu na ich status finansowy czy posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego. Rząd musi zobowiązać się do stałego finansowania terapii w celu zapewnienia kompleksowej oraz wszechstronnej opieki w różnych warunkach, w domu, w szkole, w szpitalach i w hospicjach dziecięcych [6].

Jeśli chodzi o eutanazję, czyli przyspieszenie śmierci dziecka z ograniczającą życie bądź nieuleczalną chorobą to stanowisko specjalistów jest jednoznaczne. Eutanazja nie jest uznawana za formę wsparcia i pediatryczna opieka paliatywna nie obejmuje takich działań.

Nie można bezpośrednio przełożyć ogólnie przyjętych zasad opieki paliatywnej na pacjenta pediatrycznego. Nie jest to po prostu „mniejszy dorosły”. Różnice występują zarówno na poziomie anatomicznym, fizjologicznym, jak i psychicznym. Warto także zwrócić uwagę jak zróżnicowaną grupę samą w sobie stanowią dzieci, zaczynając od noworodków, niemowląt, poprzez dzieci w wieku szkolnym aż do osiemnastolatków. Diagnoza, prognozy, strategia leczenia, komunikacja oraz podejmowanie decyzji stanowią wyzwanie dla klinicystów. Dlatego tak ważne jest, by w tym procesie uczestniczyli

odpowiednio wyszkoleni i doświadczeni specjaliści. National Hospices and Palliative Care Organization w Wytycznych Opieki pediatrycznej i hospicyjnej 2009 [11] zwraca uwagę na niską dostępność (wśród niektórych środowisk) specjalistycznych ośrodków zapewniających kompleksową opiekę nad terminalnie chorym dzieckiem. W rezultacie rodzice i dzieci są zmuszeni do często dalekich podróży w celu podjęcia czy kontynuacji leczenia. Takie postępowanie nie zapewnia ciągłości opieki, dzieci zostają wyrwane ze swojego środowiska, zapewniającego im komfort psychiczny oraz wsparcie członków rodziny, a także rówieśniczych grup, w których pełnią role społeczne. Warto też wymienić konsekwencje społeczno-ekonomiczne: obciążenie budżetu rodziny, konieczność wykorzystywania urlopu lub rezygnacji z pracy przez jednego z opiekunów. W świetle prawa dzieci nie mogą stanowić same o sobie. Wszystkie decyzje podejmowane są przez opiekunów prawnych. Dlatego tak ważna jest komunikacja między lekarzem a rodziną, przede wszystkim z uwzględnieniem potrzeb młodego pacjenta. Nastoletni chorzy powinni być włączani w proces decyzyjny. Terminalnie chore dzieci często mają wyższy poziom świadomości swojej choroby niż można by przypuszczać osądzając jedynie po wieku. Warto też zauważyć, że dzieci są członkami wielu społeczności, udzielają się w różnych kołach zainteresowań (np. taniec, drużyna piłkarska). Terapię należy poprowadzić tak, aby pacjent nie wychodził z ról społecznych, żeby jego życie toczyło się jak najbardziej niezmiennym torem. Dziecko powinno mieć umożliwiającą kontynuację edukacji, a także kontakt z rówieśnikami. Warto podkreślić tę część definicji pediatrycznej opieki paliatywnej według WHO, w której mówi ona o objęciu opieką także najbliższych chorego. Także szereg autorów [12,13] kładzie nacisk na istotny wpływ obojga rodziców, a także rodzeństwa na lepsze samopoczucie chorego dziecka.

Choroba i śmierć dziecka jest zawsze ciężkim przeżyciem dla rodziców. Zakończenie życia, które tak naprawdę dopiero zaczęło istnieć jest czymś, z czym ciężko się pogodzić. Wszyscy oczekują, że dzieci będą żyły dłużej niż ich rodzice. Okoliczności śmierci mają znaczenie: czy było to odejście w spokoju czy cierpieniu, czy rodzina pozostaje z pytaniami bez odpowiedzi, czy i w jakim stopniu obwinia się za śmierć dziecka. Strata i żal może prowadzić do kompletnej psychologicznej destrukcji osobowości. [12]. Wsparcie psychologiczne w procesie żalu po stracie dla wszystkich członków rodziny jest jednym z pól działania pediatrycznej opieki paliatywnej. Pacjentem jest w tym wypadku rodzina, traktowana całościowo. Należy pomóc jej zrozumieć przygotować się na odejście dziecka. Jest to trudny, wieloetapowy proces. Wymaga ogromnej ilości wrażliwości, współczucia i wiedzy ze strony personelu zajmującego się opieką [14]. Ma na celu pogodzenie się

najbliższych ze śmiercią dziecka, umocnienie więzi rodzinnych, by rodzina stanowiła grupę samowsparcia w tak trudnym okresie.

Unikalnym aspektem w paliatywnym leczeniu pacjenta pediatrycznego jest jego wciąż postępujący rozwój, na wszelkich możliwych płaszczyznach: fizycznej, psychologicznej, emocjonalnej oraz duchowej. Współpraca powinna odbywać się na odpowiednim poziomie dostosowanym do dorastającego dziecka. W zależności od grupy wiekowej preferowane są różne techniki komunikacji (np. wspólne rysowanie z dzieckiem). Takie podejście zachęca dziecko do wyrażania swoich obaw, pragnień, marzeń [15].

Jak dzieci rozumieją śmierć zależy od ich stopnia rozwoju. Pełne, dojrzałe zrozumienie zjawiska śmierci wymaga zintegrowania w procesie myślenia następujących określeń: nieodwracalności, końca, niemożności funkcjonowania, uniwersalności i przyczynowości. Badania wykazują, że dziecko już w wieku 3 lat postrzega śmierć jako zmianę stanu funkcjonowania (często błędnie wyobraża sobie śmierć jako coś odwracalnego, podobnego do głębszego snu), w wieku 5, 6 lat rozumie zasadę uniwersalności, a jako 9-latek jest świadome własnej śmiertelności [16].

Świadoma religijność również zależy od wieku dziecka. Jednak nawet u najmłodszych duchowość objawia się jako potrzeba bezwarunkowej miłości, nadziei, wybaczenia, bezpieczeństwa, także unikania samotności. W ogólnym zarysie można wyróżnić dwa podejścia do spraw duchowych podczas choroby oraz emocji i napięć z nią związanych. Jednym z nich jest szukanie (i znajdowanie) w wierze spokoju, równowagi oraz nadziei. Całkowicie odmiennym nastawieniem jest dopatrywanie się w schorzeniu nadprzyrodzonej kary za (domniemane) winy. Młodzi pacjenci kierujący się swą (adekwatną do wieku, łagodną) dziecięcą logiką, gdzie ich sposób wnioskowania pozbawiony jest jeszcze znamion krytycyzmu wobec świata, są szczególnie narażone na zagrożenia kryjące się za podążaniem tym schematem myślenia. Natomiast nastolatki są w stanie ocenić sytuację z różnych perspektyw, wypracować niezależną opinię w danej kwestii. Jest to dla nich moment poszukiwania odpowiedzi, konfrontacji własnych i wyniesionych z domu wierzeń z otaczającą rzeczywistością [17]. Transcendentalne relacje z Bogiem (czy inną Siłą Wyższą) nabierają ogromnego znaczenia w obliczu choroby. Należy zaproponować dziecku opiekę duchową odpowiednio dostosowaną do wieku. Istotnym jest, by dobrze zrozumieć tę składową życia terminalnie chorych dzieci, by zapewnić im kompleksową i jak najlepszą opiekę we wszystkich wymiarach.

Problemy opieki paliatywnej

Jednym z ważniejszych problemów charakteryzujących pediatryczną opiekę paliatywną jest jej brak wyodrębnienia z systemu opieki dla dorosłych. Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. [18]. Jest to ustawa niewystarczająco precyzująca kryteria kwalifikacji do opieki pacjentów pediatrycznych.

W 2013 roku Autorzy XV raportu opisującego stan pediatrycznej domowej opieki paliatywnej w Polsce [19] porównali rozpoznania i numery kodów (wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) pacjentów leczonych w hospicjach domowych. 48 dzieci, mimo ewidentnego zapotrzebowania na leczenie, nie spełniało kryteriów ustawy. Na podstawie przeanalizowanej literatury (autorzy) wymieniają także inne trudności: niewystarczającą liczbę wyszkolonych specjalistów, brak nadrzędnych standardów postępowania z nieuleczalnie chorym pacjentem pediatrycznym.

Paliatywna opieka pediatryczna jest dziedziną krytycznie niedofinansowaną. Łącząc wpływy Refundacji NFZ oraz 1% przekazanego podatku od osób fizycznych na organizacje pożytku publicznego, jedynie 6 na 15 jednostek zajmujących się opieką hospicyjną uzyskało dodatni bilans w 2013 roku.

Pediatryczna opieka paliatywna jest niezwykle wymagającą dziedziną medycyny. Oczekuje od lekarzy i innych wysoko wykwalifikowanych specjalistów rozległej wiedzy, empatii, cierpliwości oraz zindywidualizowanego podejścia do każdego pacjenta. Jest to specjalizacja szczególnie trudna, gdyż dotyczy dzieci. Trzeba charakteryzować się niezwykle siłą psychiczną, by móc pomagać cierpiącym małym pacjentom, gdy wiadomo, że nie ma szans na wyleczenie, a można jedynie ulżyć w cierpieniu. Należy dążyć do zacieśniania współpracy między specjalistami opiekującymi się dzieckiem, by zapewnić mu wszechstronną opiekę. Należy również wziąć pod uwagę, że pacjentem w tym szczególnym przypadku jest cała rodzina.

Wsparcie psychiczne dla bliskich chorego dziecka jest elementarnym zadaniem paliatywnej opieki pediatrycznej. W dalszym ciągu dziedzina ta wymaga ulepszenia wielu kwestii.

W polskim systemie opieki zdrowotnej należałoby wyodrębnić opiekę pediatryczną z głównego nurtu opieki paliatywnej, a także zaproponować alternatywne, obok Narodowego Funduszu Zdrowia, metody finansowania.

Piśmiennictwo

1. Definition available at <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>, data pobrania 7.03.2016.
2. Global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.
3. Dangel T.: Opieka paliatywna w onkologii dziecięcej. Opieka paliatywna nad dziećmi. Warszawa, 2006.
4. Korczak J.: Jak kochać dziecko. Prawo dziecka do szacunku. Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa, 2002.
5. Standards of Practice for Pediatric Palliative Care and Hospice. National Hospice and Palliative Care Organization.
6. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. The Journal of the European Association for Palliative Care, 2007.
7. Children's Hospice International: Resources: an unmet need. Children's Hospice International 2008. <http://www.chionline.org>, data pobrania 7.03.2016.
8. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy. Polskie Towarzystwo Pediatryczne, 2011.
9. A Guide to the development of children's palliative care services, 2009.
10. Resources available at <http://www.hospicjum.wroc.pl/>, data pobrania 7.03.2016
11. Standards of Practice for Pediatric Palliative Care an Hospice. National Hospice and Palliative Care Organization, 2009.
12. Classen C.F.: Pediatric palliative care - The role of the patient's family. World J. Clin. Pediatr., 2012, 8, 1, 3, 13–19.
13. Knapp C.A., Contro N.: Family support services in pediatric palliative care. Am. J. Hosp. Palliat. Care., 2009, 26, 476–482.
14. de Cinque N., Monterosso L., Dadd G., et al.: Bereavement support for families following the death of a child from cancer: experience of bereaved parents. J. Psychosoc. Oncol., 2006, 24, 2, 65-83.
15. Himmelstein B.P. Hilden J., Boldt A.M., Weissman D.: Medical progress: Pediatric Palliative Care. N. Engl. J. Med., 2004, 350, 1752-1762.
16. Kenyon B.: Current research in children's conceptions of death: a critical review. Omega J. Death. Dying., 2001, 43, 63-91.

17. Ginsburg H.P., Oppen S.: Piaget's theory of intellectual development. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1988.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz.U. 2013 poz. 1347.
19. Kozera K., Wojciechowska U., Marciniak W., et al.: Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce (2013) Raport XV. Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Warszawa, 2015.

Rzeczywistość szpitalna bliskich pacjenta głęboko nieprzytomnego

Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena

Zakład Studiów Polonistycznych i Komunikacji Medialnej, WP-A UAM

Gdy zadać postronnym osobom pytanie o ich wizję żegnania się z osobą przebywającą w śpiączce, to w przeważającej mierze pojawia się opis szpitalnego pokoju, w którym wokół łóżka gromadzą się najbliżsi. Mimo że lekarz przypomina o stanie osoby nieprzytomnej, to bliscy mają czas na spokojne rozstanie z ukochaną osobą, pogodzenie się – do pewnego stopnia naturalnie - z sytuacją. Mogą siedzieć przy łóżku, bez skrępowania mówić do pacjenta, bo przecież do pacjenta w śpiączce trzeba mówić, trzymać go za rękę. Sytuacja wymaga prywatności, ciszy.

Wyobrażenie

Celem pracy jest ukazanie rozdźwięku między wyobrażeniem sytuacji towarzyszenia osobie będącej w śpiączce, dla której nie ma szans powrotu do stanu świadomości a rzeczywistością szpitalną. Zamiarem jest też uzmysłowienie pracownikom opieki medycznej, jak ważne jest ich nastawienie do bliskich osoby przebywającej w śpiączce, którzy muszą oswoić się z tą niezwykle trudną sytuacją.

„(...) Siadam na łóżku i patrzę na moją żonę: Śpiąca Królowna. Jej włosy wyglądają jak mokre lub przethuszczone. Tak samo wyglądały, jak Joanie rodziła. Przykładam ucho do miejsca, gdzie jest jej serce. Wtulam swoją twarz w jej szpitalną koszulę. Od dawna nie byłem z nią w tak intymnej bliskości” [1].

„(...) Zatrzymuję się w drzwiach. Mówi do swojej mamy. Cofam się nieznacznie, jednak nie odchodzę. Chcę na to patrzeć. Chcę wiedzieć, co mówi. Widzę, jak wtuliła się w bok mamy. Ułożyła rękę Joanie w taki sposób, jakby ja obejmowała. Nagle przychodzi mi do głowy myśl: Ona żyje. Trudno mi znieść widok Scotie w objęciach jej mamy” [1].

„(...) Podchodzę do mojej żony, która wygląda jak duch kobiety. Siadam na jej łóżku. Biorę ją za rękę, której dotyk już nie przypomina dotyku ręki. Muskam jej twarz, przyglądam się jej ustom, bruzdom na jej wargach. Gładzę jej czoło aż do linii włosów, tak jak robił to jej ojciec. W myślach proszę ją, aby mi wybaczyła, i nagle uświadamiam sobie, że ona nie jest bóstwem, więc muszę wypowiedzieć te słowa na głos.

- Wybacz mi. Kocham cię. Wiem, że razem stworzyliśmy coś dobrego.

To ten moment. Moje pożegnanie. Nie chcę jej obejmować, bo wiem, że źle to zniosę, gdy nie odwzajemni mojego uścisku, nie chcę jej całować, bo nie odda mi pocałunku, jednak całuję ją. Przyciskam swoje usta do jej warg i kładę dłoń na jej brzuchu, ponieważ jest to miejsce, z którego wszystko się bierze, gdzie czuje miłość i ból, złość i dumę, i choć nie zamierzałem tego zrobić w ten sposób, żegnam się z nią. Pochylam się tak, że moje usta dotykają jej szyi, a nasze głowy opierają się o siebie. Żegnaj, Joanie, Żegnaj, moja miłości, moja przyjaciółko, mój bólu, moje szczęście. Żegnaj. Żegnaj. Żegnaj” [1].

Przywiedzione wyżej fragmenty zekranizowanej z powodzeniem powieści ‘Spadkobiercy’ wpisują się idealnie w wyobrażenia o towarzyszeniu osobie nieprzytomnej w jej ostatnim etapie życia. Nikt, kto nie znalazł się w takiej sytuacji, nie kwestionuje tych obrazów. Liczy po prostu na to, że jego to nie spotka.

Realia

Rzeczywistość może nie być tak znośna, co pokaże przypadek Adama (imiona bohaterów zostały zmienione), który w czerwcu 2015 roku trafił na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii jednego z wielkopolskich szpitali (Opisywana sytuacja nie jest jedyną, którą Autorka niniejszego artykułu miała okazję poznać. Historie, których wysłuchała, były zbieżne: bark empatii, przedmiotowe traktowanie pacjenta, niechęć lekarzy do komunikacji z bliskimi chorych).

Adam (jego historię Autorka przedstawia na podstawie relacji jego córki) trafia do szpitala po nagłej utracie przytomności w klatce schodowej swojego bloku. Do czasu przyjazdu karetki pogotowia jest reanimowany przez sąsiadów. Ratownicy medyczni długo walczą o przywrócenie akcji serca. Wygrywają tę bitwę, pacjent jednak nie odzyskuje świadomości. W szpitalu rodzina dowiaduje się od lekarza prowadzącego, że Adam jest głęboko nieprzytomny, nie obudzi się. Nawet, jeżeli przydarzyłby się cud, gdyby..., to nie pozna bliskich, nie będzie wiedział kim jest.

Już na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii rodzina – żona Ewa i córki: Natalia i Weronika – zostają w telegraficznym skrócie poinformowane przez ordynatora o warunkach panujących na oddziale, o obowiązkach i prawach odwiedzających (odwiedziny możliwe były w godzinach od 13.00 do 17.00, przy łóżku mogą się znaleźć maksymalnie 2 osoby – z grona najbliższych, wizyta nie powinna trwać dłużej niż kwadrans, w każdej chwili gość może zostać wyproszony przez personel medyczny, odwiedzający dostosowuje się do

zasad panujących na oddziale, informacji o stanie pacjenta udziela tylko ordynator lub lekarz dyżurny w godzinach od 13.00 do 15.00, informacji nie udziela się telefonicznie. Informacje te znaleźć można też na tablicy ogłoszeń w przedsionku oddziału). Tych ostatnich właściwie nie ma. Bliscy Adama nie zdążyli nawet zadać pytań, które się zrodziły. Grzecznie stali w niewielkim korytarzyku z innymi rodzinami oczekującymi na spotkanie ze swoimi bliskimi. To od nich w następnych dniach często dowiadywali się rzeczy, które powinni usłyszeć od lekarza prowadzącego lub ordynatora, od nich uczyli się zachowań na oddziale. Ewa głęboko przeżyła ‘rozmowę’ z ordynatorem, który minął ją na korytarzu szerokim łukiem, dając do zrozumienia, że w tym przypadku nie ma już nic do powiedzenia. Gdy poprosiła o możliwość zadania pytania (czyniła to w godzinach przewidzianych na kontakt z lekarzem), ordynator odparł, że teraz nie ma czasu, idzie do pacjentów. Ewa wyraźnie odczuła, że mąż nie jest przedmiotem uwagi lekarza. Lekarz prowadzący, poproszony o wyjaśnienie sytuacji, rozwianie pewnych wątpliwości - już po kilku dniach przebywania Adama na Intensywnej Terapii, wyraził się jasno, że mózg umarł, przy tuszy pacjenta szybko zaczną się odleżyny, organy wewnętrzne zaczną szwankować, wyłączać się jak domino. Drugiego dnia pobytu Adama na Intensywnej Terapii ordynator zadał jego żonie pytanie, czy ten próbował się odchudzać. Ewa odparła, że tak, że wyszła za mąż za szczupłego mężczyznę, który osiem lat wstecz przeszedł udar, po nim jego stan zdrowia się pogorszył, przyjmował wiele leków. Ewa zauważyła też, że mąż nie jadł zbyt wiele. Ordynator wypowiedź tę skwitował stwierdzeniem: no tak, stary jest... Ewie i Natalii odebrało wówczas mowę. Adam miał 66 lat.

To jest początek końca – dodał - i oby nastąpił jak najszybciej, bo przecież nikt nie chciałby dla bliskiej osoby, by tak ‘żyła’, jak roślina. Mimo że żona i córki były świadome sytuacji, to nie spodziewały się takiego przekazu. Warto dodać, że rozmowy nie toczyły się w pokoju lekarskim, lecz na korytarzu, gdzie udało się uchwycić lekarza, często w obecności obcych ludzi. Rozmowa z ordynatorem o dalszych losach Adama na oddziale – czy zostaje na nim, jakie są wobec niego plany – toczyła się podczas zmywania filiżanek i talerzyków, ordynator nie przerywał czynności, z udręczoną miną odpowiadał na pytania.

Adamowi dawano jedynie kilka dni, jego stan był naprawdę ciężki. Jak określił jeden z anestezjologów, nie był on ‘żywczykiem’, czyli takim pacjentem, który chce wrócić. Adam nie podejmował prób samodzielnego oddychania, z małymi tylko przerwami był podłączony do respiratora.

Mijały kolejne dni. Żona i córki odwiedzały Adama codziennie, po godzinie 13 (nie punktualnie, ponieważ można było trafić jeszcze na zabiegi u pacjentów lub sprzątanie sal) stawały u drzwi oddziału. Gdy nie było zakazu wejścia, a ten mógł trwać nawet i dwie

godziny (przywieziono na oddział nowego pacjenta, wybranemu pacjentowi przeprowadzano badania, odbywały się konsultacje lub pacjent zmarł – lekarz musiał potwierdzić zgon, personel zobowiązany był do uprzątnięcia miejsca), Ewa z córkami na zmianę stawiała na kilka minut obok łóżka męża. Zresztą warunki do ‘rozmów’ z Adamem nie były sprzyjające. Adam leżał w sali przewidzianej dla sześciu pacjentów. Nigdy nie było w niej ich mniej niż trzech. Obok Adama byli ludzie, którzy dochodzili do siebie po operacji, byli tacy, którzy byli o krok od odejścia, następnego dnia już ich nie było, jak również uciekający bez przerwy z łóżka pacjent po dopalaczach.

Mijały tygodnie. W czwartym tygodniu Natalia, która słyszała od rodzin pacjentów, będących na oddziale wcześniej, że pacjent na OAiIT może przebywać jedynie miesiąc, zapytała lekarza prowadzącego o plany wobec jej ojca. Lekarz, który jeszcze niedawno zapewniał, że Adam jako pacjent oddychający za sprawą respiratora, nigdzie nie zostanie przewieziony, teraz widział go już jako pacjenta zajmującego cenne łóżko, które przecież może przydać się komuś rokującemu. Lekarz jednym tchem wymienił możliwości: można zabrać pacjenta do domu, można wystarać się o miejsce w specjalistycznym ośrodku państwowym lub prywatnym. W przeciągu kilku dni podobne wystąpienie zaprezentował ordynator, tu – w przypływie dobrego nastroju – pojawiły się wszelkie szczegóły, w tym najważniejsze: cena miejsca w ośrodku.

Natalia, po konsultacjach z zaprzyjaźnionym lekarzem, zaczęła dowiadywać się, czy w tego rodzaju ośrodku, który powstał niedawno w jej mieście, są przewidziane miejsca dla osób wymagających respiratora. Skontaktowała się z ośrodkiem, rozmawiała z prowadzącym, określiła sytuację – jasno wyartykułowała, że nie widzi potrzeby przenoszenia ojca, jeżeli może być w szpitalu, poza tym sądzi, że miejsce w ośrodku może się przydać komuś, kto ma jeszcze szanse na przeżycie; i umówiła się na kontakt, gdy miejsce będzie dostępne, ponieważ na ów czas takiego nie było.

Czas płynął. Adamowi, którego już nie leczono, włączano kolejne specyfiki. Natalia skrzętnie notowała nazwy leków i po wyjściu z oddziału sprawdzała, co podaje się ojcu. Otrzymywał kroplówki z preparatów, w ulotkach których była wyraźnie mowa o tym, że nie należy ich podawać pacjentom w stanie krytycznym, z takimi a takimi przypadłościami, były plastry z lekiem uśmierzającym ból silniejsze od morfiny... Adam jednak ciągle nie zamierzał przejść na drugą stronę. Ku zaskoczeniu rodziny przeraźliwie ziewał. Nie były to jednak oznaki poprawy samopoczucia. Jedynie odruchy.

Mijał szósty tydzień, Ewa wyraźnie odczuwała, że mąż jest ciężarem na oddziale, leży i tylko zajmuje łóżko. Lekarz prowadzący, podczas urlopu ordynatora, zaczął nagle działać na

rzecz wyekspediowania pacjenta dokądkolwiek. O ile wcześniej nie miał nic do powiedzenia, to teraz atakował żonę Adama i córki przy jego łóżku, zasypywał komunikatami w stylu ‘jak pani wie, będzie zabieg...’. Ewa nic jednak nie wiedziała. Zdziwiona zapytała o sam zabieg w sytuacji bardzo niskiego na ów czas ciśnienia męża, jak i cel przedsięwzięcia. Z półsłówek lekarza można było wywnioskować, że planowano założenie PEG, czyli żywienia dojelitowego, które miało służyć pacjentowi po opuszczeniu szpitala.

Zabieg przebiegł bez komplikacji, pacjent jednak poważnie odchorował tę ingerencję. Żona i córki widziały, że stan Adama bardzo się pogorszył. Dyżurny anestezjolog, zapytany o możliwość transportu gdziekolwiek takiego pacjenta, oświadczył, że stan Adama jest bardzo ciężki, trzeba mu pozwolić w spokoju odejść, na pewno nigdzie nie zostanie przewieziony. Ewę zaskoczyła wówczas wiadomość, którą listownie otrzymał jej mąż. Sąd Rodzinny informował przebywającego na Intensywnej Terapii Adama o tym, że wyraził zgodę – na prośbę Szpitala – na przeprowadzenie u niego zabiegu. Postanowienie Sądu zdziwiło Ewę i jej córki, nikt w Szpitalu nie wspomniał o konieczności wyrażenia zgody na zabieg, nikt nie poinformował ich o procedurze w takiej sytuacji.

W kolejnym tygodniu ordynator podzielił się z Natalią informacją, że znalazło się miejsce w specjalistycznym ośrodku, ale ojciec nie nadaje się do przewozu, pozwolił sobie na szczerość, że nawet osoby, u których stwierdzono poprawę, przeniesione na inny oddział i tak w większości przypadków umierają. Ordynator zapewnił, że respirator, który dostarczono z ośrodka nie zostanie wykorzystany.

Po dwóch dniach, ku zaskoczeniu żony i córek, Adam ‘oddychał’ za pomocą respiratora z ośrodka. Ordynator nagle zmienił zdanie, gdy Ewa z Natalią odwiedziły go w gabinecie, wypisywał właśnie dokumentację pacjenta, którą miał otrzymać ośrodek. Ordynator przemilczał wypowiedź Ewy na temat jego nieetycznego zachowania, dawał do zrozumienia, że pomaga, bo pacjent może tak leżeć i leżeć.... Na uwagę Ewy, że stan jej męża jest bardzo ciężki i transport chyba mu nie posłuży, ordynator odpowiedział, że kiedyś przecież trzeba umrzeć. Obiecał powiadomić żonę pacjenta o terminie wyjazdu, gdy tylko możliwy będzie transport. Rankiem kolejnego dnia Ewa otrzymała informację, że mąż jest już w ośrodku.

Adam odszedł następnego dnia.

Niebawem Adam otrzymał kolejne pismo z Sądu. Żona i córki z oczywistych względów nie odebrały przesyłki. Zapytane o to, co mogła ona zawierać, początkowo nie potrafiły powiedzieć, po dłuższym namyśle doszły do wniosku, że zapewne Szpital wystąpił do Sądu o wyrażenie zgody na przeniesienie pacjenta do specjalistycznego ośrodka. Ich

przecież nikt nie zapytał, czy godzą się na transportowanie dokądkolwiek Adama. Tym bardziej, że najpierw miały otrzymać informację o możliwości przyjęcia Adama z ośrodka, a jego kierownictwo nie zdążyło przekazać rodzinie komunikatu o wolnym miejscu. Ośrodkowi, który zgodnie z procedurą poinformował oddziały Intensywnej Terapii w okolicy o utworzeniu nowych łóżek dla pacjentów stale wentylowanych, Adama po prostu dostarczono.

Teoria a praktyka

Historia ta skłania do głębokich przemyśleń, które można sprowadzić do trzech najważniejszych wątków, nierozzerwalnie ze sobą powiązanych: jaki jest status osoby głęboko nieprzytomnej, jak personel medyczny interpretuje prawa i obowiązki pacjenta w takiej sytuacji, jakie są prawa i obowiązki bliskich pacjenta, któremu nie daje się żadnych szans na odzyskanie świadomości.

Osoba nieprzytomna bezsprzecznie wymaga opiekuna. I tym opiekunem w przywiezionej wyżej sytuacji wydaje się żona, w dalszej kolejności córki. W Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta mowa jest o opiekunie faktycznym, czyli osobie sprawującej, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga [2] oraz o osobie bliskiej, czyli małżonku, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielu ustawowym, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej przez pacjenta [3]. Żona i córki wpisują się w oba określenia. To jednak pozorne.

Zgodnie z Kodeksem Rodzinnym i Opiekuńczym (KRiO) małżonkowie są obowiązani do wspólnego pożycia, do wzajemnej pomocy i wierności oraz do współdziałania dla dobra rodziny, którą przez swój związek założyli [4]. Dalej rodzice i dzieci są obowiązani do wzajemnego szacunku i wspierania się [5]. Żona i córki są zatem według KRiO opiekunami ustawowymi Adama. Jednak w świetle prawa medycznego nie można ich uznać za przedstawicieli ustawowych. Kwestia szczegółowych uprawnień opiekuna faktycznego nie jest w żadnym dokumencie prawnym uregulowana, stąd zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty: jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego [6]. W przypadku konieczności przeprowadzania badań zgodę na takie wyrazić może także opiekun faktyczny [7].

Nieprzystawalność terminów powoduje chwilowy brak zrozumienia, zresztą w sytuacji, gdy rodzina skupia się na bliskim sobie człowieku, znajdującym się w stanie terminalnym, nikt raczej nie skupia się na studiowaniu dokumentów prawnych. Daje to pracownikom opieki medycznej możliwość podejmowania decyzji bez konsultacji z bliskimi pacjenta. Warto zwrócić tu uwagę, że w Ustawie o prawach pacjenta i RPP w odniesieniu do pacjenta małoletniego zgodę na badania i inne świadczenia zdrowotne w przypadku braku przedstawiciela ustawowego może wydać opiekun faktyczny [8].

Ściśle trzymając się zatem prawa, jednak wykazując pewne zrozumienie dla okoliczności, ordynator Intensywnej Terapii lub lekarz prowadzący powinien co najmniej poinformować żonę i córki Adama o planach w stosunku do pacjenta, przedstawić regulacje prawne w istniejącej sytuacji. Jak twierdzi Hoffman [9], niektórzy ludzie unikają, kiedy to tylko możliwe, empatii, by ograniczyć 'koszty' udzielania pomocy. Jednak od lekarza oddziału Intensywnej Terapii oczekuje się minimum współodczuwania sytuacji. Tym bardziej, że, jak zauważa Wilczek-Rużyczka [10], empatia stanowi podstawę rozumienia uczuć drugiej osoby oraz umożliwia przewidywanie jej przyszłych zachowań. Takie podejście mogłoby znacznie poprawić komunikację z bliskimi osoby nieprzytomnej, ograniczyć niepokoje.

Listowne informowanie pacjenta, przebywającego na oddziale Intensywnej Terapii, o wydaniu postanowienia w jego sprawie, a faktycznie powiadamianie o tym jego rodziny, wydaje się nie na miejscu. W wątpliwość stawia to respektowanie przez ordynatora i lekarza prowadzącego prawa pacjenta do poszanowania jego intymności i godności, które obejmuje także prawo do umierania w spokoju [11], zapisane w Ustawie o prawach pacjenta i RPP. Mowa jest tu również o tym, że pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień [11].

Bliscy osoby nieprzytomnej zwracają też uwagę na łamanie prawa pacjenta do informacji [12]. Brzmi to absurdalnie, bo jak też informować osobę, z którą nie ma kontaktu. Powinno się jednak dbać o jak najlepszą komunikację na linii lekarz-rodzina, która owocowałaby obustronnie. W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić dla dobra chorego, niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego [13]. Lekarz posiadałby możliwie dużo informacji o pacjencie, zaspokojona informacyjnie rodzina byłaby spokojniejsza o swego bliskiego, z całą pewnością bez potrzeby nie zabierałaby cennego czasu medyka. Żona i córki Adama zauważyły, że były traktowane zmiennie, w zależności od sytuacji. Jeżeli lekarz miał coś do powiedzenia, zwłaszcza chciał (to wiedzą teraz) przeforsować jakieś działanie, to sam szukał kontaktu, nawet, gdy rodzina

tego nie chciała, przekazywał wiadomości przy łóżku chorego. Jeżeli rodzina (tu trzeba zauważyć: bardzo ściśle grono) potrzebowała informacji, ponieważ wymagała tego sytuacja, to najczęściej informacji tej nie uzyskiwała. Żona i córki z upływem czasu nauczyły się wydobywać informacje o Adamie, jednak najwięcej zyskały komunikując się z zaprzyjaźnionymi lekarzami spoza szpitala, prosząc ich o rozwikłanie wątpliwości.

Prawo a etyka

W ramach zakończenia artykułu można przywieść jeden ze wstępnych artykułów Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych [14]. Komentarz wydaje się zbyteczny.

Materiał źródłowy

Wywiad z córką pacjenta głęboko nieprzytomnego, przebywającego 7 tygodni na OAiIT jednego ze szpitali Wielkopolski, przeprowadzony w styczniu 2016 roku.

Rozmowy z: Katarzyną, Piotrem, Anną, Teresą, Zbigniewem – bliskimi osób, które przebywały na opisywanym oddziale.

Piśmiennictwo

1. Hemmings K. H.: Spadkobiercy. Wyd. Znak Literanova, Kraków, 2012.
2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Art. 3.1.1, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090520417>, data pobrania 3.02.2016.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Art. 3.1.2, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120000159>, data pobrania 3.02.2016.
4. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy Art. 23, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19640090059>, data pobrania 3.02.2016.

5. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy Art. 87, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19640090059>, data pobrania 3.02.2016.
6. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty Art. 32.2, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970280152>, data pobrania 3.02.2016.
7. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty Art. 32.3 <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970280152>, data pobrania 3.02.2016.
8. Ustawa o prawach pacjenta... Art. 17.2.
9. Hoffman M.L.: Empatia i rozwój moralny. GWP, Gdańsk 2006.
10. Wilczek-Rużyczka E.: Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
11. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Art. 20.1.1., <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090520417>, data pobrania 3.02.2016.
12. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Art. 9 do 12, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090520417>, data pobrania 3.02.2016.
13. Kodeks Etyki Lekarskiej, Art. 16.2, http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf, data pobrania 3.02.2016.
14. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Art. 8, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20090520417>, data pobrania 3.02.2016.

Śmierć pacjenta na bloku operacyjnym - porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezjologicznej

Wawros Karina¹, Gawłów–Nowak Lilianna¹, Mroczkowska Renata¹, Ptaszek Gabriela¹, Graf Lucyna¹, Śleziona Mariola¹, Stołecka Barbara¹, Karczeńska Olimpia², Sternik Anna²

1. Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii. Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp

Śmierć, według medycznej nomenklatury, operuje trzema typami definicji:

- śmierć kliniczna - zatrzymanie czynności serca i oddychania lecz można podjąć działania reanimacyjne.
- śmierć mózgowa - jako proces obumierania komórek mózgowych, który jest nieodwracalny.
- śmierć komórkowa - ustawianie czynności i degradacja poszczególnych organów.

Śmierć zależy od szybkości przemiany materii, a tym samym od odporności na niedotlenienie. Stosunek do umierania i śmierci oraz wiążące się z nią wartości i wynikające z niego formy opieki są mieszaniną sprzecznych idei oraz powodem tego, że umieranie staje się procesem odhumanizowanym, pozbawionym godności. Ludzie unikają kontaktu z ciałami zmarłych, ponieważ budzą w nich lęk i obrzydzenie. Jedynie religijne wyobrażenia są obecne w myśleniu o śmierci. Lęk przed śmiercią zależy od tego, czy jest świadomość umierania, czy też nie [1]. Często śmierć następuje w szpitalach, jednak nie są one odpowiednim miejscem do umierania, gdyż z zasady są powołane do przywracania zdrowia chorym. Szpitale zajmują się bardziej chorobą niż samym pacjentem. Śmierć w szpitalu wskazuje na bezsilność wobec choroby. Umieranie można rozpatrywać w trzech aspektach: psychicznym, biologicznym i

społeczno-kulturowym [1,2]. Aspekt społeczno-kulturowy dotyczy tego, że każdy człowiek pełni jakąś rolę w społeczeństwie. Wszystkie trzy rodzaje umierania są procesami mającymi swój rytm, czas trwania i kończą się śmiercią człowieka jako osoby ludzkiej, organizmu biologicznego i niepowtarzalnej jednostki danego społeczeństwa i cywilizacji. Idealne umieranie przebiegałoby, gdyby trzy aspekty przebiegały w harmonii, zwłaszcza gdy umieranie trwa długo i w cierpieniu. Trudno wyznaczyć początek umierania, przyjmuje się, że jest nim uznanie choroby za nieuleczalną [1,2]. Nastawienie personelu medycznego do osoby nieuleczalnie chorej zależy od szacowanych szans na przeżycie i form ewentualnej interwencji. O umieraniu w szpitalu można mówić z perspektywy trzech kategorii osób uczestniczących w procesie umierania: umierającego, rodziny i bliskich umierającego, personelu medycznego [2].

Pacjent nieuleczalnie chory w chwili przyjęcia do szpitala zaczyna być postrzegany z perspektywy choroby śmiertelnej, wobec której medycyna jest bezradna. Kontakty między pielęgniarką a pacjentem terminalnym są krótkie, mają charakter techniczny, rzeczowy, a postępowanie personelu szpitala jest schematyczne i szablonowe, bardzo często ograniczone do przedłużania terapii lub eliminacji bólu [2]. Badania nad stosunkiem do śmierci ukazały, że perspektywa pielęgniarska doprowadziła do powstania modelu opieki, uwzględniającej fizjologiczne i biologiczne parametry funkcjonowania człowieka chorego. Stosunek pielęgniarek do śmierci zależy w dużym stopniu od specyfiki i miejsca pracy [1,2].

Na podstawie dostępnej literatury z lat 2007–2012 dokonano analizy opinii na temat odczuć towarzyszących personelowi pielęgniarskiemu podczas śmierci pacjenta.

Śmierć

Rozważania o śmierci mogą być różnych aspektach: emocjonalnym, filozoficznym, religijnym. Myślenie czy rozmowa o śmierci może być trudne, bolesne, a nawet przerażające, lecz można też próbować przyzwyczaić się do myśli, że spotkało to przed nami miliony ludzi. Czym innym jest też myślenie o własnym odejściu, a czym innym towarzyszenie śmierci innym ludzi, zwłaszcza ludzi wobec których jesteśmy powołani, aby ich pielęgnować i uczestniczyć w procesie zdrowienia [2]. Psychologia zna etapy zaprzeczenia, walki, targowania się i rezygnacji wobec obcowania ze śmiercią. Akceptacja i pogodzenie się ze swoim losem jest ostatnim elementem pojmowania śmierci. Nie wszyscy mają czas lub siłę, aby ten stan osiągnąć, a właśnie

on pozwala na godne i spokojne przejście na drugą stronę. Ta trudna sztuka pozwala, zwłaszcza pielęgniarkom, na profesjonalne towarzyszenie pacjentowi umierającemu oraz ratowanie życia zagrożonego [1,2].

Śmierć pacjenta w odczuciu pielęgniarek

Śmierć pacjenta jest elementem pracy pielęgniarki, któremu towarzyszą emocje i uczucia — głównie opuszczenia, żalu i braku nadziei. Ból emocjonalny należy do czynników motywujących pielęgniarki, do ograniczenia do minimum kontaktu z umierającym pacjentem oraz unikania niekoniecznych spotkań z jego rodziną. Śmierć ma negatywny wpływ nie tylko na funkcjonowanie pielęgniarki w miejscu pracy. Emocje z nią związane często pielęgniarka przenosi do środowiska rodzinnego, co skutkuje utratą pewności siebie i poczuciem winy.

Poprawę samopoczucia i złagodzenie napięcia zapewniają nieświadomie uruchamiane mechanizmy obronne, czyli zaprzeczenie, tłumienie, wyparcie i racjonalizacja. Sytuacja umierania pacjenta przywołuje w pamięci pielęgniarki poczucie żalu i smutne wspomnienia z przeszłości oraz stymuluje nerwowe zachowania. Z tego powodu kontakt z pacjentem umierającym, cierpieniem i śmiercią jest dużym obciążeniem w pracy zawodowej pielęgniarki [2,3].

Śmiertelność pacjentów w różnych profesjach pielęgniarskich

Hospicja i opieka paliatywna

W tej dziedzinie pielęgniarstwa istotą pracy jest towarzyszenie choremu – otoczenie go opieką w stanie terminalnym, celem opieki pielęgniarskiej jest zabezpieczenie potrzeb pacjenta, a nie sukces terapeutyczny w postaci wyzdrowienia.

Pielęgniarstwo paliatywne jest dziedziną pielęgniarstwa, w której wymaga się szczególnego sposobu postępowania z chorymi, która uwzględnia nie tylko czynniki somatyczne, ale również psychologiczne i duchowe. Skupia uwagę na chorej osobie, a nie na rodzaju schorzenia [3,4].

W zaawansowanym okresie śmiertelnej choroby pacjent wymaga znacznie więcej i bardziej wszechstronnej opieki aniżeli ten, który ma szansę powrotu do zdrowia. Opieka

paliatywna to nie tylko podawanie leków uśmierzających ból ciała czy fachowa diagnoza lekarska i pielęgnacja. Opieka paliatywna to także usiłowanie zrozumienia tego, co chory przeżywa, bycie przy nim, spełnianie jego najzwyklejszych, czasem nieoczekiwanych prośb. Spośród wszystkich dziedzin pielęgniarstwa paliatywne jest najściślej związane z umieraniem pacjenta, dlatego dostarcza szerokiej wiedzy na temat odczuć pielęgniarek dotyczących końca życia [2,3,4].

Jednostki ratownictwa medycznego, ratunkowe oddziały szpitalne

Pielęgniarstwo ratunkowe, to odmienna istota świadczonych usług w stosunku do pacjenta w porównaniu do opieki hospicyjnej. Istotą pielęgniarstwa ratunkowego jest ratowanie życia, sprawna i szybka reakcja w stanie zagrożenia życia. Pielęgniarka pracująca w tej specjalności obcuje ze śmiercią z częstotliwością porównywalną do specjalności hospicyjnej lecz koniec życia, z którym ma do czynienia ma inny charakter. Jest on zazwyczaj nagły, niespodziewany, często drastyczny. Praca pielęgniarki ratownictwa medycznego obarczona jest ogromnym stresem nie tylko ze względu na konieczność podejmowania decyzji pod presją czasu, stałą gotowością do podjęcia czynności ratunkowych, ale przede wszystkim nieskutecznością podejmowanych działań [5].

Oddziały zabiegowe

Praca pielęgniarki na oddziałach zabiegowych należy do dyscyplin pielęgniarstwa o szczególnym charakterze. Bez względu na rodzaj oddziału zabiegowego celem pracy pielęgniarki pracującej na oddziale zabiegowym jest przygotowanie pacjenta do zabiegu poprzez współudział w diagnostyce przedoperacyjnej, a także opiece pooperacyjnej [5].

Z założenia chory trafia na oddział zabiegowy w celu wykonania zabiegu operacyjnego lub diagnostyki. Pacjenci przyjmowani są zarówno w trybie planowym, jak i pilnym w stanie ogólnym dobrym lub ciężkim. Śmiertelność pacjenta oddziału zabiegowego związana jest ze stanem ogólnym pacjenta lub wystąpieniem powikłań pooperacyjnych [5].

Lecznictwo otwarte

Pielęgniarki pracujące w różnych dziedzinach lecznictwa otwartego nie obcują w codziennej praktyce ze śmiercią. Pacjenci korzystający z usług lecznictwa otwartego rzadko

znajdują się w stanie zagrożenia życia. Pojedyncze przypadki stanów zagrażających życiu natychmiast są zgłaszane do jednostek ratownictwa medycznego, a pacjent przekazany jest do diagnostyki i ewentualnego leczenia do jednostek specjalistycznych [5].

Pielęgniarstwo transplantacyjne

Transplantologia jest dziedziną medycyny, która w ostatnich latach rozwinęła się w szerokim zakresie. Poglądy środowisk medycznych na temat przeszczepiania narządów różni się w zależności od tego, czy mamy do czynienia z przeszczepem *ex vivo* czy *ex mortuo*. Jednak pomimo dylematów osobistych w tej dziedzinie pielęgniarstwa, należy wypełnić swoje zawodowe i etyczne obowiązki wobec potencjalnego dawcy. Najczęściej dotyczy to oddziału intensywnej opieki medycznej. W chwili podpisania protokołu stwierdzenia śmierci pnia mózgu, pielęgniarka przygotowuje dawcę do transportu na salę operacyjną i pobrania narządów [3,4,5].

Oddziały pediatryczne

Choroba i konieczność hospitalizacji dziecka jest momentem trudnym dla niego samego i jego rodziców. Zadaniem pielęgniarki pracującej z dziećmi jest stworzenie jak najlepszych warunków, aby ograniczyć traumatyczne przeżycia związane z pobytem w szpitalu i całym procesem terapeutycznym. Pielęgniarka podejmująca pracę na oddziale pediatrycznym nie przewiduje w tej dziedzinie kontaktu ze śmiercią, chyba że decyduje się na pracę w hospicjum lub onkologii pediatrycznej. W tych ostatnich obcuje ze śmiercią na co dzień, natomiast w innych oddziałach pediatrycznych może nie mieć nigdy kontaktu ze śmiercią w swojej pracy zawodowej [5,6].

Znieczulenie a ryzyko śmiertelności

Istotą znieczulenia jest brak dolegliwości bólowych u pacjenta operowanego oraz zapewnienie komfortu operatorowi, aby miał dogodne warunki do przeprowadzenia zabiegu. Zarówno znieczulenie, jak i zabieg to inwazyjna działalność medyczna, która niesie za sobą ryzyko powikłań. W anestezjologii najczęściej poważnych powikłań wstępuje zarówno podczas wprowadzania do znieczulenia, zazwyczaj związanych z intubacją chorego. Nawet w czasie prawidłowo przebiegającego zabiegu mogą pojawić się nieprzewidziane zdarzenia związane z wyjściowo złym stanem chorego, a także powikłania związane z samą operacją. Zdarzenia

niepożądane mogą być związane z awarią sprzętu czy błędem ludzkim. Dużym ryzykiem jest obciążony okres wyprowadzenia ze znieczulenia [5,7].

Bez względu na rodzaj znieczulenia reakcja na działanie bodźców czy leków u każdego pacjenta może być różna. U pacjentów obciążonych różnymi chorobami układowymi prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań wzrasta.

Niezależnie od stanu pacjenta, jego wieku, czy rozpoznania celem znieczulenia powinno być umożliwienie przeprowadzenia konkretnej procedury zabiegowej zakończonej powodzeniem, dlatego śmierć pacjenta na sali operacyjnej jest porażką dla całego zespołu [7].

Powikłania znieczulenia ogólnego i przewodowego

Znieczulenie ogólne

Definicja - znieczulenie ogólne – jest to kontrolowane, odwracalne (czasowe) i całkowite zniesienie bólu, świadomości i odruchów obronnych osoby znieczulanej. Znieczulenie ogólne polega na okresowym zahamowaniu czynności ośrodkowego układu nerwowego przy jednoczesnym utrzymaniu funkcji ośrodków podtrzymujących życie (np. ośrodka oddechowego odpowiadającego za regularne oddychanie). Znieczulenie ogólne stosowane jest u pacjentów przed zabiegami, np.: operacje chirurgiczne, nastawianie złamanych kości, usuwanie zębów i niektóre zabiegi diagnostyczne [5,7].

Powikłania - Znieczulenie ogólne w większości przypadków odbywa się bez powikłań, choć faktem jest, że te czasem się zdarzają. Na Sali operacyjnej zawsze jest zespół anestezjologiczny, którego zadaniem jest zapobieganie stanom zagrożenia i szybkie, właściwe reakcje. Powikłania znieczulenia ogólnego to: powikłania intubacji, wymioty, stwarzające ryzyko zachłyśnięcia, reakcja anafilaktyczna na leki, w konsekwencji wstrząs będący stanem zagrożenia życia, zaburzenia oddychania, zaburzenia krążenia, włącznie z zatrzymaniem krążenia, hipertermia złośliwa, wynaczynienie leku.

Znieczulenie regionalne

Definicja - jest to metoda blokowania odczuwania bólu ostrego lub przewlekłego, polegająca na odwracalnym przerwaniu przewodnictwa nerwowego w pniach nerwowych zaopatrujących określoną okolicę ciała z zachowaniem świadomości pacjenta. Umożliwia

bezbolesne przeprowadzenie zabiegów chirurgicznych, stomatologicznych i diagnostycznych bez narażenie pacjenta na silny ból towarzyszący tym zabiegom [5,7]: blokady centralne: znieczulenie, podpajęczynówkowe, znieczulenie zewnątrzoponowe, znieczulenie krzyżowe; blokady obwodowe (np. splot ramienny) i bloki specjalne (np. zwój gwiaździsty, zwoje współczulne).

Powikłania znieczuleń regionalnych to: spadek ciśnienia tętniczego, bóle pleców w miejscu wkłucia, zaburzenia rytmu serca, w tym bradykardia, nudności, wymioty, zatrzymanie moczu, popunkcyjne bóle głowy, krwiak w okolicy podania środka znieczulającego [5,6,7].

Śmiertelność pacjentów na bloku operacyjnym w różnych profesjach zabiegowych

Położnictwo

Sytuacje, w których dochodzi do zagrożenia życia ciężarnej i rodzącej zwykle zdarzają się rzadko w pracy pielęgniarki anestezjologicznej lecz związane są z dużym stresem i napięciem emocjonalnym, gdyż stanie bezpośredniego zagrożenia życia dotyczy zarówno ciężarnej, jak i noworodka. W każdym momencie ciąży, porodu i połogu dojść do stanu zagrożenia życia.

W pierwszym trymestrze ciąży z krwawieniem z dróg rodnych zwykle przebiega poronienie i ciąża. W drugim i trzecim trymestrze ciąży do stanów związanych z krwawieniem z dróg rodnych zalicza się: przedwczesne oddzielenie łożyska prawidłowo usadowionego, łożysko przodujące oraz pęknięcie macicy. Po porodzie do krwawienia z dróg rodnych predysponują: pozostawienie fragmentów tkanki łożyskowej, poporodowa atonia macicy, uszkodzenia kanału rodniego pod postacią rozerwania szyjki macicy lub pochwy, a w wyjątkowych sytuacjach – wynicowanie macicy [5,7].

Stany zagrożenia życia w położnictwie bez krwotoku z dróg rodnych w pierwszym trymestrze ciąży spowodowane są zwykle wstrząsem septycznym w przebiegu poronienia septycznego.

W drugim i trzecim trymestrze zagrożenie życia często związane jest z ciężkimi postaciami nadciśnienia indukowanego ciążą pod postacią stanu przedrzucawkowego i rzucawki.

Zator tętnicy płucnej oraz wstrząs septyczny w przebiegu zakażenia błon płodowych mogą wystąpić w każdym momencie ciąży [7].

Nierzadko stany zagrożenia życia przebiegające okołoporodowo związane są z interwencją anestezjologiczną w przypadku konieczności wykonania znieczulenia ogólnego do doraźnego cięcia cesarskiego. Aspiracja treści pokarmowej do dróg oddechowych i zespół Mendelсона nadal stanowią główną przyczynę zgonów ciężarnych i rodzących. Śmierć okołoporodowa pacjentki czy noworodka jest dla pielęgniarki anestezjologicznej nie tylko porażką zawodową, ale przeżyciem mającym ogromny wpływ na dalszą działalność zawodową [5].

Chirurgia

Specjalność chirurgiczna jest bardzo szeroką dziedziną, która wraz z rozwojem medycyny wyodrębniła następujące dziedziny chirurgii: klatki piersiowej, naczyniowa, sercowo-naczyniowa, układu nerwowego, urologia, szczękowo-twarzowa, onkologiczna, urazowa, ortopedia, przewodu pokarmowego, przeszczepiania narządów.

Śmiertelność okołozabiegowa różni się statystycznie w zależności od dziedziny chirurgii, jak również od stanu ogólnego pacjenta. Ryzyko śmierci pacjenta na sali operacyjnej zwiększa się wraz z rozległością zabiegu, rozpoznaniem i trybem, w jakim przeprowadzony jest zabieg operacyjny. U ofiar wypadków z obrażeniami wielonarządowymi ryzyko śmiertelności w czasie operacji jest wielokrotnie większe niż u pacjentów operowanych w trybie planowym [5].

Transplantologia

Dawca narządów jest szczególnym podopiecznym. Świadomość, że została stwierdzona śmierć pnia mózgu, a do zabiegu przyjmujemy zwłoki sztucznie podtrzymywane przy życiu, wymaga od nas pełnego profesjonalizmu. Podczas pobrania wielonarządowego postępowanie anestezjologiczne jest podobne, jak do zabiegu chirurgicznego: monitorowanie, wentylacja, regulacja temperatury i przetaczanie płynów, wykonanie dostępów żylnych, podawanie leków zwiotczających i przeciwbólowych podawanie innych leków, podawanie heparyny przed rozpoczęciem płukania narządów. Monitorowane są czynności życiowe: ciśnienie tętnicze metodą krwawą, tętno, kapnografia, wysycenia krwi tlenem [2,3,5].

Po zaopatrzeniu ciała przekazujemy pole działania operatorom. Najtrudniejszy moment następuje wówczas, gdy przychodzi chwila odłączenia aparatu do znieczulenia. Zarówno dla pielęgniarki anestezjologicznej, jak i lekarza anestezjologa to moment, w którym budzą się

wątpliwości. Nietypowość toalety pośmiertnej polega na tym, iż musi być wykonana na sali operacyjnej. Należy usunąć wszystkie wkłucia i zaopatrzyć miejsca po nich, usunąć rurkę intubacyjną, sondy oraz cewniki. Przed przekazaniem zwłok trzeba zaopatrzyć miejsca szycia.

Obecność pielęgniarki anestezjologicznej przy zabiegu operacyjnym jest wprawdzie wymagana tylko do momentu wyłączenia aparatu do znieczuleń, ale ze względów moralnych i etycznych nie wolno pozostawić zwłok z wkłuciami i innym sprzętem [5].

Pielęgniarstwo transplantacyjne to dziedzina, która sprawia najtrudniejsze problemy etyczne, techniczne i społeczne. Dużym ograniczeniem i trudnością transplantacji tkanek i narządów jest nierównowaga dawców i biorców.

Przeszczepy jednak stały się szansą na nowe życie dla skazanych na nieuchronną śmierć. Ważna jest edukacja w tym zakresie środowisk medycznych oraz społeczeństwa [5].

Pediatryczna opieka

Anestezjologia dziecięca wiąże się z największą odpowiedzialnością w całej anestezjologii. Dziecka nie można traktować jako pomniejszonego obrazu dorosłego człowieka. Różnice anatomiczne, fizjologiczne, biochemiczne, jak również psychologiczne są tym bardziej znaczące, im mniejsze jest dziecko. U dzieci istnieje wyższe ryzyko znieczulenia, w porównaniu z osobami dorosłymi [6].

Do najczęstszych przyczyn zatrzymania krążenia z przyczyn anestezjologicznych można zaliczyć: zamknięcie dróg oddechowych, zachłyśnięcie, depresja krążenia spowodowana przedawkowaniem anestetyków, brak doświadczenia zespołu anestezjologicznego. Dzieci z obrażeniami ciała wielonarządowymi, czy chorobami przewlekłymi nie przeżywają zabiegu operacyjnego [7].

Bez względu na stan pacjenta pediatrycznego, czy rodzaju wykonywanego zabiegu śmierć dziecka zawsze jest traumatycznym przeżyciem dla zespołu bloku operacyjnego, gdyż śmierć dziecka w odczuciu społecznym jest zawsze sprzeczna z prawami natury [5,6].

Podsumowanie

W pracy z człowiekiem umierającym pielęgniarka postępuje dokładnie tak samo, jak w przypadku osoby, która trafiła do szpitala tylko na parę dni i niedługo wyjdzie. A to właśnie ten

umierający potrzebuje największego zainteresowania. Potrzebuje serdecznego słowa, potrzymania za rękę, uspokojenia, pocieszenia, słów otuchy i zrozumienia. Potrzebuje czyjejś obecności, towarzystwa życzliwej mu osoby [2,3,4,8].

Jest ona jednak nieodłącznym elementem pracy zawodowej pielęgniarek wielu specjalizacji. Szczególnie na początku pracy zawodowej pielęgniarki, pacjenci, którym nie była w stanie pomóc, głęboko zapadają w pamięć. Choć studia medyczne zawierają pewne elementy mające przygotować pielęgniarkę na tę trudną ewentualność, to pierwsi umierający pacjenci są zawsze ciężkim doświadczeniem [3,4,7,8].

Śmierć pacjenta dla pielęgniarki anestezjologicznej pracującej na bloku operacyjnym, której głównym zadaniem jest walka z nią, jest bardzo bolesna [5].

Z zasady blok operacyjny to miejsce specjalne nie tylko w odczuciu społecznym, ale także w środowisku pracowników ochrony zdrowia. Panuje powszechne przekonanie, że jest miejscem, w którym się „ratuje”, „naprawia”. Śmierć pacjenta w trakcie przeprowadzanego zabiegu operacyjnego jest najgorszym z możliwych powikłań. Znieczulenie samo w sobie nie ma działania terapeutycznego, pozwala jedynie na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego czy badania. Jest obarczone możliwością wystąpienia wielu powikłań [8].

Zabieg operacyjny z założenia służy poprawie stanu zdrowia i samopoczucia chorego, jednak tak jak znieczulenie niesie ze sobą wysokie ryzyko powikłań. Dlatego dobra współpraca operatorów i anestezjologów pozwala na znaczne zmniejszenie ryzyka śmiertelności na bloku operacyjnym. Chyba, że mamy do czynienia ze zmarłym dawcą narządów [7,8].

Piśmiennictwo

1. Śleziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Pielęg. i Zdr. Publ.*, 2011, 3, 217–223.
2. Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R. Książek J., Grabowska H.: Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym [w:] *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości*, Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.). Akademia Medyczna, Białystok, 2007, tom II, 173-180.

3. Murray S.C.: W jaki sposób uniknąć uporczywej terapii w opiece paliatywnej? Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2010, 4, 2.
4. Adamczyk A., Buczkowski K., Jagielski D., Krajnik M.: Opieka paliatywna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009.
5. Kózka M., Płaszewska - Żywko L.: Procedury pielęgniarskie. Podręczniki dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009.
6. Goniak J.: Dziecko na bloku operacyjnym, rola pielęgniarki anestezjologicznej. Sztuka Pielęgowania, 2012, 1, 12-15.
7. Mayzner-Zawadzka E.: Anestezjologia kliniczna z elementami intensywnej terapii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009.
8. <http://zdrowykontakt.pl/kiedy-pacjent-umiera/>, data pobrania 14.02.2016.

Analiza poczucia satysfakcji z życia kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi

Kupcewicz Ewa, Tołoczko Aleksandra

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
w Olsztynie

Wykaz skrótów

SWLS - Skala Satysfakcji z Życia

M- średnia arytmetyczna

Me – mediana

SD – odchylenie standardowe

Wstęp

Pojęcie jakości życia jest nierozzerwalnym elementem zdrowia, definiowanego według Światowej Organizacji Zdrowia (*ang. World Health Organization - WHO*) jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niedomagania [1,2]. WHO przedstawia jakość życia jako osobiste postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej, w kontekście kulturowym i systemu wartości, w jakich żyje oraz w odniesieniu do stawianych celów, oczekiwań, wzorców i obaw [3,4]. Pojęcie „jakości życia” określane także przez wielu badaczy jako „satysfakcja z życia”, jest pojęciem wieloznacznym i wielowymiarowym [2]. Na potrzeby niniejszej pracy pojęcie satysfakcja z życia i jakość życia będą stosowane zamiennie. W perspektywie nauk medycznych jedną z prób integracji – sformułowania jednolitej definicji „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” (*ang. Health Related Quality of Life – HRQOL*) – podjął się Schipper i wsp., definiując je jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” [5,6]. Odzwierciedleniem stanu zdrowia jest subiektywny dobrostan, który obejmuje zarówno elementy emocjonalno-uczuciowe, jak i poznawcze. Satysfakcja z życia uważana jest za trafny miernik dobrego samopoczucia, a ocena satysfakcji z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami [2]. Choroba nowotworowa stawia jednostkę w nowej pozycji życiowej, pojawiają się problemy natury fizycznej, psychologicznej, egzystencjalnej czy duchowej. Zmaganie się chorego ze stresem przebiega przez kolejne etapy związane z diagnozą i leczeniem choroby nowotworowej, a także w

okresie po leczeniu [2]. W ujęciu podanym przez de Walden-Gałuszkę i Majkowicza jakość życia jest zdefiniowana jako obraz własnego położenia życiowego w pewnym czasie. Autorzy zwracają uwagę na negatywne reakcje emocjonalne kobiet związane z amputacją piersi. Kobiety z trudem akceptują swoje okaleczenie, a przekonanie o utracie kobiecości i atrakcyjności seksualnej bywa przyczyną przygnębienia, rozdrażnienia, lęku, a nawet depresji. Często obserwuje się u kobiet dotkniętych chorobą ogólnie niską samoocenę i poczucie niskiej wartości [4]. Występujące stany emocjonalne mają charakter dynamiczny i zmienny. Dominacja i nasilenie niektórych z nich zależą w dużym stopniu od przebiegu choroby, jej zaawansowania, a także indywidualnych cech chorego [7]. Graja i Grodecka-Gazdowska, prowadząc badania nad jakością życia kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi wykazali, że niekorzystny wygląd ciała powoduje lęk przed rozbiciem rodziny, pożycia małżeńskiego i partnerskiego [8]. Chwałczyńska, Woźniewski i wsp., analizując jakość życia kobiet po mastektomii, doszli do wniosku, że chemioterapia wpływa niekorzystnie na sferę emocji, stanowi silny czynnik stresotwórczy, wywołuje poczucie zagrożenia [9]. Przystosowanie się do choroby nowotworowej to konieczność poradzenia sobie ze zmianami w jakości życia. Okres po leczeniu niesie ze sobą obawę przed nawrotem choroby, problemami zawodowymi, ekonomicznymi, brakiem dostatecznego wsparcia ze strony rodziny/przyjaciół. Badania dowodzą, że potrzeba miesięcy czy lat, zanim pacjent dojdzie do normalnego trybu życia [2]. W celu monitorowania efektywności leczenia i sprawowanej opieki oraz wskazywania kierunków działań pomocowych niezbędne jest prowadzenie badań poczucia jakości życia kobiet z rozpoznaniem nowotworem.

Celem pracy była analiza porównawcza satysfakcji z życia kobiet zdrowych i kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych i medycznych.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w pierwszym kwartale 2015 roku na terenie województwa warmińsko – mazurskiego oraz pomorskiego w podmiotach leczniczych i klubach „Amazonek”. Zastosowano dobór losowy, do grupy 1 – zakwalifikowano 109 kobiet chorych z rozpoznaniem nowotworem piersi. W celu wykonania analizy porównawczej do grupy 2 – zakwalifikowano 87 kobiet zdrowych jako grupę kontrolną. Badanie było anonimowe, respondentki zostały poinformowane o celu badania, miały możliwość zadawania pytań i

uzyskania wyjaśnień. Wszystkie kobiety objęte badaniem ankietowym wyraziły świadomą zgodę na udział w nim. W badaniach zastosowano kwestionariusz własnego autorstwa zawierający pytania dotyczące danych socjodemograficznych i medycznych, a także Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS, *The Satisfaction with Life Scale*) autorstwa Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen i Sharon Griffin (polska adaptacja: Z. Juczyński). SWLS zawiera 5 stwierdzeń określających poczucie zadowolenia z własnych osiągnięć, do których badani mieli się ustosunkować w skali 1-7. Oceny podlegały zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mieścił się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie zgodności z danym stwierdzeniem. Wyniki surowe poddano transformacji na jednostki standaryzowane w skali stenowej. Wyniki w granicach 1-4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, 5-6 stena jako przeciętne (średnie), zaś w granicach 7-10 traktowane są jako wysokie. Właściwości psychometryczne SWLS są zadawalające. Dla wersji oryginalnej wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) wynosił 0,87, zaś korelacja między wynikami dwukrotnych badań, przeprowadzonych w odstępie dwóch miesięcy, okazała się niewiele niższa [2]. Do oceny wyników zastosowano analizę opisową - parametry mierzalne charakteryzowano podając wartość średnią i odchylenie standardowe, a parametry niemierzalne przy pomocy liczności i frekwencji respondentów w klasach. Zmienne ilościowe sprawdzono testem chi-kwadrat, a do oceny zróżnicowania wartości średnich badanych cech w klasach zmiennych grupujących zastosowano test U – Manna – Whitney'a. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$. Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu STATISTICA 10 PL.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto grupę 196 kobiet, w tym: 109 (55,61%) kobiet chorych z rozpoznanym nowotworem piersi i 87 (44,39%) kobiet zdrowych. Wiek kobiet chorych wahał się w od 28 do 80 lat, ze średnią wieku $59,70 \pm 9,33$ i medianą 60 lat, natomiast w grupie kobiet zdrowych od 42 do 77 lat, ze średnią wieku $58,69 \pm 8,07$ i medianą 58 lat. Wśród kobiet chorych ponad połowa (55,96%; $n=61$) była zamężna, a co 5 kobieta podała, że utraciła swojego partnera życiowego – owdowiała 20,18% ($n=22$). Wykształcenie średnie posiadała ponad połowa kobiet chorych (58,72%; $n=64$) i ponad połowa kobiet zdrowych (55,17%; $n=48$). Większość badanych mieszkała w mieście (82,65%; $n=162$). Sytuację finansową jako dobrą wskazało 42,20% ($n=46$) kobiet chorych i 54,02% ($n=47$) zdrowych. Wysoki odsetek

kobiet 41% (n=45) zmagających się z chorobą nowotworową kilka miesięcy, 31,00% (n=34) respondentek pokonywało chorobę 6 lat lub dłużej. W większości kobiety chore twierdziły, że „tak” (69,72%; n=76) i „raczej tak” (25,69%; n=28) otrzymują wsparcie ze strony rodziny. Ponad połowa (53%; n=58) kobiet chorych wskazała, że korzysta ze wsparcia instytucjonalnego. Aż $\frac{3}{4}$ (n=84) respondentek podała, że oprócz choroby nowotworowej towarzyszą im także inne choroby, najczęściej wymieniane to: nadciśnienie tętnicze (n=50), cukrzyca (n=23), choroba wieńcowa (n=14). Szczegółowe dane zamieszczono w tab.I.

Tab. I. Charakterystyka badanych

Zmienne		Grupa 1 kobiety chore N=109(%)	Grupa 2 kobiety zdrowe N=87(%)
Wiek badanych	M±SD	59,70± 9,33	58,69± 8,07
	Me	60	58
	50 lat i poniżej	21(19,27)	15(17,24)
	51-60 lat	35(32,11)	35(40,23)
	61-70 lat	44(40,37)	31(35,63)
	71 lat i powyżej	9(8,26)	6(6,90)
Miejsce zamieszkania	wieś	20(18,35)	14(16,09)
	miasto	89(81,65)	73(83,91)
Stan cywilny	panna	16(12,84)	8(9,20)
	zamężna	61(55,96)	63(72,41)
	wdowa	22(20,18)	13(14,94)
	rozwidziona	12(11,01)	3(3,45)
Wykształcenie	podstawowe	8(7,34)	1(1,15)
	zawodowe	18(16,51)	19(21,84)
	średnie	64(58,72)	48(55,17)
	wyższe	19(17,43)	19(21,84)
Sytuacja finansowa	bardzo dobra	18(16,51)	15(17,24)
	dobra	46(42,20)	47(54,02)
	dostateczna	31(28,44)	19(21,84)
	słaba	11(10,09)	3(3,45)
	bardzo słaba	3(2,75)	3(3,45)
Okres zmagania się z chorobą	do 6 miesięcy	45(41,28)	
	od 7 miesięcy do 1 roku	13(11,93)	
	2-3 lata	12(11,01)	
	4-5 lat	5(4,59)	
	6 lat i dłużej	34(31,19)	

Objaśnienie: N - liczebność, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana

Analiza satysfakcji z życia

W grupie kobiet chorych ogólny poziom satysfakcji z życia mieścił się w przedziale od 7 do 33 punktów, ze średnią $18,97 \pm 5,98$ i medianą 19. Natomiast w grupie kobiet zdrowych wyniki były zdecydowanie wyższe (średnia $26,14 \pm 4,23$; mediana 27). Szczegółowe dane zamieszczono w tab. II.

Tab. II. Statystyki opisowe dla satysfakcji z życia według skali SWLS w grupie kobiet chorych i zdrowych

Statystyki opisowe	Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)	
	Grupa 1 kobiety chore	Grupa 2 kobiety zdrowe
N	109	87
M	18,97	26,14
SD	5,98	4,23
Me	19,00	27,00
Min	7,00	10,00
Max	33,00	32,00
Max-Min	26,00	22,00
Test U Manna-Whitney'a	U=-1555, $p < 0,000000$ ***	

Istotność różnic: *** $p < 0,001$

Dokonano w obu grupach porównania średnich wyników dla poszczególnych stwierdzeń w kwestionariuszu SWLS i odnotowano istotne różnice statystyczne we wszystkich stwierdzeniach dla kobiet z nowotworem piersi i kobiet zdrowych na poziomie istotności $p < 0,001$. Kobiety chore charakteryzowały się istotnie statystycznie ($p < 0,001$) niższym ogólnym wskaźnikiem poczucia zadowolenia z życia niż kobiety zdrowe. W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie o odsetek wyników niskich, przeciętnych czy wysokich, przeliczono wskaźniki na odpowiednią skalę stenową (SWLS: tymczasowe normy polskie – dorośli 1998-1999 wg *Juczyńskiego*) [2]. Ogólny wskaźnik poczucia satysfakcji z życia po przekształceniu na jednostki standaryzowane w skali stenowej mieścił się w przedziale od 1 do 10. W grupie kobiet chorych aż 43,40% ($n=46$) badanych uzyskało wyniki w granicach 1-4 stena świadczące o niskiej ocenie satysfakcji z życia, natomiast 34,90% ($n=37$) otrzymało wyniki przeciętne w granicach 5-6 stena, a tylko 21,70% ($n=23$) badanych uzyskało wyniki w granicach 7-10 stena świadczące o wysokiej satysfakcji z życia. Inny rozkład wyników otrzymano w grupie kontrolnej. Ponad $\frac{3}{4}$ badanych (78,16%; $n=68$) charakteryzowało się wysokim poziomem satysfakcji z życia, 18,39% ($n=16$) przeciętnym, 3,45% ($n=3$) niskim (tab. III).

Tab. III. Poziom satysfakcji z życia w skali stenowej w grupach badanych

Poziom satysfakcji	Grupa 1 kobiety chore		Grupa 2 kobiety zdrowe		Ogółem	
	n=109	%	n=87	%	n=196	%
Niski (1-4 stena)	49	44,95	3	3,45	52	26,53
Przeciętny (5-6 stena)	37	33,94	16	18,39	53	27,04
Wysoki (7-10 stena)	23	21,11	68	78,16	91	46,43

Rozkład wartości oczekiwanych w grupie kobiet chorych jest istotnie różny od wartości w grupie kobiet zdrowych. Kobiety chore mają istotnie statystycznie więcej wartości niskich niż kobiety zdrowe ($\chi^2 = 71,77$, $p < 0,000000$). W dalszej kolejności dokonano analizy wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na ogólne poczucie zadowolenia z życia w obu grupach badanych. Z analizy wynika, że zmienne, takie jak: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie determinują profil jakości życia badanych kobiet. W celu odpowiedzi na pytanie: *które grupy w omawianych zmiennych wpływają w sposób istotny na różnicowanie się wskaźników?* dokonano szczegółowej analizy i dane zamieszczono w tab. 4. Kobiety z rozpoznaniem nowotworem sutka miały istotnie statystycznie niższy poziom satysfakcji z życia niż kobiety zdrowe, kolejno w trzech przedziałach wiekowych: 50 lat i poniżej ($p < 0,00003$), 51-60 lat ($p < 0,00000001$), 61-70 lat ($p < 0,0000004$). Także miejsce zamieszkania determinuje poczucie satysfakcji wśród kobiet chorych i zdrowych, przyjmując niższe wartości istotne statystycznie dla kobiet chorych zamieszkałych na wsi ($p < 0,000008$) i w mieście ($0,0000000$). Kobiety chore, w trzech grupach stanu cywilnego, mają istotnie niższy poziom satysfakcji z życia niż kobiety zdrowe (panna $p = 0,0002$, zamężna $p < 0,00000000$, wdowa $p < 0,0002$). Istotnie statystycznie niższy poziom satysfakcji z życia odnotowano w grupie kobiet chorych niż zdrowych z wykształceniem zawodowym ($p < 0,000003$), średnim ($p < 0,00000002$) i wyższym ($p < 0,007$) (tab. IV).

Biorąc pod uwagę fakt, iż w chorobach nowotworowych okres zmagania się z chorobą jest zmienną, która wpływa na samopoczucie chorego i wolę walki z przeciwnościami losu, sprawdzono, czy czas trwania choroby wpływa na poczucie satysfakcji z życia. Okazało się, że czas trwania choroby obniża istotnie statystycznie ($p < 0,03$) poczucie satysfakcji z życia wśród kobiet chorych (tab. V).

Tab.. IV. Wpływ czynników socjodemograficznych na ogólne poczucie satysfakcji z życia

Zmienne socjodemograficzne		SWLS				Wartość p
		Grupa 1 kobiety chore		Grupa 2 kobiety zdrowe		
		N(%)	M	N(%)	M	
Wiek	50 lat i poniżej	21(19,27)	17,30	15(17,24)	26,40	0,00003***
	51-60 lat	35(32,11)	17,10	35(40,23)	26,83	0,00000001***
	61-70 lat	44(40,37)	20,00	31(35,63)	26,61	0,0000004***
	71 lat i powyżej	9(8,26)	24,90	6(6,90)	19,00	0,09
Miejsce zamieszkania	wieś	20(18,35)	15,00	14(16,09)	27,14	0,000008***
	miasto	89(81,65)	19,87	73(83,91)	25,95	0,0000000***
Stan cywilny	panna	16(12,84)	16,64	8(9,20)	28,50	0,0002***
	zamężna	61(55,96)	19,43	63(72,41)	26,16	0,00000000***
	wdowa	22(20,18)	19,32	13(14,94)	26,62	0,0002***
	rozwiedziona	12(11,01)	18,75	3(3,45)	17,33	0,70
Wykszta łcenie	podstawowe	8(7,34)	16,50	1(1,15)	26,00	1,00
	zawodowe	18(16,51)	15,72	19(21,84)	27,37	0,000003***
	średnie	64(58,72)	19,67	48(55,17)	25,98	0,00000002***
	wyższe	19(17,43)	20,74	19(21,84)	25,32	0,007***

Istotność różnic: * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tab. V. Porównanie średnich SWLS w grupie kobiet chorych z uwzględnieniem czasu trwania choroby

Czas trwania choroby	N	%	SWLS	
			M	SD
			H=10,69, p<0,03*	
Do 6 miesięcy	45	41%	17,51	5,74
Od 7 miesięcy do 1 roku	13	12%	17,15	6,50
2-3 lata	12	11%	21,83	5,92
4-5 lat	5	5%	18,60	4,62
6 i więcej lat	34	31%	20,65	5,77

W analizie szczegółowej badania poziomu istotności różnic poczucia satysfakcji z życia między grupami określającymi czas trwania choroby stwierdzono, że poczucie satysfakcji z życia mają istotnie wyższe ($p<0,02$) respondentki, które zmagają się z chorobą od 2 do 3 lat niż badane, które mają krótszy lub dłuższy okres walki z chorobą. Jakość życia kobiet z nowotworem piersi można poprawić dzięki wsparciu ze strony rodziny/przyjaciół i znajomych. W badaniach własnych poziom satysfakcji z życia u kobiet chorych

otrzymujących wsparcie ze strony rodziny jest istotnie statystycznie ($p < 0,0001$) wyższy niż poziom satysfakcji z życia u kobiet, które takiego wsparcia nie otrzymują (tab. VI).

Tab. VI. Poziom satysfakcji kobiet chorych a otrzymywane wsparcie

Otrzymywane wsparcie ze strony rodziny/przyjaciół	SWLS			
	N	%	M	SD
tak	76	69,72	20,55	5,63
raczej tak	28	25,69	15,46	5,43
nie	5	4,59	14,60	3,85
H=18,80, $p < 0,0001^{***}$				

Dyskusja

Satysfakcja z życia jako trafny miernik dobrego samopoczucia w badaniach własnych osiągnęła zróżnicowane wyniki, na niekorzyść podgrupy 1 - kobiet chorych. Znamienne wyższe średnie wartości ocen stwierdzono w grupie kontrolnej kobiet nie chorujących we wszystkich stwierdzeniach SWLS. Ogólny wskaźnik zadowolenia z życia kobiet zdrowych był wysoki, kształtował się na poziomie $26,14 \pm 4,23$, natomiast w grupie kobiet chorych wynosił $18,97 \pm 5,98$. Średnie wyniki przedstawione przez Juczyńskiego w grupie kobiet w okresie menopauzy wynosiły $18,42 \pm 5,28$, mężczyzn po zawale mięśnia sercowego $18,78 \pm 5,76$, kobiet w ciąży powikłanej $21,34 \pm 5,52$, pacjentów dializowanych $19,51 \pm 4,65$ [2]. W badaniach prowadzonych przez Kanadys, Lewicką i wsp. w grupie 268 kobiet w wieku 45–55 lat zaobserwowano nieco niższy ($17,40 \pm 7,38$) ogólny wskaźnik satysfakcji z życia [10]. Analizy w badaniach własnych wykazały, że występuje wysoki odsetek kobiet z nowotworem piersi (43,40%; $n=46$), które otrzymały wyniki w granicach 1-4 stena świadczące o niskiej ocenie satysfakcji z życia. Tylko co 5 kobieta chora uzyskała wynik w granicach 7 – 10 stena świadczące o ocenie wysokiej satysfakcji z życia. W grupie 2 - odsetek kobiet zdrowych zadowolonych z dokonań życiowych był wysoki, wynosił 78,10% ($n=68$) badanych. Złożony obraz choroby nowotworowej determinuje ocenę satysfakcji z życia kobiet po mastektomii. Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa, choroba nowotworowa piersi, obok aspektu fizycznego, posiada także silne konsekwencje psychiczne dla kobiet. Reakcje psychiczne u kobiet po amputacji piersi pojawiają się w postaci nasilenia negatywnych uczuć, takich jak: przygnębienie, lęki i depresja [11,12,13]. Obserwuje się także występowanie zaburzeń koncentracji, drażliwość, nerwowość oraz problemy ze snem [9,13,14]. Z analizy wyników badań własnych wynika, że czas trwania choroby oraz otrzymywane wsparcie ze

strony rodziny/najbliższych modyfikują profil satysfakcji z życia kobiet z chorobą nowotworową. Stwierdzono, że poczucie satysfakcji z życia mają istotnie wyższe ($p<0,02$) kobiety, które zmagają się z chorobą nowotworową od 2 do 3 lat niż badane, które mają okres choroby krótszy lub dłuższy. W badaniach Kieczki, prowadzonych w grupie chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc stwierdzono, że im dłuższy czas trwania choroby, tym większa liczba chorych poddaje się jej negatywnemu wpływowi [15]. W materiale własnym poziom satysfakcji z życia u kobiet chorych otrzymujących wsparcie ze strony rodziny był istotnie statystycznie ($p<0,0001$) wyższy niż poziom satysfakcji z życia u kobiet, które takiego wsparcia nie otrzymują. W badaniach Abbotta i Sapsforda, które przeprowadzono w Rosji oraz na Ukrainie wykazano, że warunki materialne, zdrowie oraz wsparcie są ważnymi czynnikami wpływającymi na szczęście i satysfakcję z życia [16]. W badaniach własnych analiza poczucia satysfakcji z życia w odniesieniu do wybranych zmiennych socjodemograficznych wykazała, że wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie determinowały poziom satysfakcji z życia między badanymi podgrupami kobiet chorych i zdrowych. Kobiety chore we wszystkich klasach wiekowych powyżej 50. roku życia uzyskały istotnie statystycznie niższe wyniki niż kobiety zdrowe. W innych badaniach prowadzonych przez Marcinka wykazano, że zadowolenie z życia nie zależy od wieku i stanu cywilnego badanych emerytów [17]. Również w badaniach prowadzonych przez Kanadys, Lewicką i wsp. stwierdzono, iż wiek badanych kobiet w okresie okołomenopauzalnym nie warunkował poziomu satysfakcji z życia [10]. Podsumowując, należy wskazać, że badania i rozważania przedstawione w pracy nie wyczerpują całokształtu problematyki jakości życia kobiet z nowotworem piersi, ale dostarczają danych i informacji, które można implikować w praktycznym działaniu związanym z organizacją opieki nad chorymi kobietami. Szczególnie przydatne mogą się okazać w planowaniu pracy zespołu terapeutycznego.

Wnioski

1. Niższe poczucie satysfakcji z życia zaobserwowano u kobiet chorych w stosunku do zdrowych, a czynniki takie jak: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, czas trwania choroby determinowały profil jakości życia badanych kobiet.

2. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że znaczącą rolę w podnoszeniu poziomu satysfakcji z życia kobiet dotkniętych nowotworem piersi odgrywają rodzina i przyjaciele.
3. Zachodzi potrzeba zapewnienia lub wskazania chorym kobietom czynników, które będą pozytywnie oddziaływały i odgrywały znaczącą rolę w podnoszeniu jakości życia.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization: The constitution of the World Health Organization. WHO Chron., 1947, 1, 29.
2. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2012.
3. WHOQOL Group. What Quality of Life? World Health Forum, 1996, 17, 354- 356.
4. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Probl Hig Epidemiol., 2008, 89, 467-470.
5. De Walden Gałuszko, K., Majkowicz, M.: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniw. Gd. Gdańsk, 1994.
6. Schipper H.: Quality of life: Principles of the clinical paradigm. J. Psychosocial. Oncol., 1990, 8, 171-185.
7. Majkowicz M.: Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. Ann. Acad. Med. Ged., 2005, 35, (supl. 2), 162–163.
8. Graja T., Grodecka-Gazdowska S.: Czynniki wpływające na jakość życia kobiet leczonych z powodu raka piersi. Przegl. Ginekol. Poł, 2005, 5, 115-120.
9. Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróz K., Malicka I.: Jakość życia kobiet po mastektomii. Wiad. Lek., 2004, 57, 212-216.
10. Kanadys K., Lewicka M., Sulima M., Surdyka D., Wiktor H.: Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych. MONZ, 2014, 20, 42–45.
11. The National Breast Cancer Centre. The identification of psychological distress in women with breast cancer. Love A. (red.). Sydney, Australia, 2004, 4–63.
12. Wrońska I.: The quality of women's life after mastectomy in Poland. Health Care Women Int. 2003, 24, 900–909.

13. Ślubowska, M., Ślubowski, T.: Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychooncology*, 2008, 12, 14–25.
14. Avis N.E., Crawford, S., Manuel, J.: Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology*, 2004, 13, 295–308.
15. Kieczka K.: Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim. *Pielęg. XXI w.*, 2010, 1-2, 30-31.
16. Abbott, P., Sapsford R.: Life – satisfaction in post-soviet Russia and Ukraine. *J Happ. Studies.*, 2006, 7, 251–287.
17. Marcinek P.: Funkcjonowanie intelektualne i subiektywna jakość życia u osób w wieku emerytalnym. *Gerontol. Pol.*, 2007, 15, 76–81.

Profilaktyka zakażeń dróg oddechowych u pacjentów leczonych na oddziałach chirurgii onkologicznej

Śliwowska Marta¹, Bitiucka Dorota¹, Szypulska Marzena¹, Sierżantowicz Regina²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Opiekun Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Nowotwór to niekontrolowany rozrost zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek ustroju. Zmiany o charakterze łagodnym są dobrze odgraniczone od tkanki, nie naciekają podścieliska oraz nie powodują przerzutów. Nowotwór złośliwy rozrasta się w szybkim tempie, nacieka na tkanki, węzły chłonne oraz rozsiewa się drogą krwi lub limfy do narządów wewnętrznych i zewnętrznych. Pacjenci leczeni z powodu choroby nowotworowej poddawani są terapii dostosowanej do typu morfologicznego i stopnia zaawansowania nowotworu. Program leczenia chorych na nowotwór złośliwy polega na chirurgicznym postępowaniu uzupełnionym o radioterapię, chemioterapię oraz hormonoterapię [1]. W związku z szybkim rozrostem komórek nowotworowych i odległych przerzutów następuje uszkodzenie poszczególnych narządów, w konsekwencji ich niewydolność. Powikłania narządowe, oprócz typowych objawów, powodują ból fizyczny, najczęściej o nasileniu umiarkowanym lub silnym i bardzo silnym. Występuje ból związany z chorobami współistniejącymi, zastosowanym leczeniem przeciwnowotworowym oraz powikłaniami związanymi z chorobą nowotworową, np. stany zapalne jamy ustnej. W zaawansowanym stadium choroby ból staje się przewlekły, przebiegający z wyraźnymi zaostrzeniami. W celu oceny dolegliwości bólowych stosuje się skalę oceniającą natężenie bólu, najczęściej skalę VAS (wizualna skala analogowa) oraz skalę NRS (numeryczna skala bólu). Pomocna jest wnikliwa obserwacja chorego oraz umiejętność wysłuchania pacjenta. Chorzy leczeni są według zasad drabiny analgetycznej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zgodnie ze zleceniem lekarza [2,3,4]. Oprócz dolegliwości fizycznych, pacjent odczuwa ból psychiczny.

Chory z zaawansowanym typem nowotworu często rezygnuje z walki z chorobą, nie widzi sensu w procesie terapeutyczno-rehabilitacyjnym oraz unika kontaktu z otoczeniem, pogłębiając odosobnienie. Zaniedbanie złego stanu psychicznego pacjenta może doprowadzić do zaburzeń psychicznych, depresji, zaburzeń odżywiania, a także do niesprawności fizycznej [4]. Dodatkowo do złego stanu pacjenta przyczyniają się działania uboczne związane z chemioterapią i radioterapią. Chemioterapia, z zastosowaniem cytostatyków w celu zniszczenia komórek nowotworowych, najczęściej jest skojarzona z chirurgiczną metodą leczenia. Najczęstszymi objawami niepożądanymi zastosowanych leków cytostatycznych są nudności, wymioty, utrata łaknienia, upośledzenie odporności organizmu, leukopenia oraz infekcje. Dodatkowo wykazują działanie pulmonotoksyczne, powodując zwłóknienie płuc i zwłókniające zapalenie pęcherzyków płucnych [4,5,6]. Charakterystycznym powikłaniem są zmiany zapalne w obrębie błony śluzowej jamy ustnej. Wrażliwość tkanek na czynniki chemiczne i fizyczne, nadkażenia bakteryjne, grzybicze oraz upośledzenie wydzielania śliny uniemożliwiają pacjentom spożycie posiłków i płynów, a także prowadzenie gimnastyki oddechowej [6,7,8]. Miejscowe powikłania teleradioterapii objawiają się stanem zapalnym skóry, bólami głowy, nudnościami, wymiotami oraz trudnościami w połykaniu przez podrażnienie błony śluzowej przełyku i jamy ustnej. Obserwuje się objawy niepożądane ze strony układu oddechowego, np. duszność i kaszel. Niekiedy dochodzi do stanu zapalnego tkanki płucnej i krwiopłucia. Dodatkowo występuje zwłóknienie skóry i tkanki podskórnej oraz utrudnienie gojenia się ran. Napromienianie obszaru klatki piersiowej prowadzi do zwłóknienia płuc [6,9]. Metodą z wyboru leczenia nowotworów jest zabieg operacyjny. Dąży się do jak najszybszej interwencji chirurgicznej po rozpoznaniu choroby, podczas której wykonuje się resekcję nowotworu z marginesem zdrowych tkanek. W zależności od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej istnieje możliwość wykonania operacji radykalnych lub oszczędzających. Od resekcji nowotworu odstępuje się, gdy choroba jest w zaawansowanym stadium, z odległymi i licznymi przerzutami. Wykonuje się zabieg operacyjny paliatywny, poprawiający jakość życia pacjenta, który łagodzi objawy choroby nowotworowej, zmniejsza masę guza, ułatwia penetrację cytostatyków do zmian nowotworowych [1,5,6]. Pacjenci w okresie pooperacyjnym, po rozległej operacji mają liczne opatrunki, wkłucia, dreny, co potęguje i tak często niemożliwy do opanowania, silny ból. Zmniejszenie aktywności fizycznej spowodowane dolegliwościami, reżim łóżkowy zwiększają ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, odleżyn, ale też infekcji dróg oddechowych [1,5,6].

Celem pracy było przedstawienie działań profilaktycznych zapobiegających rozwojowi infekcji dróg oddechowych u chorych leczonych na oddziale chirurgii onkologicznej.

Powikłania dotyczące dróg oddechowych u pacjentów onkologicznych

W środowisku fizjologicznym górny odcinek dróg oddechowych jest skolonizowany przez różnego rodzaju florę bakteryjną, natomiast dolne drogi oddechowe są jałowe. Zakażenie może być wywołane różnymi czynnikami etiologicznymi, np. wirusy, bakterie, grzyby. Szczególnie narażone na zapalenie są osoby palące papierosy, pacjenci z chorobami płuc, po zabiegach operacyjnych oraz osoby z niedoborem odporności, do których należą pacjenci po operacjach onkologicznych [10,11]. Zakażenia dróg oddechowych w oddziałach chirurgii dotyczą ok. 17% wszystkich zakażeń szpitalnych. Najczęściej ujawniają się pod postacią zapalenia płuc. Bezpośrednią przyczyną jest intubacja oraz wentylacja mechaniczna stosowana podczas zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym. Czynniki sprzyjającymi wystąpieniu zapalenia jest długotrwałe unieruchomienie, spłycony oddech wynikający z bólu rany pooperacyjnej, a także aspiracja treści żołądkowej do dróg oddechowych [12,13]. Zapalenie płuc rozwija się w sposób nagły, z gorączką zwykle ponad 38°C, najczęściej ok. 24-48h po zabiegu. Częstymi objawami są dreszcze, ból w klatce piersiowej, kaszel, tachypnoe, duszność oraz odkrztuszanie zalegającej wydzieliny, często o charakterze ropnym [13,14]. Pacjent onkologiczny ze względu na chemioterapię, radioterapię, hormonoterapię oraz przeszczepy narządów charakteryzuje się znacznym osłabieniem. Skutkiem są ponawiające się infekcje, szczególnie w okresie pooperacyjnym. Chorzy często są niedożywieni i wyniszczeni. Niejednokrotnie współistnieje ból psychiczny wynikający z postawionej diagnozy oraz zastosowanego leczenia. Ogólna sylwetka pacjenta onkologicznego jest czynnikiem predysponującym do wystąpienia powikłań pooperacyjnych [15].

Profilaktyka zakażeń dróg oddechowych

Profilaktyka okołoperacyjna rozpoczyna się poprzez prawidłowe przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego, zastosowanie profilaktycznej antybiotykoterapii, wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, kwasowo-zasadowych oraz ustabilizowanie chorób współistniejących. Istotą opieki okołoperacyjnej jest zminimalizowanie ryzyka

wystąpienia powikłań pooperacyjnych, wczesne wykrycie objawów oraz natychmiastowa interwencja w przypadku wystąpienia zakażenia. Głównym celem podjętych czynności jest zapewnienie bezpieczeństwa, poprawa jakości życia chorego, redukcja bólu oraz mobilizacja do walki z chorobą [13]. Elementem profilaktyki pooperacyjnych powikłań płucnych przed operacją jest nauka prawidłowego oddechu. Ćwiczenia oddechowe utrzymują sprawną wentylację płuc oraz ruchomość klatki piersiowej, wzmacniają przeponę i dodatkowe mięśnie oddechowe oraz ułatwiają naukę efektywnego kaszlu. Pacjenta należy nauczyć oddychać torami: przeponowym oraz dolno- i górnożebrowym. Pomocne w tym celu są pozycje ułożeniowe oraz ruchy kończyn. Nauka prawidłowego oddechu zwiększa czynnościową powierzchnię płuc i zmniejsza ryzyko występowania niedodmy. W czasie nauki oddychania pacjent układa dłonie na odpowiedni odcinek klatki piersiowej, tak by unosiły się jego dłonie. W późniejszych etapach ćwiczeń można również stosować obciążenia w postaci dłoni osoby nadzorującej ćwiczenia, woreczków z grochem, czy książki. Zaleca się podczas prawidłowego oddychania wdech nosem co spowoduje, że pobierane powietrze będzie ogrzane, oczyszczone i nawilżone. Wydech powinien odbywać się przy pomocy półprzymkniętych ust, co pozwala na dokładną kontrolę jego długości i efektywność. Długość wdechu i wydechu powinny być w stosunku 2:3. Często, by uzyskać taki efekt, stosuje się różnego rodzaju przyrządy ułatwiające nabycie techniki pogłębiania wydechu. W tym celu można posłużyć się aparatami Triflo II, czy Tri-Gym. Ćwiczenia oddechowe powinny być wykonywane jak najczęściej, a pojedyncza seria ćwiczeń nie powinna przekraczać 4-6 wdechów. Powyższe działanie chroni przed hiperwentylacją i zaburzeniami równowagi kwasowo-zasadowej. Należy pamiętać, by stosowane ćwiczenia nie były zbyt trudne lub nadmiernie wysiłkowe, gdyż zniechęci to chorego do współpracy [16,17,18].

Podstawowe zasady profilaktyki zakażeń dróg oddechowych

Powikłania płucne rozpoczynają się od ognisk niedodmy, a konsekwencją są zapalenia dolnych dróg oddechowych. Przyczynami niedodmy jest zazwyczaj spłycony oddech spowodowany bólem, długotrwałą pozycją leżącą oraz zahamowanym mechanizmem ewakuacji wydzieliny z drzewa oskrzelowego. Efektywny kaszel jest najskuteczniejszy w niedodmie i jednym z ważniejszych elementów profilaktycznych. Kaszel udrażnia i oczyszcza oskrzela z zalegającej w nich wydzieliny, przesuwając ją w kierunku jamy ustnej. Każde kasznięcie poprzedzone głębokim wdechem zakończonym krótkim, szybkim wydechem prowokuje ewakuację zalegającej wydzieliny. Najważniejszą cechą efektywnego kaszlu jest

wytworzenie w drogach oddechowych, przy pomocy zamkniętej głośni, dodatniego ciśnienia, które udrażnia niedodmowe pęcherzyki płucne. Bardzo ważnym elementem profilaktycznym jest nauczanie pacjenta efektywnego kaszlu jeszcze w okresie przedoperacyjnym. Wyjątkiem od tego są jedynie operacje w trybie pilnym. Przy każdej próbie kaszlu napinają się i wstrząsają mięśnie brzucha oraz klatki piersiowej, co może powodować ostry ból w miejscu cięcia chirurgicznego. Pooperacyjny ból w okolicy miejsca operowanego oraz obawa przed pęknięciem szwów sprawia, że bardzo trudno nauczyć pacjenta prawidłowego kaszlu już po zabiegu. Zdarza się, że pomimo wcześniejszej nauki prawidłowego kaszlu, pacjenci z tych powodów unikają odkrztuszania. Zaleca się przytrzymywanie opatrunku na ranie pooperacyjnej oraz dodatkowo ćwiczenia w pozycjach, które zbliżają powłoki mięśniowe w okolicy cięcia operacyjnego. Zadaniem postępowania jest zmniejszenie bólu, poprawienie ogólnej mechaniki oddychania i uspokojenie pacjenta. Zalecana jest pozycja półsiedząca. Pomimo trudności i niechęci pacjentów, należy zawsze informować o zasadności nauki efektywnego kaszlu oraz motywować do ćwiczeń [17-20].

Techniki kinezyterapeutyczne

Znaczącym uzupełnieniem nauki prawidłowego kaszlu są techniki kinezyterapeutyczne, ułatwiające ewakuację wydzieliny z drzewa oskrzelowego, do których należą: oklepywanie, drenaż ułożeniowy oraz masaże. Oklepywanie klatki piersiowej pacjenta należy wykonywać dłonią ułożoną w tak zwaną „łódeczkę”, od podstawy do szczytu płuc, omijając okolice kręgosłupa i nerek. Jest to zabieg stosunkowo prosty, wymagający jedynie własnego zaangażowania i podstawowych umiejętności. Trwa zazwyczaj kilka minut, podczas których wykonuje się 2-3 serie oklepywania. Zabieg powinien być wykonywany kilka razy dziennie u pacjentów bez przeciwwskazań [16,17,20,21].

Drenaż ułożeniowy w profilaktyce powikłań oddechowych

Kolejnym elementem jest drenaż ułożeniowy. Wykonuje się go według zasady „*good lung down*” (dobra część płuca na dole). W praktyce pacjenta układa się tak, aby niedodmowe fragmenty płuc znalazły się wyżej niż rejon o prawidłowym stosunku wentylacji do perfuzji. Pozwala to na efektywną ewakuację wydzieliny z drzewa oskrzelowego przy pomocy siły grawitacyjnej. Za klasyczny przykład drenażu ułożeniowego przyjmuje się pozycję Trendelenburga. Do wykonania używa się specjalnych łóżek drenażowych, które pozwalają

na ułożenie pacjenta w odpowiedniej pozycji. Niestety niewiele ośrodków ma taki sprzęt, dlatego używa się wałków, podkładek lub poduszek. Zabieg powinien być wykonywany kilkakrotnie w ciągu dnia przez około 15-20 minut. Jeśli istnieją ku temu wskazania, przed ułożeniem pacjenta w pozycji drenażowej należy podać leki mukolityczne lub wykonać inhalację z pary wodnej. Podczas drenażu można dodatkowo oklepywać pacjenta, wykonywać masaż wibracyjny lub ćwiczenia efektywnego kaszlu [16,17].

Masaż wibracyjny jako element technik kinezyterapeutycznych

Elementem ułatwiającym efektywne odksztuszanie jest masaż wibracyjny. Jest to technika polegająca na przekazywaniu drgań mechanicznych z dłoni masażysty na ścianę klatki piersiowej. Wprawia w drgania ścianę klatki piersiowej, skutkiem czego jest odrywanie się i przesuwanie wydzieliny w oskrzelach oraz pobudzenie zakończeń nerwowych zlokalizowanych w błonie śluzowej, co wywołuje odruch kaszlu. Jest to bardzo trudna metoda, wymagająca prawidłowej techniki i siły, dlatego bardzo często wykonywana jest za pomocą przyrządów [16,17,20]. W czasie, w którym pacjent nie ma wykonywanych ćwiczeń i technik ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych, a istnieje konieczność pozostawienia go w pozycji leżącej, wezglowie łóżka powinno być uniesione o około 30-45°, co ułatwi oddychanie i będzie kolejnym działaniem w profilaktyce powikłań ze strony układu oddechowego [16,21]. Ważnym elementem profilaktyki jest również fizjoterapia. Należy ją rozpoczynać jak najwcześniej po zabiegu. Stanowi ważny element zarówno w profilaktyce powikłań oddechowych, jak również powikłań zakrzepowo-zatorowych. Pionizacja pozwala na skuteczne odkrztuszanie zalegającej wydzieliny oraz stwarza lepsze warunki czynnościowe układu oddechowego. Zaletą jest zwiększenie ogólnej kondycji i wydolności pacjenta. Powinna być przeprowadzona przez specjalistów z dziedziny fizjoterapii przy ścisłej konsultacji z lekarzem [16,17,18,20].

Podsumowanie

Pacjent onkologiczny, ze względu na specyfikę terapii nowotworowej, jest szczególnie narażony na wystąpienie działań niepożądanych po zastosowanym leczeniu. Metodą z wyboru w terapii przeciwnowotworowej jest zabieg operacyjny. Do najczęstszych powikłań pooperacyjnych zalicza się zakażenie układu oddechowego. Celem opieki okołoperacyjnej jest zminimalizowanie ryzyka zapalenia płuc, wczesne wykrycie objawów oraz

natychmiastowa interwencja w przypadku wystąpienia zakażenia. Utrudnione oczyszczanie dróg oddechowych z wydzieliny jest spowodowane przez ból rany pooperacyjnej, ciężki stan ogólny chorego i wyniszczenie ustroju. Zalegająca w drzewie oskrzelowym wydzielina prowadzi do niedodmy, a w konsekwencji zapalenia płuc. Kaszel zapobiega zakażeniu dolnych dróg oddechowych przez udrożnienie i oczyszczenie drzewa oskrzelowego z zalegającej wydzieliny. Do najskuteczniejszych elementów profilaktycznych w niedodmie zalicza się efektywny kaszel oraz ćwiczenia oddechowe z zastosowaniem aparatu Triflo. Kolejnym niezbędnym elementem jest wczesna pionizacja pacjenta, zastosowanie drenażu ułożeniowego, oklepywania klatki piersiowej oraz masażu vibracyjnego. Powyższe techniki profilaktyki zakażeń dróg oddechowych w okresie pooperacyjnym zmniejszają ryzyko rozwoju zapalenia płuc i przyczyniają się do poprawy ogólnej kondycji chorego. Dodatkowo stanowią jeden z niefarmakologicznych sposobów zwalczania bólu i ochrony miejsca operowanego, a także przyspieszają proces rekonwalescencji, skracając czas hospitalizacji.

Piśmiennictwo

1. Piekarski J.: Opieka pielęgniarska w onkologii [w:] Onkologia, Jeziorski A (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009, 167 – 250.
2. Kotlińska-Lemieszek A., Bączy E., Deskur- Śmielecka E. i wsp.: Bóle u pacjenta z chorobą nowotworową – diagnoza kliniczna jako warunek prawidłowego postępowania. Now. Lek., 2011, 80, 1, 16–21.
3. Kulpa M., Stypuła-Ciuba B.: Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Med. Paliat., 2013, 5, 4, 171–179.
4. Burchacka A.: Opieka paliatywna i terminalna [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, Koper A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 397 – 417.
5. Strąg-Lemanowicz A., Leppert W.: Rola onkologicznego leczenia systemowego u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Med. Paliat. Prakt., 2014, 8, 1, 11–22.
6. Jeziorski A., Fijath J.: Leczenie chorych na nowotwór [w:] Onkologia, Jeziorski A (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009, 44-92.
7. Petkowicz B., Jastrzębska I., Jamrogiewicz R.: Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej jako powikłanie w chemioterapii nowotworów. Dent. Med. Probl., 2012, 49, 1, 69–77.

8. Petkowicz B., Banakiewicz K., Zieliński P. i wsp.: Powikłania występujące w jamie ustnej w następstwie radioterapii. *Gastroenterol. Pol.*, 2012, 19, 2, 60-63.
9. Wiśniewski M., Graczyk M., Szpinda M. i wsp.: Popromienne zapalenia skóry – zasady postępowania. *Med. Paliat. Prakt.*, 2013, 7, 2, 41–45.
10. Różańska A., Wójkowska-Mach J., Bulanda M. i wsp.: Rejestracja szpitalnych zapaleń płuc w polskich szpitalach. *Przegl. Epidemiol.*, 2009, 63, 119-124.
11. Hoare Z.: Pneumonia: update on diagnosis and management, <http://www.bmj.com/content/332/7549/1077>, data pobrania 18.02.2016.
12. Wróbel M., Zdrojowy R., Dembowski J., Kołodziej i wsp.: Zapobieganie zakażeniu u chorych leczonych pooperacyjnie. *Przegląd Urol.*, 2007, 3, 57.
13. Kowalewska M.: Zakażenia szpitalne w chirurgii [w:] *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*, E. Walewska (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 69-71, 117-127.
14. Świerczyńska M., Świerczyński Z., Hryniewicz W. i wsp.: Choroby dróg oddechowych [w:] *Choroby wewnętrzne*, Szczeklik A. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 2, 558.
15. Terlikiewicz J.: Leczenie systemowe i wspomagające nowotworów złośliwych [w:] *Pielęgniarstwo onkologiczne*, Koper A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 10, 296.
16. Kwolek A.: *Rehabilitacja Medyczna*. Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 2003, 347-546.
17. Juskowa J.: *Fizjoterapia w wybranych chorobach układu oddechowego*, Skrypt Akademii Medycznej. Oficyna Wydawnicza Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa, 2006, 22-43.
18. Maciejewski D.: Pooperacyjne powikłania oddechowe [w:] *Ogólne powikłania pooperacyjne*, Karpel E., Jałowiecki P. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009, 115-125.
19. Parks R. W.: Opieka pooperacyjna i powikłania [w:] *Chirurgia*, Garden J., Bradbury A, Forsythe J. i wsp. (red.). Urban & Partner, Wrocław 2015, 113-137.
20. Rzepka A., Kędziora-Kornatowska K., Jakubczyk M. i wsp.: Rola personelu pielęgniarstwa w fizjoterapii oddechowej. *Pielęg. XXI w.*, 2011, 4, 7, 43-46.
21. Kołodziejczyk P.: Zaburzenia ze strony układu oddechowego [w:] *Powikłania w chirurgii jamy brzusznej*, Kulig J., Nowak W. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 63.

Problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową

Gnus Jan^{1,2,3}, Podlawska Paulina¹, Maślanka Paulina¹, Gonet Martyna¹, Blok Katarzyna¹, Winter Paweł¹, Dziewiszek Malgorzata¹, Hącia Paulina¹, Kuciel-Lewandowska Jadwiga², Paprocka-Borowicz Malgorzata²

1. Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
2. Wrocławski Uniwersytet Medyczny
3. Papieski Uniwersytet Teologiczny we Wrocławiu

Wstęp

W 2011 roku na choroby nowotworowe zachorowało prawie 150 tys. osób. Według przewidywań, liczba ta w 2025 roku wzrośnie do ok. 185 tysięcy [1]. Zaburzenia psychiczne są jednymi z najczęstszych objawów towarzyszących procesom rozrostowym. Pomimo coraz lepszego leczenia i wieloprofilowej diagnostyki, a także rozwijającej się świadomości społeczeństwa na temat profilaktyki choroby nowotworowej, jest drugą z kolei przyczyną śmierci ludzi w krajach rozwiniętych do 21% wszystkich zgonów [2].

Dr Elisabeth Kubler-Ross opisała reakcje emocjonalne u chorych z chorobą nowotworową. Wyróżniła pięć stadiów odpowiedzi na potwierdzoną diagnozę:

1. szok i niedowierzanie - chory nie dopuszcza do siebie możliwości wystąpienia choroby, neguje i zaprzecza jej obecności,
2. gniew i bunt - kiedy pacjent sprzeciwia się wobec niesprawiedliwości losu,
3. petrakcje - faza rozważań, analizy choroby, swojego istnienia,
4. depresja, obwinianie siebie i swojego dotychczasowego życia i popełnianych błędów za wystąpienie nowotworu,
5. akceptacja - finalne stadium świadczące o pogodzeniu się z obecną sytuacją i chorobą [3,4].

Od momentu przyjęcia tragicznej diagnozy rozpoczyna się niepokój wyrażający się w różnych postaciach: od panicznego lęku do świadomego uznania choroby, któremu zazwyczaj towarzyszy bezradność wobec śmierci [5,6].

Dyskusja

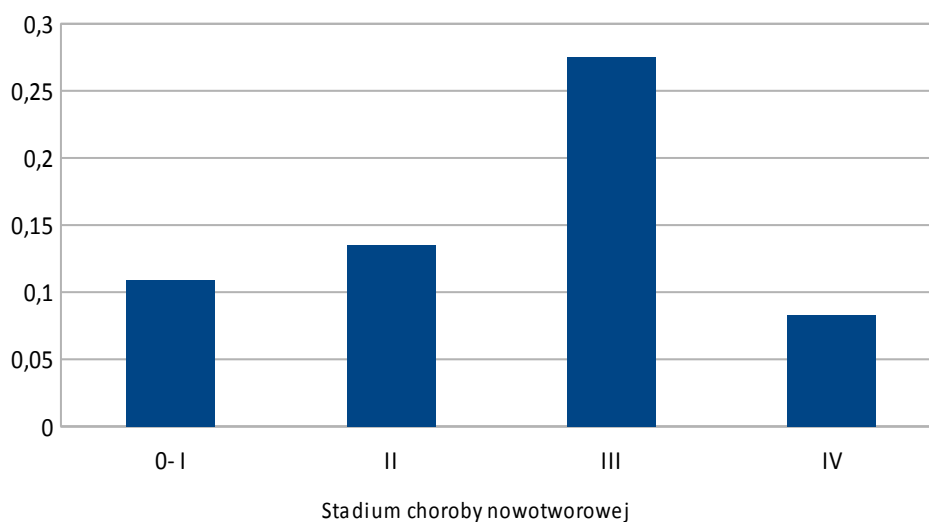
Poważnym problemem wśród pacjentów onkologicznych są zaburzenia psychiczne. Stan fizyczny, jak również zaburzenia psychiczne przyczyniają się do zmiany egzystencji chorego, zaburzając życie rodzinne. Ciągłym zmianom u chorych z procesem nowotworowym ulega stan emocjonalny, który zmienia się w zależności od stadium zaawansowania choroby, jej przebiegu oraz leczenia [7].

Dr Selene przeprowadziła badania chorych onkologicznych, badając ich stan psychiczny, który był sprawdzany trzykrotnie:

1. na początku po rozpoznaniu nowotworu,
2. po 4. miesiącach, w czasie terapii lub po jej zakończeniu
3. po 12. miesiącach od rozpoznania choroby.

U chorych w początkowym okresie procesu nowotworowego depresja występowała u 13,5% i im bardziej zaawansowane stadium choroby, tym depresja występowała w większym nasileniu [Ryc. 1] [8].

Odsetek osób doznających depresji w zależności od stadium zaawansowania choroby nowotworowej



Ryc. 1. Odsetek osób doznających depresji w zależności od stadium choroby nowotworowej

Eysenck wprowadził pojęcie psychotyczności u chorych z chorobą nowotworową. Posiadanie tej cechy osobowości zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia depresji oraz objawów somatycznych i braku motywacji do walki z chorobą, natomiast nie wpływa na objawy poznawczo-afektywne [9].

Nowotwory rozwijające się w obrębie głowy i szyi często powodują upośledzenie takich funkcji, jak mówienie, połykanie, oddychanie, bardzo często doprowadzając do zmiany wyglądu twarzy. Wśród uczonych badających depresję u chorych nowotworowych na szczególną uwagę zasługuje dr Frączak. Autor wyodrębilił trzy grupy chorych:

1. pacjenci po zabiegach chirurgicznych w obrębie głowy i szyi,
2. chorzy z zaawansowaną chorobą nowotworową,
3. osoby zdrowe.

Autor stwierdził, że w grupie pierwszej badanych u ponad 50% kobiet i około 40% mężczyzn stwierdzono depresję o rosnącym nasileniu. W grupie drugiej u około 18% kobiet i 5% mężczyzn stwierdzono depresję. Natomiast u osób zdrowych wśród kobiet nie stwierdzono depresji, a wśród mężczyzn depresja występowała u 10% [10].

Według Rymaszewskiej zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory dzielimy na:

- zaburzenia czynnościowe - są to reakcje adaptacyjne oraz zaburzenia somatyzacyjne
- ostre zaburzenia psychiczne - zaburzenia świadomości powstałe w wyniku wprowadzonego leczenia, a także niedotlenienia mózgu, czy zaburzeń metabolicznych w organizmie chorego
- organiczne zaburzenia psychiczne spowodowane dysfunkcją mózgu
- zaburzenia psychiczne współistniejące, które powstają niezależnie od choroby nowotworowej.

Ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych u chorych na nowotwory zwiększa niedostateczna kontrola bólu i innych objawów choroby oraz działania niepożądane chemioterapii i radioterapii, a także leczenia chirurgicznego (zwłaszcza w przypadku leczenia okaleczającego) [11].

Depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym u chorych nowotworowych. U pacjentów na oddziałach onkologicznych występuje w 20-45% [12]. Różnice statystyczne wynikają m.in. z zastosowania odmiennych metod badawczych, nieuwzględniania rodzaju nowotworu, fazy jego rozwoju i czasu diagnozy [13]. Do objawów depresji zaliczamy: obniżenie nastroju, anhedonię, poczucie beznadziejności i bezsilności, napady płaczu, poczucie winy, działania sprzeczne z własnym systemem wartości, ale także wiele symptomów somatycznych: obniżenie apetytu i zmniejszenie masy ciała, zaburzenia snu, uczucie zmęczenia i braku energii, zmniejszona koncentracja i brak umiejętności podejmowania decyzji. Niemal u wszystkich pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową występuje utrata masy ciała i przewlekłe zmęczenie. Trudne jest do określenia,

czy objawy są związane z zaburzeniami somatycznymi, czy psychicznymi. Do innych symptomów należy: poczucie bezradności i beznadziejności, utrata nadziei, czy myśli samobójcze [14]. Istnieje szpitalna skala lęku i depresji dla chorych na nowotwór - HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), która nie uwzględnia objawów fizycznych, diagnozując lepiej zaburzenia natury psychicznej pacjentów onkologicznych [15].

Na szczególną uwagę zasługują guzy hormonalnie czynne zaburzające równowagę metaboliczną komórek oraz powodujące zmiany OUN [16]. U około 1/3 chorych występują przerzuty do OUN [17]. Zdarza się, że pierwszymi objawami zajęcia OUN są zaburzenia osobowości, a także mogą pojawiać się zaburzenia depresyjne, lękowe, czy urojenia [18]. Wyżej wymienione zaburzenia mogą występować u chorych leczonych na inne schorzenia, np. miażdżyca [19].

Kolejnym problemem diagnostycznym jest występowanie depresji maskowanej, która może być trudna do zdiagnozowania [12]. W rozpoznaniu depresji maskowanej pomocne może być wykluczenie podstawowych cech depresji, poza tym wszelkie zmiany somatyczne muszą występować cyklicznie i nie reagować na standardowe metody lecznicze, lecz na działanie środków przeciwdepresyjnych. Ważnym kryterium jest także pozytywny wywiad rodzinny [20]. Pacjenci częściej zgłaszają się z różnorodnymi dolegliwościami fizycznymi natury psychologicznej niż typowymi objawami, mogącymi sugerować depresję. Mylące symptomy mogą obejmować wszelkie nieprawidłowości dotyczące pracy przewodu pokarmowego, ból w klatce piersiowej, głowy lub pleców, a także zmęczenie i zawroty głowy. Należy także wspomnieć, iż objawy te nie są jedynie wytworem wyobraźni chorego. Depresja może powodować zmiany w organizmie, które rzeczywiście doprowadzają do wystąpienia ww. symptomów [15,21].

Istnieje także patologiczny stan nazywany „zaburzeniem nastroju spowodowanym ogólnym stanem zdrowia”. W tym przypadku przyczyną objawów normalnie towarzyszących wielkiej depresji nie są zaburzenia psychiczne, lecz chorób somatycznych, takich jak np. nowotwór [22]. Należy również uwzględnić syndrom demoralizacji lub zdeprawowania. Występuje on u ok. 20% chorych, którzy nie spełniają kryteriów diagnozy zaburzeń psychicznych wg DSM-IV. Łatwo można pomylić go z depresją, jednak poza typowymi objawami towarzyszącymi zaburzeniom depresyjnym, lękowi wyróżnia się także w przebiegu tego zaburzenia: poczucie niezdolności do radzenia sobie, przekonanie o beznadziejności i bezradności, zamknięcie i izolacja przed społeczeństwem [23].

Sama diagnoza choroby nowotworowej jest także silnym czynnikiem predysponującym do rozwoju PTSD (*posttraumatic stress disorder*, zespół stresu

pourazowego). PTSD powoduje duże zmiany w psychice nawet wiele lat po zakończeniu choroby, a u około 37% pacjentów nawet po kilkunastu latach po wyleczeniu problem zespół ten nie ulega zmianie lub nawet nasila się [24].

Bardzo rozpowszechnionym zaburzeniem jest lęk. Objawy lękowe można pogrupować w trzy rodzaje [15,25]:

- psychiczny (pacjent czuje niepewność, napięcie),
- behawioralny (niepokój chorego odzwierciedlony jest w tonie jego głosu czy gestykulacji),
- wegetatywno-somatyczny – dotyczącą takich objawów, jak: rozszerzenie źrenic, suchość w ustach, wzmożona potliwość, przyspieszona praca serca i częstość oddechów, podwyższenie ciśnienia, mogą wystąpić także bóle brzucha, biegunki, potrzeby częstego oddawania moczu.

Tak zwany lęk wolno płynący to podstawowa składowa depresji. Cierpi na nią 18-30% pacjentów paliatywnych. Charakteryzuje się zarówno objawami psychicznymi (drażliwość, trudności w koncentracji, napięcie, niepokój), jak i fizycznymi (zmęczenie, bóle mięśniowe). Wyróżnić można również tzw. zespół lękowej koncentracji. Dotyczy on szczegółowej analizy informacji znajdujących się w ulotkach czy internecie. Prowadzi do doszukiwania się skutków ubocznych danych farmaceutyków, przez co chory z obawy o własne zdrowie zaprzestaje przyjmowania leków lub sam reguluje przyjmowaną dawkę w celu zniwelowania wyimaginowanych objawów [26].

W przypadku długotrwałego utrzymywania się objawów depresji i lęku można stwierdzić tzw. reakcję dezaptacyjną. Powoduje ona pogorszenie stanu chorego, prowadząc do nasilenia jego objawów i słabszych reakcji na zastosowane leczenie. Poza tym prowadzi do odsunięcia się pacjenta od życia społecznego, a także od najbliższej rodziny, co dodatkowo pogłębia negatywny stan psychiczny pacjenta. Badania pokazują, iż osoby, którym w przechodzeniu przez trudny okres walki z chorobą towarzyszy rodzina mają większe szanse na całkowity powrót do zdrowia [27].

Skutki depresji w procesie leczenia choroby nowotworowej są znaczące. Wpływa ona negatywnie nie tylko na podejście pacjenta do terapii (ma on mniej motywacji i siły do walki ze schorzeniem, dodatkowo zmniejszenie apetytu czy wydolności fizycznej utrudnia kurację), ale także na późniejszą rehabilitację.

Badania wykazują, że chorzy onkologiczni, którym towarzyszy depresja mają 19% wyższe ryzyko śmierci niż osoby, które nie wykazują tego zaburzenia psychicznego. Należy zwrócić uwagę, że pacjenci najczęściej zgłaszają się do lekarzy z objawami bólowymi. Aż

50–70% osób z depresją i 80% osób z zaburzeniami lękowymi skarży się na dolegliwości bólowe i to stanowi początek rozpoznania, i leczenia zaburzeń psychicznych. Tym samym ma ogromne znaczenie dla walki z depresją u chorych na nowotwory [28].

Podobne analizy dotyczą tzw. dystresu (dystresem w chorobie nowotworowej nazywa się ogół negatywnych i nieprzyjemne przeżyć o podłożu psychologicznym czy społecznym). Zestawienie nasilenia psychologicznego dystresu ze wskaźnikami śmiertelności pokazuje, że wysoki poziom dystresu może wiązać się ze wzrostem ryzyka przedwczesnej śmierci nawet o 94% w porównaniu z ryzykiem osób, które nie wykazywały żadnego stresu psychologicznego [22].

NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) w wytycznych w 2011 roku zaleca mierzenie poziomu dystresu wśród chorych na nowotwory podczas każdej wizyty kontrolnej, przy pomocy stworzonych do tego celu testów [29].

Niepomyślne diagnozy uderzają w psychikę nie tylko samych chorych, ale także bliskich im osób [30]. Najtrudniejsza sytuacja wydaje się dosięgać rodziców dzieci z rozpoznaniem nowotworem. Oni, podobnie jak ich pociechy, mogą wykazywać zaburzenia psychiczne z obawy o życie potomka. Natomiast często dotyczy to również panicznej obawy o własny los. Spędzając czas przy osobie umierającej zaczynamy doszukiwać się podobnych objawów u siebie.

Wśród objawów przeżywanego stresu rodzice dzieci cierpiących na nowotwór najczęściej wskazywali:

- zdenerwowanie - 31%
- obniżony nastrój - 19%
- Bezsenność - 18%
- przyspieszone tętno i zaburzenia łaknienia - 11%
- pozostała część rodziców nie wykazywała objawów przeżywanego stresu.

Rozpoznanie śmiertelnej choroby u członka rodziny wywołuje w niej destabilizację. Wymaga dostosowania się do nowej sytuacji i akceptacji zmian, jakie nastąpią w najbliższym czasie, co z pewnością odbija się na psychice wszystkich członków rodziny [31].

Wnioski

Choroba nowotworowa w istotny sposób dezorganizuje funkcjonowanie pacjenta, nie tylko na tle fizycznym, ale także psychicznym. Powoduje zachwianie dotychczasowej

równowagi i konieczność przystosowania się do całkowicie odmiennej sytuacji - walki o własne życie. Znacznie utrudniają to zaburzenia natury psychicznej, które nie dość, że pogarszają samopoczucie chorego, na dodatek utrudniają terapię pierwotnego schorzenia. Dlatego tak ważną sprawą jest szybka i właściwa ich diagnoza oraz włączenie odpowiedniego leczenia.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie”, <http://onkologia.org.pl/epidemiologia>, data pobrania 7.03.2016.
2. World Health Organization (WHO), 2007. Health for All database (HFA-DB). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/hfadbd>, data pobrania 7.03.2016.
3. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wyd. Media Rodzina, Poznań, 1998.
4. Lelonek B., Cieślik A., Kamusińska E.: Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Probl. Pielęg.*, 2013, 21, 1, 128-136.
5. Juczyński Z.: Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową [w:] *Psychoonkologia*, De Walden- Gałuszko K. (red.). Kraków, 2000.
6. Rogiewicz M.: Praca psychologa z pacjentem w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pedagogia Christiana*, 2006, 1, 93–110.
7. Majkowicz M.: wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. *Ann. Acad. Med. Ged.*, 2005.
8. Jones S.M.W., Ludman E.J., R. MrCorkle R. et, al.: A differential item function analysis of somatic symptoms of depression in people with cancer. *J. Affect. Disord.*, 2015, 6, 170, 131–137.
9. Garcfa-Torres F., Alos F.J.: Eysenck personality questionnaire revised psychoticism predicts motivational–somatic symptoms of depression in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 2014, 23, 350–352.
10. Frączak P.: Wybrane aspekty jakości życia u chorych leczonych z powodu złośliwych nowotworów w obrębie części twarzowej czaszki. *Ann Acad. Med. Stetin.*, 2008, 54, 3, 69-76.
11. Rymaszewska J., Podolak-Dawidziak M., Kiejna A.: Zaburzenia psychiczne w

- przebiegu nowotworów [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, Krzekowski M. (red.). VM Media, Warszawa, 2009, 456-471.
12. Pouget- Schors D.: Diagnostyka psychoonkologiczna [w:] Psychoonkologia. Diagnostyka- metody terapeutyczne Dorfmueller M., Dietzfelbinge H. (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011/
 13. Rolińska O. Furmaga W., Kwaśniewski M. i wsp.: Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej. Curr. Prob. Psychiatri, 2011, 12, 4, 546-549.
 14. Massie M.J.: Prevalence of depression in patients with cancer. J. Natl. Cancer. Inst. Monogr., 2004, 32, 57-71.
 15. Majkowicz M.: Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych. Psychiatria w praktyce klinicznej, 2008, 1, 2, 57-66.
 16. Wise M.G., Rundell J.: The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically, Ill. American Psychiatric Publishing, 2002, 1160.
 17. Gienza G., Kucia K., Trędzbor B. i wsp.: Trudności diagnostyczne u pacjenta z przerzutami czerniaka do ośrodkowego układu nerwowego - opis przypadku. Onkologia Info, 2009, 6, 5, 168-171.
 18. Jaskólski D., Papierz W., Biernat W., Liberski P.: Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego [w:] Choroby układu nerwowego, Kozubski W., Liberski P.P. (red.). PZWL, Warszawa, 2004, 152-153.
 19. de Walden-Gałuszko K., Majowicz M., Zdun-Ryżewska A.: Zaburzenia przystosowania do choroby nowotworowej - trudności diagnostyczne zespołów depresyjnych. Psychoonkologia, 2013, 1, 10-15.
 20. Czernikiewicz A.: Ból psychogeny. Nowa Medycyna, 2002, 5.
 21. de Wester J.N.: Recognizing and treating the patient with somatic manifestations of depression. J. Fam. Pract., 1996, 43, 6, 3-15.
 22. Wascher R.A.: A Cancer Prevention Guide for the Human Race. Dog Ear Publishing, Indianapolis, 2012.
 23. Erikson E.H.: Identity and the Life Cycle (re-issue 1959). WW Norton & Company, New York, 1994.
 24. Kieszowska- Grudny, A.: Dystres i depresja u chorych na nowotwory – diagnostyka i leczenie. Oncoreview, 2012, 2, 4, 246-252.
 25. Trzebiatowska I.: Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej- aspekt praktyczny.

- Psychoonkologia, 2000, 6, 49-53.
26. De Walden- Gałuszko K.: Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby i leczenie. Psychoonkologia w praktyce klinicznej, 2014.
27. Nowicki B., Rządkowska B.: Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. Współczesna onkologia, 2005, 9, 396-403.
28. Dudek D.: Objawy bólowe w depresji [w:] Bol i depresja. Dudek D. (red.). Termedia, Poznań, 2011, 23-30.
29. National Comprehensive Cancer Network. Distress Treatment Guidelines for Patients. Version 1.2011. NCCN 2011, Rockledge, Pennsylvania. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf, data pobrania 7.03.2016.
30. Murawiec S.: Depresja u osób z chorobą nowotworową. Rozpoznawanie i leczenie – aspekty praktyczne. Oncoreview, 2012, 2, 3, 201-208.
31. Cepuch G., Krupa A., Wojtas K.: Radzenie sobie ze stresem i wsparcie społeczne rodziców dzieci z chorobą zagrażającą życiu. Ramlau R. (red.), , Onkol. Pol., 2011, 4, 174-181.

Znaczenie rehabilitacji u kobiet z rakiem piersi

Gnus Jan^{1,2,3}, Gonet Martyna¹, Blok Katarzyna¹, Kasperczak Michał¹, Winter Paweł¹, Ferenc Stanisław¹, Hącia Paulina¹, Dziewiszek Małgorzata¹, Dorna Krzysztof³, Paprocka-Borowicz Małgorzata²

1. Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
2. Wrocławski Uniwersytet Medyczny
3. Papieski Uniwersytet Teologiczny we Wrocławiu

Epidemiologia

Rak piersi plasuje się na pierwszym miejscu, pod względem zapadalności na nowotwory wśród kobiet, jest on drugim najczęściej występującym nowotworem na świecie. W krajach o niższym stopniu rozwoju gospodarczego jest on również główną przyczyną zgonów z powodu choroby nowotworowej, w krajach rozwiniętych wyprzedza go jedynie śmiertelność związana z nowotworem płuc. Według Światowej Organizacji Zdrowia liczbę nowych zachorowań zdiagnozowanych w 2012 roku szacuje się na 1,67 miliona nowych przypadków (25% wszystkich nowotworów). Śmiertelność wyniosła 522 000, co klasyfikuje go jako piątą, najczęstszą przyczynę zgonów z powodu nowotworów na świecie [1].

Zmniejszenie śmiertelności można osiągnąć przez zwiększenie wykrywalności nowotworu we wczesnych stadiach, gdy jest on wtedy kompletnie uleczalny. W badaniach na populacji Stanów Zjednoczonych Ameryki (lata 2005-2011) wskaźnik 5-letniego przeżycia dla pacjentek z nowotworem zlokalizowanym, ograniczonym do sutka wynosi aż 98,6%. Dla porównania: dla nowotworów w zaawansowanych stadiach, z obecnością odległych przerzutów wskaźnik ten wynosi jedynie 25,9% [2]. Wskaźnik 5-letniego przeżycia dla populacji polskiej (wszystkie przypadki zdiagnozowane w latach 2005-2009) wynosi 74,1%. Według raportu Krajowego Rejestru Nowotworów [3] wśród polskich kobiet zapadalność i śmiertelność w 2013 roku wynoszą odpowiednio 86,3 na 100 tysięcy mieszkańców (21,9% wszystkich nowotworów) i 29,27 na 100 tysięcy (13,9% wszystkich nowotworów). Populacyjne badania przesiewowe w kierunku raka piersi stanowią spore wyzwanie dla polityki zdrowia publicznego. Zwiększenie wykrywalności nowotworu we

wczesnym stadium znacząco podnosi szanse na pełny powrót do zdrowia. Programy screeningowe skierowane do grupy szczególnie narażonej na rozwój nowotworu piersi są w dłuższej perspektywie zwykle finansowo korzystne. Jak dotąd najlepszą metodą o udowodnionej skuteczności (potwierdzonej przez wiarygodne badanie kliniczne) pozostaje badanie mammograficzne. W Polsce bezpłatnie dostępne jest dla kobiet w wieku od 50 do 69 lat. Regularne samobadanie piersi jest zalecane jako czynnik mający na celu podniesienie świadomości wczesnych objawów, a także wzmocnienie poczucia odpowiedzialności za własny stan zdrowia [4]. Zalecane są regularne badania piersi przez odpowiednio wykwalifikowanego specjalistę.

Metody leczenia raka piersi i skutki uboczne

Leczenie raka piersi jest leczeniem skojarzonym.. Współczesna onkologia dysponuje wieloma metodami terapii. Do najważniejszych należą chirurgia, chemioterapia, radioterapia oraz hormonoterapia. Każda z wymienionych metod leczenia niesie za sobą skutki uboczne. Czasem są to tylko drobne dolegliwości, niekiedy jednak powodują znaczne obniżenie jakości życia chorych.

Chirurgia

Zabieg chirurgiczny w postaci miejscowego wycięcia guza (operacja oszczędzająca piers) lub częściowa oraz całkowita mastektomia jest najczęstszą metodą leczenia z wyboru. Niektóre kobiety są poddawane najpierw chemioterapii, a dopiero w drugiej kolejności operacji. Czasem jednak, gdy nowotwór zostanie rozpoznany już w momencie istnienia odległych przerzutów (stadium IV zaawansowania nowotworu), pacjentki mogą nie zostać zakwalifikowane do zabiegu. Jeśli decyzja o kwalifikacji do mastektomii zostanie podjęta, kobiety mają możliwość wyboru, czy chcą się poddać zabiegowi w danym momencie, czy też chcą go odłożyć na późniejszy termin, a nawet mogą zupełnie z niego zrezygnować. Dostępne uzupełniające metody terapii różnie wpływają na proces regeneracji po operacji. Chemioterapia i radioterapia mogą spowolnić proces gojenia się ran po zabiegu chirurgicznym. Wycięcie pachowych węzłów chłonnych (*Axillary lymph node dissection* - ALND), a także biopsja węzła wartowniczego (*Sentinel lymph node biopsy* - SLNB) również mogą wpływać na późniejszą niesprawność kobiet. Pacjentki, u których już wcześniej w przeszłości chorobowej pojawił się rak piersi mogą podjąć decyzję o poddaniu się profilaktycznej mastektomii.

Częstym powikłaniem po operacji raka piersi jest pojawienie się zbiorników z płynem surowiczym. Po mastektomii z częstością od 25 do 50%, natomiast po wycięciu pachowych węzłów chłonnych z częstością do 25% [5]. Wycinanie pachowych węzłów chłonnych stało się coraz rzadsze w związku z pojawieniem się techniki biopsji węzła wartowniczego, która zmniejsza istotnie pooperacyjne ryzyko powikłań w okolicy ramienia i barku u kobiet we wczesnym stadium raka piersi [6-10]. Obecność przerzutów w pachowych węzłach chłonnych źle rokuje i jest uważana za czynnik prognostyczny nawrotu choroby w późniejszym czasie [11, 12]. Wciąż prowadzone są badania na temat przewagi biopsji węzła wartowniczego nad wycięciem pachowych węzłów chłonnych w zakresie potencjalnych powikłań pooperacyjnych w okolicy ramion i barków. W niedawno wykonanej analizie w magazynie *Journal of Surgical Oncology* przeprowadzonej przez Schulze i wsp. [13] oceniano długoterminową liczbę powikłań 134 pacjentów z wczesnym stadium raka piersi. 31 pacjentów zostało poddanych biopsji węzła wartowniczego, natomiast pozostali biopsji węzła wartowniczego poprzedzonej wycięciem pachowych węzłów chłonnych. Uczestnicy byli obserwowani od listopada 1995 do stycznia 2001. Badanie pokazało, że tylko u jednego pacjenta z każdej grupy doszło do wznowy miejscowej (3,2 % w grupie SLNB i 1% w grupie ALND), natomiast obrzęk limfatyczny wystąpił u 15,8% i 19,7% odpowiednio w grupie SLNB i ALND. Nie stwierdzono istotnej różnicy w zakresie ruchomości ramion pomiędzy obiema grupami. Pomiar siły ramienia pokazał jednak, że znacznie mniej pacjentów poddanych biopsji węzła wartowniczego doświadczyło osłabienia siły mięśniowej. W innym badaniu przeprowadzonym przez Rietman i wsp. [8] oceniano 204 pacjentów z I lub II stadium raka piersi i średnią wieku 55,6 lat. Stwierdzono, że pacjenci, którzy przeszli SLNB uskarżali się na mniejszą ilość powikłań w zakresie kończyny górnej, cieszyli się większą sprawnością i lepszą jakością życia.

Wiele kobiet po mastektomii decyduje się na zabieg rekonstrukcji piersi. Wszczepienie implantów piersi jest uważane za najmniej inwazyjną technikę rekonstrukcji. Metoda ta polega na umieszczeniu implantu wypełnionego roztworem soli fizjologicznej lub żelam silikonowym przed lub za mięśniem piersiowym. W niektórych przypadkach chirurdzy używają ekspanderów tkankowych w kształcie balonu, które są wkładane pod skórę klatki piersiowej. Ekspander jest wszczepiany pusty, następnie stopniowo wypełnia się go sterylnym roztworem soli fizjologicznej. Umożliwia to odpowiednie rozciągnięcie tkanek, tworząc miejsce na przyszły implant piersi [14].

Operacja odtwórcza z użyciem poprzecznego wyspowego płata skórno-mięśniowego, zawierającego mięsień prosty brzucha (*transverse rectus abdominis myocutaneous* – TRAM)

wiąże się z większym ryzykiem powikłań. Wtórne zabiegi mogą obejmować umiarkowaną liposukcję, usunięcie martwej tkanki tłuszczowej i przepuklin, a także korekcję blizn. Płaty TRAM są podobne do perforatorowych płatów (*deep inferior epigastric perforator* – DIEP), jednakże te drugie nie zawierają mięśni. W badaniach przeprowadzonych przez Futter i współpracowników [15] sprawdzano siłę mięśni brzucha i prostowników grzbietu, porównując 50 kobiet. Spośród nich, 23 kobiety były poddane rekonstrukcji piersi z użyciem płata DIEP, a 27 kobiet z użyciem płata TRAM. Wykazano istotną różnicę między obiema grupami pacjentek, w drugiej z nich kobiety były zdecydowanie słabsze.

Chemioterapia

Niepełnosprawność związana z chemioterapią może być krótko- lub długoterminowa, w zależności od stosowanych leków oraz od indywidualnej wrażliwości pacjentki. Neutropenia i dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, zwłaszcza nudności i poczucie ciągłego zmęczenia, są powszechne w czasie aktywnego leczenia. Długoterminowa niesprawność (która może być różna w zależności od zastosowanego schematu dawkowania, czasu leczenia i indywidualnej wrażliwości) może obejmować kardiomiopatię i neuropatię. Neuropatia jest typowym powikłaniem w trakcie stosowania leków z grupy taksanów, takich jak paklitaksel i docetaksel. U kobiet z obecnością przerzutów często stosuje się taksany przez bardzo długi okres czasu, co może spotęgować toksyczność leku [16].

Obecnie obserwuje się tendencję do stosowania bardziej agresywnej chemioterapii, tak zwanego schematu “gęstej-dawki”, w którym odstępy pomiędzy podaniem kolejnej dawki leku są skrócone. Taką samą ilość leku podaje się przez krótszy okres czasu. Wykazano, że zwiększona gęstość dawki wiąże się lepszą odpowiedzią na leczenie dla wielu typów nowotworów złośliwych [17].

Radioterapia

Radioterapia w połączeniu z innymi metodami leczenia, takimi jak chirurgia i czasem chemioterapia, może prowadzić do znaczącej niepełnosprawności kobiet poddanych leczeniu raka piersi. Długoterminowa niesprawność może wynikać z powikłań ze strony serca lub płuc, obrzęku limfatycznego, uszkodzenia splotu ramiennego oraz zmniejszenia zakresu ruchu ramion. W przeprowadzonych badaniach przez Blomqvist i współpracowników [18], dotyczących porównania zakresu ruchu i siły ramienia oraz barku po zmodyfikowanej radykalnej mastektomii i radioterapii. Wykazano, że spośród 75 uczestniczek badania, u 30 z nich, u których w trakcie leczenia zastosowano promieniowanie ruchomość i siła ramienia oraz barku znacznie zmalały. Autorzy wnioskuje, że: “obecne badania wskazują, że

radioterapia jest odpowiedzialna w większości za zmniejszenie zakresu ruchu i siły w stawie barkowym u pacjentek po mastektomii oraz wycięciu węzłów chłonnych pachowych”.

Inne badania dotyczące obserwacji nad długoterminowymi komplikacjami związanymi z zabiegami oszczędzającymi piersz z następową radioterapią pokazują, że około 10% kobiet z drugim lub dalszym stadium zaawansowania raka piersi doświadcza obrzęku, martwicy tkanki tłuszczowej, włóknienia skóry, zmniejszenia zakresu ruchomości ramienia/barku, neuropatii, zapalenia płuc, a także złamania żeber.

Leczenie hormonalne

Decyzja o włączeniu terapii uzupełniającej na parę lat po leczeniu raka piersi zależy od wielu czynników. Istotne jest to czy kobieta jest przed, czy po menopauzie, a także czy guz piersi był receptorowo dodatni, czy ujemny. Jeszcze do niedawna tamoksyfen był lekiem pierwszego wyboru, ale ostatnie wyniki randomizowanych badań wskazują, że inhibitory aromatazy (na przykład letrozol lub anastrozol) mają lepsze działanie przeciwnowotworowe oraz charakteryzują się mniejszą toksycznością w trakcie leczenia pacjentek w okresie pomenopauzalnym, bez przerzutów do węzłów chłonnych i z guzem receptorowo dodatnim [19].

Decyzja o włączeniu leczenia uzupełniającego oraz o tym, jakiego rodzaju będzie to leczenie jest podejmowana zarówno przez onkologa, jak i pacjentkę. Jednakże większość kobiet, których dotknął rak piersi i są zmuszone poddać się rehabilitacji, z dużym prawdopodobieństwem prędzej czy później w trakcie terapii będzie zażywać tamoksyfen lub jeden z inhibitorów aromatazy. Istotne jest zatem zrozumienie, jakie skutki uboczne niesie ze sobą stosowanie tych leków. Przyjmowanie tamoksyfenu wiąże się między innymi ze zmianą apetytu i masy ciała, zmniejszonym libido, uczuciem zmęczenia, zawrotami głowy, nudnościami i wymiotami, zmianami nastroju, czy też z pojawieniem się problemów okulistycznych oraz zwiększonym ryzykiem ujawnienia się raka wtórnego. Do skutków ubocznych zażywania inhibitorów aromatazy należą między innymi ubytek masy kostnej, dyspareunia, uderzenia gorąca, bóle mięśni i stawów, bóle głowy czy też suchość pochwy [20].

Definicja rehabilitacji i jej cele

Dla większości ludzi z pewnym stopniem niepełnosprawności rehabilitacja jest niezbędna by być w stanie podjąć edukację, kontynuować pracę, by w pełni uczestniczyć w

życiu społecznym. Rozpoczęcie rehabilitacji jest dobrowolne, niektórzy pacjenci wymagają jednak wsparcia w procesie podejmowania decyzji dotyczącej wyboru metody rehabilitacji.

Artykuł 26 o Rewalidacji i Rehabilitacji z *Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych* [21] Organizacji Narodów Zjednoczonych mówi o: „*podjęciu skutecznych i stosownych działań, w tym poprzez organizacje samopomocowe, zmierzające do umożliwienia osobom niepełnosprawnym osiągnięcia i utrzymania jak największej samodzielności, zdolności fizycznej, intelektualnej, społecznej i zawodowej oraz pełnej integracji i uczestnictwa we wszystkich aspektach życia społecznego*”.

Rehabilitacja powinna być wdrażana na jak najwcześniejszym etapie i powinna opierać się na wielodyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i mocnych stron.

Jest to postępowanie niezwykle istotne dla pacjentek z nowotworem piersi. Jak już wspomniano wskaźnik 5- letniego przeżycia jest dla tej grupy bardzo korzystny, co oznacza, że pacjentka taka ma przed sobą szansę na wiele lat życia i należy zaproponować jej metodę rehabilitacyjną, dzięki której przeżyje je w jak najlepszym stanie zdrowia. Jak już wspomniano, leczenie nowotworu piersi jest leczeniem skojarzonym. Jest to terapia skuteczna, lecz niestety jednocześnie niesamowicie agresywna. Niesie ze sobą konsekwencje w postaci skutków ubocznych zarówno natychmiastowych, jak i odległych. Ma to wpływ na zmniejszenie sprawności pacjentki, może opóźniać powrót do wykonywania codziennych czynności życiowych, a także podjęcia pracy [22], co może rzutować na kwestie ekonomiczne. Badania wykazują [23], że u około 60% pacjentek w trakcie lub po leczeniu wystąpi upośledzenie funkcjonowania w co najmniej jednej sferze. Na podkreślenie istotności procesu rehabilitacji można przytoczyć badanie „Functional Limitations in Elderly Female Cancer Survivors” [24]. W badaniu tym wykazano, że pacjentki z dodatnim wywiadem w kierunku raka piersi doświadczają upośledzenia funkcjonowania fizycznego w stosunku do swych rówieśniczek, które nigdy nie cierpiały na chorobę nowotworową.

Kiedy należy rozpocząć rehabilitację?

Rehabilitacja u kobiet z rozpoznanym rakiem piersi rozpoczyna się już przed operacją i jest kontynuowana przez pewien czas po zakończonym leczeniu. Zabiegi fizjoterapeutyczne i rehabilitacja psychiczna powinny być odpowiednio dobrane do etapu leczenia. Program kompleksowej rehabilitacji obejmuje następujące etapy [25,41]:

- Rehabilitacja psychofizyczna w trakcie pobytu w szpitalu (10-15 dni)
- Rehabilitacja ambulatoryjna po wypisie ze szpitala (7-8 tygodni)

- Specjalne zabiegi stosowane w razie wystąpienia powikłań pooperacyjnych (wady postawy i obrzęki limfatyczne)
- Utrwalenie uzyskanych efektów.

Rehabilitacja w czasie pobytu w szpitalu

Rehabilitacja w okresie pobytu pacjentki w szpitalu ma na celu zapewnienie komfortu psychicznego i fizycznego przed zabiegiem chirurgicznym, a także po zabiegu w celu uniknięcia powikłań pooperacyjnych. W okresie przedoperacyjnym chora powinna zostać poinformowana o planowanym programie rehabilitacji. Usprawnianie rozpoczyna się już w pierwszej dobie po zabiegu. Rehabilitacja w tym okresie ma za zadanie poprawę sprawności fizycznej pacjentki. Początkowo ćwiczenia wykonywane są w pozycji leżącej w łóżku chorej, w drugiej dobie można już rozpocząć ćwiczenia grupowe z użyciem przyborów ułatwiających poruszanie ręką. Także w tym okresie ubytek piersi maskuje się tymczasową protezą, co jest ważnym elementem psychoterapii. Przed opuszczeniem szpitala pacjentka powinna zostać poinformowana o istniejących możliwościach późniejszego protezowania piersi. Proteza powinna być dobrana indywidualnie dla każdej kobiety. Jej właściwe dopasowanie zapobiega wadom postawy i stanowi profilaktykę przeciwobrzękową.

Okres ambulatoryjny

Po wyjściu ze szpitala pacjentki powinny kontynuować ćwiczenia w specjalnie przeznaczonych do tego przychodniach i ośrodkach, zajmujących się rehabilitacją kobiet po mastektomii. W programie rehabilitacji ambulatoryjnej stosuje się [26,27,41]: kinezyterapię grupową lub indywidualną, która polega na dynamicznej pracy mięśni (podstawowe ćwiczenia gimnastyczne i trening wytrzymałościowy), fizykoterapię, wybrane formy masażu klasycznego usprawniające przepływ limfy i krążenie żyłne, różne rodzaje masażu aparaturowego, na przykład masaż wibracyjny i aquavibron oraz psychoterapię grupową.

Rodzaje rehabilitacji

Rehabilitacja onkologiczna pacjentek z nowotworem piersi, jak każda rehabilitacja, skupia się przede wszystkim na poprawie fizycznego funkcjonowania, nie zaniedbuje jednak pozostałych aspektów życia, do jakich należy psychika i funkcjonowanie socjoekonomiczne.

Jej nadrzędnym celem jest ograniczenie następstw choroby, a także zapobieganie i minimalizacja skutków ubocznych terapii.

Rehabilitacja fizyczna

Wśród fizycznych następstw choroby i leczenia wymienia się: brak piersi lub zmiany w jej wyglądzie, ograniczenie ruchomości w stawach obręczy kończyny górnej, zmniejszenie siły mięśniowej kończyny po operowanej stronie, wtórny obrzęk limfatyczny, wady postawy. Te ostanie stanowią znaczące powikłanie u kobiet posiadających duży biust. Po leczeniu chirurgicznym może wystąpić uniesienie lub obniżenie barku, odstawanie łopatki czy boczne skrzywienie kręgosłupa [28,29]. Cele rehabilitacji fizycznej pacjentek po mastektomii są następujące:

- zwiększenie ruchomości w stawie barkowym po operowanej stronie
- zwiększenie siły mięśniowej kończyny górnej po operowanej stronie
- prewencja zastoju limfy w kończynie i działania mające na celu wspomaganie wytworzenia obocznego krążenia limfatycznego
- kontrola obrzęku limfatycznego
- korekcja wad postawy po wykonaniu amputacji piersi

Szacuje się, że u około 34% kobiet rozwinię się w pewnym stopniu obrzęk limfatyczny kończyny górnej [30]. Celem fizjoterapii jest zmniejszenie rozmiaru obrzęku, odprowadzenie nadmiaru chłonki, pobudzenie tworzenia krążenia obocznego, profilaktyka czynnościowych następstw obrzęku (zapobieganie wadom postawy), zachowanie właściwego zakresu ruchu w stawach oraz napięcia i siły mięśni w rehabilitowanej kończynie [31]. Przed wdrożeniem jakiegokolwiek terapii należy ocenić stopień sprawności kończyny dotkniętej obrzękiem. W tym celu można zastosować skalę Kułakowskiego i Miki [32]. Pozwala ona ocenić zakres ruchu w stawie barkowym w różnych płaszczyznach i kierunkach, siłę mięśniową oraz nasilenie obrzęku. Każda pacjentka powinna być zapoznana z profilaktyką przeciwobrzękową, w ramach której (pacjentki) uczą się techniki samomasażu w celu poprawy przepływu limfy, zaleca się im wysokie ułożenie górnej kończyny w trakcie snu i odpoczynku.

Rehabilitacja pacjentek z rozwiniętym obrzękiem limfatycznym wymaga skomplikowanych technik. W leczeniu stosuje się techniki wykorzystujące siłę grawitacji, a także wspomagające działanie pompy mięśniowej stymulującej naturalny odpływ chłonki.

Podstawą terapii jest zintegrowanie kinezyterapii z odpowiednimi technikami masażu, takimi jak: przerywana kompresja pneumatyczna, stymulacja komputerowa, manualny drenaż chłonny z bandażowaniem lub bez, masaż aparatem AquaVibron (AV), masaż wirowy [33]. Kolejnym, niezbędnym, etapem jest włączenie do użytku rękawów uciskowych. Rękaw taki ma specjalnie dobraną kompresję, która wywiera ucisk zmniejszający się ośrodkowo.

Obecnie za najbardziej skuteczną terapię obrzęku uważa się Kompleksową Fizyczną Terapię CDPT (*Complex Decongestive Physical Therapy*). Pierwszą z jej części składowych jest faza intensywna. Jej celem jest maksymalne zmniejszenie obrzęku kończyny. W tym celu stosuje się manualny drenaż limfatyczny. Jest to procedura wymagająca dużego doświadczenia i wprawy, powinna być wykonywana jedynie przez wysoko wykwalifikowany personel ze względu na możliwość uszkodzenia naczyń chłonnych, co może skutkować stanem zapalnym naczyń lub nawet powiększeniem obrzęku. By technika ta była w pełni skuteczna, a jej efekty utrzymywały się, łączy się ją ze następnym elementem terapii, fazą podtrzymującą: samo-masażem, właściwą techniką bandażowania i ćwiczeniami relaksacyjnymi i rozluźniającymi.

Podczas stosowania terapii przeciwnowotworowej pacjentkom zaleca się ćwiczenia ogólnorozwojowe o charakterze aerobowym i ogólnorozwojowym. Pacjentki wykonujące takie ćwiczenia osiągają poprawę stanu psychicznego, zmniejsza się odczuwane przez nie zmęczenie, poprawie ulega wydolność krążeniowo-oddechowa [34]. Zapobiega to ubytkowi masy mięśniowej, jak i zmniejsza procentową zawartość tłuszczu. Rehabilitacja taka znacząco podnosi poziom zadowolenia z jakości życia [35].

Wybór odpowiedniej protezy ma ogromne znaczenie w zabiegach rekonstrukcyjnych piersi. Proteza powinna być dostosowana do zdrowych piersi pod względem masy, wielkości, kształtu i koloru. Ma to ogromne znaczenie dla kobiety pod względem estetycznym, jak i również zapobiega zmianom w statyce tułowia, skrzywieniom kręgosłupa [36,37].

Jak w każdej terapii, ważna jest systematyczność. Pacjentkom zaleca się wykonywanie wyuczonych technik i ćwiczeń zarówno w warunkach domowych, jak i ambulatoryjnych.

Rehabilitacja psychologiczna

Nie powinno się zapominać o drugiej, integralnej składowej człowieka, jaką jest psychika. Rehabilitacja nie powinna skupiać się jedynie na aspekcie fizjoterapeutycznym, powinna prezentować holistyczne podejście do zdrowia i dobrostanu pacjentki. Terapia psychologiczna powinna być zaproponowana równolegle do postawienia diagnozy

nowotworu, jak najwcześniej, by osiągnąć jak najlepsze efekty [38]. Badania wykazują [39], że terapia ta skutecznie zmniejsza stres emocjonalny i niepokój związany z chorobą, jeśli trwa przynajmniej 12 miesięcy. Sam fakt usłyszenia diagnozy: rak piersi - może spowodować u pacjentki szereg psychologicznych konsekwencji. Medyczny termin „nowotwór” niesie ze sobą negatywne skojarzenia, takie jak cierpienie, ból, strach przed śmiercią. Rolą psychorehabilitacji jest zapewnienie pacjentce wsparcia zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego [40,41]. Ciężar wsparcia zewnętrznego spoczywa również na bliskich chorej. Obejmuje ono te wszystkie czynności, które definiuje się jako empatię: umiejętnie słuchanie, przyjazne podejście, współczucie. Pod pojęciem wsparcia wewnętrznego rozumie się proces wzmacniania tak zwanej „wewnętrznej siły”, która jest niezbędna pacjentce, by poradzić sobie w obliczu tak trudnej diagnozy. Kobiety cierpiące na chorobą nowotworową mogą również poszukiwać pomocy w grupach wsparcia kobiet dotkniętych tym samym problemem. W Polsce jest to Stowarzyszenie Amazonek. Poprzez kontakt z taką grupą pacjentka osiąga lepsze zrozumienie swojej choroby, uczy się nowych wzorców postępowania związanych z radzeniem sobie z chorobą. Ma wgląd w życie innych kobiet walczących z nowotworem, którym udało się zaakceptować własny stan, a w rezultacie prowadzić normalne życie. Ułatwia to pacjentce podejmowanie decyzji, a przede wszystkim znalezienie w sobie motywacji do walki i odzyskania zdrowia, by osiągnąć jak najwyższą jakość życia [42].

Obecnie za najbardziej skuteczną metodę psychoterapii uważa się terapię poznawczo-behawioralną [44]. Terapia ta składa się z sesji grupowych, podczas których uczestniczki uczą się różnych behawioralnych technik radzenia sobie ze stresem, takich jak między innymi restrukturyzacja poznawcza, kontrola własnych myśli. Podczas terapii pacjentki nabywają wiedzę i umiejętności z zakresu skutecznej komunikacji, technik relaksacyjnych, a także w zakresie ustalania i realizacji własnych celów. Efektem jest zmniejszenie stresu, niepokoju związanego z nowotworem, częstotliwości myśli o cierpieniu [44,45].

Werbalizacja uczuć i emocji w stresujących i trudnych sytuacjach niesie ze sobą wiele korzyści zarówno na płaszczyźnie somatycznej, jak i psychicznej. Wielu kobietom jest jednak trudno wyrażać swoje emocje, pomimo oczywistej potrzeby rozmowy trudno im przełamać różne bariery społeczne lub nie mają osoby, której mogą się zwierzyć. Dla tej grupy z pomocą przychodzi terapia ekspresyjna [46,47]. Pacjentki są zachęcane do zapisywania swoich uczuć w celu złagodzenia uczucia stresu.

Terapię należy dobrać indywidualnie dla każdej pacjentki, by w jak najwyższym stopniu realizowała jej potrzeby, niezależnie czy będzie to terapia grupowa, czy indywidualna. Według psychologów pacjentki, które stosowały psychoterapię, uczącą ich

radzenia sobie ze stresem, poszerzającą ich wiedzę, lepiej radzą sobie w obliczu choroby niż pacjentki, które nie podjęły takich działań. Prezentują nie tylko niższy stopień niepokoju, ale także korzystniej postrzegają własne ciało, czy lepiej funkcjonują w sferze seksualnej. Są one bardziej zadowolone z oferowanych usług medycznych oraz chętniej współpracują z lekarzem [48].

Wsparcie psychologiczne również jest istotne w okresie pooperacyjnym. Pacjentki po mastektomii mogą zabieg ten odbierać jako uszkodzenie ciała. Mają poczucie deformacji ciała, co skutkuje poczuciem obniżenia własnej wartości. Niejako tracą atrybut kobiecości, definiujący ich seksualność. Mogą wystąpić u nich problemy z tożsamością płciową, poczucie utraty wpływu na własny los [31]. Również i w tym przypadku należy zaproponować pacjentce odpowiednio dobraną psychoterapię, a wykonanie operacji odtwórczej stanowi zlikwidowanie wyjściowej przyczyny złego stanu psychicznego.

Celem każdej rehabilitacji psychologicznej, niezależnie od momentu jej wdrożenia jest umocnienie u pacjentki chęci do życia i działania, wzmocnienie poczucia własnej wartości i godności.

Rehabilitacja socjoekonomiczna

Choroby przewlekłe, szczególnie rak piersi, silnie wpływają na strefę emocjonalną pacjentek i stawiają je przed wieloma wyzwaniem o charakterze społecznym. W konsekwencji często prowadzi to do zasadniczych zmian w zachowaniu i dotychczasowej sytuacji życiowej kobiety. Zdarza się, że chore całkowicie lub częściowo rezygnują z pełnionych wcześniej ról społecznych, zawodowych, rodzinnych i towarzyskich.

Choroba może prowadzić do ograniczenia lub zupełnej utraty kontaktu ze światem zewnętrznym, a ponadto zmienia spostrzeżenia chorej na temat tego, jak jest odbierana przez innych ludzi. Kobiety zaczynają nadmiernie skupiać uwagę na swoim wyglądzie, nie potrafią przestać myśleć o bólu, dolegliwościach i defektach ciała. Całe życie zaczyna obracać się wokół ich zdrowia i ciała. Pacjentki mają problem z podejmowaniem różnych działań związanych z edukacją czy pracą. Zamykają się coraz bardziej we własnych doznaniach i cierpieniach [47,48, 49].

Konsekwencje choroby nowotworowej wpływają na różne sfery życia społecznego i mogą prowadzić do licznych zakłóceń w ich obrębie. Zdarza się, że pacjentki izolują się, rezygnują z aktywności zawodowej, osłabiają lub urywają kontakty społeczne, a także porzucają życiowe plany i aspiracje. Jeśli do tego dojdzie, z czasem liczba osób, z którymi

chora miała kontakt znacznie maleje lub ogranicza się jedynie do najbliższej rodziny. Kobiety zaczynają żyć w zupełnej samotności, często świadomie podejmują taką decyzję ze względu na poczucie niepełnosprawności. Te pacjentki, które zaakceptowały swoje ciało radzą sobie w życiu znacznie lepiej, podczas gdy kobiety spostrzegające swoje ciało jako niesprawne popadają w depresję. Brak wsparcia ze strony rodziny doprowadza do poczucia frustracji, beznadziei i niskiej samooceny. Prowadzi to do zniechęcenia, braku współpracy z personelem medycznym, obojętności w stosunku do własnego losu i braku woli walki z przeciwnościami wywołanymi przez chorobę [49,50].

W sytuacji przewlekłej choroby i wynikającej z niej niepełnosprawności pacjentek lekarze oraz pielęgniarki mają do spełnienia bardzo ważną rolę. Ich zadaniem jest dostarczanie chorym wsparcia społecznego, które powinno przejawiać się właściwą opieką, budowaniem zaufania i szacunkiem. Wartości te są bardzo ważnymi składnikami wsparcia emocjonalnego. Personel medyczny powinien dostarczać kobietom niezbędnych informacji i porad dotyczących walki z chorobą. Nieocenionym wsparciem jest budowanie u chorych poczucia akceptacji, zrozumienia i chęci do życia [51,52].

Wsparcie społeczne jest specyficzną formą pomocy, która umożliwia przezwyciężenie problemów i pojawiających się konfliktów. Pomoc ta buduje pewność siebie, mobilizuje do działania i samodzielnego pokonywania trudności przez pacjentki. Rehabilitacja społeczna jest opisywana jako pozytywny impuls zwiększający naturalną odporność na stres poprzez interakcje z innymi ludźmi.

Obecny postęp technologiczny daje duże możliwości w zakresie udzielania pomocy psychologicznej. W Polsce istnieją różne internetowe portale mające na celu wspieranie kobiet chorujących na raka piersi. Internet pozwala na szybki kontakt i dotarcie do większej liczby pacjentek. Należy jednak pamiętać, że taka forma komunikacji nigdy nie zastąpi rzeczywistego kontaktu. Niemniej jednak jest to bardzo pomocna forma wsparcia w kryzysowych sytuacjach. Ułatwia zdobywanie i wymianę informacji na temat choroby i metod leczenia, a także umożliwia nawiązywanie nowych kontaktów towarzyskich i wyrażanie emocji pomiędzy kobietami, których dotknęło to samo nieszczęście [43].

Podsumowanie

Leczenie raka piersi jest ogromnym wyzwaniem dla chorych kobiet. Muszą one stawić czoło licznym skutkom ubocznym, które odciskają swoje piętno zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej pacjentek. Rehabilitacja stanowi integralną część leczenia i ma na

celu jest polepszenie komfortu życia chorych. Jej najcenniejszym elementem jest zbudowanie u kobiet poczucia własnej wartości, które zagwarantuje im jak najszybszy powrót do normalnego życia.

Piśmiennictwo

1. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., et al: GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 06/02/2016, data pobrania 7.03.2016.
2. SEER Stat Fact Sheets: Female Breast Cancer, U.S. National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology, and End Result Program, available from: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>, data pobrania 7.03.2016.
3. Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2013 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa, 2015.
4. Breast Cancer: prevention and control“, World Health Organization, available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>, data pobrania 7.03.2016.
5. Chilson T., Chan F., Lonser F., et al.: Seroma prevention after modified radical mastectomy. *Am. Surg.*, 1992, 58, 750–754.
6. Haid A., Koberle-Wuhrer R., Knauer M., et al.: Morbidity of breast cancer patients following complete axillary dissection or sentinel node biopsy only: a comparative evaluation. *Breast Cancer Res Treat.*, 2002, 73, 31–36.
7. Rietman J.S., Dijkstra P.U., Geertzen J.H.B. et al.: Treatment-related upper limb morbidity 1 year after sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection for stage I or II breast cancer. *Ann. Surg. Oncol.*, 2004, 11, 1018–1024.
8. Rietman J.S., Geertzen J.H.B., Hoekstra H.J., et al.: Long term treatment related upper limb morbidity and quality of life after sentinel lymph node biopsy for stage I and II breast cancer. *Eur. J. Surg. Oncol.*, 2006, 32, 148–152.
9. Ronka R., von Smitten K., Tasmuth T., et al.: One-year morbidity after sentinel node biopsy and breast surgery. *Breast*, 2005, 14, 28–36.
10. Schulze T., Mucke J., Markwardt J., et al.: Long-term morbidity of patients with early

- breast cancer after sentinel lymph node biopsy compared to axillary lymph node dissection. *J. Surg. Oncol.*, 2006, 93, 109–119.
11. Canavese G., Catturich A., Vecchio C., et al.: Prognostic role of lymph-node level involvement in patients undergoing axillary dissection for breast cancer. *Eur. J. Surg. Oncol.*, 1998, 24, 104–109.
 12. Jatoi I., Hilsenbeck S.G., Clark G.M., et al.: Significance of axillary lymph node metastasis in primary breast cancer. *J. Clin. Oncol.*, 1999, 17, 2334–2340.
 13. Canavese G., Catturich A., Vecchio C., et al.: Prognostic role of lymph node level involvement in patients undergoing axillary dissection for breast cancer. *Eur. J. Surg. Oncol.*, 1998, 24, 104–109.
 14. Crompvoets S.: Comfort, control, or conformity: women who choose breast reconstruction following mastectomy. *Health Care Women Int.*, 2006, 27, 75–93.
 15. Futter C.M., Webster M.H.C., Hagen S., et al.: A retrospective comparison of abdominal muscle strength following breast reconstruction with a free TRAM and DIEP flap. *Br. J. Plast. Surg.*, 2000, 53, 578–583.
 16. Makino H.: Treatment and care of neurotoxicity from taxane anticancer agents. *Breast. Cancer*, 2004, 11, 100–104.
 17. Orzano J.A., Swain S.A.: Concepts and clinical trials of dose-dense chemotherapy for breast cancer. *Clin. Breast Cancer.*, 2005, 6, 402–411.
 18. Blomqvist L., Stark B., Engler N., et al.: Evaluation of arm and shoulder mobility and strength after modified radical mastectomy and radiotherapy. *Acta Oncol.*, 2004, 43, 280–283.
 19. Ranger GS. Current concepts in the endocrine therapy of breast cancer: tamoxifen and aromatase inhibitors. *J. Clin. Pharm. Ther.*, 2005, 30, 313–317.
 20. Silver J.K.: Rehabilitation in Women with Breast Cancer. *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.*, 2007, 18, 521–537.
 21. Convention on the Rights of the Persons with Disabilities United Nations 2006. Polsce tekst Konwencji opublikowany w Dz. U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169.
 22. Silver J.K., Gilchrist L.S.: Cancer rehabilitation with a focus on evidence-based outpatient physical and occupational therapy interventions. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.*, 2011, 90, (5 Suppl 1), S5-15.
 23. Schmitz K.H., Speck R.M., Rye S.A., et al.: Prevalence of breast cancer treatment sequelae over 6 years of follow-up: the Pulling Through Study. *Cancer*, 2012, 118, 8 Suppl), 2217-2225.

24. Sweeny C., Schmitz K.H., Lazovich D., et al.: Functional limitations in elderly female cancer survivors. *J. Natl. Cancer. Inst.*, 2006, 98, 521–529.
25. Czerwińska J.: Rehabilitacja uzdrowiskowa po mastektomii. *Mag. Pielęg. Poł.*, 1999, 11, 19-20.
26. Kalinowski P., Krawulska A.: Rola fizjoterapii po mastektomii w opinii pacjentek. *MONZ*, 2012, 18, 4, 291-296.
27. Jassem J.: Rak sutka. Springer PWN, Warszawa, 1998.
28. Surowiec M.: Rehabilitacja po mastektomii. *Mag. Pielęg. Poł.*, 1997, 3, 21-22.
29. Taradaj J.: Pielęgnacja i rehabilitacja chorych z obrzękiem chłonnym po amputacji piersi [w:] *Rehabilitacja w pielęgniarstwie*, Kurpas D, Kossolik K (red.). Continuo, Wrocław, 2010, 148-156.
30. Lee T.S., Kilbreath S.L., Refshauge K.M.: Prognosis of the upper limb following surgery and radiation for breast cancer. *Breast. Cancer Res. Treat.*, 2008, 110, 19-37.
31. Tchórzewska-Korba H.: Fizjoterapia w leczeniu chorych na raka piersi [w:] *Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie*. Szukiewicz D. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, 2012, 160-69.
32. Kułakowski A., Mika K.: Usefulness of the objective determining the efficiency of the upper limb for the evaluation of the rehabilitation results after mastectomy. *Cancers*, 1983, 33, 4, 341-346.
33. Vignes S., Porcher R., Arrault M., Dupuy A.: Long-term management of breast cancer-related lymphedema after intensive decongestive physiotherapy. *Breast Cancer Res. Treat.*, 2007, 101, 3, 285-290.
34. Ohira T., Schmitz K.H., Ahmed R.L., Yee D.: Effects of weight training on quality of life in recent breast cancer survivors: the weight training for breast cancer survivors (WTBS) study. *Cancer*, 2006, 106, 9, 2076-2083.
35. Milne H.M., Wallman K.E., Gordon S., Courneya K.S.: Effects of a combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res. Treat.*, 2008, 108, 2, 279-288.
36. Mikołajewska E.: *Fizjoterapia po mastektomii*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
37. Mika K.A.: *Po odjęciu piersi*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
38. Vos P.J., Visser A.P., Garssen B., et al.: Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Educ. Couns.*, 2006, 60, 2, 212-219.

39. Andersen B.L., Farrar W.B., Golden-Kreutz D., et al.: Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain Behav. Immun.*, 2007, 21, 7, 953-961.
40. De Walden-Gałuszko K.: *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000, 379-400.
41. De Walden-Gałuszko K.: U kresu: opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. MAK-media, Gdańsk, 1996.
42. Adamczak M.: Idea i realizacja wzajemnej pomocy przez stowarzyszenie kobiet po mastektomii. *Psychoonkologia*, 2000, 1, 95-98.
43. Kamusińska E., Ciosek M., Karwat I.: The importance of rehabilitation in the treatment of breast cancer. *Studia Medyczne*, 2014, 30, 3, 214-220.
44. Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR, et al.: Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163, 10, 1791-1797.
45. Kissane D.W., Bloch S., Smith G.C., et al.: Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, 2003, 12, 6, 532-546.
46. Syrek E.: *Jakość życia w chorobie*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2001.
47. Sęk H.: *Spółeczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa, 1998.
48. Chojnacka-Szawłowska G.: Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania [w:] *Psychoonkologia*, De Walden-Gałuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2006, 55-69.
49. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek-Mróż K, Malicka I.: Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad. Lek.*, 2004, 5-6, 212-216.
50. Derbis J.: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, Gemini, Poznań, 1994.
51. Steciwko A, Rutkowski B, Domagała J.: *Problemy psychologiczne u pacjentów przewlekle chorych*. MAK-media, Gdańsk, 1998.
52. Sheridan C.L., Radmacher S.A.: *Psychologia zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa, 1998, 140-160.

Ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych

Franek Grażyna¹, Miodońska Elżbieta², Leszczyńska Katarzyna¹, Nowak-Kapusta Zofia¹,
Irzyniec Tomasz¹

1. Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Oddział Medycyny Paliatywnej Beskidzkie Centrum Onkologii Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej

Wstęp

Choroba nowotworowa, potocznie zwana "rakiem", jest obecnie zaliczana do najbardziej rozpowszechnionych chorób świata i przyczynia się wciąż do ogromnej liczby zgonów wśród ludzi w każdym wieku. Obok schorzeń układu krążeniowego, oddechowego, otyłości, cukrzycy, alergii, chorób zakaźnych zyskała miano choroby cywilizacyjnej XXI wieku. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) alarmuje, że w 2025 r. liczba przypadków tej choroby wzrośnie z 14 mln do 19 mln rocznie, w 2030 – do 22 mln, a w 2035 – aż do 24 mln – według World Cancer Report 2014 [1,2].

Ze względu na ogromną umieralność, współczesne wyobrażenie na temat "raka" jest jednoznaczne ze śmiercią. Długotrwałe, bolesne, niepewne leczenie niesie ze sobą bezradność, poczucie winy, izolację społeczną i wiele innych sceptycznych odczuć. Silnie destrukcyjne emocje, jakie towarzyszą diagnozowaniu, rozpoznaniu, a w późniejszym czasie leczeniu tej choroby, najczęściej prowadzą również do depresji [1,2,3].

Warto przytoczyć teorię dr Elizabeth Kubler-Ross, która przedstawia reakcję psychiczną pacjenta postawionego w obliczu nieuleczalnej choroby. Diagnoza nowotworu złośliwego, nierzadko kojarzona i równoznaczna dla wielu chorych ze śmiercią, początkowo wywołuje najczęściej uczucia niedowierzania, a człowiek postawiony w tak szokującej sytuacji neguje przedstawione fakty, mimo zapewnień lekarza, że choroba została potwierdzona i należy zaplanować kompleksowe, wieloetapowe leczenie [4].

Nużąca często powszechność i monotonia dnia codziennego powoduje, że przeogromne zmiany pojawiają się zarówno w obszarze życia osobistego, jak i zawodowego pacjenta, wpływając druzgocąco na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie [5], czego dowodem mogą być słowa profesora Jacka Łuczaka "...Choroba

nowotworowa obejmuje cały obszar osobowości, dotyczy wielorakich odczuć całej osoby ludzkiej zarówno somy, obszaru psychosocjalnego, jak i duchowego..." [6].

Założenia i cel pracy

Celem pracy jest ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych. Badaniu poddano grupę osób przebywających w Oddziale Medycyny Paliatywnej, które są w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu.

W odniesieniu do problemu głównego sformułowano następujące problemy szczegółowe:

- **Problem 1:** Jaka jest częstotliwość występowania objawów depresji u pacjentów w trakcie leczenia w Oddziale Chemioterapii?
- **Problem 2:** Jaka jest częstotliwość występowania objawów depresji u pacjentów po zakończonym leczeniu w Oddziale Medycyny Paliatywnej?
- **Problem 3:** Jakie czynniki społeczno-demograficzne wpływają na poziom depresji u pacjentów onkologicznych?

Materiał i metody

Narzędziami wykorzystanymi do rozwiązania sformułowanego problemu badawczego okazały się w przypadku tej pracy kwestionariusz ankiety własnego opracowania oraz Skala Depresji Becka. Badania przeprowadzono wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego techniką ankietową. Badania ankietowe miały charakter dobrowolny i anonimowy, a pacjenci zostali poinformowani o celu przeprowadzanych badań.

W pracy celem opracowania wyników badań posłużono się pomiarem niestabilności pomiędzy dwiema zmiennymi, co zobrazowano za pomocą rozkładu t-Student. Wykorzystano go do pomiaru równości średnich dla prób niezależnych. Rozkład zmiennej „poziom depresji” w każdej podgrupie jest zgodny z rozkładem normalnym ($p > 0,05$, istotność). Uznaje się, że różnica między grupami jest istotna statystycznie, jeśli wartość p nie jest większa niż 0,05 ($p < 0,05$) [7].

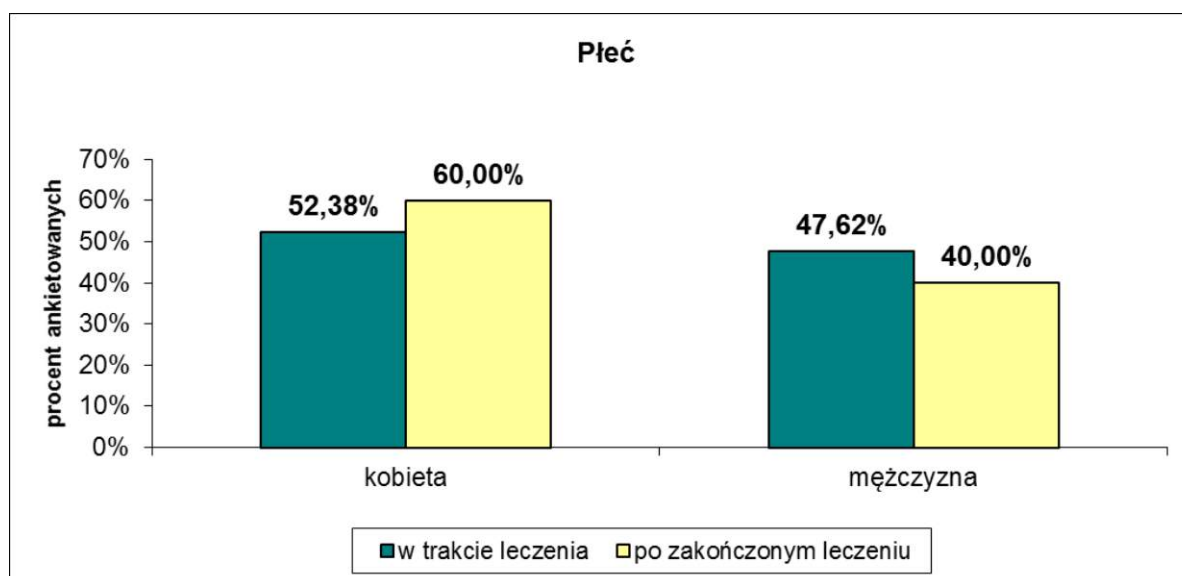
Wykorzystano również współczynnik rang Spearmana do badania zależności pomiędzy dwiema cechami przedstawionymi w szeregu korelacyjnym. Cechy mogą być mierzalne i niemierzalne, ale pozwalają się uporządkować poprzez nadanie im kolejno numerów. Współczynnik rang Spearmana przyjmuje wartość od -1 do +1. Wartość korelacji

bliska -1 świadczy o silnej ujemnej korelacji między danymi cechami. Natomiast, jeśli wartość jest bliska +1 to świadczy to o silnej korelacji dodatniej [7].

Badania przeprowadzono w Beskidzkim Centrum Onkologii - Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej wśród pacjentów Oddziału Chemioterapii i Oddziału Medycyny Paliatywnej. Badania przeprowadzono od marca do czerwca 2015 roku. Badaniem objęto grupę 210 osób, z czego 105 osób było w trakcie leczenia w Oddziale Chemioterapii (50 mężczyzn i 55 kobiet) i 105 osób po zakończonym leczeniu w Oddziale Medycyny Paliatywnej (42 mężczyzn i 63 kobiety) w przedziale wiekowym od 18 do 70 lat.

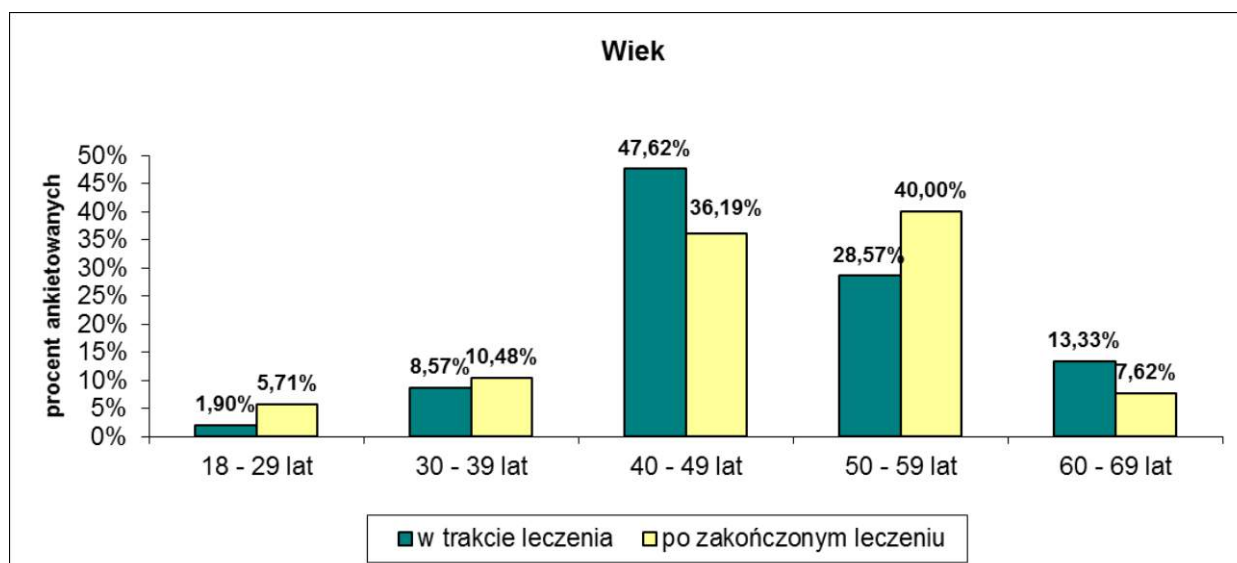
Wyniki

W badaniu wzięło udział 210 osób z rozpoznaną chorobą nowotworową. Kobiety stanowiły 52,38% badanej grupy, a mężczyźni 47,62% badanej populacji w trakcie leczenia. Kobiety po zakończonym leczeniu stanowiły 60%, mężczyźni zaś 40%. Wyniki w formie procentowej przedstawia rycina 1.



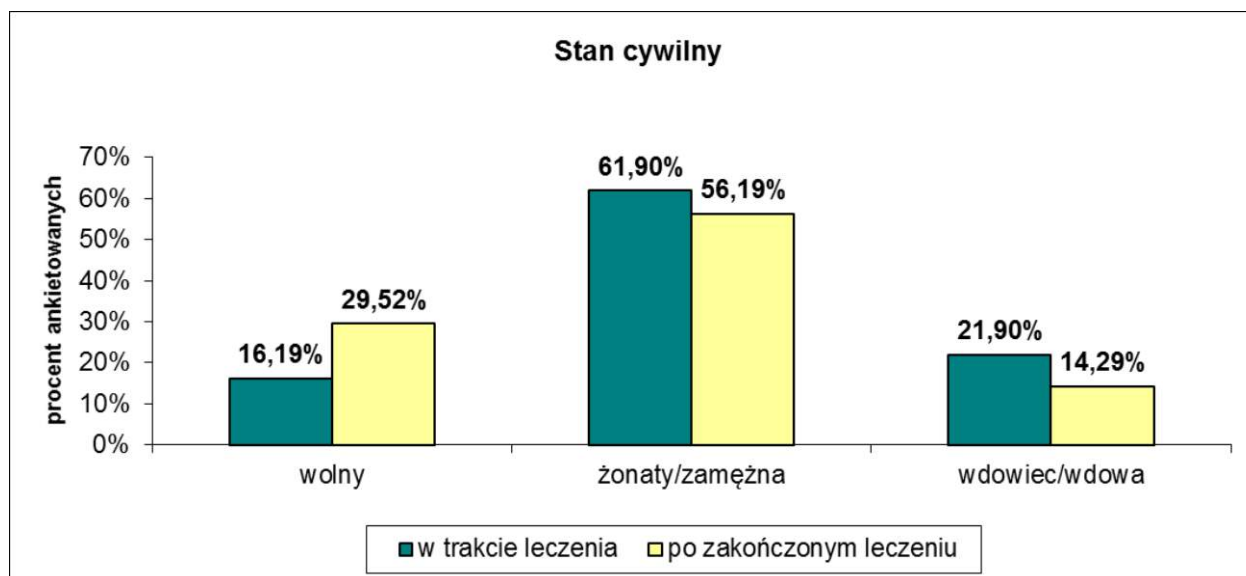
Ryc.1. Płeć badanej grupy

W Oddziale Chemioterapii największą liczbę osób stanowiły osoby między 40.-49. r.ż., a po zakończonym leczeniu w Oddziale Medycyny Paliatywnej między 50.-59. r.ż., co stanowiło 40% grupy badanej. Najmniejszą liczbę respondentów zarówno w trakcie leczenia, jak i po stanowiły osoby między 18.-29. r.ż. Brak respondentów powyżej 70. r.ż. Wyniki przedstawia rycina 2.



Ryc. 2. Wiek badanej grupy

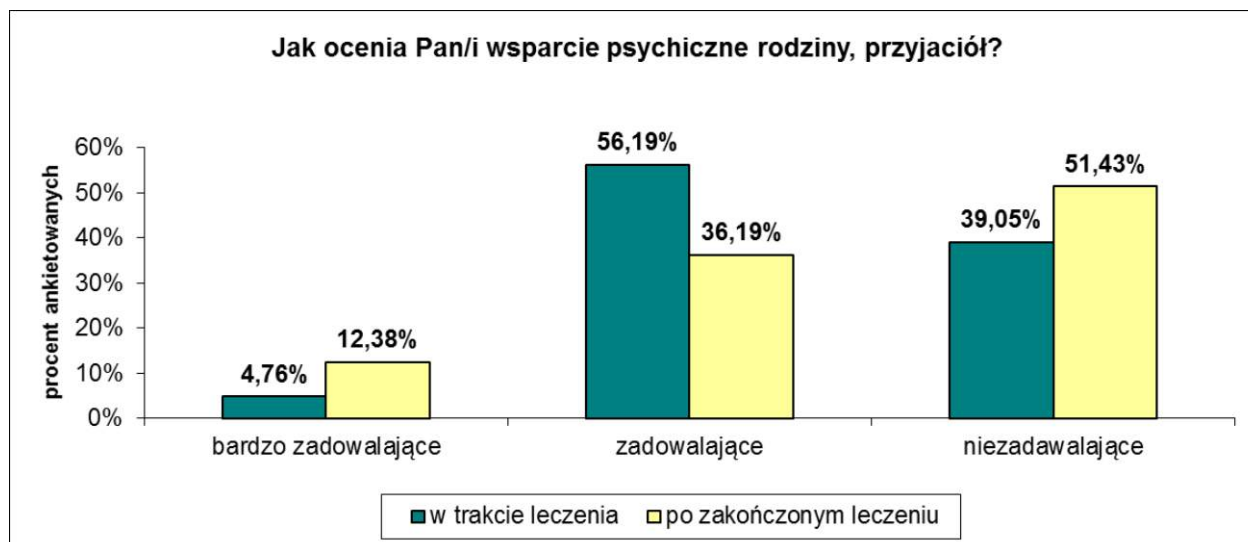
Osoby żonate/zamężne stanowiły dla populacji w trakcie leczenia 61,90%, a po zakończonym leczeniu 56,19%. Stan cywilny wolny deklarowało w Oddziale Chemioterapii 16,19% respondentów, zaś w Oddziale Medycyny Paliatywnej 29,52%. Natomiast wdowy/wdowcy po zakończonym leczeniu 14,29%, a 21,90% w trakcie leczenia. Wyniki przedstawia rycina 3.



Ryc. 3. Stan cywilny badanych

56,19% badanych w trakcie leczenia ocenia wsparcie psychiczne rodziny i przyjaciół w chorobie jako zadowalające. 39,05% nie jest zadowolone ze wsparcia psychicznego

rodziny i przyjaciół. Osoby badane w Oddziale Medycyny Paliatywnej oceniają wsparcie zadowolające tylko w 36,19%, a ponad połowa 51,43% nie jest zadowolona z uzyskiwanego wsparcia. Wyniki przedstawia rycina numer 4.



Ryc. 4. Ocena wsparcia psychicznego udzielana chorym od osób bliskich

Analizę poziomu depresji zbadano za pomocą Kwestionariusza Skali Depresji Becka. Średnia wszystkich zebranych wyników oceny poziomu depresji badanych w trakcie leczenia wyniosła 27,03. Najmniejsza wartość w populacji badanej wyniosła 6 punktów, co świadczy o braku depresji. Największa zaś 48 punktów – ciężka depresja. W populacji po zakończonym leczeniu w Oddziale Medycyny Paliatywnej najmniejsza ilość punktów 14 - poziom łagodny depresji, największa 48 punktów - ciężka depresja. Średnia podliczona z wartości uzyskanych od wszystkich badanych wyniosła 33,30. Wyniki przedstawia tabela I.

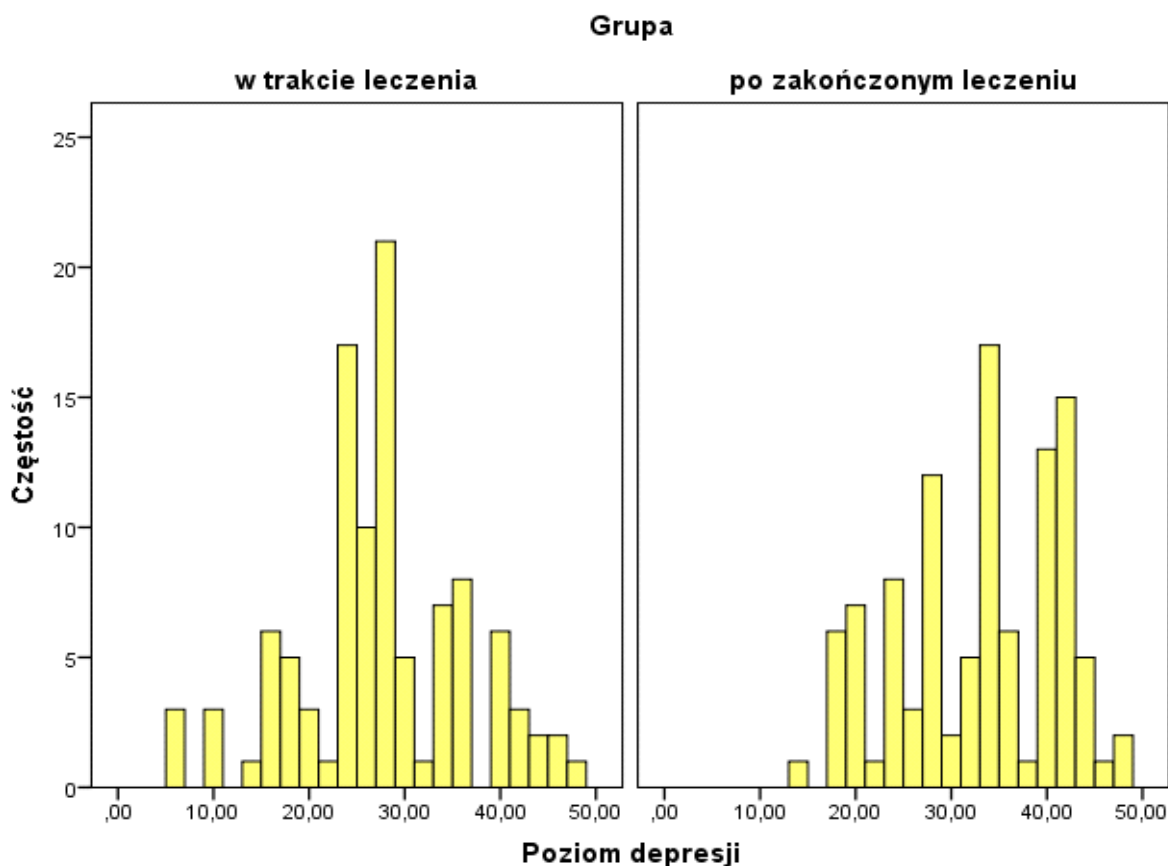
Tab. I. Poziom depresji a etap leczenia

Poziom depresji	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
w trakcie leczenia	105	6	48	27,03	8,86
po zakończonym leczeniu	105	14	48	32,30	8,49

Suma punktów uzyskana w ankiecie świadczy o tym, że najwięcej respondentów po zakończonym leczeniu, jak i w trakcie leczenia wskazuje na ciężki poziom depresji. Spośród ankietowanych w trakcie leczenia 3 osoby uzyskały 6 punktów w Skali Becka, brak takich

respondentów w grupie po zakończonym leczeniu. Najczęściej występująca ilość punktów w trakcie leczenia to 28, uzyskało ją 16 ankietowanych.

U osób po zakończonym leczeniu najmniejsza wartość uzyskanych punktów w Skali Becka to 17, uzyskało ją 6 ankietowanych, 33 punkty były najczęściej występującą sumą punktów uzyskanych w skali Becka- uzyskało ją 16 ankietowanych. Przedstawia to rycina 5.



Ryc. 5. Poziom depresji a etap leczenia

Po wykonaniu obliczeń nie wykryto istotnych statystycznie różnic w poziomie depresji wynikających z płci ankietowanych. Obliczenia wykazały, że poziom depresji zarówno kobiet, jak i mężczyzn w każdej z grup badanych jest na poziomie ciężkiej depresji, a średnia waha się między 27,40 – 35,55. Wyniki przedstawia tabela II.

Wyniki ukazują, że w trakcie leczenia występuje słaba zależność dodatnia między poziomem depresji a wiekiem ($r=0,256$; $p=0,008$), co świadczy o tym, że im starsza osoba, tym większe ryzyko występowania depresji w związku z chorobą nowotworową. Po zakończonym leczeniu korelacja jest nieistotna statystycznie ($r=-0,067$; $p=0,498$). Wyniki przedstawia tabela III.

Tab. II. Płeć badanej grupy a poziom depresji

Poziom depresji		N	Średnia	Odchylenie standardowe
w trakcie leczenia	Kobieta	55	27,40	9,43
	Mężczyzna	50	26,62	8,27
po zakończonym leczeniu	Kobieta	63	30,14	9,01
	mężczyzna	42	35,55	6,49

Tab. III. Współzależność między wiekiem a poziomem depresji

Poziom depresji x Wiek	Współczynnik korelacji	Istotność (dwustronna)
w trakcie leczenia	0,256	0,008
po zakończonym leczeniu	-0,067	0,498

Współzależność pomiędzy oceną wsparcia a poziomem depresji badana była przy użyciu korelacji rang Spearmana. Wyniki wskazują na silną zależność dodatnią pomiędzy poziomem depresji a oceną wsparcia psychicznego uzyskiwaną przez bliskich ($r=0,703$; $p<0,001$) w grupie w trakcie leczenia, co świadczy o tym, że im gorsza ocena wsparcia, tym wyższy wynik poziomu depresji. Po zakończonym leczeniu występuje umiarkowana zależność dodatnia między poziomem depresji a oceną wsparcia psychicznego ($r=0,513$; $p<0,001$), co oznacza, iż im wsparcie jest mniej satysfakcjonujące tym wyższy poziom depresji. Wyniki przedstawia tabela IV.

Tab. IV. Ocena wsparcia a poziom depresji

Poziom depresji x pyt.7	Współczynnik korelacji	Istotność (dwustronna)
w trakcie leczenia	0,703	0,000
po zakończonym leczeniu	0,513	0,000

Współzależność pomiędzy stanem cywilnym a poziomem depresji wykonujemy poprzez analizę wariancji. W trakcie leczenia poziom depresji w grupach osób o różnym stanie cywilnym jest istotny statystycznie ($F(2,102)=49,821$; $p<0,001$).

Istotne różnice występują między parami grup: wolny i żonaty/zamężna ($p<0,001$), żonaty/zamężna i wdowiec/wdowa ($p<0,001$).

Różnica w grupach wolny i wdowiec/wdowa jest nieistotna statystycznie ($p=0,685$).

Po zakończonym leczeniu poziom depresji w grupach osób o różnym stanie cywilnym jest istotna statystycznie ($F(2,102)=39,546$; $p<0,001$).

Istotne różnice występują między parami grup: wolny żonaty/zamężna ($p<0,001$), żonaty/zamężna i wdowiec/wdowa ($p<0,001$).

Różnica w grupach wolny i wdowiec/wdowa jest nieistotna statystycznie ($p=1,000$).

Wyniki, które przedstawiono w tabeli V i VI ukazują, że posiadanie rodziny ma znaczący wpływ na niższy poziom depresji podczas leczenia, jak i po jego zakończeniu, natomiast u osób samotnych poziom depresji jest zdecydowanie wyższy w obu grupach badanych.

Tab. V. Poziom depresji a stan cywilny

Poziom depresji		N	Średnia	Odchylenie standardowe
w trakcie leczenia	Wolny	17	36,29	5,58
	żonaty/zamężna	65	22,20	6,59
	wdowiec/wdowa	23	33,83	6,24
po zakończonym leczeniu	Wolny	31	38,65	4,36
	żonaty/zamężna	59	27,37	7,30
	wdowiec/wdowa	15	38,60	6,34

Tab. VI. Stan cywilny a poziom depresji (analiza wariancji (ANOVA))

Poziom depresji		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
w trakcie leczenia	Między grupami	4 037,68	2	2 018,84	49,821	0,000
	Wewnątrz grup	4 133,23	102	40,52		
	Ogółem	8 170,91	104			
po zakończonym leczeniu	Między grupami	3 275,75	2	1 637,88	39,546	0,000
	Wewnątrz grup	4 224,49	102	41,42		
	Ogółem	7 500,25	104			

Dyskusja

Badania zostały przeprowadzone wśród 210 pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, po 105 respondentów w trakcie leczenia przebywających w Oddziale Chemioterapii oraz Oddziale Medycyny Paliatywnej. Wśród nich najwięcej było kobiet z rakiem piersi. Wykazano, że u osób w trakcie leczenia, jak i w Oddziale Medycyny Paliatywnej występuje ciężki poziom depresji. Wiadomość o chorobie nowotworowej niesie

ze sobą strach, niepokój, gniew, lęk, żal, co w naturalny sposób prowadzi do zaburzeń psychicznych. Powagę problemu unaocniają przeprowadzone badania. Objawy depresji bardzo często są maskowane przez chorobę somatyczną, przez co bardzo trudne do zdiagnozowania. Wpływają niekorzystnie na chorego, jego bliskich i na cały proces leczenia oraz kontakt z personelem medycznym [1,8].

Uzyskane wyniki badań własnych przedstawiają brak statystycznych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, a ich poziomem depresji zarówno u osób w trakcie leczenia, jak i u pacjentów w terminalnej fazie choroby. Podobne wyniki badań uzyskano wśród pacjentów z nowotworem płuc. Autorzy Mess i wsp. za pomocą Skali Samooceny Zunga ukazują, iż kobiety w większym stopniu przejawiały objawy nasilenia depresji niż grupa badanych mężczyzn [9].

Wykazano, że znaczący wpływ na poziom depresji miały wpływ takie czynniki, jak: posiadanie partnera oraz wsparcie psychiczne uzyskane przez bliskich.

Nasilenie objawów depresji było większe u pacjentów samotnych. Kurowska i wsp. [10] wykazała w prowadzonych przez siebie badaniach na temat poczucia koherencji i depresyjności u osób z chorobą nowotworową przy użyciu Kwestionariusza Orientacji Życiowej Arona Antonowsky'ego oraz Skali Depresji Becka, że wiek, stan cywilny oraz zatrudnienie nie różnicują stopnia depresji.

Wartość wsparcia psychicznego jest nieoceniona, każdy z nas, przede wszystkim w sytuacji zagrożenia, potrzebuje wsparcia, czy to ze strony najbliższej rodziny, współmałżonka, czy przyjaciół. Świadomość, że jest ktoś obok stanowi niejako swoisty bufor wobec negatywnych oddziaływań sytuacji stresowych. Według odpowiedzi uzyskanych przez recenzentów, im gorsza ocena wsparcia, tym wyższy poziom depresji [11,12].

Według autorów różnych publikacji i prowadzonych przez nich badań, umiarkowany poziom depresji a styl zaabsorbowany i lękowo-unikający, mogą prowadzić do rozwoju depresji [13].

Przeprowadzone badania własne, ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych oraz wpływ czynników społeczno-demograficznych pokazały, jak wiele okoliczności ma wpływ na poziom depresji wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową.

Ocena poziomu depresji jest bardzo przydatna w ocenie poziomu leczenia i planowania opieki nad pacjentem.

Znajomość wpływu czynników społeczno-demograficznych na depresyjność pomaga zrozumieć i zaplanować kompleksową opiekę nad chorym oraz jego rodziną.

Wnioski

1. Badanie przeprowadzone przy użyciu Skali Depresji Becka ukazuje, iż poziom depresji zarówno w trakcie leczenia w Oddziale Chemioterapii oraz u chorych w terminalnej fazie choroby w Oddziale Medycyny Paliatywnej jest wysoki. Depresja wśród badanej grupy jest na poziomie ciężkiej depresji, co świadczy o braku różnicy biorąc pod uwagę etap leczenia.
2. Po dokonaniu analizy statystycznej uzyskanych wyników brak istotnych różnic w poziomie depresji wynikającej z płci ankietowanych.
3. Istnieje współzależność pomiędzy wiekiem a poziomem depresji. Wyniki ukazują, że im osoba starsza tym większe natężenie depresji.
4. Obecność osób bliskich i posiadanie współmałżonka ma istotny wpływ na obniżenie poziomu depresji. U osób samotnych występował wyższy poziom depresji.

Piśmiennictwo

1. Trzebiatowska I.: Zburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej [w:] Psychoonkologia. de Walden-Głuszko K. (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków, 2000, 71-81.
2. WHO International Agency for Research on Cancer. Dostępny w Internecie: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2014/pdfs/pr224_E.pdf, data pobrania 7.03.2016.
3. Pietrzyk A.: Interwencje poznawczo- behawioralne dla chorych na nowotwory i ich bliskich- możliwość podnoszenia jakości ich życia. Psychoonkol., 2008, 12, 2, 59-65.
4. Jabłoński M., Furgał M., Dudek D., Zięba A.: Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. Psychiatria Polska, 2008, tom XLII (5), 749-765.
5. Cieślik A., Kamusińska E., Lelonek B.: Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. Probl. Pielęg., 2013, 21, 1, 128-136.
6. Majkowicz M.: Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych. Psychiatria w Praktyce Klinicznej, 2008, 1, 2, 57-66.
7. Koronacki J., Mielniczuk J.: Statystyka dla studentów kierunków technicznych i przyrodniczych. Wyd. Naukowo- Techniczne, Warszawa, 2001.
8. Nowicki A., Rządkowska B.: Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi.

- Współ. Onk., 2005, 9, 396-403.
9. Mess E., Palewicz M. Lisowska A. i wsp.: Występowanie depresji u pacjentów z nowotworem płuc. Onkol. Pol., 2006, 9, 4, 154-157.
 10. Kurowska K., Dahms S., Głowacka M., Haor B.: Poczucie koherencji a depresyjność u osób z chorobą nowotworową. Psychogeriatr. Pol., 2010, 7, 3, 91-98.
 11. Fopka-Kowalczyk M.: Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej. Psychoonkol., 2013, 4, 156-162.
 12. Wyszomirska J., Gajda M., Janas J., Gomulski M., Wydmański J.: Ocena wpływu wsparcia społecznego na psychiczne przystosowanie do choroby nowotworowej pacjentów w trakcie leczenia paliatywnego lub radykalnego. Psychoonkologia, 2014, 3, 86-96.
 13. Wasilewko I., Majkowicz M., Zdun-Ryżewska A.: Relationship between attachment style and level of negative emotions in patients with cancer disease. Psychooncology, 2014, 1, 8-16.

Poziom lęku a stopień akceptacji choroby nowotworowej

Lelonek Barbara¹, Kowalczyk-Sroka Bogumiła²

1. Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Chęcinach k/Kielc, Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych Kielce

Wstęp

Postęp, jaki dokonał się w ostatnich latach w onkohematologii poprawił znacznie rokowanie i wydłużył czas przeżycia chorych z różnymi postaciami białaczki. Chociaż chorzy mogą nie zostać wyleczeni, to jednak mogą żyć dłużej. Leczenie hematologiczne obejmujące leczenie swoiste procesu nowotworowego, jak również leczenie powikłań i leczenie podtrzymujące, jest związane z przewlekłym stresem wynikającym z przeżywania choroby, z jej biologicznymi konsekwencjami oraz bezpośrednim działaniem leków [1,2,3].

W związku z tym u 50% pacjentów leczonych onkologicznie można rozpoznać współistniejące zaburzenia psychiczne [4,5,6]. Są to najczęściej zaburzenia adaptacyjne, depresja oraz zaburzenia lękowe [6,7]. Lęk w psychopatologii rozumiany jest jako aktualny stan emocjonalny jednostki bądź jako względnie stała cecha osobowości [8]. Zbyt duże nasilenie lęku działa niekorzystnie, destrukcyjnie, pogarsza ogólne samopoczucie i jakość życia [9]. W przypadku pacjentów onkologicznych zaakceptowanie swojego lęku wydaje się stanowić punkt wyjścia poprzez wykorzystanie jego dynamiki i siły motywacyjnej do przeciwstawienia się chorobie [10]. Adaptacja do choroby wymaga akceptacji nowych okoliczności, a więc wszystkich konsekwencji będących rezultatem choroby. Akceptacja choroby przejawia się mniejszym nasileniem reakcji i emocji związanych z chorobą, a im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [11].

Założenia i cel pracy

Celem pracy było ukazanie poziomu lęku u chorych z białaczką i poziomu

deklarowanego przez nich stopnia akceptacji choroby oraz ustalenie, czy poziom lęku sytuacyjnego i/lub osobowościowego chorych ma związek z poziomem akceptacji choroby.

Na podstawie literatury przedmiotu sformułowano hipotezy:

1. Chorzy na białaczkę cechują się wysokim poziomem lęku sytuacyjnego.
2. Lepsza akceptacja choroby dotyczy chorych z niskim poziomem lęku sytuacyjnego i osobowościowego.
3. Stopień akceptacji choroby koreluje ujemnie z przeżywanym przez chorych poziomem lęku-stanu.

Material i metody

Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu białaczki w Oddziale Onkohematologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii. Analizę wyników badań kwestionariuszowych opracowano z odpowiedzi uzyskanych od 110 chorych.

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Wywiad standaryzowany, uwzględniający czynniki społeczno-demograficzne.
2. Inwentarz do pomiaru Stanu i Cechy Lęku (ISCL) – STAI (*State - Trait Anxiety Inventory*) w opracowaniu Spielbergera i polskiej adaptacji Sosnowskiego i Wrześniewskiego. Inwentarz jest metodą samooceny, a poziom lęku wyrażony jest liczbą punktów. ISCL – składa się z dwóch odrębnych skal, z których jedną oznacza się symbolem X-1, służy ona do pomiaru stanu lęku, czyli lęku sytuacyjnego, druga oznaczona symbolem X-2 – do pomiaru lęku jako względnie stałej cechy osobowości. W skali X-1 odpowiedzi dotyczą stopnia prawdziwości, z jakim poszczególne twierdzenia opisują stan jednostki. W skali X-2 kategorie odpowiedzi dotyczą częstości występowania u badanego odczuć opisanych w twierdzeniach [12].
3. Skalę Akceptacji Choroby – AIS (*Acceptance of Illness Scale*) skonstruowana przez B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen w 1984 r. w Stanach Zjednoczonych. Używana była przez autorów jako część wywiadu z pacjentem, służyła do oceny przystosowania się do choroby. Tłumaczenia, adaptacji, jak również normalizacji polskiej wersji skali AIS dokonał Z. Juczyński w latach 1998-1999 w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Skala AIS zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. W każdym stwierdzeniu badany określał swój aktualny stan w skali pięciostopniowej, od 1 –

zdecydowanie zgadzam się do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Zdecydowana zgoda (ocena 1) wyraża złe przystosowanie do choroby, zaś zdecydowany brak zgody (ocena 5) oznacza jej akceptację [11].

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie chorych z białaczką kobiety stanowiły 54,5% (60 osób) mężczyźni 45,5% (50 osób). Wiek badanych chorych był zróżnicowany i wahał się od 20 do 75 lat. Średnia wieku wnosila $\bar{x} = 53,4$, przy odchyleniu standardowym wieku rzędu $SD=14,1$ lat.

Blisko połowa badanych (52 osoby, tj. 47,3%) jako miejsce swojego zamieszkania wskazywała wieś i małą osadę; niewiele mniej (41 osób, tj. 37,3%) wymieniało małe miasto; tylko 17 osób, co stanowi 15,5%, było mieszkańcami dużych miast. Struktura badanych osób wykazała, iż 75 osób (68,2%) pozostawało w związku małżeńskim, pozostała część badanych (35 osób, co stanowi 31,8%) była stanu wolnego. W grupie osób samotnych 17,3% (19 osób) badanych nigdy nie zawarło związku małżeńskiego (kawaler, panna), zaś 14,5% (16 osób) stanowili wdowcy (wdowe) bądź rozwiedzeni.

Wśród chorych dominowało wykształcenie średnie (72 osoby, tj. 65,5%); dużą grupę stanowili chorzy z wykształceniem podstawowym (27 osób, co stanowi 24,5%), najmniej liczną grupą byli badani z wykształceniem wyższym (11 osób, co stanowi 10%). Zdecydowana większość badanych nie była zawodowo czynna: 69,1% badanych (76 osób) stanowili renciści bądź emeryci; 10% (11 osób) posiadało status osoby bezrobotnej. Mimo choroby aktywność zawodową bądź kontynuowanie nauki deklarowało 7,3% badanych (8 osób); 13,6% (15 osób) było czynnych zawodowo, ale w chwili badania przebywali na zwolnieniu lekarskim.

Nasilenie lęku u badanych chorych

Lęk to stan emocjonalny najczęściej towarzyszący chorobie nowotworowej. Jego źródła lokalizuje się zarówno w dyspozycjach osobowościowych, jak i okolicznościach towarzyszących codziennemu życiu człowieka.

Oceny nasilenia lęku w kategoriach stanu i cechy w badaniach własnych dokonano zgodnie z wymogami specyficznymi dla Inwentarza Stanu i Cechy Lęku – ISCL. W skalach

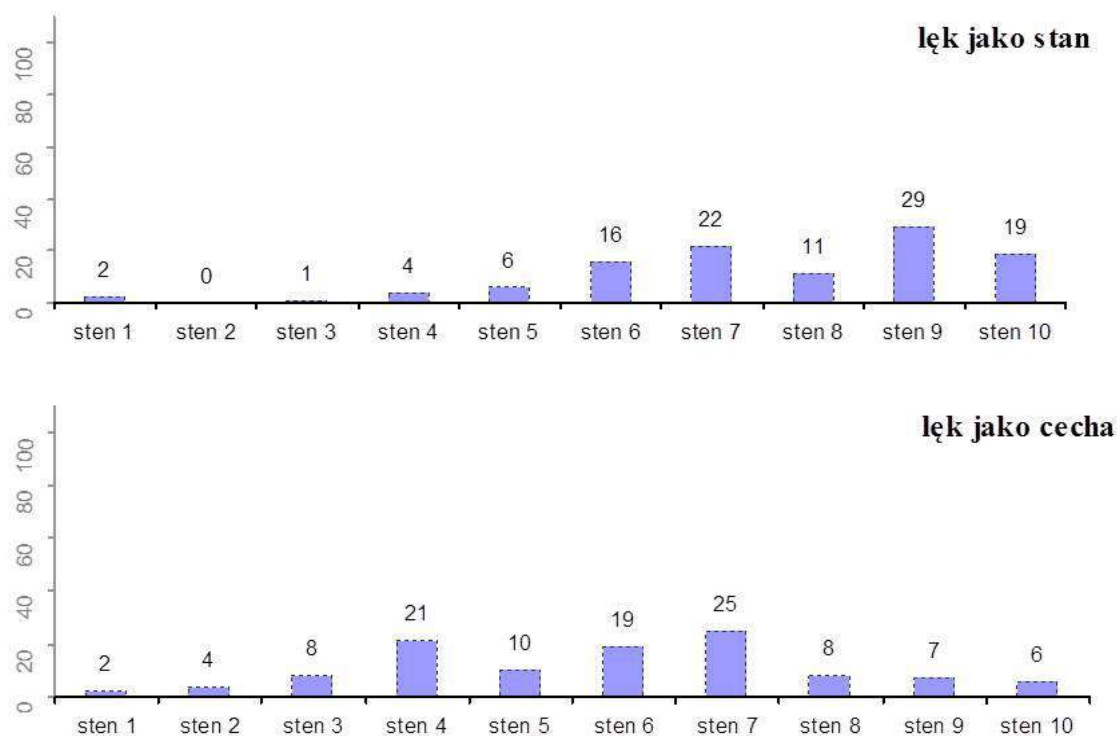
X-1 i X-2 lęk bardzo niski zawarty jest w przedziale punktowym od 0 do 29, niski od 30 do 39 pkt., średni od 40 do 60 pkt., wysoki od 61 do 70 pkt., bardzo wysoki - 71 do 100 pkt.[12].

Średnia arytmetyczna dla lęku jako stanu (ISCL X-1) i cechy (ISCL-2) zawierała się w przedziale punktowym wyznaczonym dla lęku średniego (40,0 – 60,0 pkt.) – tabela I.

Tab. I. Średnie arytmetyczne wartości lęku stanu (ISCL X-1) i cechy (ISCL-2) w grupie badanej

Poziom lęku	N	$\bar{x}$	SD	Min	Max
Lęk jako stan (ISCL – X-1)	110	50,4	11,25	20	78
Lęk jako cecha (ISCL – X-2)	110	46,5	9,80	24	68

Profile ogólnego poziomu lęku w badanych grupach chorych na skalach stenowych prezentuje rycina 1. Dane dowodzą, że chorzy mają wysokie nasilenie lęku jako stanu i również mocno zróżnicowany wysoki lęk, przypisywany jako cecha osobowości. Wynik ten jest zgodny z literaturą, w której stwierdza się, że wysoki lęk jako cecha dodatnio koreluje z lękiem jako stanem w sytuacji zagrożenia, szczególnie zagrożenia ego.



Ryc. 1. Rozkłady lęku jako stanu i cechy w badanej grupie wyrażone w normach stenowych

Jak ukazują badania, pacjenci oddziału Onkohematologii to chorzy w zdecydowanej większości z wysokim poziomem lęku (7-10 stenów) stanu (81 osób, tj. 73,6%). Drugą pod względem wielkości grupę (22 osoby) stanowią chorzy deklarujący średni poziom lęku (5-6 stenów). Tylko u 7 chorych na białaczkę stwierdzono niski poziom lęku sytuacyjnego (1-4 stenów). Badani najczęściej też deklarowali wysoki poziom lęku-cechy (46 osób tj. 41,8%) – tabela II.

Tab. II. Zestawienie poziomu lęku jako stanu (ISC X - 1) i cechy (ISCL X-2)

Poziom lęku	Poziom lęku- Steny					
	niski poziom lęku (1-4)		średni poziom lęku (5-6)		wysoki poziom lęku (7-10)	
	N	%	N	%	N	%
Poziom lęku – stanu (ISCLX-1)	7	6,4	22	20,0	81	73,6
Poziom lęku – cechy (ISCLX-2)	35	31,8	29	26,4	46	41,8

Uzyskane wyniki potwierdzają, że choroba nowotworowa jest w dalszym ciągu schorzeniem wysoce traumatyzującym, wywołującym silny lęk u osób z takim schorzeniem. Z drugiej zaś strony trauma lękowa spowodowana chorobą może się nasilać na skutek względnie trwałych podatności jednostek na zachowania lękowe z powodu ich własnej specyfiki, jaką jest lęk jako cecha osobnicza. W badaniach własnych taki efekt może mieć miejsce, bowiem jak ustalono związki korelacyjne między obu rodzajami lęku jako stanu i cechy, są istotne, dodatnie, wysokie 0,722 ($p < 0,000$). Wskaźnik rzetelności *alfa* Cronbacha obliczony w badaniach własnych dla skali X-1 wynosił 0,95; dla skali X-2 = 0,87.

Stopień akceptacji choroby u badanych

Ogólną miarą stopnia akceptacji choroby jest suma uzyskanych punktów, a jej zakres mieści się w obszarze od 8,0 do 40,0 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego, wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego i przejawia się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą [11].

Miara stopnia akceptacji choroby według AIS – Skali Akceptacji Choroby w grupie

badanej zawierała się w przedziale od 8,0 do 40,0 punktów. Biorąc pod uwagę rozpiętość uzyskanej punktacji wyodrębniono 3 stopnie akceptacji choroby. Jako podstawę przyjęto przeciętne odchylenie od średniej wyników mierzone odchyleniem standardowym. Szczegółowe wyniki zawiera tabela III.

Tab. III. Stopień akceptacji choroby

Przedziały skali AIS	pkt.	N	%
Niski	8,00 – 14,00	25	22,7
Średni	15,00 – 32,00	68	61,8
Wysoki	33,00 – 40,00	17	15,5
Ogółem	–	110	100,0

Tab. IV. Ogólny wskaźnik akceptacji choroby oraz średnie wartości poszczególnych stwierdzeń AIS

L.p.	AIS- stwierdzenie	$\bar{x}$	SD	Min	Max
1.	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,74	1,65	1,00	5,00
2.	Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię	2,43	1,67	1,00	5,00
3.	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,42	1,58	1,00	5,00
4.	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	2,41	1,65	1,00	5,00
5.	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,48	1,61	1,00	5,00
6.	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,22	1,67	1,00	5,00
7.	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	2,44	1,66	1,00	5,00
8.	Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,22	1,61	1,00	5,00
Ogólny wskaźnik akceptacji choroby		23,36	9,06	8,00	40,00

Ogólny wskaźnik akceptacji choroby nowotworowej w badanej grupie pacjentów wynosił $\bar{x}=23,36$ (przy odchyleniu standardowym $SD=9,06$) i uplasował się w przedziale średnim punktacji skali AIS (tabela IV).

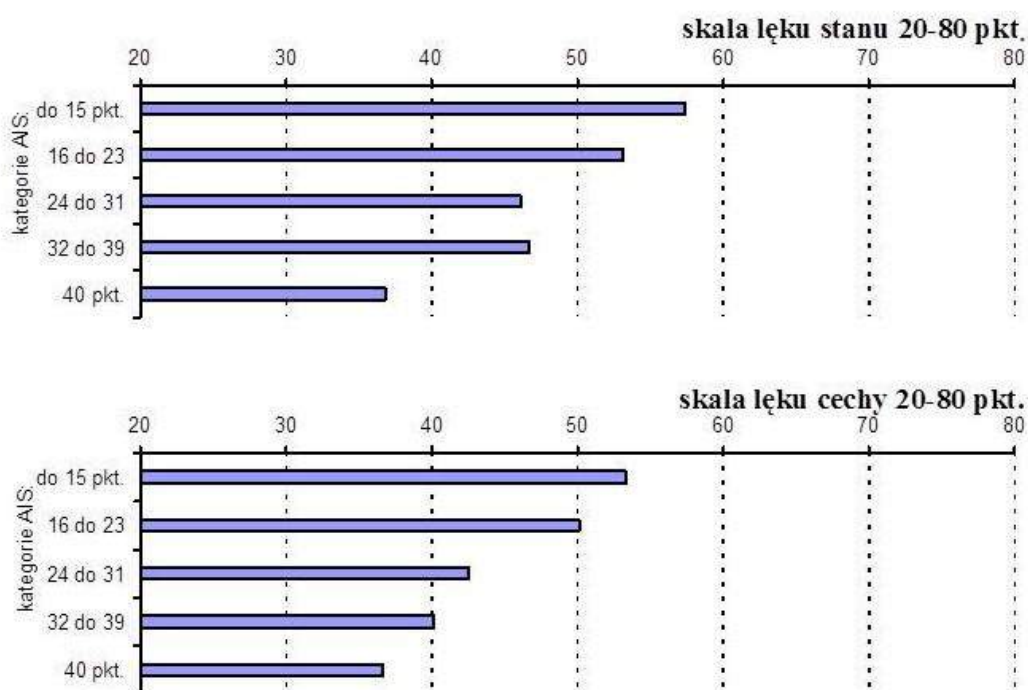
Poziom lęku a stopień akceptacji choroby nowotworowej

Dalszy etap pracy badawczej koncentrował się wokół hipotezy zakładającej, że lepsza akceptacja choroby dotyczy chorych z niskim poziomem lęku sytuacyjnego i osobowościowego.

Koncentracja analiz wokół powyższej hipotezy prowadzi do spostrzeżenia, że w ramach badań własnych taką hipotezę należy utrzymać. Zależności przedstawiono na rycinie 2. Uzupełnieniem analiz są tabele V i VI.

Analizując wyniki badań (ryc.2, tab. V.) można stwierdzić, iż stopień akceptacji choroby nowotworowej – białaczki ulega wyraźnemu obniżeniu wraz z narastaniem poziomu lęku sytuacyjnego (ISCL X-1).

W odniesieniu do lęku osobowościowego zaobserwowano podobnie obniżanie się stopnia akceptacji choroby wraz ze wzrastającym nasileniem lęku (ISCL X-2).



Ryc. 2. Związek między poziomem akceptacji choroby a lękiem stanem i cechą

Najwyższą średnią ocenę, a co za tym idzie najwyższy stopień akceptacji choroby i najlepsze do niej przystosowanie stwierdzono w grupie chorych deklarujących niski poziom lęku stanu ($\bar{x}=32,00$). Najmniejszy stopień akceptacji choroby, a zarazem największe poczucie dyskomfortu psychicznego ujawniali chorzy deklarujący wysoki poziom lęku sytuacyjnego ($\bar{x}=21,00$). W świetle przeprowadzonej analizy statystycznej poziom lęku stanu różnicował stopień akceptacji choroby na poziomie $p<0,001$ – tabela V.

Tab. V. Porównanie średnich wartości stopnia akceptacji choroby (AIS) w odniesieniu do stanu lęku (ISCL X-1)

Poziom lęku ISCL X-1	Wartość w stenach	N	Średnia stopnia akceptacji choroby – AIS					
			$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p
Niski poziom lęku	1 – 4	7	32,00	11,37	8,00	40,00	10,932	0,000***
Średni poziom lęku	5 – 6	22	28,50	6,14	15,00	40,00		
Wysoki poziom lęku	7 – 10	81	21,00	8,56	8,00	40,00		

F – statystyka w świetle analizy wariancji; p – poziom istotności (dalej podobnie)

*** $p<0,001$

Jednoczynnikowa analiza wariancji potwierdziła występującą silną zależność istotną statystycznie pomiędzy nasileniem cechy-lęku a stopniem akceptacji choroby nowotworowej na poziomie $p<0,001$ - tabela VI.

Tab. VI. Porównanie średnich wartości stopnia akceptacji choroby (AIS) w odniesieniu do lęku-cechy (ISCL X-2)

Poziom lęku ISCL X-2	Wartość w stenach	N	Średnia stopnia akceptacji choroby – AIS					
			$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	p
Niski poziom lęku	1 – 4	35	29,46	7,30	8,00	40,00	23,844	0,000***
Średni poziom lęku	5 – 6	29	24,48	7,15	9,00	36,00		
Wysoki poziom lęku	7 – 10	46	17,80	8,09	8,00	40,00		

*** $p<0,001$

Dokonano także analizy poziomu lęku-stanu w odniesieniu do ustalonych poziomów stopnia akceptacji choroby, co prezentuje tabela VII.

W grupie badanej spośród chorych deklarujących niski i średni stopień akceptacji choroby najliczniejszą grupę (odpowiednio: 96,0% i 70,6%) stanowili pacjenci przejawiający wysoki poziom lęku sytuacyjnego. Przeprowadzona analiza statystyczna potwierdziła istotność statystyczną na poziomie $p < 0,01$ – tabela VII.

Porównanie stopnia akceptacji choroby z poziomem przejawianego lęku osobowościowego przedstawia tabela VIII.

Tab. VII. Porównanie poziomu lęku-stanu ze stopniem akceptacji choroby w grupie badanej

Poziom lęku ISCL X-1 (w stenach)	Stopień akceptacji choroby – AIS						Ogółem (dla X-1)		χ^2	p
	niski (8-14pkt)		średni (15-32pkt)		wysoki (33-40pkt)					
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Niski poziom lęku (1- 4)	1	4,0	2	2,9	4	23,5	7	6,4	18,645	0,001**
Średni poziom lęku (5- 6)	-	-	18	26,5	4	23,5	22	20,0		
Wysoki poziom lęku (7-10)	24	96,0	48	70,6	9	52,9	81	73,6		
Ogółem	25	100,0	68	100,0	17	100,0	110	100,0	-	-

** $p < 0,01$

Tab. VIII. Porównanie poziomu lęku-cechy w kontekście poziomu stopnia akceptacji choroby w grupie badanej

Poziom lęku ISCL X-2 (w stenach)	Stopień akceptacji choroby – AIS						Ogółem (dla X-2)		χ^2	p
	niski (8-14pkt)		średni (15-32pkt)		wysoki (33-40pkt)					
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Niski poziom lęku (1- 4)	1	4,0	23	33,8	11	64,7	35	31,8	34,76 0	0,000 ***
Średni poziom lęku (5- 6)	2	8,0	24	35,4	3	17,6	29	26,4		
Wysoki poziom lęku (7-10)	22	88,0	21	30,9	3	17,6	46	41,8		
Ogółem	25	100, 0	68	100, 0	17	100, 0	110	100, 0	-	-

*** $p < 0,001$

W grupie chorych na białaczkę spośród chorych uzyskujących niski stopień akceptacji choroby, 88,0% stanowili pacjenci przejawiający wysoki poziom lęku osobowościowego.

W grupie osób akceptujących chorobę 64,7% przejawia niski poziom lęku cechy. Poziom lęku cechy warunkuje stopień akceptacji choroby na poziomie istotnym statystycznie $p < 0,001$ (tabela VIII).

Obserwowano też korelacje pomiędzy stopniem akceptacji choroby a poziomem lęku stanu i lęku cechy, co prezentuje tabela IX.

Tab. IX. Korelacje pomiędzy stopniem akceptacji choroby a poziomem lęku-stanu i lęku-cechy

Stopień Akceptacji Choroby (AIS) Poziom lęku (ISCL)	Współczynnik korelacji r-Pearsona	p
Lęk jako stan (ISCL X-1)	– 0,469	0,000***
Lęk jako cecha (ISCL X-2)	– 0,547	0,000***

*** $p < 0,001$

Analiza związku pomiędzy nasileniem stanu lęku a przystosowaniem do choroby nowotworowej w oparciu o współczynnik korelacji r-Pearsona pokazała, iż stopień akceptacji choroby szacowany za pomocą skali AIS koreluje ujemnie z prezentowanym poziomem lęku-stanu (–0,469). Korelacja jest istotna statystycznie na poziomie $p < 0,001$. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, iż osoby ujawniające wysoki poziom lęku sytuacyjnego źle przystosowują się do choroby, ale może to również świadczyć o tym, że pacjenci źle przystosowani do choroby wykazują podwyższony poziom lęku-stanu.

W grupie 110 badanych pacjentów onkologicznych poziom nasilenia cechy-lęku (ISCL X-2) zgodnie z przewidywaniem, koreluje ujemnie ze stopniem akceptacji choroby (–0,547) szacowanym za pomocą skali AIS. Korelacja jest statystycznie istotna na poziomie $p < 0,001$ (tabela IX).

Podsumowując należy zaznaczyć, że w grupie badanych średnia akceptacji choroby warunkowana była i silnie korelowała ujemnie z nasileniem lęku stanu i cechy. Oznacza to, że osoby, które cechowały się niższym nasileniem lęku osobowościowego i lęku sytuacyjnego przejawiały mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą, miały mniej problemów z akceptacją ograniczeń wynikających z choroby, a tym samym z akceptacją choroby nowotworowej. Wyższy stopień akceptacji choroby ujawnili chorzy z niższym poziomem lęku stanu i cechy.

Dyskusja

Przez wiele lat zainteresowanie problemami chorych onkologicznych dotyczyło wyłącznie stanu fizycznego, czy też stosowanego leczenia. W miarę sukcesów terapeutycznych w tym zakresie zainteresowania badawcze przeniesiono na sferę psychiki pacjenta, bowiem diagnoza choroby nowotworowej wnosi w życie chorego klimat tymczasowości oraz zbliżania się do życiowego finału.

Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów chorujących na białaczkę wyniósł $\bar{x}=23,27$ i wskazywał na stopień przystosowania do choroby mieszczący się w przedziale średnim skali AIS. Niższy wskaźnik akceptacji choroby ($\bar{x}=21,31$) odnotowała Kowalczyk-Sroka wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc [13]. Wyższe wyniki natomiast odnotowano u chorych leczonych z powodu raka sutka i macicy, a na poziomie porównywalnym z grupą badaną dla osób leczonych z powodu cukrzycy i pacjentów ze stwardnieniem rozsianym [11]. Podobnie wyższy wynik uzyskała również Kowalczyk-Sroka i wsp. u pacjentów z cukrzycą [14]. Wśród pacjentów chorujących na schizofrenię paranoidalną, zaliczonych do grupy dobrze współpracujących, uzyskano również wyższe wyniki punktowe [15]. Autorzy skali (B.J. Felton, T.A. Revensson i G.A. Hinrichsen 1984) na podstawie dwóch różnych badań przeprowadzonych wśród 151 chorych przewlekłe (nadciśnienie, cukrzyca, artretyzm, choroba nowotworowa) uzyskali także wyższe wyniki średniej akceptacji choroby od wyników prezentowanych w niniejszej pracy [cyt. za 11]. Wyższe wyniki uzyskała również Skotnicka-Graca wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych (przed zabiegiem pomostowania tętnic i po zabiegu) [16].

Uzyskanie niższego stopnia akceptacji choroby w badaniach własnych być może ma związek z rokowaniem w białaczkach uważanych nadal za chorobę nieuleczalną, gdzie podjęcie terapii nawet we wczesnych stadiach choroby nie wpływa na wydłużenie okresu przeżycia.

Prowadzone dotychczas obserwacje potwierdzają występowanie nasilonego lęku u pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową [17,18,19,20]. Szczególne miejsce zajmują tutaj choroby nowotworowe układu krwiotwórczego [3]. Nowotwory te w powszechnym odbiorze są uznawane za chorobę podstępą, prowadzącą do degradacji organizmu i bolesnej powolnej śmierci. Specyfika białaczek wynikająca z częstych nawrotów choroby, braku trwałych sukcesów w leczeniu sprzyja występowaniu lęku, którego rozmiary przewyższają

możliwości adaptacyjne jednostki [21].

W grupie badanej średnia arytmetyczna dla lęku jako stanu (X-1) uzyskała wartość $\bar{x}=50,42$. Niewiele niższy wynik ($\bar{x}=48,01$), zawierający się jednak podobnie jak u pacjentów z białaczką, w przedziale punktowym skali ISC wyznaczonym dla lęku średniego, uzyskała Lelonek i Cieślik wśród pacjentów leczonych z powodu schorzeń chirurgicznych. Fakt ten należy zapewne tłumaczyć tym, iż pacjenci oddziału chirurgicznego to chorzy poddawani różnym interwencjom chirurgicznymi i choć byli to pacjenci, co prawda z dobrym rokowaniem, to jednak niepokój związany z zabiegiem, znieczuleniem, jak również okresem pooperacyjnym to reakcja jak najbardziej uzasadniona [22].

Dla lęku stanowiącego względnie stałą cechę osobowości (X-2) średnia arytmetyczna wartość wyniosła $\bar{x}=46,54$. Zdecydowanie wysokie wartości lęku jako cechy osobowości znajdowano u pacjentów chorujących na choroby psychosomatyczne, zwłaszcza nadciśnienie tętnicze, podczas gdy wartości średnie lęku cechują osoby chorujące na inne schorzenia [23]. U większości psychicznie zdrowych osób lęk przed nowotworem nie osiąga nasilenia patologicznego i pozwala pacjentowi w miarę sprawnie funkcjonować [24]. Jak ukazują badania empiryczne lęk występuje bardzo często w chorobie nowotworowej, ale paradoksalnie jest dolegliwością rzadko zgłaszaną przez chorego, przede wszystkim dlatego, że chory nie zawsze jest świadomy swoich reakcji, a nawet zaprzecza reakcjom lękowym [3, 25].

Adaptacja stanowi istotny element psychicznego przystosowania do choroby i polega przede wszystkim na przywróceniu stanu równowagi psychicznej, jak również poradzeniu sobie z problemami choroby, w tym także z lękiem. Zdaniem Kopczyńskiej-Tyszko zaakceptowanie swojego lęku wydaje się punktem wyjścia w wykorzystaniu jego dynamiki i siły motywacyjnej do przeciwstawienia się chorobie [10].

W świetle powyższego zasadne wydaje się być badanie związku lęku z akceptacją i co za tym idzie przystosowaniem do choroby nowotworowej. W badaniach własnych wśród chorych na białaczkę wraz z narastaniem poziomu lęku sytuacyjnego i osobowościowego obniżał się stopień akceptacji choroby. Najwyższą średnią stopnia akceptacji choroby uzyskali pacjenci z niskim (1-4 steny) poziomem lęku stanu i cechy ($p<0,001$). Deklarowany przez chorych stopień akceptacji choroby korelował ujemnie z poziomem lęku stanu ($-0,469$) i poziomem lęku cechy ($-0,557$). Obydwie korelacje były istotne statystycznie ($p<0,001$). Podobną zależność zaobserwowała Kowalczyk-Sroka wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc: najwyższą

średnią stopnia akceptacji choroby prezentowali mężczyźni z niskim poziomem lęku-stanu i lęku-cechy i kobiety z niskim poziomem lęku cechy [13]. Badania Marmurowskiej-Michałowskiej i wsp. prowadzone skalą AIS i Arkuszem Samopoznania R. B. Cattella wśród chorych z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej i zaburzeń schizoafektywnych pokazały, że pacjenci nie akceptujący choroby, niezależnie od rodzaju badanych schorzeń, charakteryzują się wyższym poziomem lęku i niepokoju, niż osoby akceptujące chorobę [26].

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że osoby cechujące się niższym poziomem lęku przejawiały mniejsze nasilenie negatywnych emocji związanych z chorobą i wynikającymi z niej ograniczeniami, dzięki czemu lepiej przystosowywały się do roli chorego. Chorzy z wysokim poziomem lęku osobowościowego i sytuacyjnego źle przystosowują się do choroby, co potwierdzili uzyskując niskie wyniki stopnia akceptacji choroby, szacowanego skalą AIS.

Wnioski

1. Chorych z białaczką cechował wysoki poziom lęku zarówno sytuacyjnego, jak i osobowościowego, co pozostaje zapewne w związku ze specyfiką choroby, jej leczeniem i rokowaniem oznaczającym się brakiem trwałych sukcesów w leczeniu.
2. Lepsze przystosowanie do choroby nowotworowej, wyrażające się wyższym stopniem akceptacji choroby, deklarowali chorzy z niskim poziomem lęku stanu i cechy.
3. Stopień akceptacji choroby koreluje ujemnie z poziomem lęku, im wyższy poziom lęku stanu i cechy tym niższy stopień akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

1. Basińska A.: Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia. *Przegl. Psych.*, 2004, 47, 1, 109-119.
2. Kosmidis P.A., Schrijvers D., Andre F., Rottey S.: Podręcznik stanów nagłych w onkologii. European Society for Medical Oncology. Taylor & Francis Group. London and New York 2005.

3. Mess E., Molewicz K., Lisowska A., Jonak K.: Ocena poziomu lęku w chorobie nowotworowej układu krwiotwórczego. *Onkol. Pol.*, 2006, 9, 4, 158-161.
4. Jabłoński M., Lebedowicz R., Dudek D. i wsp.: Zaburzenia depresyjne w przebiegu białaczki. *Psych. Pol.*, 2003, 37, 799-809.
5. Małyszczak K., Wróbel T., Mazur G., Linder K., Pyszel A., Kiejna A., Kuliczkowski K., Anrzejak R.: Objawy lękowe i depresyjne u pacjentów leczonych na nowotwory hematologiczne. *Psych. Pol.*, 2005, XXX IX, 1, 33-40.
6. Mielcarek P., Kozaka J.: Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia*, 2006, 10, 1, 9-1.
7. Araszkiewicz A., Bartkowiak W., Starzec W.: Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2004, 4, 157-166.
8. Heitzman J. (red.): *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007; 136-137.
9. de Walden-Gałuszko K.: U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wyd. Med. MAKmed, Gdańsk, 2000, 20-45.
10. Kopczyńska-Tyszko A.: Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. [w:] *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kubacka- Jasiecka D., Łosiak W. (red.). Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, 1999, 125-139.
11. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Prac. Testów Psych. Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa, 2001.
12. Wrześniewski K., Sosnowski T., Matusik D.: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. *Prac. Testów Psych. Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa, 2002.
13. Kowalczyk-Sroka B.: Jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Ocena przygotowania do samoopieki. Praca doktorska. Lublin, 2006
14. Kowalczyk-Sroka B., Lelonek B., Cieślik A.: Stopień akceptacji choroby a potrzeba wsparcia społecznego chorych na cukrzycę. [w:] *Cukrzyca społeczny problem XXI wieku*. Abramczyk A., Prusek W., Panaszek B. (red.). Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, 2003, 175-182.

15. Marmurowska-Michałowska H., Dubas-Ślęmp H., Kozak A., Dolecki W., Kochański A.: Przystosowanie do choroby w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej – doniesienie wstępne. *Bad. nad schizofrenią*. Lublin, 2004, V, 5, 324-329.
16. Skotnicka-Graca U.: Stopień akceptacji choroby wśród pacjentów i ich rodzin, przed i po zabiegu chirurgicznym z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych. [w:] *Promocja zdrowia rodziny*. Śladkowski W. (red.). *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia*, Vol. LIX, Suppl. XIV, N.6, Sectio D, 2004, 145-148.
17. Araszkievicz A., Bartkowiak W., Starzec W.: Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*. Wyd. Via Medica, 2004, 4, 4, 157-166.
18. Heitzman J.: Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoformiczne). [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*. Heitzman J. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2007, 131-147.
19. Mess E., Wójcik D., Niedzielska E., Szmyd K., Tokarczuk A., Lewandowska A., Krzyżanowski D.: Adaptacja społeczna dzieci leczonych na ostrą białaczkę limfoblastyczną. *Onkol. Pol.*, 2005, 8, 3, 166-169.
20. Mielcarek P., Kozaka J.: Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia*, 2006, 10, 1, 9-14.
21. Cloninger C. R.: anxiety and theories of emotion. [W:] *Handbook of anxiety*. Vol.2. classification, etiological factors and associated disturbances. Noyes R. Jr., Roth M., Burrows G. D. (red). Elsevier, Amsterdam, 1998, 1-30.
22. Lelonek B., Cieślik A.: Poziom lęku u chorych leczonych operacyjnie na oddziale chirurgicznym. *Studia Med.*, 2011, 22, 21-30.
23. Marmurowska-Michałowska H., Koprianiuk E.: The anxiety level in various diseases. 10th Word Congress of the International College of Psychosomatic Medicine. *Anales de Psiquiatria*. 1999, 5 (supl. 1), 43.
24. de Walden-Gałuszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. *Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1992, 8-62.
25. de Walden-Gałuszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. [w:] *Podstawy*

opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Hebanowski M., de Walden-Gałusko K., Żylicz Z. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998, 25-52.

26. Marmurowska-Michałowska H., Wieczerzak-Jarząbek M., Libera A., Małaj G., Skubis P., Dubas-Ślomp H., Kochański A., Kozak G., Hadała M.: Przystosowanie do choroby a wybrane cechy osobowości u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej i zaburzeń schizoafektywnych. *Bad. nad schizofrenią*, Lublin, 2006, 7, 146-160.

Pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Sejboth Justyna¹, Gurowiec Piotr ², Karczewska Olimpia³, Sternik Anna³, Wawros Karina⁴,
Gawłów-Nowak Lilianna⁴, Mroczkowska Renata⁴, Ptaszek Gabriela⁴, Śleziona Mariola⁴,
Graf Lucyna⁴, Stołecka Barbara⁴

1. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
2. Śląskie Centrum Chorób Serca Oddział Intensywnej Terapii Pooperacyjnej
3. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii
4. Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wykaz skrótów

RKO	resuscytacja krążeniowo - oddechowa
ROSC	Return of Spontaneous Circulation - przywrócenie spontanicznego krążenia
VF	Ventricular Fibrillation - migotanie komór
VT	Ventricular Tachycardia - częstoskurcz komorowy

Choroba niedokrwienna serca jest najczęstszą przyczyną nagłego zatrzymania krążenia u osób dorosłych. Szacuje się, że w Europie częstość występowania nagłego zatrzymania krążenia w skali roku wynosi 0,4-1 na 1000 mieszkańców [1].

W około jednej trzeciej do blisko połowy pacjentów, u których doszło do pozaszpitalnego zatrzymania krążenia udaje się przywrócić spontaniczne krążenie (ROSC), jeżeli były prowadzone czynności resuscytacyjne. Mniejsza liczba pacjentów przeżywa późniejsze leczenie na Oddziale Intensywnej Terapii, a jeszcze mniejsza liczba opuszcza szpital w dobrym stanie neurologicznym [2]. Żeby zwiększyć szanse na przeżycie osoby z nagłym zatrzymaniem krążenia usystematyzowano czynności ratunkowe nazywając je łańcuchem przeżycia. Jego ogniwa to:

- wczesne wezwanie pomocy żeby zapobiec nagłemu zatrzymaniu krążenia, gdy pojawią się objawy niepokojące, np. silny i nagły ból w klatce piersiowej.
- niezwłoczne podjęcie czynności resuscytacyjnych przez świadków zdarzenia, gdy już dojdzie do nagłego zatrzymania krążenia
- wczesna defibrylacja, która jeżeli jest wykonana w ciągu pierwszych kilku minut od nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie do defibrylacji (VF lub VT) znacznie zwiększa przeżywalność
- opieka poresuscytacyjna najlepiej na Oddziale Intensywnej Terapii

Idealnie byłoby, gdyby wszyscy obywatele byli przeszkoleni w udzielaniu pierwszej pomocy, a zwłaszcza w zakresie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO). Coraz częściej prowadzone są różnego rodzaju kursy i ćwiczenia w zakresie RKO w szkołach i mediach, co zwiększa świadomość i wiedzę społeczeństwa. Każdy obywatel powinien udzielić pierwszej pomocy osobie poszkodowanej.

Do wielu nagłych zatrzymań krążenia dochodzi w obecności bliskich osób poszkodowanego, może to być rodzina, przyjaciele, sąsiedzi. Gdy już dojdzie do utraty przytomności, świadkowie zdarzenia powinni przede wszystkim sprawdzić, czy jest bezpiecznie, dla nich i dla poszkodowanego. Czy nic się nie przewróci, czy nie ma źródła ognia, itp. Należy sprawdzić, czy poszkodowany jest przytomny poprzez delikatne potrząśnięcie za ramiona i głośne zapytanie: „czy Pan/Pani mnie słyszy”? Osobę bliską możemy zawołać po imieniu. Jeżeli poszkodowany nie reaguje, natychmiast głośno wołamy o pomoc lub dzwonimy na pogotowie. Dyspozytor ratownictwa medycznego w chwili odebrania zgłoszenia staje przed trudnym zadaniem, ponieważ musi uspokajać osobę zgłaszającą zdarzenie, rozpoznać stan poszkodowanego i wytłumaczyć przez telefon, jak należy udzielać pierwszej pomocy. Najczęściej osoba bliska jest bardzo zdenerwowana i chaotycznie udziela informacji o zdarzeniu i trudno jest jej ocenić faktyczny stan osoby poszkodowanej. Dyspozytor musi wykazać się cierpliwością i współczuciem, a jednocześnie z profesjonalizmem zadać istotne i krótkie pytania, aby właściwie udzielić telefonicznie wskazówek, co należy zrobić zanim przyjedzie karetka pogotowia. Jeżeli poszkodowany leży na brzuchu, to odwracamy go na plecy i udrażniamy drogi oddechowe poprzez odgięcie głowy do tyłu i uniesienie żuchwy. Następnie należy sprawdzić, czy poszkodowany oddycha.

Należy się nachylić nad ustami poszkodowanego i przez dziesięć sekund nasłuchiwać szmerów oddechowych, próbować wyczuć ruch powietrza na policzku i jednocześnie obserwować klatkę piersiową, czy są widoczne ruchy oddechowe.

Nawet wykwalifikowany personel medyczny miewa trudności z określeniem, czy poszkodowany ma prawidłowy oddech, zwłaszcza gdy u poszkodowanego występują pojedyncze agonalne westchnięcia. Agonalne westchnięcia (gasping) utrzymują się przez pierwsze kilka minut u około 40% poszkodowanych od momentu nagłego zatrzymania krążenia i mogą być mylnie zinterpretowane jako oddech prawidłowy [3,4].

Jeżeli poszkodowany nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo, albo nie jesteśmy pewni czy oddycha prawidłowo, to dyspozytor ratownictwa medycznego zaleci uciskanie klatki piersiowej. Dyspozytor pogotowia powinien w prosty sposób wytłumaczyć, jak uciskać klatkę piersiową. Ratownik powinien ułożyć nadgarstek swojej dłoni na środku klatki piersiowej i na nim drugą dłoń. Częstość uciśnień klatki piersiowej powinna wynosić 100-120/min., a głębokość uciśnień 5-6 cm u osoby dorosłej. Po każdym 30 uciśnięciach powinny nastąpić 2 oddechy. Jeżeli ratownik nie potrafi wykonać oddechów lub nie chce podjąć próby wykonania oddechów, zwłaszcza u nieznanych osób z nagłym zatrzymaniem krążenia, to może wykonywać wyłącznie uciskanie klatki piersiowej, ponieważ znajdujące się we krwi rezerwy tlenu wyczerpują się po upływie kilku minut. Dowodzą tego badania na modelach zwierzęcych [5].

Zespół ratownictwa medycznego przyjeżdżający na miejsce zdarzenia nigdy nie wie, z jaką sytuacją się spotka i musi być przygotowany na wszystko. Nagłe zachorowanie, utrata przytomności i śmierć wywierają negatywny wpływ na osobach bliskich. Pogotowie jadąc do pacjenta ma tylko krótką informację przekazaną przez dyspozytora, dopiero na miejscu może ocenić całą zaistniałą sytuację. Czas odgrywa najważniejszą rolę. Po przybyciu do poszkodowanego należy zadać sobie szereg pytań, żeby podjąć właściwą decyzję o rozpoczęciu lub zaniechaniu zabiegów resuscytacyjnych. Często początkowo podejmuje się czynności resuscytacyjne i w tym czasie można zebrać dokładny wywiad z rodziną czy bliskimi osobami znajdującymi się w pobliżu. Musimy się dowiedzieć, co się stało i w jakich okolicznościach. Czy pacjent jest chory przewlekle i czy rokuje wyzdrowienie. Czy może jest pod opieką zespołu paliatywnego, a może od wielu lat był pacjentem leżącym i nieprzytomnym po udarze mózgu. Okoliczności nagłego zatrzymania krążenia może być wiele, dlatego tak trudne zadanie staje przed zespołem ratownictwa medycznego. Musi ono działać zgodnie z zasadami etyki, dowiedzieć się, jaka była wola pacjenta i ją uszanować. Zawsze musimy sobie zadać pytania, czy podejmować resuscytację i kiedy ją przerwać. Są to bardzo trudne decyzje dla wszystkich. Każdy przypadek jest inny i powinien być indywidualnie rozpatrywany. Nie ma w chwili obecnej gotowych algorytmów ułatwiających

podejmowanie decyzji o rozpoczęciu bądź zaniechaniu resuscytacji. Nie podejmuje się resuscytacji w sytuacjach, które nie budzą wątpliwości, należą do nich: obecność stężenia pośmiertnego, plamy opadowe, urazy śmiertelne, np. dekapitacja. W różnych krajach różni się ustawodawstwo określające, kto może stwierdzić zgon, ale w większości krajów może być stwierdzony wyłącznie przez lekarza [2].

Jednym z najtrudniejszych pytań, z jakim zespół prowadzący resuscytację musi się zmierzyć, to: kiedy przerwać resuscytację? W większości przypadków pozaszpitalnego zatrzymania krążenia podejmowana próba resuscytacji kończy się niepowodzeniem. Na podjęcie decyzji wpływa wiele czynników. Należą do nich: historia choroby wraz z przewidywanym rokowaniem, czas, jaki upłynął od momentu nagłego zatrzymania krążenia do podjęcia czynności resuscytacyjnych przez świadków zdarzenia, czas do pierwszej defibrylacji, brak odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia, wyjściowy zapis EKG, nieprzerwana asystolia mimo prowadzenia zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS) oraz brak powrotu spontanicznego krążenia [6].

W większości przypadków pozaszpitalnego NZK nieznana jest przyczyna i podejmuje się decyzję o rozpoczęciu czynności resuscytacyjnych. Dopiero gdy zebrane informacje wskazują na to, że będzie ona daremna, to powinno się ją przerwać. Decyzja jak zawsze jest bardzo trudna i w każdym przypadku wymaga indywidualnego podejścia. Ogólnie akceptuje się rozważenie zakończenia resuscytacji po 20 minutach prowadzenia zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych w przebiegu ciągłej asystolii przy braku odwracalnych przyczyn NZK. Natomiast resuscytacja powinna być kontynuowana, jeżeli zatrzymanie krążenia przebiega w mechanizmie migotanie komór (VF).

Zespół ratownictwa medycznego napotyka jeszcze jeden problem na miejscu wezwania, jest to obecność rodziny lub bliskich osoby poszkodowanej w trakcie czynności resuscytacyjnych. Koncepcja obecności osób bliskich w czasie resuscytacji pojawiła się już w latach 80. i zaakceptowano ją w wielu krajach [7]. Z badań wynika, że wielu krewnych chciałoby być obecnych w czasie resuscytacji, a nawet brać w niej czynny udział. Często bliscy już prowadzą podstawowe czynności resuscytacyjne przed przybyciem karetki pogotowia i należy to docenić. Obecność członków rodziny w czasie resuscytacji może korzystnie wpływać na zrozumienie procesu umierania i pogodzenia się z utratą bliskiej osoby. Jeżeli chcą uczestniczyć w jakiś sposób w resuscytacji, a nie przeszkadzają, to należy w miarę możliwości się na to zgodzić i starać się, żeby mieli jak najlepsze doświadczenia w obliczu dramatu, jakim jest śmierć. Bliscy mogą trzymać kropłówkę, albo pilnować czasu

między jedną oceną rytmu a drugą. Zdarza się, że są wykwalifikowanymi ratownikami i prowadzą masaż pośredni serca. W czasie resuscytacji mogą zadawać pytania, albo po prostu trzymać za rękę bliską im osobę. Dużo łatwiej z taką rodziną się rozmawia po podjęciu decyzji o zakończeniu resuscytacji i stwierdzeniu zgonu. Zawsze jest żal i smutek. Każdy inaczej reaguje na śmierć członka rodziny, dlatego należy spokojnie i cierpliwie odpowiadać na zadawane pytania i okazywać zrozumienie i współczucie. Zdarza się, że bliscy przeszkadzają lub wręcz uniemożliwiają prowadzenie resuscytacji, to wtedy należy ich w możliwie delikatny sposób usunąć z miejsca zdarzenia. Czasem reagują histerycznie na wiadomość o zakończeniu resuscytacji i domagają się dalszego ratowania życia. Niejednokrotnie krewni bywają agresywni, mają pretensje, że za długo jechała karetka, albo że za krótko lub niewłaściwie była prowadzona resuscytacji. Nadal istnieją różnice socjalne i kulturowe, które trzeba starać się zrozumieć i traktować z szacunkiem.

Nagłe zatrzymanie krążenia jest wyzwaniem w skali światowej. Niektóre przypadki nagłego zatrzymania krążenia są skutecznie leczone z dobrymi odległymi wynikami leczenia. Jednak większość prób resuscytacji jest daremna i kończy się śmiercią. Decyzje dotyczące końca życia są bardzo trudnym i złożonym problemem. Należy do tego problemu podchodzić indywidualnie z uwzględnieniem czynników kulturowych, etycznych, religijnych, socjalnych i prawnych. Tematy dotyczące końca życia powinny znaleźć się w programie szkolenia pracowników ochrony zdrowia, w celu zwiększenia indywidualnych i etycznych kompetencji w tym zakresie.

Piśmiennictwo

1. Sans S., Kesteloot H., Kromhout D.: The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task force of the European Society of Cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics in Europe. Eur. Heart. J., 1997, 18, 1231-1248.
2. Wytyczne resuscytacji 2010, z uwzględnieniem podsumowania 2015, Europejska Rada Resuscytacji. www.erc.edu, data pobrania 16.03.2016.
3. Hauff S.R., Rea T.D., Culley L.L., et. al.: Factors impeding dispatcher-assisted telephone cardiopulmonary resuscitation. Ann. Emerg. Med., 2003, 42, 731-737.
4. Bobrow B.J., Zuercher M., Ewy G.A., et al.: Gasping during cardiac arrest in humans is frequent and associated with improved survival. Circulation, 2008, 118, 2550-2554.

5. Dorph E., Wilk L., Stromme T.A., et al.: Oxygen delivery and return of spontaneous circulation with ventilation: compression ratio 2:30 versus chest compression only CPR in pigs. *Resuscitation*, 2004, 60, 309-318.
6. Larkin G.L., Copes W.S., Nathanson B.H., Kaye W.: Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: a report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*, 2010, 81, 302-311
7. Doyle C.J., Post H., Burney R.E., et al.: Family participation during resuscitation: an option. *Ann. Emerg. Med.*, 1987, 16, 673-675.

Pacjent z ostra białaczka szpikową – studium przypadku

Kowalewska Beata¹, Konopko Edyta², Rolka Hanna¹, Łagoda Katarzyna³, Jankowiak Barbara¹, Klimaszewska Krystyna¹, Kowalczyk Krystyna¹, Krajewska – Kułak Elżbieta¹, Kondzior Dorota¹

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Absolwent kierunku Pielęgniarstwo I ST., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Budowa i zadania szpiku kostnego

Szpik kostny (łac. *medulla ossium*) jest strefą hemopoezy, czyli wytwarzania elementów morfotycznych krwi, głównie: erytrocytów, leukocytów i trombocytów, które wywodzą się od tej samej komórki macierzystej krwiotworzenia. To jedyna tkanka krwiotwórcza u osoby dorosłej i stanowi 3,4-6% m.c. [1,2].

Należy rozróżnić dwa rodzaje szpiku kostnego. Postać aktywną, czyli szpik czerwony–krwiotwórczy, występujący w jamach szpikowych kości płaskich, tj.: czaszka, mostek, obojczyki, żebra, kości miednicy i postać nieaktywną - szpik żółty, składający się głównie z komórek tłuszczowych, który zastępuje szpik czerwony wraz ze starzeniem się organizmu, wypełniając jamy kości długich [3].

Szpik czerwony to miękka, bogato unaczyniona, galaretowato-gąbczasta substancja [1]. Szpik składa się z przedziału pozanaczyniowego – zewnątrznaczyniowego i przedziału śródnaczyniowego. Przedział pozanaczyniowy wypełnia zrąb szpiku, a także krew szpikowa. Zrąb stanowi tkanka siateczkowata pełniąca funkcję podporową oraz regulującą hemopoezę. Zrąb składa się także z makrofagów i komórek tłuszczowych. Pełni on rolę strukturalną, odżywczą i regulacyjną w stosunku do krwiotwórczych komórek macierzystych-KKM, z których wywodzą się wszystkie rodzaje komórek krwi. Przedział śródnaczyniowy składa się z szerokich naczyń zatokowych szpiku, które powstały z odgałęzień tętnic odżywczych kości, naczyń pochodzących z okostnej, a także z mięśni otaczających kości. Ściana zatok jest utworzona przez śródbłonek, którego błona podstawna jest bardzo delikatna, słabo zaznaczona bądź w ogóle nieobecna. Komórki śródbłonek leżą na komórkach przydankowo-

siateczkowatych. Śródbłonek i komórki przydankowe rozdzielają przedział śródnaczyniowy od pozanaczyniowego. Jest to bariera szpikowa o właściwościach selektywnych, którą muszą przejść nowo stworzone komórki krwi, aby trafić do krążenia. Bariera jest nieprzepuszczalna dla krwinek niedojrzałych [2,4].

Nowotwory układu krwiotwórczego

Nowotwór jest to nabyta choroba, polegająca na zaburzeniu, w wyniku mutacji w komórce somatycznej, działania genów regulujących jej rozród i zmniejszająca ograniczenia tego rozmnażania [5].

Nowotwory dzieli się na łagodne i złośliwe. Nowotwory złośliwe posiadają tendencję do przerzutów, nacieków, a także dawania wznów miejscowych.

Nowotwory układu krwiotwórczego są niejednorodną grupą nowotworów, których wspólną cechą jest niekontrolowana proliferacja komórek układu krwiotwórczego [6]. Rozmnażanie dotyczy zarówno komórek dojrzałych, jak i niedojrzałych, gdyż każda zdolna do dzielenia się komórka może przeobrazić się w komórkę nowotworową i zapoczątkować chorobę nowotworową krwi [6,7]. Nowotwory układu krwiotwórczego mogą mieć dwojaki przebieg: ostry - o gorszym rokowaniu i przewlekły –o lepszym rokowaniu.

Do nowotworów układu krwiotwórczego zaliczamy [6]:

- Białaczki: ostre i przewlekłe
- Chłoniaki nieziarnicze, w tym szpiczak plazmocytowy
- Ziarnica – choroba Hodgkina [6].

Ostra białaczka szpikowa

Ostra białaczka szpikowa (*AML-acute myeloid leukemia*, OBS, OBSz) jest niejednorodną grupą nowotworów złośliwych układu białokrwinkowego [8]. Charakteryzuje się występowaniem klonalnej proliferacji i kumulacji niedojrzałych morfologicznie i czynnościowo komórek blastycznych, które wywodzą się z prekursorowej, stransformowanej nowotworowo komórki hematopoetycznej [9]. OBS składają się na 80% wszystkich ostrych białaczek u dorosłych. Choroba pojawia się w każdym wieku, jednakże najczęstsze zachorowania występują w granicy 69. roku życia [10,11].

Etiologia

Etiologia białaczek nie jest do końca wyjaśniona, gdyż nie udaje się określić występowania czynników predysponujących do rozwoju AML w większości przypadków

choroby [12,13]. Najpewniej jednak, w wyniku połączenia zmian w genach regulujących rozrost, dojrzewanie i podział komórki macierzystej powstaje klon białaczkowy [14]. Wyodrębniono też czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo bądź indukują wystąpienie choroby. Należą do nich: czynniki genetyczne, promieniowanie jonizujące, czynniki chemiczne, a także leczenie cytostatykami. Do czynników zwiększających ryzyko zachorowania zalicza się także podłoże wirusowe, choć nie wskazano na to w pełni dowodów [15].

Czynniki genetyczne - Odgrywają istotną rolę w patogenezie. Osoby z wrodzonymi chorobami genetycznymi bądź wrodzonym zespołem niewydolności szpiku są w grupie zwiększonego ryzyka zachorowania na AML (Tabela I.) [13].

Tab. I. Choroby wrodzone, które zwiększają ryzyko zachorowania na AML[13]

Grupa główna przyczyn	Schorzenia
Wrodzone zespoły uwarunkowane defektem genetycznym	Zespół Downa Ataxia-teleangiectasia Zespół Blooma Zespół Klinefeltera Zespół Turnera Neurofibromatosis Rodzinna monosomia 7
Wrodzone zespoły niewydolności szpiku	Anemia Fanconiego Severe combined immune deficiency (SCID) Dyskeratosis congenital Zespół Shwachmana- Diamonda Zespół Blackfan- Diamonda Agranulocytoza Kostmana X- linked agammaglobulinemia

Promieniowanie jonizujące - zwiększa częstość mutacji w komórkach poprzez złamanie podwójnej nici DNA. Stwierdzono, że pacjenci leczeni w latach trzydziestych i czterdziestych XX wieku promieniowaniem z powodu chorób nienowotworowych cechowali się zwiększoną zachorowalnością na OB. Natomiast detonacja bomby atomowej w Japonii wywołała 20-krotny wzrost zachorowania na białaczki u osób ekspozowanych na radiację [14,15].

Czynniki chemiczne - dowiedziono, że ekspozycja na benzen zwiększa ryzyko zachorowania na AML. Zwiększone ryzyko rozwoju OBS stwierdzono również u osób pracujących w rolnictwie, ze względu na wystawienie na działanie pestycydów i herbicydów.

Częste występowanie ostrej białaczki szpikowej zanotowano także u osób palących, a także narażonych na kontakt z produktami przemiany ropy naftowej [14,15].

Chemioterapia - osoby przyjmujące leki przeciwnowotworowe z powodu innych chorób nowotworowych cechowały się zwiększoną zachorowalnością na OBSz. Wymienia się białaczki występujące po przyjmowaniu leków alkalizujących, takich jak: mechloreتامina, chlorambucil, busulfan, cyklofosfamid, karmustyna, lomustyna, prokarbazyna. Inhibitory topoizomerazy II (etopozyd, tenipozyd) także nie są obojętne na rozwój AML. Opisano również przypadki wystąpienia choroby po lekach innych niż cytostatyki, tj.: chloramfenikol, fenylobutazol [14,15].

Epidemiologia

Ostra białaczka szpikowa stanowi 30% wszystkich białaczek, w tym 80% wszystkich białaczek ostrych. Możliwość zachorowania wzrasta prawie że wprost proporcjonalnie z wiekiem i jest najwyższa po osiągnięciu 70-roku życia. AML jest też najczęściej diagnozowaną białaczką u niemowląt do 1. roku życia, po 1. roku życia zachorowalność maleje [13,16]. Częstotliwość występowania białaczek u mężczyzn jest większa niż u kobiet (3:2) [14]. Najczęstsza zapadalność na OBS jest w Ameryce Północnej, Europie Zachodniej i Oceanii, najniższa z kolei w Azji i Ameryce Łacińskiej. Nieznacznie częściej zachorowania odnotowano też u rasy białej (3,7/100 000) niż u Afroamerykanów (3,1/100 000) [13].

Sytuacja w Polsce przedstawia się podobnie. Według Rejestru Zachorowań na Ostre Białaczki u Osób Dorosłych w latach 2004, 2005, 2006 rozpoznanie OBS stanowiło kolejno 81%, 84%, 85% wszystkich OB. Również tu liczba zachorowań wzrasta wraz z wiekiem, osiągając najwyższe wartości powyżej 70. roku życia. W Polsce rejestruje się od 30 do 60 nowych zachorowań rocznie u osób poniżej 18. roku życia. Zapadalność na OBS wg standaryzowanego współczynnika zachorowalności dla osób dorosłych powyżej 18. roku życia ogółem wynosi 2,1/100 000 mieszkańców [16].

Obraz kliniczny

Ostra białaczka szpikowa charakteryzuje się występowaniem w szpiku kostnym, we krwi i narządach klonu stransformowanych komórek wywodzących się z początkowych etapów mielopoezy.

Pojawienie się komórek białaczkowych w szpiku prowadzi do niedokrwistości, skazy krwotocznej, a także neutropenii [10,17]. Każdy z tych objawów manifestuje się w odrębny sposób. Anemia powoduje osłabienie organizmu, zawroty głowy, stałe zmęczenie, a także tachykardię [1,17]. Poprzez DIC mogą objawiać się skazy krwotoczne, których najczęstszą przyczyną w ostrych białaczkach szpikowych jest małopłytkowość [18]. Konsekwencją małopłytkowości są wybroczyny w śluzówkach jamy ustnej, krwawienia z dziąseł i krwawienia z nosa [19], a także przedłużające się krwawienia miesięczne, krwotoki z przewodu pokarmowego, dróg rodnych, lub krwawienia do OUN [17]. Kolejnym z objawów AML jest neutropenia, która w swoim przebiegu ujawnia się zakażeniami bakteryjnymi i grzybiczymi jamy ustnej, tkanek, a także narządów, zmianami martwiczymi oraz owrzodzeniami neutropenicznymi [17,19].

Nacieczenie krwi obwodowej przez klon komórek białaczkowych powoduje leukostazę, na skutek zaburzonego przepływu w mikrokrażeniu, czego powodem jest zbyt duża przylepność krwi do naczyń. Konsekwencją tego jest: niewydolność serca, bóle głowy oraz zaburzenia widzenia [3,17].

Pozaszpikowe nacieki narządowe lokalizują się w węzłach chłonnych, powodują niewydolność i powiększenia narządów (np. hepatosplenomagalia).

Wyróżnia się także cały wachlarz objawów skórnych (Rycina 1, Rycina 2). Są to: świąd, przebarwienia, guzy skórne, rumień wielopostaciowy, żółtaki, a nawet mięsak mieloidalny [3,10].

Do innych objawów AML zalicza się: poty, bóle kości, a także zmniejszenie masy ciała. Należy także rozpatrywać zajęcie OUN, kiedy narastają objawy, takie jak: zmiany nastroju psychicznego, nudności i wymioty, trudności w chodzeniu, napady drgawkowe oraz porażenie nerwów czaszkowych II, III, V, VI i VII objawiające się osłabieniem mięśni twarzy, utratą słuchu, czy podwójnym widzeniem [10,20].

Leczenie ostrej białaczki szpikowej

Leczenie OBS jest złożone ze względu na jej heterogenność, stopień zaawansowania, a także stan pacjenta [1]. Leczenie białaczki składa się z 3 etapów:

- Leczenie indukujące
- Leczenie poremisyjne
- Leczenie podtrzymujące

Należy podkreślić, iż leczenie definiuje się zazwyczaj dla dwóch grup wiekowych, pacjenci dorośli do 60. roku życia i pacjenci po 6. roku życia [14].

Przed przystąpieniem do właściwego leczenia należy wykonać badania oceniające ogólny stan chorego, a także prawdopodobieństwo wystąpienia komplikacji powiązanych z chemioterapią (Tabela II) [21].

Tab. II. Niezbędne badania diagnostyczne, które należy wykonać przed rozpoczęciem leczenia, na podstawie [21]

Badania	• Wywiad (demograficzny i medyczny) • Ocena stanu ogólnego (ECOG/WHO) • Ocena chorób współistniejących (HTCTI) • Badania laboratoryjne: – Biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, Na, K, C, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FZ, LDH, CK, białko, cholesterol, TGL – Koagulogram: APTT, PT, INR, – Badanie ogólne moczu, – Test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) – Badania wirusologiczne (WZW A, B, C, HIV) • Rtg klatki piersiowej • EKG + ECHO (w razie potrzeby) • Punkcja lędźwiowa (jedynie u osób z podejrzeniem zajęcia CUN)
---------	---

Leczenie indukujące remisję

Leczenie to zmierza do uzyskania całkowitej remisji (CR) choroby [22].

Podstawowym schematem leczenia ostrej białaczki szpikowej w pierwszym etapie jest chemioterapia antybiotykiem antracyklinowym w połączeniu z cytarabiną. Leczenie te określa się mianem „3+7”. Najczęściej stosowanymi antybiotykami antracyklinowymi w leczeniu są: doanurbicyna - DNR (w dawce 60-90 mg/m²/dobę), indarubicyna (10-12mg/m²/dobę) oraz mitoksantron – Mit (10-12mg/m²/dobę). Antybiotyki podaje się przez 3 dni. W ciągłym wlewie dożylnym przez 7 dni (w dawce 100-200mg/m²/dobę) podaje się arabinozyd cytozyny (Ara-C) [12,21,23].

Drugi cykl leczenia można powtórzyć, jeżeli otrzymano przynajmniej częściową remisję choroby [12].

Osoby powyżej 60. roku życia mają inny schemat leczenia, a przedstawia się on następująco: DNR w dawce 30-45mg/m² przez 3 dni + Ara-C 100mg/m²/dobę przez 7 dni [24].

Leczenie poremisyjne

Leczenie to ma na celu zapobiegnięcie nawrotom choroby do 6. miesiąca po zakończeniu terapii a także zwiększenie szansy wyleczenia [12].

Leczenie konsolidujące - Stosuje się w nim wysokie dawki Ara-C. Terapia standardowo składa się od jednego do 4 cykli, jednak PALG potwierdziło skuteczność 2 cykli wysokich dawek Ara-C i HAM 1) HD Ara-C: 2-3g/m²arabinozydu cytozyno 12h w 3 godzinnej infuzji, w pierwszym, trzecim i piątym dniu, 2) HAM: Ara-C 1,5g/m² w infuzji 3 godzinnej w dniu 1-3 i mitoxantron 10 mg/m²i.v, w dniach 3-5. Leczenie dotyczy osób należących do grupy korzystnego ryzyka [12,14,21]. Podobnie, jak w leczeniu indukującym, tak i w leczeniu konsolidującym u chorych w wieku powyżej 60 lat schemat leczenia ulega zmianie: Ara-C 100mg/m²pc. i.v. (1-5 dzień) + Mit 6mg/m²pc. i.v. (1-2 dzień) [23].

Autologiczny przeszczep komórek krwiotwórczych

AutoSCT jest alternatywną i skuteczną metodą leczenia poremisyjnego. Jednakże jej wysoką skuteczność można uzyskać jedynie u pacjentów z korzystnym i pośrednim rokowaniem [21].

W AutoSCT zarówno dawcą, jak i biorcą szpiku jest chory. Komórki macierzyste uzyskuje się z komórek krwi obwodowej, bądź pobierany zostaje szpik. Przeszczep może być wykonywany w każdym wieku [25], jednakże autoSCT powinno być rozpatrywane u pacjentów z grupy korzystnego i pośredniego ryzyka, gdy nie można znaleźć dawcy do alloSCT, a także zbyt dużego zagrożenia związanego z alloprzeszczepem [26]. AutoSCT nie jest zalecany u osób obciążonych wysokim ryzykiem cytogenetycznym, a także u pacjentów z wtórną AML [27]. W takich przypadkach szanse na wyleczenie i dłuższe życie daje allogeniczne przeszczepienie komórek macierzystych [21].

Allogeniczny przeszczep macierzystych komórek krwiotwórczych

Allo-SCT jest współcześnie najlepszą metodą leczenia ostrej białaczki szpikowej. W tym wypadku materiał pobierany jest od osoby trzeciej. Najbardziej pożądanym dawcą jest rodzina, w szczególności rodzeństwo. Istnieje także możliwość wykonania przeszczepu od dawcy niespokrewnionego [22,28], jednak występują trudności ze znalezieniem takiego [29].

Źródłem KKM potrzebnych do przeszczepu może być szpik kostny pobrany operacyjnie, krew obwodowa bądź krew pępowinowa [29]. Allo-SCT ma szczególne znaczenie u osób z podwyższonym ryzykiem wznowy AML [12].

Leczenie podtrzymujące

Jest to przewlekłe stosowanie chemioterapii po osiągnięciu remisji. Intensywność tego leczenia jest mniejsza niż leczenia indukującego i konsolidującego. Zadaniem terapii jest dalsze zmniejszenie liczby komórek białaczkowych i zabezpieczenie przed potencjalnym nawrotem choroby [30].

Leczenie wspomagające

Jest bardzo ważne w leczeniu OBS. Zawiera ono : przetaczanie koncentratów krwinek czerwonych, przetaczanie koncentratów płytek krwi, stosowanie krwiotwórczych czynników wzrostu oraz leczenie chorób współistniejących [17].

Rozwinięcie

Ostra białaczka szpikowa, jak sama nazwa wskazuje jest chorobą szpiku kostnego. Stanowi 80% wszystkich białaczek ostrych. Choroba dotyczy różnych grup wiekowych jednak zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem i jej szczyt przypada na osoby po 70. roku życia. Jest chorobą, która niejednokrotnie utrudnia (poprzez długotrwałą hospitalizację oraz skutki uboczne podawanych leków) funkcjonowanie w życiu codziennym.

Postępowanie pielęgniarskie z chorym na ostrą białaczkę szpikową polega na obserwacji pacjenta, podawaniu leków, zapewnieniu komfortu psychicznego i fizycznego, a także na wsparciu duchowym. Wsparciem i edukacją, jeżeli zaistnieje taka potrzeba, powinno objąć się także rodzinę chorego.

Praca została napisana na podstawie studium indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

Informacje potrzebne do pracy zostały zebrane z użyciem: wywiadu, obserwacji, pomiarów, analizy dokumentów, tj.: historia choroby, indywidualna karta pielęgnowania, karta gorączkowa, indywidualna karta zleceń lekarskich, wyniki badań.

Pacjentka A.W. lat 24 zgłosiła się do lekarza rodzinnego 28.12.2014 z objawami ciągłego zmęczenia. Pacjentka była słaba i nie mogła przebyć samodzielnie krótkich dystansów pieszo.

Lekarz rodzinny po wykonaniu badań biochemicznych, morfologicznych, a także przeprowadzeniu wywiadu i badań fizykalnych skierował chorą do szpitala.

Pacjentce 2 stycznia 2015 wykonano biopsję szpiku kostnego, powtórzono morfologię krwi, badanie biochemiczne moczu, badanie fizykalne, a także USG jamy brzusznej. Wyniki przedstawiały się następująco: CRP (białko ostrej fazy): 18,9 mg/l, Hb (hemoglobina): 10.3g/dl, RBC (erytrocyty): 3.43mln/mm³, WBC (leukocyty): 1.34tys/mm³, HCT (hematokryt): 30.2% , PLT (płytki krwi): 75tys/mm³

Masa ciała: 44 kg, wzrost: 163 cm, liczba oddechów: 12/min, tętno: 87, RR: 116/92.

Pacjentce zdiagnozowano AML z duplikacją FLT3-ITD. Rozpoczęto leczenie DAC, po którym nie uzyskano remisji. Od 4 kwietnia 2015 chora jest prowadzona HAM. Ze względu na negatywne pierwsze leczenie i obecność w pełnej zgodności tkankowej dawcy-siostrą, chorą zakwalifikowano do alloHSCT.

Obecnie chora przebywa na sali izolacyjnej. Ma założone wkłucie centralne. Pacjentka o obniżonym nastroju, czego powodem jest diagnoza AML. Obawia się o swój stan zdrowia. Chora skarży się na brak apetytu, miewa nudności i wymioty. Ma biegunkę, bóle głowy, a także podwyższoną temperaturę ciała (37.7°C) od 3 dni. Pacjentka uskarża się na suchość oczu. Odczuwa dyskomfort z powodu utraconych włosów na głowie. Chora ma wprowadzoną antybiotykoterapię (Cipronex, Mitoxantron), leczenie przeciwgrzybicze (Noxafil), leczenie przeciwbólowe (Paracetamol, Tramal), przeciwwymiotne (Zofran), przeciwwirusowe (Heviran). Wprowadzono także: Corhydron, MgSO₄, KCl, PWE, Cerutin i Lakcid. Chora ze względu na zmniejszoną liczbę płytek krwi otrzymuje koncentrat krwinek płytkowych, na który jak zauważyła jest uczulona.

Kobieta mieszka w małym mieście, w domu jednorodzinnym, z rodzicami i rodzeństwem, z którymi ma zażyły kontakt. Swoje warunki mieszkaniowe ocenia jako dobre. Chora ma wykształcenie średnie i pracowała jako urzędnik biurowy. Pracę utraciła z powodu długiej hospitalizacji, jednak nie uważa tego jako powodu do smutku.

**Najistotniejsze problemy pielęgnacyjne
w opiece nad pacjentem z ostrą białaczką szpikową**

- 1. Problem pielęgnacyjny:** Ryzyko krwawienia i urazów spowodowane obniżoną liczbą trombocytów.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstawania urazów ciała i zmniejszenie ryzyka krwawień.

Działania pielęgniarские:

- Powiadomienie pacjentki o konieczności unikania zabiegów narażających na przerwanie ciągłości skóry (np. golenia żyletką),
- Zalecenie pacjentce depilacji chemicznej (stosowanie kremów do depilacji),
- Przeciwdziałanie upadkom poprzez zastosowanie mat antypoślizgowych podczas kąpieli,
- Zapoznanie pacjentki z informacją na temat leków rozrzedzających krew, tj. aspiryna, leki z grupy NLPZ,
- Zredukowanie ilości zabiegów inwazyjnych, iniekcji,
- Zalecenie pacjentce używania szczoteczek do zębów o miękkim włosiu w celu uniknięcia krwawienia z dziąseł,
- Wykonywanie transfuzji KKP na zlecenie lekarza
- Obserwacja pacjentki pod kątem zmian na ciele, krwotoków (kontrola moczu, stolca, wymiotów pod kątem obecności krwi),
- Edukacja pacjentki pod kątem trombocytopenii, tj. dostarczenie ulotek, broszurek informacyjnych,

- 2. Problem pielęgnacyjny:** Bóle głowy.

Cel opieki: Uśmierzanie lub zmniejszenie bólu głowy.

Działanie pielęgniarские:

- Rozmowa z chorym o przyczynach występowania bólów głowy
- Ocena bólu w skali VAS,
- Zawiadomienia pacjenta o konieczności informowania o występującej dolegliwości,
- Wyeliminowanie bądź zmniejszenie występowania czynników natężających powstawanie bólu,
- Założenie zimnych okładów żelowych bądź okładu wysychającego na czoło,
- Zapewnienie mikroklimatu na sali chorego poprzez przewietrzanie sali, nawilżanie powietrza, a także zapewnienie ciszy,
- Podanie leków na zlecenie lekarza.

3. **Problem pielęgnacyjny:** Zagrożenie wystąpienia reakcji alergicznej po przetaczaniu KKP.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu reakcji alergicznej.

Działanie pielęgniarские:

- Prośba w kierunku pacjentki, aby wszelkie niepokojące objawy podczas i po transfuzji zgłaszała pielęgniarce,
- Obserwacja pod kątem wystąpienia wczesnych powikłań poprzetoczeniowych (pokrzywka, dreszcze, gorączka)
- Pomiary parametrów życiowych chorej przed transfuzją i po transfuzji KKP: tętna, temperatury, ciśnienia,
- Obecność personelu pielęgniarского przez 15 minut początkowego przetaczania i obserwacja pod kątem ewentualnego pogorszenia stanu zdrowia,
- Obserwacja pacjenta do 12 godzin po zakończonej transfuzji.

4. **Problem pielęgnacyjny:** Niedowaga pacjentki.

Cel opieki:

- Zapobieganie dalszej utracie masy ciała,
- Poprawa apetytu.

Działania pielęgniarские:

- Obliczenie chorej dziennego zapotrzebowania kalorycznego i wprowadzenie diety wysokoenergetycznej i wysokobiałkowej dla chorej,
- Zachęcenie chorej do spożywania 5 porcji posiłków o regularnych porach,
- Poinformowanie o istocie prawidłowego żywienia w procesie leczenia,
- Umożliwienie rozmowy z dietetykiem szpitalnym,
- Urozmaicenie podawanych posiłków o produkty preferowane przez chorą,
- Codzienna kontrola masy ciała,
- Estetyczne podawanie posiłków.

5. **Problem pielęgnacyjny:** Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowanych wymiotami i biegunką.

Cel opieki:

- Zmniejszenie skutków ubocznych leczenia cytotatykami,
- Zapobieganie powikłaniom wodno-elektrolitowym i kwasowo-zasadowym.

Działanie pielęgniarские:

- Zapewnienie intymnych warunków podczas wymiotów, zapewnienie miski nerkowatej oraz ligniny,
- zapewnienie mikroklimatu na sali pacjentki-regularne wietrzenie sali,
- prowadzenie bilansu płynów,
- dokumentacja częstości, liczby i konsystencji oddawanych stolców,
- wprowadzenie diety ubogobłonnikowej w przypadku pojawienia się biegunki, zalecenie unikania surowych warzyw, owoców, ostrych przypraw, unikanie spożywania kawy, herbaty i słodczy, a także produktów bogatotłuszczowych i mlecznych,
- zalecenie częstej toalety krocza i nawilżanie okolic odbytu maściami, np. Bepanthen,
- poinformowanie pacjentki o konieczności mycia rąk po każdej wizycie w toalecie,
- zalecenie picia dużej ilości wody- 2,5-3 l na dobę, w małych porcjach, najlepiej pitych przez słomkę,
- zalecenie picia płynów 30 min. przed lub po posiłku, by nie zaburzać procesów trawiennych poprzez rozrzedzenie soków żołądkowych
- polecenie pacjentowi, aby w momencie wystąpienia biegunki spożywał, pokarmy i płyny bogate w potas, tj.: ziemniaki, pomidory.
- Podawanie leków przeciwbiegunkowych i przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza

6. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko infekcji spowodowane obniżoną odpornością.

Cel opieki pielęgniarstwa:

- Zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji,
- Wczesne wykrycie infekcji.

Działanie pielęgniarstwa:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki, podczas obsługiwanego portu naczyniowego,
- Poinformowanie pacjentki i jej rodzinę o wyznaczonych godzinach odwiedzin i konieczności zakładania fartuchów ochronnych, butów ochronnych, masek jednorazowych,

- Poinformowanie pacjentki o istocie codziennej zmiany bielizny osobistej i pościelowej, toalecie ciała, myciu rąk przed i po posiłkach w celu zniwelowania ryzyka zakażenia,
- Zalecenie pacjentce, aby każdą dolegliwość zgłaszała pielęgniарce,
- Prowadzenie karty gorączkowej i sumienne odnotowywania parametrów życiowych, tj.: ciśnienie tętnicze, tętno oraz temperaturę, liczba oddechów,
- Obserwacja pacjentki pod kątem objawów infekcji: podwyższona temperatura ciała, katar, osłabienie organizmu, zaczerwienienie i ból błon śluzowych

7. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wprowadzenia zakażenia wkłucia centralnego.

Cel opieki pielęgniariskiej: Profilaktyka wystąpienia infekcji wkłucia centralnego.

Działania pielęgniariskie:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy obsłudze wkłucia centralnego,
- Używanie jałowych strzykawek i kraników, a także jednorazowych rękawic przy każdej obsłudze wkłucia,
- Przepłukiwanie cewnika solą fizjologiczną przed i po każdym użyciu,
- Zamykanie wejścia do cewnika jałowym koreczkiem po każdym użyciu,
- Regularna pielęgnacja i obserwacja miejsca wkłucia pod kątem pojawienia się stanu zapalnego oraz systematyczna zmiana opatrunków,
- Podawanie leków, żywienia i pobieranie krwi wyłącznie poprzez kanały do tego przeznaczone,
- Prowadzenie karty monitorowania dostępu naczyniowego,
- Kontrola parametrów życiowych, tj.: temperatury ciała, ciśnienia oraz tętna pacjentki, których wzrost może prowadzić na postępujące zakażenie.

8. Problem pielęgnacyjny: Obniżony apetyt jako skutek uboczny leczenia przeciwnowotworowego.

Cel opieki: Poprawa łaknienia pacjenta.

Działanie pielęgniariskie:

- Powiadomienie chorego o możliwych skutkach ubocznych leczenia cytostatykami, jakimi są utrata apetytu i zmiana smaku,
- Estetyczne podawanie posiłków,
- Urozmaicenie diety o posiłki lubiane przez pacjenta,
- Zachęcenie rodziny, aby w miarę możliwości dostarczała pacjentowi preferowane posiłki,

- Zalecenie wykonywania toalety jamy ustnej przed posiłkiem.

9. Problem pielęgnacyjny: Osłabienie pacjentki spowodowane niedokrwistością.

Cel opieki pielęgniarzkiej: Niedopuszczenie do zwiększania się dolegliwości.

Działania pielęgniarzkie:

- Obserwacja, pomiar i dokumentacja parametrów życiowych, takich jak ciśnienie i tętno pacjenta, w kierunku pogłębiania się objawów niedokrwistości,
- Pomoc w czynnościach codziennych, jeśli zaistnieje taka potrzeba,
- Zapewnienie warunków relaksacyjnych na sali (zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu- wietrzenie sali, zapewnienie warunków świetlnych, ciszy),
- W sytuacji wystąpienia duszności założenie chorej wążów tlenowych o przepływie tlenu 2-3l/min, polecenie chorej przyjęcia pozycji siedzącej z przodopochyleniem i oparcia łokci na kolanach, bądź pozycji leżącej półwysokiej,
- Pobieranie krwi na morfologię, podawanie leków na zlecenie lekarza.

10. Problem pielęgnacyjny: Zmniejszony nastrój chorej, spowodowany lękiem o stan zdrowia oraz trwającym leczeniem szpitalnym.

Cel opieki:

- Zminimalizowanie lęku chorego,
- Poprawa nastroju chorej,
- Edukacja pacjenta w kierunku choroby.

Działania pielęgniarzkie:

- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i spokoju pacjentowi,
- Skrupulatna ocena nastroju i zachowań pacjentki podczas podawania leków i całego procesu hospitalizacyjnego,
- Zapoznavanie pacjentki z celem i przebiegiem wykonywanych czynności,
- Zapoznanie kobiety z topografią oddziału oraz personelem prowadzącym,
- Zapewnienie wsparcia psychicznego oraz duchowego poprzez umożliwienie kontaktu z psychologiem bądź kapłanem,
- Rozmowa z chorą o towarzyszących jej emocjach, o przebiegu choroby oraz sposobie leczenia,
- Wspomożenie chorego w gospodarowaniu wolnego czasu, poprzez zapewnienie kontaktu z rodziną, innymi pacjentami, oglądanie telewizji, czytanie książek itp.

- Edukacja pacjentki w kierunku objawów, przebiegu choroby i leczenia poprzez dostarczanie broszurek, ulotek informacyjnych,
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną i bliskimi,

11. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort spowodowany zmianą wyglądu.

Cel opieki:

- Zmniejszenie dyskomfortu związanego ze zmianą wyglądu,
- Zwiększenie wiedzy pacjentki o efektach ubocznych leczenia, a także o prawidłowej pielęgnacji ciała.

Działania pielęgniarские:

- Rozmowa z pacjentką o skutkach ubocznych leczenia przeciwnowotworowego,
- Edukacja pacjentki na temat prawidłowej pielęgnacji skóry i przydatków skóry,
- Poinformowanie chorej o konieczności stosowania delikatnych środków myjących bezalkoholowych, stosowaniu łagodnych szamponów, delikatnym czesaniu włosów i natłuszczaniu skóry ciała,
- Poinformowanie pacjentki o możliwości zakupu peruki, przekazanie informacji o miejscach sprzedaży i refundacji,
- Umożliwienie pacjentce kontaktu z psychologiem bądź innymi pacjentami w podobnej sytuacji.

12. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort spowodowany suchością oczu.

Cel opieki:

- Zmniejszenie dyskomfortu związanego z uczuciem „suchego oka”
- Zwiększenie wiedzy na temat pielęgnacji oczu.

Działania pielęgniarские:

- Zalecenie pacjentce przemywania oczu naparem z rumianku, solą fizjologiczną, robienie okładów z zimnej herbaty,
- Wkraplanie pacjentce do oczu nawilżających kropli tzw. sztucznych łez
- Regularne nawilżenie powietrza w pomieszczeniu, w którym znajduje się pacjentka,
- Zalecenie pacjentce picia dużej ilości płynów, najlepiej wody w ilości 2-3l/dobę,
- Polecenie pacjentce, aby wysypiała się co najmniej 8 godzin dziennie,

- Zalecenie pacjentce częstego mrugania,
- Poinformowanie chorej o konieczności ochrony oczu przed promieniowaniem słonecznym, poprzez zastosowanie okularów ochronnych z filtrem UV,
- Edukacja pacjentki w kierunku prawidłowej higieny oczu, powiadomienie o konieczności demakijażu przed snem i stosowaniu kosmetyków hipoalergicznym, dostarczenie broszurek informacyjnych o prawidłowej pielęgnacji oczu,
- Wprowadzenie do diety pacjentki składników pokarmowych bogatych w witaminę A i kwasów Omega 3, tj.: marchewka, żółtka jaj, wątróbka wołowa i wieprzowa, tłuste ryby morskie.

13. Problem pielęgnacyjny: Utrzymująca się podwyższona temperatura (37.7° C) ciała.

Cel opieki:

- Zmniejszenie temperatury ciała pacjentki,
- Niedopuszczenie do odwodnienia organizmu.

Działania pielęgniarские:

- Obserwacja pacjentki pod kątem ewentualnego rozwijania się stanu zapalnego,
- Regularne pomiary temperatury, ciśnienia oraz tętna pacjentce, co 1-2 godziny,
- Poinformowanie lekarza prowadzącego o podwyższonej ciepłocie ciała pacjentki,
- Zalecenie pacjentce, aby pogorszenie samopoczucia natychmiast zgłaszała pielęgniarce,
- Fizykalne obniżenie temperatury poprzez stosowanie zimnych okładów na duże naczynia krwionośne w przypadku, gdy temperatura ciała wzrośnie lub wprowadzenie farmakoterapii w przypadku braku rezultatów działań fizykalnych,
- Nawodnienie pacjentki poprzez zalecenie spożywania niesłodkich napojów w ilości 2,5-3 litra, najlepiej rumianku i wody
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w wypadku wzmożonego pocenia się pacjentki.

Podsumowanie

OBS to niejednorodna grupa nowotworów złośliwych układu białokrwinkowego. Stanowi ona 80% zachorowań na ostre białaczki szpikowe. Etiologia nie jest do końca wyjaśniona. Zostały jednak wyodrębnione czynniki, które mogą zwiększać ryzyko zachorowania na ten nowotwór. Należą do nich: czynniki genetyczne, promieniowanie jonizujące, czynniki chemiczne oraz leczenie cytostatykami. Wiadomo również, że zachorowalność na AML wzrasta wraz z wiekiem i jej szczyt przypada na osoby w wieku >70 lat.

Ostra białaczka szpikowa manifestuje się w niecharakterystyczny sposób. Do jej objawów zalicza się anemię, małopłytkowość, neutropenię, powiększenie narządów oraz szereg zmian skórnych, a także zmniejszenie masy ciała, zwiększoną potliwość czy bóle kości.

Aby wspierać efekty terapeutyczne oraz zmniejszać dolegliwości i dyskomfort chorego należy zastosować poniższe działania:

- Codzienna higiena jamy ustnej przy pomocy miękkiej szczoteczki do zębów, w celu uniknięcia podrażniania dziąseł i zapobiegnięcie ewentualnemu krwawieniu.
- Regularna obserwacja jamy ustnej pod kątem zmian, takich jak pleśniawki, zmiany grzybicze czy zmiany zapalne.
- W wypadku występowania nudności i wymiotów zalecane spożywanie posiłków w małych porcjach- najlepiej 5-6 posiłków dziennie co 2-3 godziny, dbanie o estetyczny wygląd potraw. Uniknie przykrych zapachów i ostrych przypraw. Należy zadbać o toaletę jamy ustnej przed posiłkami. Zaleca się picie płynów, najlepiej przez słomkę w trakcie występowania nudności, a także systematyczne wietrzenie pomieszczenia, w którym przebywa chory, w celu utrzymania odpowiedniego mikroklimatu.
- Wprowadzenie do diety produktów o dużej zawartości polifenolii, tzw. związków antyrakowych, np. zielona herbata, kapusta, czosnek, jagody czy winogrona; produktów bogatych w składniki mineralne i witaminy w szczególności wit. A, C, E. Zalecenie spożywania 5 porcji warzyw i owoców, spożywanie produktów pełnowartościowych, pełnoziarnistych- grubych kasz, ciemnego pieczywa, ograniczenie spożywania cukrów prostych w diecie- słodyczy. Wdrożyć do jadłospisu potrawy gotowane na parze, pieczone, duszone, a wyeliminowanie z diety produktów wędzonych i smażonych na głębokim tłuszczu.
- W przypadku występowania biegunki zaleca się częstszą toaletę ciała, stosowanie maści pielęgnacyjnych w wypadku pojawienia się podrażnień np. Bepanthen.

Systematyczne mycie dłoni po każdym wyjściu z toalety w celu uniknięcia infekcji. Podczas występowania biegunki należy uzupełniać płyny. Najlepsze wówczas będą: kakao, czy woda mineralizowana w ilości 2-3 litry na dobę. W czasie biegunki należy również uzupełniać potas, który jest zawarty w ziemniakach, pomidorach, czy cukinii oraz sód, którego najwięcej jest w soli kuchennej. Zalecone w tym czasie jest spożywanie pokarmów lekkostrawnych, tj.: gotowanego drobiu, jajek, jasnego pieczywa, ryżu; natomiast przeciwwskazane jest przyjmowanie pokarmów bogatych w tłuszcze i błonnik, surowe warzywa i owoce, produkty mleczne.

- Dbanie o higienę oczu. Dokładny demakijaż oczu przeznaczonymi do tego preparatami. Nawilżanie oczu solą fizjologiczną, wkraplanie sztucznych łez. Unikanie suchych, zakurzonych pomieszczeń. Regularne wietrzenie pomieszczeń i nawilżanie powietrza. Należy też zabezpieczać oczy przed nadmiernym promieniowaniem słonecznym poprzez zakładanie okularów przeciwsłonecznych z filtrem UV.
- Stosowanie kremów do depilacji zamiast depilacji mechanicznej, zapobieganie przesuszaniu skóry poprzez stosowanie płynów i mydeł do mycia o neutralnym dla skóry pH= 4,5- 6. Stosowanie łagodnych szamponów do mycia włosów i skóry głowy np. Balea Med. Natłuszczanie ciała.
- Zaopatrzenie się w perukę, bądź turban na głowę.
- Zaleca się ograniczać wystawianie się na ryzyko złapania infekcji poprzez unikanie miejsc publicznych, stosowanie jednorazowych masek ochronnych, regularną toaletę dłoni oraz dezynfekcję przeznaczonymi do tego preparatami, np. Carex. Należy ubiór dostosowywać do warunków pogodowych, a także suplementować się preparatami z witaminami, głównie witaminą C. Poleca się również spanie 8 godzin na dobę.

Piśmiennictwo

1. Dziuban D., Kowalczyk P., Filocha M.: Co nas w kościach strzyka czyli choroby szpiku, a innowacyjne leki. Nowa Medycyna, 2012,1, 10-14.
2. Zabel M. (red.): Histologia. Podręcznik dla studentów medycyny i stomatologii. Wyd. Urban &Partner, Wrocław, 2009, 132.
3. Maj S., Mariańska B., Seyfriedowa H.: Hematologia. Podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 1996.

4. <http://nedo.gumed.edu.pl/wszpziu/skrypty/My%9Cliwski%20skrypt/63556%5B1%5D.pdf>, data pobrania 30.03.2016
5. Jędrzejczak W.: Biologia nowotworów. Podręcznik dla studentów i lekarzy [w:] Onkologia, Kordek R. (red). Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2007, 21.
6. Jeziorski A.: Najczęstsze nowotwory- objawy, rozpoznanie i leczenie [w:] Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Jeziorski A (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005, 159-164.
7. Jędrzejczak W.: Co nowego w diagnostyce i terapii w hematologii i onkologii hematologicznej? Przew. Lek., 2009, 1, 118-124.
8. Hołowiecki J.: Ostre białaczki szpikowe.http://szpiczak.org/lang/szpiczak/pdf/hematologia_w_zarysie.pdf, data pobrania 30.03.2016.
9. Gołos A., Wierzbowska A.: Znaczenie aberracji cytogenetycznych i molekularnych w biologii ostrej białaczki szpikowej. Acta Haematologica, 2011, 1, 5-15.
10. Badzian A., Ciuruś M., Malinowska A. i in.: Zmiany skórne w przebiegu ostrej białaczki szpikowej - opis przypadku. Przegl. Dermatol., 2011, 4, 340-344.
11. Gil L.: Allogeniczne przeszczepienie komórek krwiotwórczych macierzystych w leczeniu chorych z ostrą białaczką szpikową. Hematologia, 2011, 3, 266-275.
12. Kata D., Kyrz-Krzemień S.: Ostra białaczka szpikowa- współczesne poglądy na patogenezę, postępowanie diagnostyczne, klasyfikację, stratyfikację prognostyczną i leczenie. Post. Nauk Med., 2011, 7, 601-608.
13. Seferyńska I., Biliński P., Warzocha K.: Epidemiologia ostrych białaczek. Acta Haematol. Pol., 2005, 3, 269-281.
14. Hołowiecki J., Hołowiecka A.: Ostre białaczki szpikowe 2009. Acta Haematol. Pol., 2009, 2, 545-559.
15. Wetzler M., Byrd J., Bloomfield C.: Ostra i przewlekła białaczka szpikowa www.czelej.com.pl/images/104_bialaczka.pdf, data pobrania 30.03.2016.
16. Seryfińska I., Orłowska E., Ejduk A. i wsp.: Epidemiologia zachorowań na ostre białaczki szpikowe u ludzi dorosłych w Polsce w latach 2004-2006. Post. Nauk Med., 2007, 7-8, 268-275.
17. Wierzbowska A.: Ostra białaczka szpikowa [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych- 2013, Krzakowski M., Warzocha K.(red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2007, Tom II, 753-766.
18. Kłoczko J.: Problemy zaburzeń hemostazy w ostrych białaczkach. Acta Haematol. Pol., 2008, 4, 661-666.

19. Dziamska J., Zawilska K.: Zmiany śluzówkowe w jamie ustnej w przebiegu niektórych chorób układu krwiotwórczego. *Dental Forum*, 2012, 1, 127-129.
20. Patkowska E., Lech-Marańda E., Warzocha K.: Zajęcie ośrodkowego układu nerwowego u dorosłych chorych w przebiegu ostrej białaczki szpikowej. *Hematologia*, 2013, 3, 218-226.
21. Wierzbowska A., Pluta A., Robak T.: Standardy diagnostyki i leczenia ostrej białaczki szpikowej u dorosłych wg wytycznych European Leukemia Net. *Acta Haematol.Pol.*, 2010, 3, 371-379.
22. Giebel S., Najda J.: Leczenie z zastosowaniem allogenicznego przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych u chorych na ostrą białaczkę szpikową. Wskazania i aspekty techniczne procedury w praktyce europejskich grup roboczych. *Hematologia*, 2012, 1, 33-39.
23. Wach M.: Leczenie ostrych białaczek szpikowych. [w:] *Leczenie rozrostowych chorób hematologicznych*, Dmoszyńska A. (red.). *Med. Prakt.*, 2011, 36-37.
24. Wierzbowska A., Czemerska M.: Ostra białaczka szpikowa u osób w wieku podeszłym. *Acta Haematologica Polonica*, 2013, 2, 75-81.
25. Krawczyk-Kuliś M., Kyrz-Krzemień S.: Aktualne wskazania i zasady leczenia z użyciem autoprzeszczepienia komórek krwiotwórczych. *Post. Nauk Med.*, 2011, 7 610-615.
26. Hołowiecki J.: Przeszczepienie komórek krwiotwórczych w ostrych białaczkach szpikowych. *Acta Haematol.Pol.*, 2011, 2, 117-125.
27. Grosicki S.: Rola wysokodawkowanej chemioterapii wspomaganej autologicznym przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych w planie terapeutycznym u chorych na ostrą białaczkę szpikową. *Hematologia*, 2012, 1, 25-32.
28. Markiewicz M., Kyrz-Krzemień S.: Allogeniczne przeszczepienie komórek krwiotwórczych: stan obecny i perspektywy rozwoju. *Post. Nauk Med.*, 2011, 6, 479-485.
29. Rzepacki P.: Przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych [w:] *Wspólnie damy radę: chemioterapia, przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych-informator dla chorych i ich lekarzy*, Rzepacki P., Skrzyński W., Olszewska-Szopa M. (red.). *MedicalEducation*, Warszawa, 2013, 35, 39.
30. Wierzbowska A., Gołos A.: Nowe strategie leczenia poremisyjnego ostrej białaczki szpikowej u dorosłych. *Acta Haematol.Pol.*, 2011, 2, 227-233.

Żałoba w rodzinie pacjenta lekarza rodzinnego

Harasim-Piszczałowska Emilia

Studia doktoranckie, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

*Żałoba niszczy, pochłania wszystko.
Jednak tylko odwiedza przyjaciół, nawet najbliższych.
U rodziny pozostaje na dłużej, zapewne na zawsze, ale zapewne tak powinno być.
Harlan Coben (z książki „Na gorącym uczynku”) [1]*

Wstęp

„Nasze życie jest zawieszone na wątłych nitkach. Na każdym kroku, w naszym życiu, pod stopami odczuwamy otchłań grobu. Śmierć jest wrogiem wszystkich. Nawet królowie muszą paść pod kosę Posępnego Żniwiarza. Naukowiec i chirurg dzielnie walczą, by nie dopuścić potwora do drzwi pałacu, lecz okryty całunem Księżę Lęku ukradkiem przedziera się przez strażę, idzie wzdłuż korytarzy i w królewskiej sypialni spowija potężnego władcę swym ciemnym płaszczem” [2].

Pomimo rozwoju medycyny i nauki nie istnieje metoda, która może zapobiec śmierci człowieka. Wszystkie metody służą jedynie przedłużeniu życia. Nie istnieje również nauka, która zdefiniowała, co znajduje się "po tej drugiej stronie życia". Nie ma jednoznacznie określonego sposobu, w jaki przygotować się do tego przejścia. Każde pokolenie musi zmagać się ze śmiercią bliskich oraz własną. Żałoba jest zjawiskiem wielowymiarowym, ponieważ zmienia się w czasie, zmienia się również pod wpływem oddziaływań zbiorowości, społeczeństwa, jest więc też zjawiskiem społecznym. Żałobę charakteryzuje szereg cech, należą do nich między innymi zaprzeczanie stracie, przygnębienie, rozstrojenie emocjonalne - od irytacji po płaczliwość, niepokój oraz lęk przed przyszłością, wyczerpanie psychiczne, zamknięcie na świat zewnętrzny, ogólne wycofanie. Żałoba spełnia kryteria choroby terminalnej, która jest nazywana w literaturze jako żałoba po zdrowiu. Jednakże, żałoba nie jest chorobą, jest to naturalna reakcja człowieka na traumatyczne wydarzenia życiowe [3].

Śmierć wiąże się z utratą, która szczególnie dotyka osoby najbardziej związane ze zmarłym. Utratę można definiować na wiele sposobów - jako pustkę, rozstanie, zakończenie

pewnego rozdziału w życiu, a może początek kolejnego. Jednakże naukowo utrata jest określana jako kondycja psychiczna danej osoby po rozstaniu (śmierci) najbardziej znaczącej osoby w życiu - osoby najbliższej. Utrata ta jest związana z zakończeniem obecności oraz uczestnictwa najbliższej osoby w sensie fizycznym oraz symbolicznym, ale przede wszystkim relacyjnym. Śmierć najbliższego członka rodziny zaburza poczucie przynależności do rodziny, w pewnym sensie zaburzone jest poczucie posiadania "domu". Przeżywanie żałoby, cały jej okres oraz forma jest różna dla każdego człowieka, jest niejako procesem niepowtarzanym. Dlaczego przeżywanie żałoby jest zindywidualizowane? Dlatego, że tak jak możemy powiedzieć, że nie ma dwóch takich samych ludzi - tak więc można powiedzieć, że nie ma dwóch takich samych strat. Na sposób przeżywania żałoby wpływa wiele czynników, między innymi okoliczności utraty bliskiej osoby, kondycji psychicznej żałobnika, jego osobowości, ale przede wszystkim zależy to od relacji, jaka wiązała osobę zmarłą z żałobnikiem. Żałoba zależy również od przystosowania danego człowieka do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi - doświadczeniem życiowym. Jako że powyżej śmierć została określona jako zjawisko wielowymiarowe, należy również zaznaczyć, że na przeżywanie żałoby wpływa również szereg czynników społecznych. Należą do nich normy, wartości oraz wzorce społeczne, a także zakres wsparcia, jakie jest udzielone osobie pogrążonej w żałobie, nie tylko wśród osób z rodziny i duchowieństwa, ale również ze strony personelu medycznego - lekarza, pielęgniarki, psychologa [4,5].

Żałoba i adaptacja do niej

*Żałoba to dom, który znika ilekroć ktoś zapuka do drzwi,
dom, który wzlatuje w powietrze przy najłżejszym powiewie,
który wkopuje się w ziemię, kiedy wszyscy śpią...*
Jandy Nelson (z książki „Niebo jest wszędzie”) [6]

Zgodnie z teorią Johna Bowlby'ego rozstanie z bliską osobą jest to przezwyciężenie istniejącej dotychczas relacji przywiązania do drugiej osoby. Żałobę trafnie określił Freud pisząc, że *"za każdym wspomnieniem [...] rzeczywistość wiąże swój werdykt, który powiada, że obiekt ten już nie istnieje, „ja” zaś postawione w obliczu pytania, czy ono również chce podzielić ten los [...] pozostaje przy życiu likwidując stosunek przywiązania do unicestwionego obiektu"* [7].

Słownik Języka Polskiego definiuje żałobę, jako *"smutek po śmierci kogoś bliskiego oraz określony czas po śmierci bliskiej osoby, w którym nosi się odpowiedni strój i nie uczestniczy w życiu towarzyskim"* [8].

Zgodnie z modelem Shontz'a, który wyjaśnia reakcje związane ze stratą osoby bliskiej, pierwszą reakcją na śmierć jest szok. Zdaniem autora faza ta wiąże się z niezwykle dobrze utrzymaną przytomnością myślenia oraz sprawnością w działaniu. Jest to związane z tym, że poczucie tragedii nie dociera jeszcze do żałobników – wszystko, co się dzieje - dzieje się obok nich, a nie w ich życiu. Po pewnym czasie żałobników dotyka bezradność, dezorganizacja oraz świadomość doznanej straty. Wszystko to wpływa negatywnie na funkcjonowanie rodzinne i społeczne osób dotkniętych tragedią. Nieustanne rozważanie tragedii jest dla człowieka męczące, dlatego ucieka się on do unikania myślenia o bolesnym doświadczeniu, co chwilowo przynosi ukojenie i daje wewnętrzny spokój. Jednakże ukojenie nie trwa nieprzerwanie, po tej fazie następuje ponowne wzburzenie trudnych emocji. W sytuacji, gdy żałobnik nie jest w stanie poradzić sobie z własnymi uczuciami następuje powrót do fazy wycofania. Według autora tej teorii cała ta naprzemiennosc poszczególnych etapów nie jest bez znaczenia, ponieważ według niego właśnie ta naprzemiennosc umożliwia adaptację tragedii, gdyż z czasem negatywne emocje pojawiają się z mniejszym nasileniem, a realizacja swoich nowych celów staje się możliwa [9].

W związku z powyższym, trafne jest stwierdzenie, że zjawisko żałoby jest różnorodne i nie jest statyczne. Inni autorzy również podjęli próbę wskazania jej etapów oraz reakcji, które pojawiały się u wielu osób, jednakże sposób przeżywania jest zindywidualizowany.

Według Caterin M. Sanders wyróżnia się 5 etapów procesu adaptacji żałoby, które nie muszą występować w poniższej kolejności, mogą bowiem się przenikać, niektóre mogą się nie pojawić, a inne mogą się wydłużyć [10]:

- Szok - występuje zwykle w ciągu pierwszych kilku dni po śmierci bliskiej osoby i trwa od kilku godzin do kilku tygodni, wywołuje poczucie bezradności, wewnętrznego chaosu, wzburzenia, niedowierzania, nie potrafi się dopuścić do świadomości straty bliskiej osoby, nie wierzy w nią i zaprzecza się jej
- Uświadomienie straty bliskiej osoby - okres przeżywania bardzo gwałtownych, a nawet sprzecznych uczuć, poczucia tęsknoty za bliskimi osobami, które odeszły, okres wspomnień tych osób, czasem poczucie, że ich się widzi, spotyka, ale także okres lęku, gniewu na siebie, na zmarłego i innych ludzi, rozwoju poczucia winy, płaczu, problemów ze snem
- Wycofanie się - pojawiają się stany depresyjne, rozwija poczucie bezradności, rozpacz, skłonności do izolowania się, osłabienia systemu odpornościowego i zmęczenia, może pojawić się chęć sięgania po alkohol lub wystąpić myśli samobójcze

- Powracanie do wewnętrznej równowagi - stopniowo zblizniają się rany związane ze stratą, żal ulega osłabieniu, pojawiają się ponownie plany na przyszłość, żałobnik zaczyna poszukiwać znaczenia śmierci bliskiego,
- Odnowa - kończy proces żałoby, ponownie powraca zainteresowanie światem, codziennymi problemami i radość życia.

Według Worden'a po śmierci bliskiej osoby człowiek musi zmierzyć się z następującymi etapami [11]:

1. Akceptacja rzeczywistości odnośnie śmierci osoby bliskiej - rozpoczęcie żałoby wymaga akceptacji straty, jednakże pamiętać należy, że kiedy umiera ktoś bliski, to zawsze pojawia się uczucie negacji tego wydarzenia
2. Otworzenie się na nowe doświadczane emocjonalne bólu, tęsknoty oraz poczucia utraty. Wszystkie zabiegi zmniejszające lub zmierzające do ukrycia bólu po stracie, jedynie przedłużają proces żałoby. Próby niemyślenia o stracie, minimalizowanie jej, czy koncentrowanie swojej uwagi na smutku rodziny (uciekanie od własnego smutku) dają jedynie chwilową ulgę i odbijają się negatywnie w przyszłości. Aby znaleźć uzdrowienie, uwolnienie od bólu należy pozwolić na jego doświadczanie.
3. Przystosowanie się do nowej sytuacji, w której brakuje osoby zmarłej - dostosowanie się do życia bez bliskiej osoby, która odeszła.
4. Usunięcie zmarłego ze swojego życia oraz znalezienie sposobów pamiętania go, nowego miejsca dla zmarłego w swoim życiu. Stosunek do zmarłego ewoluuje, ale nadal ma szczególne miejsce w sercu i w pamięci najbliższych.

„Niedokończenie czwartego zadania może wyrazić się w postawie: z nikim się więcej nie wiązać, nie odczuwać miłości – ani do życia, ani do innych ludzi. Dla wielu z nas jest ono najtrudniejsze do wypełnienia. Pozwalamy sobie utknąć w tym miejscu, by po wielu latach odkryć, że nasze życie zatrzymało się w momencie, w którym doświadczyliśmy straty” [11].

Bowlby [10] sklasyfikował etapy przeżywania żałoby w następujący sposób:

1. Pierwsza faza - odrętwienia lub sprzeciwu, gdy osoba, która kogoś straciła przeżywa rozpacz, lęk i gniew
2. Druga faza - odczuwanie tęsknoty, przeżywanie utraty ukochanej osoby - pojawia się niepokój ruchowy, skłonność do gniewu i wybuchów płaczu
3. Trzecia faza - faza chaosu i rozpacz, gdy odczuwa się uporczywy niepokój oraz poczucie bezcelowości podejmowania działań, osoba która kogoś straciła skupia się

na doznaniach cielesnych, zaczyna odsuwać się od innych, staje się drażliwa i introwertyczna, pojawiają się nawracające wspomnienia o zmarłym

4. Czwarta faza - reorientacja, stopniowe dostosowywanie się do nowej sytuacji, gotowość do tworzenia nowych związków oraz wytyczania nowych celów w życiu.

Zadania adaptacyjne do żałoby wskazane są również przez Walsh i McGoldric [12]. Najważniejszym oraz pierwszym w kolejności zadaniem, jakie stoi przed żałobnikami jest uznanie realności śmierci, utraty bliskiej osoby. Istotną rzeczą w rodzinie żałobników jest wspólne doświadczanie utraty członka rodziny, co wiązać się powinno z podejmowaniem wspólnie rytuałów żałobnych, do których należy pogrzeb oraz odwiedzanie grobu zmarłego. Niezwykle istotnym czynnikiem wspomagającym lepszą adaptację żałoby jest możliwość rozmowy o doznanej stracie oraz uczuciach. Oczywiście sprawą jest fakt, że każdy człowiek pełni określone funkcje w rodzinie, dlatego też należy dokonać reorganizacji życia codziennego, przejęcia przez innych członków rodziny obowiązków, które należały do osoby zmarłej. Kolejnym zadaniem, jakie stoi przed żałobnikami jest angażowanie się w nowe relacje, a nie zatracanie się w tęsknocie. Należy kontynuować własne plany oraz cele życiowe, mimo odczuwanej straty i chwilowego zatracenia poczucia sensu życia [12, 13].

Pomimo stworzonych założeń i kolejności etapów przeżywania żałoby, nie należy sztywno zakładać, iż każdy etap następuje po sobie zgodnie z powyższym schematem. Etapy te często się przenikają, nie można ich jednoznacznie zidentyfikować. Jedynie, co można stwierdzić jest to, że przechodzenie do kolejnych etapów odbywa się w sposób płynny. Generalnie proces żałoby przeobraża się w czasie indywidualnie dla każdego człowieka [10]. Wątpię wspomnieć tu o roli terapeuty, którą w kontekście artykułu przypisać można lekarzowi rodzinnemu, który jest w bezpośrednim kontakcie z rodziną. Zgodnie z założeniami teorii D'Amore'a i Scariotty praca terapeutyczna z rodzinami w żałobie powinna, między innymi, uwzględniać odtworzenie historii utraty, ożywienie zaprzeczonych i skrywanych uczuć [4].

Jednakże pomijając ściśle naukowe rozważania dotyczące etapów adaptacji do żałoby trafne wydaje się być stwierdzenie ojca Adama Szustaka " *Oplacz to, wykrzycz to, a później weź się w garść, stań na nogi i zacznij żyć. Możesz żyć tak szczęśliwie, że głowa mała !*" [14].

Nieprawidłowe przeżywanie żałoby

*Żałoba jest też elementem pomagania samemu sobie
Cecelia Ahern (z książki „Kocham Cię”) [15]*

Biorąc pod uwagę rozważania z powyższego rozdziału dotyczące adaptacji żałoby sytuacja byłaby dosyć prosta, jeśli każdy człowiek po stracie mógł zgodnie ze schematami, ale w swoim czasie pogodzić się ze stratą. Jednakże, jako że śmierć nie jest sprawą oczywistą, tak też żałoba do takich nie należy. Istnieją bowiem sytuacje, w których rodzina nie jest w stanie uznać, że danego członka rodziny już "nie ma, on już nie istnieje". Jest to tak zwany sprzeciw wobec świata realnego. Sprzeciw ten może trwać wiele lat i objawiać się w formie symptomów psychopatologicznych [4]. W literaturze nazywa się to "żałobą patologiczną". Żałoba patologiczna powstaje w wyniku zjawiska niedokończenia żałoby, czyli tłumieniem uczuć po stracie osoby bliskiej, niemożność przeżywania pewnych sytuacji związanych z osobą zmarłą. Żałoba patologiczna nie jest pojęciem zdefiniowanym w sposób jednoznaczny. Z jednej strony może ona objawiać się z zamknięciem, zablokowaniem smutku - czyli nieobecnością, wyłączeniem z życia. Z drugiej strony istnieją przypadki, w których objawy wskazują na zaburzenia depresyjne. Typowe objawy żałoby, czyli smutek, bezsenność, utrata masy ciała mogą się na tyle przedłużyć, że przeistoczą się w objawy o charakterze przewlekłym, co istotnie może wpłynąć na stan zdrowia żałobnika. Ze względu na intensywność objawów żałoby patologicznej może ona wiązać się z zakłóceniami zdrowia psychicznego [16,17].

W związku z powyższym, należy rozważyć sytuacje, w których dochodzi do zjawiska patologicznej żałoby. Przeżywanie żałoby może zostać uniemożliwione ze względu na lojalność do pozostałych członków rodziny, bojąc się dodatkowo dostarczyć powodów do smutku. W takich rodzinach można zaobserwować zaprzeczenia straty, uciekanie w wyższą niż dotychczas aktywność zawodową, stosowanie używek (alkoholu, a nawet narkotyków). Jednak te metody stanowią jedynie ucieczkę od problemu, a nie jego rozwiązanie. Pozwalają one jedynie chwilowo uniknąć bolesnej rzeczywistości oraz uniemożliwiają kontynuowanie zdrowych relacji rodzinnych. Brak kontaktu w rodzinie skutkuje niemożnością opisanie przeżyć oraz uczuć związanych ze stratą. Temat śmierci staje się niejako tematem tabu, czyli unika się tematu własnej śmierci, pochówku, czy testamentu [18] Czasowe odcięcie się od sytuacji, które miały miejsce w związku ze śmiercią osoby bliskiej lub przeciwnie nadmierna identyfikacja z osobą zmarłą, czy też zastąpienie osoby zmarłej osobą żywą mogą prowadzić to zjawiska "nieprzeżytej żałoby" lub też skrajnie z nierozpoczęciem przeżywania żałoby [19]. Aby zapobiec powstania żałoby patologicznej, warto przestrzegać kilku zasad w komunikacji z osobą pogrążoną w żałobie [20]:

- okazać troskę, zainteresowanie,
- wysłuchaj uważnie osoby pogrążonej w żałobie,

- pozwól jej na wyrażenie pełnej gamy uczuć, nie powstrzymuj osoby przed krzykiem, płaczem,
- rozmawiaj z osobą pogrążoną w żałobie o uczuciach,
- wspominaj osobę zmarłą,
- pomóż żałobnikowi w reorganizacji codziennych spraw,
- proponuj pomoc,
- zapewnij, że osoba pogrążona w żałobie zrobiła wszystko, co mogła dla osoby zmarłej,
- przestrzegaj przed nadużywaniem używek oraz leków uspokajających,
- nie mów "weź się w garść",
- nie pocieszaj na siłę,
- nigdy nie mów "wiem, co czujesz..."
- nie poszukuj pozytywnych stron straty, "przynajmniej już się nie męczy..."

Rola lekarza rodzinnego odnośnie żałoby pacjenta

Strata to nie tylko śmierć, a żałoba ma wiele postaci

Jodi Picoult (z książki „To, co zostało”) [21]

Osoby pogrążone w żałobie nie są w stanie określić stopnia dezorganizacji swojego życia oraz nie są w stanie rozpoznać potrzeby otrzymania pomocy z zewnątrz [22]. Niezwykle istotne jest wsparcie osoby pogrążonej w żałobie. Wyróżnia się dwa rodzaje wsparcia - wsparcie naturalne oraz wsparcie uzyskiwane od specjalisty. Wsparcie naturalne jest udzielane przez osoby najbliższe, przez członków rodziny, przyjaciół. Bywa jednak tak, że wsparcie to jest niewystarczające i zachodzi potrzeba wsparcia od specjalisty. Stanowią je mogą różne grupy terapeutyczne, ale również lekarz pierwszego kontaktu [3]. Udzielanie pomocy osobom pogrążonym w żałobie nie należy do najłatwiejszych zadań, włączając to zachowanie do prawidłowych zachowań personelu medycznego dostosowanego do etapu żałoby pacjenta. Jednakże sama obecność i zainteresowanie jest budujące dla żałobnika. Dla pacjenta niezwykle istotne w zaistniałej sytuacji straty bliskiej osoby jest empatyczne wysłuchanie, umożliwienie wyrażenia uczuć, jakich doznaje. Osobie pogrążonej w żałobie należy pozwolić płakać, przy czym warto też uświadomić ją o normalności jej zachowań, aby nie czuła wstydu z tego powodu. W sytuacji śmierci członka rodziny pacjenta ważne jest po

prostu okazanie współczucia, co świadczy o trosce oraz solidaryzowaniu się z ich bólem po stracie. Jeśli jest to możliwe, warto też takiemu pacjentowi zaoferować konkretną pomoc [10].

Okres żałoby jest czasem zwiększonego ryzyka śmiertelności z powodu chorób somatycznych oraz psychicznych, co powinno stanowić podstawę do zainteresowania się przez lekarza rodzinnego sytuacją pogrążonego w żałobie pacjenta. Właściwa opieka nad pacjentem może zapobiec powstaniu poważnych skutków zdrowotnych. W przypadku chorych terminalnie opieka ta powinna być już rozpoczęta, gdy bliski z rodziny umiera oraz powinna być kontynuowana już po śmierci. Sama żałoba nie jest chorobą, jest to naturalny proces, jednakże wpływa on na wszystkie sfery życia człowieka, nie tylko duchowe, ale psychiczne oraz fizyczne. W takim okresie pacjenci lekarza rodzinnego mogą odczuwać pewne dolegliwości, które będą wymagały interwencji medycznej. To, na co lekarz rodzinny powinien zwrócić szczególną uwagę to zaburzenia w sferze psychicznej pacjenta, między innymi niedowierzanie przez długi okres czasu w zaistniałą sytuację, mogą wystąpić u pacjenta halucynacje słuchowe, które są wynikiem tego, że pacjent nadal czuje obecność osoby zmarłej. Zaburzeniu może ulec koncentracja uwagi oraz zainteresowanie sprawami codziennymi. Do zaburzeń pojawiających się w sferze fizycznej pacjenta należą trudności w oddychaniu, uczucie ucisku w klatce piersiowej, suchość w jamie ustnej, ogólne zmęczenie, apatia. Szczególnie jednak zaburzona jest sfera emocjonalna osoby pogrążonej w żałobie. Dominującymi uczuciami w takim okresie są samotność, smutek, strach, poczucie winy, czy też gniew. Innymi niepokojącymi symptomami są zaburzenia snu, głodowanie lub nadmierne spożywanie posiłków, izolacja, nadmierne rozmowy o zmarłym bądź całkowity ich brak oraz nadmierna aktywność zawodowa w porównaniu z dotychczasową. Znajomość tych oznak pomaga lekarzowi rodzinemu ocenić, jakiego rodzaju pomocy pacjent wymaga [23,24].

Dlaczego podkreślana jest rola lekarza rodzinnego w opiece nad pacjentem-żałobnikiem? Lekarz rodzinny, jak z samego założenia wychodzi, jest lekarzem pierwszego kontaktu. Jest to przedstawiciel opieki zdrowotnej, którego pacjenci znają najdłużej, przez co darzą go większym zaufaniem. W związku z zaufaniem, jakim jest obdarzony lekarz rodzinny ma on większą możliwość, aby aktywnie wpływać na proces żałoby swojego pacjenta. Troska o pacjenta pogrążonego w żałobie jest przykładem biopsychosocjalnego modelu opieki medycznej, który jest niejako fundamentem medycyny rodzinnej. Lekarz rodzinny w tym zakresie może realizować te zadania samodzielnie, ale również może korzystać z pomocy innych specjalistów, między innymi z dziedziny psychologii. To, czy lekarz rzeczywiście będzie w stanie otoczyć szczególną opieką swojego pacjenta- żałobnika, nie zawsze jest możliwe ze względu na brak czasu. Potwierdzają to badania Lemkau i wsp. którzy wykazali,

że poziom opieki nad żałobnikami był zróżnicowany, a główną barierę w udzielaniu takiej pomocy stanowił właśnie brak czasu. Jednakże autorzy ci stwierdzili również, że lekarze rodzinni niechętnie deklarowali się do udziału w szkoleniach poświęconych żałobie [23].

Podsumowanie

(...) śmierć jest nieodwracalna. Przestajesz czekać na powrót kogoś, kto umarł.

Więcej nie czekasz i rozpoczynasz żałobę, dopuszczasz ból, uwalniasz się od nadziei, powoli,

ale systematycznie spłacasz zaciągnięty kredyt. Żałobą płacisz za swoją miłość.

Czasu żałoby nie da się skrócić, u różnych ludzi jest różny, ale jedno jest pewne.

W pewnym momencie żałoba się kończy. I tak jest u wszystkich.

Obojętne, czy wypłakałaś wannę łez, czy nie możesz wypłakać ani jednej (...)

Janusz Leon Wiśniewski (z książki „I odpuść nam nasze...”) [25]

Przeżywanie żałoby jest niezwykle zindywidualizowane. Wielu autorów tworzyło pewne fazy żałoby, przypisywali reakcje określonym etapom, nazywali uczucia, jakie towarzyszą żałobnikom. Jednakże w tej kwestii każdy, kto przeżył śmierć bliskiej może jedynie doszukiwać się podobieństw do teorii, a życie samo pisze scenariusz jej przeżywania. Według mnie niezwykle istotne jest wyrażanie uczuć. Tłumienie ich w sobie jedynie spowalnia cały proces adaptacji. Jeśli nie chcemy obarczać swoimi smutkami dodatkowo pozostałych członków rodziny warto skorzystać z pomocy osób duchownych, terapeutów, czy też zwyczajnie porozmawiać z lekarzem pierwszego kontaktu.. Niech rozmowa o stracie i przyznanie pewnego rodzaju słabości nie będą tematami tabu. Jak to ujął Gilbert *„uczucia posiadają taki rozmiar i styl, jaki jest właściwy tylko tobie. Tak jak buty, twoje uczucia biorą udział w każdym kroku, jaki stawiasz na twojej drodze”* [26].

Dla mnie, jako dla autorki powyższego artykułu właśnie możliwość przeanalizowania naukowych teorii oraz przegląd literatury dotyczący żałoby, stanowi niejako element wewnętrznego *Katharsis*. Na koniec przytoczę słowa Yalom'a *„Śmierć i życie wzajemnie się ze sobą wiążą: choć fizycznie śmierć nas niszczy, idea śmierci nas zbawia. Gdy uznamy rzeczywistość śmierci, życie nabiera smaku, radykalnie zmienia się perspektywa życiowa, a my, zamiast wypełniać życie rozrywkami, sposobami na uspokojenie i mialkimi obawami, zaczynamy żyć w sposób bardziej autentyczny”* [27].

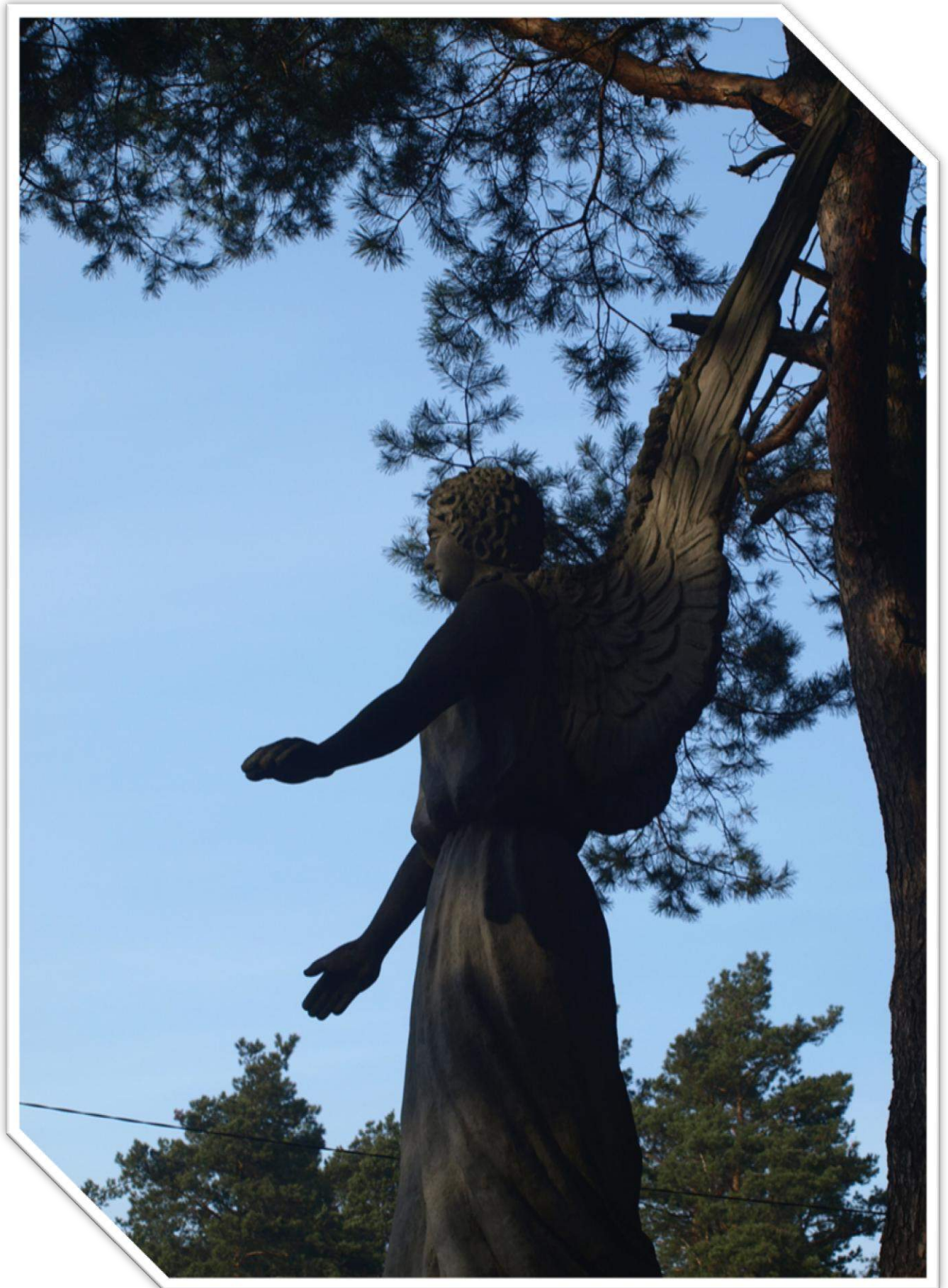
Piśmiennictwo

1. Coben H.: Na gorącym uczynku, tłum. Królicki Z.H. Wyd. Albatros, Warszawa, 2015.

2. Graham B.: Co po śmierci? Głos Ewangeliczny - kwartalnik Kościoła Ewangelicznych Chrześcijan, 2012, 3, 6.
3. Kowalczyk-Ziętek M., Posyłek A., Stanecka G.: Grupa wsparcia dla osób w żałobie. Doświadczenia własne. Psychoterapia, 2013, 2, 165, 55–66.
4. D'Amore S, Scariotta L. Los(t)s in transitions: How diverse families are grieving and struggling to achieve a new identity. J. Fam. Psychother., 2011, 22, 46–55.
5. Dodziuk, A. Żal po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 2007.
6. Nelson J.: Niebo jest wszędzie, Kowalczyk A. tłum. Wyd. Amber, Warszawa, 2011.
7. Freud S.: Psychologia nieświadomości. Wyd. KR, Warszawa, 2009.
8. <http://sjp.pwn.pl/sjp/zaloba;2548006.html>, data pobrania: 19.03.2016.
9. Felcyn M., Ogińska-Bulik N.: Poczucie sensu życia osób w żałobie. Polskie Forum Psychologiczne, 2009, 14, 1, 63-77.
10. Bubiak A., Bartnicki J., Knihinicka-Mercik Z.: Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. Piel. Zdr. Publ., 2014, 4, 1, 69–78.
11. Worden J.W.: Children and grief when a parent dies. The Guilford Press, New York, 1996.
12. Walsh F., McGoldrick M.: Loss and the family. A systemic perspective [in:] Living beyond loss, Walsh F, McGoldrick F. (ed.). W.W. Norton & Company, New York, London, 2004, 3–26.
13. Bowlby J.: Przywiązanie. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
14. <http://cytaty.soup.io/>, data pobrania 18.03.2016.
15. Ahern C.: Kocham Cię, Wiśniewska M. tłum. Wyd. Świat Książki, Warszawa, 2008.
16. Starzomska M.: Patologiczna żałoba w standardowych systemach klasyfikacyjnych oraz dotyczące jej implikacje prewencyjne przy wykorzystaniu Berlińskiego Paradygmatu Mądrości. Psychiatr. Pol., 2002, 36, 385–392.
17. Bielecka U.: Mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby. Psychiatr. Psychol. Klin. 2012, 12, 62–66.
18. McGoldrick M.: Echoes from the past: Helping families deal with their ghosts [in:] Living beyond loss, Walsh F, McGoldrick M. (ed.). W.W. Norton & Company, New York, London, 2004, 310–339.
19. Byng-Hall J. Loss and family scripts. Living beyond loss. [in:] Living beyond loss, Walsh F, McGoldrick M. (ed.). W.W. Norton & Company, New York, London, 2004, 85–98

20. <http://www.psychotekst.pl/artykuly.php?nr=284>, data pobrania 18.03.2016.
21. Picoult J.: To, co zostało, Moltzan-Małkowska M. tłum. Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa, 2013.
22. Breen LJ, O'Connor M.: Family and social networks after bereavement: experiences of support, change and isolation. *J. Fam. Ther.*, 2011, 33, 98–120.
23. Lemkau J.P., Mann B., Little D., et al.: A questionnaire survey of family practice physicians' perceptions of bereavement care. *Arch. Fam. Med.*, 2000, 9, 822–829.
24. Charlton R.: Bereavement: a protocol for primary care. *Br. J. Gen. Prac.*, 1995, 45, 427–430.
25. Wiśniewski J.L.: I odpuść nam nasze... Wyd. Od deski do deski, Warszawa, 2015.
26. Gilbert R.: Jak sobie poradzić ze śmiercią rodzica. Wyd. WAM, Kraków, 2004.
27. Yalom I. D.: Psychoterapia egzystencjalna. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 2008.

TANATOEDUKACJA



Postawy ludzi wobec śmierci

Rygorowicz Ewa¹, Guzowski Andrzej², Krajewska-Kulak Elżbieta², Grassmann Magdalena³

1. Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB
3. Samodzielna Pracownia Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

*Wiele słów, mało
Czy najmniej,
To nie gra roli:
Niech będzie jedno,
Byle zaskowyczało tak
Jak naprawdę boli...
K. Wierzyński „Jedno słowo”*

W ludzkim życiu, za Vasiliadis [1] za dwa najważniejsze, tajemnicze i budzące lęk wydarzenia, z którymi każdy człowiek spotyka się na każdym kroku swojego życia uważa się narodziny i śmierć. Ta ostatnia jest „*cieniem każdego stworzenia, jego koniecznym, nieuniknionym kresem. Skoro urodziliśmy się, to musimy umrzeć*” [1].

Człowiek dzięki rozumowi, jakim obdarzył go Bóg, uświadamia sobie swoją śmiertelność [1,2].

Pascal [2] porównuje człowieka do łamliwej, ale myślącej trzciny i dodaje przy tym: „*Niechby jednak zniweczył go Kosmos, człowiek i tak wyższy jest od niego, ponieważ uświadamia sobie, że rozstaje się z życiem, a kosmos niczego sobie nie uświadamia*” [2]. W związku z tym człowiek, za Vasiliadis [1], jedyne z ziemskich stworzeń, które jest obdarzone możliwością poznania i uświadomienia sobie fenomenu życia, dla którego śmierć staje się rzeczywiście wybitnie indywidualnym i wyjątkowo osobistym wydarzeniem egzystencjalnym. Ponieważ zdaje sobie sprawę z tego, że wcześniej, czy później czeka go śmierć, ta okoliczność staje się dla niego najcięższym i najbardziej dręczącym zjawiskiem w jego życiu [1].

W literaturze [2,3] podkreśla się jednak, że każda tragedia i boleść przed obliczem śmierci pogłębia się, jeżeli nie uznaje się tego wydarzenia, nie godzi się ze śmiercią. Pomimo, iż rozumie się, że żadnymi staraniami nie potrafi się śmierci odsuwać w

nieskończoność, niektórzy robią wszystko, aby, na ile to możliwe, oddalić ją, inni zaś próbują po prostu nie myśleć o niej [2,3].

Pablo Picasso, hiszpański malarz abstrakcjonista, po 90. roku życia oburzył się na naukę, ponieważ nie potrafiła przedłużyć życia ludzkiego do ok. 150 lat, jednakże gdyby to osiągnęła, może narzekałby, że życia nie przedłużono do np. 200 lat [1,2,4].

W piśmiennictwie [1,4] spotyka się stwierdzenie, że *„jeżeli nawet potrafimy za pomocą nauki „przedłużyć sobie życie do dwóch czy trzech stuleci, śmierć nie zostanie pokonana, ponieważ konstrukcja naszego ciała czyni ją niezbędną”*.

W związku z tym, za Vasiliadis [1], *„nikt nie jest w stanie odwrócić dążności naszego życia od grobu, bez względu na wszystkie humanistyczne próby gerontologii, tej nowej, w ostatnich latach szybko rozwijającej się gałęzi medycyny”*.

„Ale jak i gdzie uciekać ma ktokolwiek od śmierci, tego <ostatniego nieprzyjaciela>” (por. 1 Kor 15,26). Śmierć bowiem [1] zagraża ludziom na różne sposoby, np. skazując na niemoc fizyczną, niespodziewanie zjawiając się, przecinając nić życia *„swoją straszną kosą, opuścić zasłonę i uprowadzić nas daleko od teatru ziemskiego bytu?”* Vasiliadis [1] uważa, iż rozsądnie by było, nie zaprzestając myśleć o przedłużeniu życia, spróbować przestudiować, wyjaśnić i uświadomić sobie istotę śmierci. *„Dlaczego, ostatecznie, trzeba czekać na nią ze strachem i obawą? Czy zaskoczy nas znienacka, czy po długich przygotowaniach – po co spotykać się z nią z przerażeniem i rozpaczą? Jeżeli nie możemy wynaleźć leku chroniącego nas przed śmiercią, to czyż nie mądrzej i pożyteczniej byłoby pogodzić się z nią? Niewątpliwie! Tym bardziej, że to wielkie wydarzenie stawia przed nami niezwykle poważne problemy”* [1].

Jeżeli każdy spojrzy się na swoje życie przez pryzmat śmierci, zobaczy, że *„życiowe posłannictwo osiąga wielki wymiar – wymiar wiodący do wieczności”*, a problemy życiowe, widziane poprzez pryzmat śmierci, odsłaniają szczególną głębię życia [1,5]. Śmierć bowiem stawia każdego przed tymczasowością życia i jego tragizmem, zmusza by zobaczyć krótkotrwałość tego życia, uświadomić sobie, że każdemu został *„przydzielony mały, nic nie znaczący odcinek czasu w bezgranicznym ocenie wieczności”* [1,5].

Św. Jan Złotousty [5] uważa, że śmierć to *„niewrażliwy na pochlebstwa kał”*, który *„przywołuje nas do ciągłego pamiętania, iż życie ziemskie, jakkolwiek byłoby długotrwałe, to i tak jest przejściowe, tymczasowe, szybko mknące. I bez względu na naszą niechęć do śmierci, wzywa ona nas do rozmowy! Albo raczej wzywa do rozmyślań nad problemem, dlaczego człowiek „podnosi się jak burza i rozsypuje się jak proch, rozpala się*

jak ogień i usycha jak trawa”, to „bezzstronny egzekutor naszego rodu”, który stawia każdego przed problemem egzystencji Boskiej i naszego przeznaczenia. Żąda, abyśmy rozwiązali następujące zagadki: *Dokąd udajemy się po śmierci? Jaki świat, czy jakiego rodzaju egzystencja czeka nas po życiu ziemskim? Jednym słowem – śmierć zadaje nam pytania największej, życiowej wagi. Śmiercią przejmujemy się bez porównania bardziej niż życiem. O ile życie, z grubsza rzecz biorąc, możemy pojąć, o tyle śmierć otulona jest nieprzeniknionym mrokiem tajemnicy. Można powiedzieć, że istnieje dziwna zmowa milczenia wokół samego faktu śmierci człowieka. „Do momentu pochówku on wygląda jak żywy, w tym celu jest umalowany, przybrany, spreparowany”* [5].

Vasiliadis [1] uważa nawet, że biorąc powyższe pod uwagę, życie bez śmierci jest bardzo ubożące, sprowadza się do „życia zwierząt lub roślin, które nie wiedzą, że umrą. Śmierć, nasz nieodłączny współtowarzysz, wzbogaca życie mądrego człowieka oczekiwaniem na wieczność oraz poczuciem powinności i odpowiedzialności. Bez odczuwania wieczności, w głębi naszej duszy nie zrodzi się poczucie długu wobec Boga i odpowiedzialności wobec człowieka”. To dlatego ludzie na całym świecie, we wszystkich epokach, intensywnie rozmyślali o śmierci i chcąc odnaleźć spokój w życiu, z ogromnym lękiem szukali jej sensu [1]. Nie ma też religii, która nie uznawałaby wagi i znaczenia śmierci [1].

W przypadku śmierci, nie ma znaczenia wykształcenie, pozycja społeczna, zdolności. Problem ten dotyczy wszystkich.

Bernard Shaw [cyt. za 1], pisarz i humorysta, który posiadał zdolność ironizowania na każdy temat, w ostatnich latach swojego życia przestał dowcipkować i stał się melancholikiem. Także stoicy, którzy wobec wszystkiego zachowywali całkowity spokój, przed zjawiskiem śmierci stawali z lękiem i w cierpieniu [1].

„Człowiek widzi, jak ciało – młode czy stare, zdrowe czy chore – traci żywe barwy, pozbywa się energii, jak opuszcza się w ziemię i pozostaje w zimnych dłoniach śmierci. Człowiek widzi, że ten, dziś jeszcze bogaty, jutro jest martwy, kogo dziś zdobią wartościowe przedmioty – jutro leży w grobie, kto dziś posiada skarby – jutro leży w mogile, ten ktoś, kogo dziś otaczają pochlebcy – staje się pokarmem dla robaków” [1,5]. W takiej sytuacji zadaje sobie mnóstwo pytań, np. *„Czym jest śmierć? Końcem czy początkiem? Ślepą uliczką czy też „kładką” do drugiego życia? Zagładą i zanikiem czy początkiem nowego stworzenia?”* [1].

Także św. Jan Damasceński [cyt. za 1], który widział Boskie tajemnice, pytał: „*Cóż to jest za tajemnica, która dokonuje się z nami? W jaki sposób, dlaczego poddaliśmy się rozkładowi? W jaki sposób, dlaczego przyłgnęliśmy do śmierci?*”.

Pascal [2] z kolei powiedział, że „*nieśmiertelność duszy, problem bezpośrednio związany ze śmiercią stanowi przedmiot, który tak bardzo nas zajmuje i porusza, że należy stracić wszelką wrażliwość, aby się nim nie interesować (...)* Jeśli, doprawdy – życie jest nieustannie płynącą rzeką, to ma ona dwie naturalne granice. Człowiek zaś – czy chce, czy nie chce – obserwuje bieg rzeki nazywanej życiem, ale z doświadczenia zna tylko jedną jej granicę. O drugim końcu stara się nic nie wiedzieć i nie myśleć. Przez to tajemnica śmierci staje się jeszcze bardziej tajemnicza i mroczna, ponieważ wszyscy stoimy na jednym brzegu mogiły. Świat, który znajduje się po tej stronie, to znaczy ten świat, to świat przemijający, miejsce umierania. (...) Zaś miejsce naprawdę żywych, to świat pozagrobowy, gdzie nie ma ani cienia nocy, ani snu – obrazu śmierci”.

Z tajemnicą śmierci, za Vasiliadis [1], związane jest także to, że żaden człowiek nie jest w stanie wyrazić i opisać doświadczenia swojej śmierci, ponieważ każdy nabywa go dopiero wtedy, kiedy umiera. „*Lecz wtedy nie przynosi nam ono żadnej korzyści! Nikt nie może doznawać własnej śmierci jako zjawiska swojej ziemskiej egzystencji. Gdy człowiek przeżywa to właśnie wydarzenie (a przeżywa je tylko jeden jedyny raz – pierwszy i ostatni), wówczas przestaje istnieć w życiu ziemskim. Zatem śmierć jest w istocie urzeczywistnieniem naszej niemożności egzystowania na tym świecie!*” [1].

Vasiliadis [1] zauważa, iż nikt nie może zabrać nikomu jego śmierci, czyli „*nikt nie może przeszkodzić innemu człowiekowi umrzeć jego własną śmiercią, którą wyznaczył mu Bóg. Mogę umrzeć zamiast kogoś innego; mogę umrzeć za kogoś innego, aby uchronić go przed śmiercią. Nie oznacza to jednak, że umieram śmiercią innego. Każdy umiera swoją własną śmiercią. Człowiek nie może zatem odczuć, a więc i zbadać obiektywne zjawiska śmierci jako jednego z etapów swojej obecności na świecie. Tajemnica śmierci jest tym bardziej niedocieczona, że ciężka, nieprzenikniona zasłona wątplenia i niewiedzy ukrywa zarówno godzinę naszej śmierci, jak i miejsce, gdzie przechodzą dusze i ich tryb życia*” [1].

Pytania, które dotyczą tajemnicy śmierci są naturalne, gdyż w chwili śmierci zwykłe związki między ludźmi ulegają rozerwaniu, a „*odchodzący*” staje sam przed tym wstrząsającym zdarzeniem [1]. We wszystkich innych chwilach życia zawsze ktoś jest obok - uśmierza ból, pociesza, podtrzymuje na duchu, a w momencie, gdy staje się przed obliczem śmierci - „*wszystkie mosty zostają spalone*” [1]. Po jednej stronie są Ci

zakłopotani, milczący, przybici, „*bardziej martwi niż zmarli*”, a po drugiej - ten, który odszedł z tego życia i jest już w zupełnie innym świecie [1].

Vasiliadis [1] uważa, że niewierzący i ludzie tzw. małej wiary udają się po pomoc do czarowników, jasnowidzów, poszukują informacji w mediach itp., bo chcą otrzymać odpowiedź na dręczące ich pytania, znaleźć chociaż odrobinę pociechy lub dowiedzieć się czegoś o swoich bliskich. *„Wierzący próbują wnikać, na ile to możliwe, w życie za grobem, mając za przewodnika Boskie Objawienie. Albowiem, jeśli jakakolwiek religia w ten, czy inny sposób mówi o tym ważnym przedmiocie, to najwięcej powie nam żywy Bóg w Trójcy, który karmi nasze chrześcijańskie życie i ogrzewa je wiarą, nadzieją i miłością, zwłaszcza zaś nadzieją wszczepioną przez obietnice Chrystusa „o przyszłych i ostatecznych wydarzeniach”* [1].

W literaturze przedmiotu [6-17] często zadawane są pytania: *„Czy przez swoją wszechobecność, głównie w średniowieczu, śmierć została oswojona? Czy stała się mniej gorzka i okrutna niż dziś? Czy przeciwstawia się ją postawie współczesnej, w której o śmierci staramy się zapomnieć, wyparliśmy ją z naszego świata?, Czy śmierć staje się skandalem, podobnie jak ból czy cierpienie”*.

Johan Huizinga [17], w swojej książce *„Jesień średniowiecza”* zauważa, że *„gdy świat był młodszy o ponad pół tysiąca lat, wszystkie formy życia ludzkiego rysowały się o wiele ostrzej niż dzisiaj (...) Dystans między cierpieniem i radością, między nieszczęściem i szczęściem wydawał się wówczas o wiele większy; wszystkie przeżycia miały wtedy ten stopień żywiołowości i wyłączości, jaki dziś radość i cierpienie osiągają jeszcze w umyśle dziecka”*.

Nie ulega wątpliwości [6-17], że w średniowieczu szerzej i zwyczajniej niż dziś, mówiono o agonii i śmierci, ale nie oznacza to wcale, że była ona spokojniejsza.

Spraw związanych ze śmiercią nie można uogólniać, podobnie jak traumy po śmierci najbliższych, czy reakcji na ich śmierć. To wszystko pielęgniarki i lekarze widzą codziennie. Czasem, zwłaszcza gdy choroba trwa długo, przewlekłe, przybiera to formę „cichego smutku”, odrętwienia, chęci ucieczki z miejsca cierpienia, szybkiego pożegnania.

Wielu ludzi, na wiadomość o nagłej, nieoczekiwanej śmierci – wpada w osłupienie, milkną, ich spojrzenie staje się puste, są jakby „zablokowani”, a w rzeczywistości władają nimi potężne uczucia, które burzą ich spokój. Taka sytuacja przedstawiona jest w micie o Niobe [18,19], córce Tantala i Diony, okrutnego mordercy swego syna, żonie Amfiona, króla Teb, która po śmierci dzieci znieruchomiała i skamieniała. Reakcją na wiadomość o śmierci bliskiego bywa także omdlenie. Czasem pierwotny spokój, „nieruchome trwanie”, w każdej chwili może przerodzić się w wybuch spastycznego bólu. Bo, jak pisał di Nola [10], *„Pragnie*

się przywołać nieprzywołalne, wezwać tego, kto nie może odpowiedzieć, poczuć dotknięcie ręki, która umknęła nam na zawsze...”

Królowa Kastylia Joanna (1479-1555), zwana Szaloną, dwukrotnie kazała otworzyć trumnę męża w Miraflores, gdzie go pochowano [cyt. za 20]. Istnieją różne wersje zachowania wdowy. Według jednych *„raz po raz podchodziła do zwłok na tronie. Gładziła martwą twarz, całowała zimne dłonie”*, a według innych – stała nieruchomo, nie roniąc ani łzy [cyt. za 20].

Jedną z najbardziej znanych historii o długotrwałej żałobie, jest przykład królowej angielskiej Wiktorii [cyt. za 6], która dopiero po jakimś czasie przezwyciężyła początkowy stan depresji. Przez 40 lat nosiła żałobę po księciu Albercie, jej mężu [21,22]. Wdowa nie tylko ubierała się sama na czarno, ale także narzuciła innym rygorystyczny kult zmarłego, łącznie z obchodzeniem rocznic jego urodzin, daty zaręczyn, ślubu oraz śmierci [6].

W tym miejscu można zadać, za Szczeklikiem [6] pytanie *„Czy prawdą jest zatem, iż „próbując sprawić, by zmarli nie byli naprawdę zmarłymi, zaczynamy ich w rzeczywistości uśmiercać w sobie?”*

Do „przejścia na drugą stronę w ciszy” usposabia także starość, o której Zagajewski [23] pisał *„ten czas, kiedy zaczęły się nad nami, coraz szybciej obracać zegary”*, czy jak pisał Dehnel [24]: *„świadomość, że coś się utlenia, bezpowrotnie rozpada, nieustannie studzi. Te codzienne, conocne, te żmudne ćwiczenia by wszystko, odmienione, mogło się nie zmieniać”*. Niestety, pewnych zmian nie można powstrzymać, a stopniowe oddalanie się od życia jest nieuchronne. Człowiek, jak pisze Baran [25], *„(...)starzeje się stopniowo; najpierw cichnie w nim ciekawość ludzi, świata. Z wolna wszystko staje się znane, oczywiste, z rzeczy ulatnia się tajemniczość. Jednocześnie starzeje się ciało, ale nie całe, nie zaraz, lecz w częściach. Słabnie wzrok, słuch, psuje się serce, czy płuca. Jakiś robak nas podgryza. Maleją siły życiowe, nastaje zmęczenie. Każde wyjście z domu staje się problemem, urasta do rangi wydarzenia. Wciąż jeszcze wówczas trwa w nas nadzieja, pragnienie odmiany, nawet radości. Ale kiedy one mijają i nie pozostaje „nic innego tylko pamięć i próżność”, wtedy starość obejmuje bezpowrotnie nad nami władanie. Już tylko nad ciałem czuwamy, nad materią, która pruje się coraz szybciej, bezpowrotnie. Wraz ze starością poczyną zagnieżdżać się śmierć. To, co nas nigdy dotyczyć nie miało, przybliża się, urządza sobie w nas legowisko. Wtapia się w nas (...), puchnie, „butwieje jak pień olchy zwalony w wodę”. Butwiejący pień cięży mocniej i mocniej. Spłoszone, zagubione znaki krążą po ciele, trafiają do mózgu. Ten próbuje je tłumić, aż osuwa się powoli w depresję. Śmierć nie przychodzi z zewnątrz. Jest w nas. Któregoś dnia znajdziemy ją jak coś, co się znajduje w kieszeni zimowego płaszcza”*.

Być może należałoby mniej mówić o śmierci, a więcej o umieraniu i nie bać się tego tematu, nie odsuwać go, bo przecież „*Wszystkich ta sama noc czeka i ścieżką śmierci tylko raz się chodzi*” [Horacy, Carmen II].

Ku śmierci wiodą różne ścieżki, jedną z nich są nieuleczalne, postępujące choroby, dokonujące zniszczeń i spustoszeń. W takich sytuacjach pomocna jest medycyna paliatywna, która niesie opiekę u schyłku życia [26,27]. Nazwa jej wywodzi się od dwóch łacińskich słów *palliare* – okrywać, *pallium* – płaszcz, a więc to „otulenie płaszczem” chorych porzuconych, którym nie może pomóc medycyna ukierunkowana na leczenie [26,27].

Każdy człowiek chciałby mieć zapewnioną godną śmierć, bez bólu i cierpienia, z wszechstronnym wsparciem oraz rzetelną informacją o śmiertelnej chorobie [26,27]. Tymczasem opiekujący się pacjentem umierającym unikają kłopotliwych pytań, a wiele rodzin „*karmi chorego fałszywą nadzieją szansy na wyzdrowienie, wypierając nieuchronnie zbliżającą się śmierć*” [26,27]. Rodzi się pytanie, ilu pracowników służby zdrowia nie potrafi rozmawiać z chorymi umierającymi, unika z nimi kontaktu, ogranicza się wyłącznie do farmakoterapii, często z pominięciem rozmowy z rodziną? Niestety nadchodzi moment, kiedy już na ten odkładany kontakt jest za późno, pojawia się agonia. Ventafridd i wsp. [28] podają, iż ok. 70% częściowo lub w pełni traci świadomość w ostatnich 24 godzinach życia.

Podsumowaniem powyższego mogą być słowa, jakie wypowiedział św. Franciszek Salezy [cyt. za 28] „*Życie to czas, w którym szukamy Boga. Śmierć to czas, w którym Go znajdujemy. Wieczność to czas, w którym Go posiadamy*” oraz Prof. Szczeklik, który w swojej książce pt. „*Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*” [6] pisał: „*Człowiek nieuleczalnie chory, zwłaszcza, gdy zbliża się ku śmierci, nie tylko cierpi fizycznie, lecz doznaje także cierpienia duchowych, egzystencjalnych. Narasta uczucie osamotnienia - samotności metafizycznej człowieka, który wkracza w śmierć - otchłań niewiedzy, poczucie tak wielkie, iż nawet wierzącym zdaje się, iż Bóg ich w takiej chwili opuścił. Natrętnie wracają pytania o sens ludzkiego istnienia, spowodowane cierpieniem i towarzyszącym mu lękiem, a nie teoretycznym zainteresowaniem filozofią. Niepokojne sumienie potęguje poczucie odpowiedzialności za życie, za dokonane zło. Jakże ważne, by wtedy być przy chorym! Choć te chwile niekoniecznie trzeba wypełniać radami, pocieszeniami. Trzeba też słuchać. Nie należy bać się milczenia. Nie zagłuszać myśli chorego. Na pytania trudno nieraz znaleźć odpowiedź i odchodzący wie, że jej nie znamy. Nie trzeba się wtedy spieszyć z wyjaśnieniem ani się wstydić swojej bezradności. Odpowiedzią na zadane pytania jest najczęściej sama życzliwa i ofiarna obecność*”.

Zdaniem Pecyny [29] ludzie śmierć z reguły postrzegają jako: naturalny koniec życia, ból, karę, klęskę, samotność, nieznane, obojętność, odwagę, bądź nagrodę w życiu.

De Walden-Gałuszko [30,31] uważa, iż postawy wobec śmierci mogą mieć charakter negatywny (przedmiotowe traktowanie pacjenta, ignorowanie jego potrzeb) lub pozytywny (całościowe zaspokajanie potrzeb chorego i poszanowanie jego praw).

Współcześnie, za Copp [32], nie zawsze śmierć bywa akceptowana jako naturalna część życia człowieka, a personel opiekujący się chorym jest przez to ciągle umacniany w swoim lęku przed umieraniem i śmiercią.

Zdaniem Vovelle [33] niekorzystne jest, że chorzy przestali umierać we własnych domach, w otoczeniu swych najbliższych „czego materialnym symbolem jest parawan, którym odgradza się chorego, by ukryć jego agonię, albo też coraz częściej pojawiająca się w szpitalach izolatka”. Chory stał się, za Thomas [34] niejako medycznym przypadkiem, któremu „wydarto człowiekowi jego własną śmierć”..

Podsumowaniem mogą być słowa Świętej Edyty Stein, znanej jako św. Teresa Benedykta od Krzyża [35], która zginęła śmiercią męczeńską w obozie Auschwitz: „(...) Każdy człowiek musi cierpieć i umierać, lecz jeśli jest żywym członkiem Mistycznego Ciała, jego cierpienie i śmierć nabierają odkupieńczej mocy dzięki Boskości Tego, który jest jego głową. Oto istotny powód, dla którego każdy święty tak pragnął cierpienia”.

Piśmiennictwo

1. Vasiliadis N.: *Misterium Śmierci*. Orthdruk, Białystok, 2005.
2. Pascal B.: *Myśli*. Żeleński–Boy T. (przekł.), Warszawa, 1983.
3. Pawlak Z.: *Aspekty duchowe opieki paliatywnej* [w:] *Choroby wewnętrzne, Medycyna Praktyczna*, Kraków, 2006, 2307.
4. Carell A.: „Εκπερίζ γιά τού άνθρωπο καί τήν ζωή”. Tsartsanon N.A. (przekł.), Ateny, 1951.
5. Złotousty J.: *Biesiada na Obacze wsuże miatietsia wsiak człowiek*, PG, 55, 559, za Vasiliadis N.: *Misterium Śmierci*. Orthdruk, Białystok, 2005.
6. Szczeklik A.: *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*. Wyd. Znak, Kraków, 2007.
7. Dąbrowski K.: *Karta Zasad i Zadań Higieny Psychiczej. Materiały promocyjne Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej*, 1984.

8. Goff J.Le: *La naissance du Purgatoire*. Gallimard, Paris 1981.
9. Wildstein B.: Godność umierania i ludzkiego życia. „Rzeczpospolita”, 27 sierpnia 2004.
10. di Nola A.M: Tryumf śmierci. *Antropologia żałoby*. Kornecka J.i in. (tłum). Wyd. Univesitas, Kraków, 2006.
11. Roszak J.: Wystawa – Taniec śmierci. *Zeszyty Literackie*, 2003, 2, 141.
12. Wyka K.: *Thanatos i Polska, czyli o Jacku Malczewskim*. Wyd. Literackie, Kraków, 1971, 48.
13. Wajda A.: O śmierci na obrazach Jacka Malczewskiego. *Medycyna Praktyczna*, 2003, 1,16.
14. Dehnel J.: *Brzytwa okamgnienia i inne wiersze*. Biuro Literackie, Wrocław, 2007.
15. Márai S.: *Żar. Netz F.* (tłum.). Wyd. Czytelnik, Warszawa, 2006.
16. Kielar M.B.: *Monodia*. Wyd. Znak, Kraków, 2006, 44.
17. Huizing J.: *Jesień średniowiecza*. Wyd. PIW, Warszawa, 1996.
18. Parandowski J.: *Mitologia*. Wyd. Puls, Cieszyn, 1992.
19. <https://landlineservice.wordpress.com/2013/12/15/niobe-corka-tantala/>, data pobrania 30.05.2015.
20. Brouwer J.: *Joanna Szalona*. Leonowicz H. (tłum.). Warszawa, 1991.
21. Krzywobłocka B., Krzywobłocka R.: *Tajemnice klejnotów*. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa, 1983.
22. Krzywobłocka B., Krzywobłocka-Laurów R.: *Magia klejnotów*. Wyd. 3. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa, 1990.
23. Zagajewski A.: *Anteny*. Kraków, 2005.
24. Dehnel J.: II sogno, <http://www.literackie.pl/utwory.asp?idautora=11&idtekstu=63>, data pobrania 30.05.2015.
25. Baran J.: *Przystanek marzenie*. Wyd. Zysk i sp., Poznań, 2008.
26. Łuczak J., Studniarek M.: Przygotowanie do umierania i śmierci [w:] *Choroby wewnętrzne*, *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2006, 2, 2310.
27. Pawlak Z.: *Aspekty duchowe opieki paliatywnej* [w:] *Choroby wewnętrzne*, *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2006, 2, 2307.
28. Ventafridd V, Ripamonti C, De Conno F.: Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *Journal Palliative Care*, 1990, 6, 7-11.
29. Pecyna M.B.: *Moje spojrzenie na chorobę, umieranie i śmierć*. *Pielęgniarstwo* 2000, 1998, 5, 18–21.

30. De Walden-Gałaszko K.: Stres pracy personelu medycznego [w:] *Psychoonkologia*. de Walden-Gałaszko K. (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000, 123–128.
31. De Walden-Gałaszko K.: Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej [w:] *Podstawy opieki paliatywnej*. de Walden-Gałaszko K. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006, 190–193.
32. Copp G.: Palliative care nursing education: a review of research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 19, 552–557.
33. Vovelle M.: Śmierć w cywilizacji zachodu. Od roku 1300 po współczesność. Wyd. Słowo/obraz/terytoria, Gdańsk, 2008.
34. Thomas L.V.: Wprowadzenie do antropologii [w:] *Antropologia śmierci*. Myśl francuska, Cichowicz S., Godzimirski J.M. (red.). PWN, Warszawa, 1993, 27.
35. Stein E.: Tajemnica Bożego Narodzenia [w:] *Z własnej głębi*, t. 2. Wyd. OO Karmelitów Bosych, Kraków, 1979, 68-69.

Przyczyny upadku Imperium Inków z uwzględnieniem kontekstu religijnego i stosunku do śmierci

Zalewski Grzegorz, Dziadel Agnieszka, Walejewska – Iwaszko Krystyna

Studium Filozofii i Psychologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp. Kontekst historyczno – społeczno – religijny

W Ameryce Południowej, około 1438 roku, górskie plemię Chanca zaatakowało inne plemię - Inków, mieszkających w okolicach Cuzco. Wojskami Inków skutecznie dowodził Pachacuti Inca Yupanqui, który pokonał najeźdźców i na fali zwycięskiej euforii został wybrany na króla. Szybko rozpoczął proces powiększania terytorium Inków. Podporządkował sobie plemię Quechua w dorzeczu Apurimacu oraz Lupaca i Colla w basenie Titicaca. W ciągu 25 lat po obronie Cuzco armie inkaskie zajęły także całe dorzecza Urubamby, Apurimacu i Mantaro.

Mając pod kontrolą południowe góry i podbite tereny nizinne, Pachacuti Inca Yupanqui z nowych prowincji ściągął jako kontrybucję ludzi i zaopatrzenie dla armii. Zdobywał coraz większą przewagę nad ludem Chanchan, który panował nad północnym wybrzeżem. Na początku lat sześćdziesiątych XV wieku syn Pachacutiego, Topa Inca, przejął armię od ojca, pomaszerował na północ i podbił wszystkie górskie tereny, aż po dalekie Quito we współczesnym Ekwadorze. Następnie rozszerzył swoje wpływy na wybrzeżu i pokonał plemię Chimú. W 1471 roku Topa Inca odziedziczył tron po ojcu i rozszerzył imperium Inków niemal do jego ostatecznych granic. W kolejnych kampaniach zajął południowe wybrzeże Peru, rozgromił duże powstanie w okolicach jeziora Titicaca, podbił całe góry Boliwii, północno – zachodnią Argentynę i północne Chile oraz dwukrotnie wkroczył do *montańi* (tropikalnego lasu), chociaż Inkowie nigdy nie przyłączyli większego obszaru tropikalnych lasów do swojego imperium.

Po jego śmierci królem Inków został Huayna Capac (1467 – 1527); poszerzył on obszar imperium tylko w niewielkim zakresie. Podbił tereny wokół Chachapoyas oraz na południowym wybrzeżu Ekwadoru i w północnej jego części, do rzeki Ancasmayo, wyznaczając w ten sposób ostateczny zasięg imperium.

Inkaskie imperium, łącznie z jego prowincjami ekwadorskimi, boliwijskimi, argentyńskimi i chilijskimi zamieszkiwało około 6 milionów ludzi. W samym Peru żyło około 5 milionów ludzi, z czego połowa mieszkała na terenach górskich, a druga połowa na wybrzeżu.

Inkowie podzielili ziemię uprawną na trzy części: państwową, świątynną i ziemię rolników. W pierwszej kolejności uprawiane były pola publiczne, następnie świątynne i dopiero na końcu – własne, gospodarcze. W magazynach publicznych mieściła się żywność przeznaczona dla władców, urzędników i żołnierzy, ale w przypadku klęski żywiołowej, np. powodzi lub suszy, rozprowadzano ją w rejonach cierpiących na jej niedostatek – nikt więc nie cierpiał z powodu głodu w państwie Inków. Prawdopodobnie w przypadku klęski żywiołowej korzystano także z magazynów świątynnych, co wskazuje na względnie egalitarny podział dóbr. Na polach rosło wiele upraw, z czego najważniejsza była kukurydza. Rolnicy hodowali też duże ilości: lam, alpак, świnek morskich, kaczek piżmowych i psów – dostarczały one mięsa, wełny lub były wykorzystywane jako zwierzęta juczne oraz ofiarne. Na wybrzeżu łowiono ryby i zbierano skorupiaki (występowały one w tamtych czasach w dużych ilościach i charakteryzowały się różnorodnością).

Inkowie osiągnęli mistrzostwo w budowaniu murów z kamiennych bloków (przetrwały one do czasów współczesnych); nie używali zaprawy, tylko starannie dopasowywali kamienne bloki do siebie, używając kamiennych młotów, łomów i dłut wykonanych z brązu oraz ołowianego pionu. Sztuka kamieniarska pozwoliła im także na zbudowanie systemu solidnych dróg, łączących odległe prowincje i miasta. Inkowie nie byli jednak zbyt kreatywni; poza kamieniarką bez użycia zaprawy, ołowianym pionem i *taclla* (nożnym pługiem, składającym się z długiego drążka zakończonego ostrzem z brązu, podpórki na stopę i uchwytu) nie wprowadzili innych nowinek technicznych. Nie znali m.in. pisma ani pieniędzy, a mimo to byli dobrymi organizatorami życia społecznego; pomagało im w tym *kipu* – zestaw sznurków z węzełkami służący do notowania liczb. Warto też podkreślić, że za ich panowania narzędzia kamienne powoli zaczęły być zastępowane przez narzędzia z brązu i stawały się dostępne dla każdego rolnika [1].

Najważniejszym bogiem Inków był Wirakocza, nazywany też Viracocha, Apu Qun Tiqsi Wiraqutra (ajm., kecz. *Człowiek z Morskiej Piany*) - ajmarski bóg stwórca świata, nauczyciel, prawodawca, ojciec Słońca i Księżycy, nazywany *Wielkim, Wszechwiedzącym, Potężnym, Starcem Niebios*, wyobrażany pod postacią brodatego, białego człowieka, utożsamiany z bogiem Pacha Kamaqiem oraz Kon-Tiki. Jego małżonką była bogini morza Mama Cocha. Po podboju Ajmarów przez Inków został przyjęty do panteonu inkaskiego i z

nim powszechnie kojarzony [<https://pl.wikipedia.org/wiki/Wirakocza>, data pobrania 06.01.2026]. Warto zwrócić uwagę, że Wirakocza był malowany i rzeźbiony jako biały, brodaty człowiek. Istotnym zdaje się też fakt, iż kronikarze, a także sami konkwistadorzy biorący udział w podboju imperium Inków zwracali uwagę na to, że członkowie elity inkaskiej byli ludźmi o jasnej skórze i ciemnoblond włosach; według samych Inków byli dziećmi bogów. Kiedy do imperium Inków przybyli pierwsi Hiszpanie, to tak właśnie wyglądali, co niewątpliwie zostało dostrzeżone przez inkaską elitę i wywołało w nich rozterki – czy są to wrogowie, czy może „boscy krewniacy” i sprzymierzeńcy? Nawet żądanie przez Hiszpanów złota i srebra od Inków nie wydawało się zaskakujące, bo według inkaskiej mitologii m.in. takich właśnie darów oczekiwali bogowie.

W mitologii Ajmarów i Inków Wirakocza uznawany jest za stwórcę świata i ludzkości, ojca boga słońca Inti i bogini księżyca, Mamy Qulli oraz twórcę cywilizacji - tego, który wyzwolił człowieka ze stanu pierwotnej dzikości, nadał mu prawa, ustanowił hierarchię, nauczył kultu bogów i uprawy roli. Wkrótce jednak, zrażony złem i występkiem, jakiego dopuszczała się ludzkość, sprowadził na świat wielką powódź (*Unu Pachacuti*) i jeszcze raz stworzył człowieka z kamieni. Kiedy jednak ludzie ponownie okazali mu swą niewdzięczność, pełen smutku opuścił ziemię, odpływając na swym płaszczu w kierunku zachodnim, do krainy zmarłych (według innej wersji mitu odszedł krocząc po wodzie) [<https://pl.wikipedia.org/wiki/Wirakocza>, data pobrania 06.01.2026]. Inkowie doskonale pamiętali o karach, jakie zesłał na nich Wirakocza, np. o wielkiej powodzi (*Unu Pachacuti*), ale podawali sprzeczne informacje (lub nie mieli żadnych) o występkach popełnionych przez ich przodków; być może działał tu psychoanalityczny mechanizm obronny - wyparcie. Człowiek o wiele łatwiej i trwalej zapamiętuje (i rozpamiętuje) swoje krzywdy, niż przewinienia. Po przybyciu Hiszpanów mit Wirakoczy działał więc na Inków demobilizująco, ponieważ Hiszpanie przybyli właśnie z zachodu i mogli być wysłannikami Wirakoczy, który postanowił dać złym i występnyim ludziom kolejną szansę poprawy lub ich ponownie ukarać.

„Bratanek Atahualpy Titu Cusi opisał później, jak on i jego wojsko postrzegali hiszpańskie wojsko podczas ataku, z jego arkebuzami strzelającymi niewidzialnymi strzałami, które w cudowny sposób zabijały inkaskich wojowników, dźwiękami trąb, dudnieniem końskich kopyt, błyskiem stalowych ostrzy: >>[Wyglądali] jak Wirakoczowie, tym bowiem imieniem nazywaliśmy dawniej Stwórcę wszystkich rzeczy. [...] tak też nazwali oni [Inkowie] owe osoby, które ujrzeli, po pierwsze dlatego, że różniły się bardzo od nas strojem i obyczajem, a po drugie, ponieważ przybysze ci jeździli na ogromnych zwierzętach, które miały nogi ze srebra: tak mówili na rzucające blask podkowy. [...] i jeszcze ponadto nazywali ich

Wirakoczami z powodu ich wspaniałego wyglądu i tego, że różnili się bardzo między sobą, jedni bowiem mieli czarne brody, a inni rude, i ponieważ jadali ze srebrnych naczyń; i także dlatego, że mieli yllapa [illapas], którym to słowem nazywamy grzmoty, a Indianie tak mówili na arkebuzy myśląc, że są to gromy z nieba<<” [2].

Rola Wirakoczy w wierzeniach Inków systematycznie wzrastała, aż osiągnął on status porównywalny z najwyższym bogiem Inti (pojawiały się nawet tendencje do uznania go za byt wyższy niż Słońce i Księżyc, tajemną siłę, która wyzwoliła prawa rządzące całym wszechświatem), nigdy jednak kult ten nie zdobył tak dużego poparcia wśród inkaskich elit jak kult Inti (wyjątkiem jest tu może okres panowania na wpół legendarnego króla Viracochy). Indianie peruwiańscy w osobie Wirakoczy odnajdywali filozoficzną i metafizyczną głębię, której brakowało solarnemu bogu Inti. Uznawali go za ojca i dobroczyńcę, stwórcę tajemniczych praw rządzących kosmosem, przenikającego swą mądrością głębie czasu i przestrzeni, demiurga objawiającego sens ludzkiej egzystencji. Zgodnie ze swoją polityką religijną wobec podbitych ludów, Inkowie włączywszy Wirakoczę do swojego panteonu, utożsamili go z czczonym przez zamieszkujących w sąsiedztwie dzisiejszej Limy lud Huari, prastarym bogiem Pacha Kamaqiem, którego imię tłumaczy się jako *Stwórca Świata*. Znajdująca się w stolicy Huari, mieście Pachacámac, wyrocznia tego boga, wielowiekowa już w czasach Inków, będąca wielką piramidą - świątynią, gdzie od niepamiętnych czasów czczono prosty, drewniany posąg Pacha Kamaqa, cel licznych pielgrzymek i jedno z najświętszych miejsc inkaskiego królestwa, stała się tym samym najważniejszym miejscem synkretycznego kultu Pacha Kamaqa - Wirakoczy. Drugim wielkim sanktuarium Wirakoczy był chram znajdujący się w kompleksie świątyni Coricancha w Cuzco. Czczony był tu wykonany z litego złota wizerunek boga, zgodnie z przekazami mający wysokość dziesięcioletniego dziecka [<https://pl.wikipedia.org/wiki/Wirakocza>, data pobrania 06.01.2026]. Naturalnie po przybyciu Hiszpanów do Cuzco został on natychmiast ukradziony i przetopiony na sztabki w ramach walki z idolatrią.

Indianie peruwiańscy najprawdopodobniej nigdy nie zetknęli się z ludami meksykańskimi, ale mit Wirakoczy, w tym przekazy o jego wyglądzie oraz opowieść o odejściu i zapowiedzianym powrocie, wykazują uderzające podobieństwo do azteckiego mitu o bogu Quetzalcóatl. Zbieżności te stały się podstawą do rozmaitych spekulacji na temat genezy kultu Wirakoczy i Quetzalcóatla. Zdaniem niektórych naukowców opowieści te opisują autentyczne postaci historyczne, choć w formie zmitologizowanej, a więc dalece przekształconej. Mit Quetzalcóatla w przedkolumbijskiej Mezoameryce wiązał się z wyobrażeniem mitycznej krainy Tollan. Król/kapłan Topiltzin Quetzalcóatl zbudował tam

wspaniałe, ceremonialne miasto, zastępując chaos - porządkiem, dostatkiem i ciągłym rozwojem; zabronił m.in. **rozpoczynania wojen i składania ofiar z ludzi**. W Tollan panowało więc społeczne dobro i przestrzegano prawa; król/kapłan Topiltzin Quetzalcóatl, często się modlił, pościł, czynił pokutę, wbijał ciernie w swoje ciało, a w ofierze Twórczej Parze (Ome tecutli i jego żonie) składał m.in. ptaki i motyle. Ptaki i motyle mogą tu być metaforą kontemplacyjnej modlitwy „wznoszącej się” ku niebu. Dzięki tym praktykom król/kapłan łączył się z najwyższym bogiem i wskazywał drogę postępowania innym kapłanom i ludziom. Obok króla/kapłana powszechnie znany był także bóg Quetzalcóatl, który przekazywał ludziom wolę najwyższego boga Ome tecutli; uporządkował czas, przestrzeń; zorganizował wszechświat (wprowadzając Słońce w ruch) i miał władzę nad erą Tolteków; stworzył ludzi i żywność (głównie kukurydzę i *pulque*); stworzył także kulturę i sztukę; oddawano mu cześć już w Teotihuacán (100 n.e. – 750 n.e.); we wspomnieniach Majów Quetzalcóatl bywał też nazywany: Kukulkan, Nacxit-Xuchit lub Tohil. W czasie chrystianizacji Wirakocza - Quetzalcóatl bywał utożsamiany ze: św. Bartłomiejem, św. Tomaszem lub nawet Bogiem Ojcem [3].

Wirakocza (w zakresie w jakim był on podobny do Quetzalcóatla) diametralnie różnił się od pozostałych inkaskich bogów, którzy propagowali zabijanie; m.in. pomagali władcom w rozpoczynaniu i prowadzeniu wojen oraz chętnie przyjmowali ofiary z ludzi.

Przyczyny klęski i śmierci Atahualpy – ostatniego władcy niepodległego imperium Inków

Francisco Pizarro wraz z niewielkim oddziałem żołnierzy przybył do Peru w 1532 roku. W ciągu sześciu lat podbił on całe imperium Inków, zabrał im całe dostępne złoto i srebro, a niedobitki inkaskiej władzy schroniły się w *montańi*. Wyczyn ten był jednym z najbardziej efektownych osiągnięć militarnych w historii wojen i podbojów. Lanning E.P. [1] uważa, że zwycięstwo zapewniły Hiszpanom cztery główne, powiązane ze sobą czynniki. Przedstawimy je za tym autorem, dodając jednocześnie psychologiczną interpretację.

„Pierwszy i najważniejszy to fakt, że Pizarro i jego ludzie przybyli dokładnie na koniec nieszczęsnej wojny domowej. Huayna Capac zmarł w 1527 roku, pozostawiając niewyjaśnioną sprawę sukcesji tronu. Jego dwaj synowie, Huascar i Atahualpa, rozdzielali między sobą imperium przez pięć krwawych lat. Hiszpanie przybyli wtedy, gdy wojska Atahualpy wygrały właśnie ostatnią, decydującą bitwę, ale wrogowie byli nadal silni i każda ze stron była gotowa sprzymierzyć się z przybyszami przeciwko drugiej” [1].

Ważne jest także przeanalizowanie przypuszczalnych motywów postępowania Atahualpy po pierwszym spotkaniu z Hiszpanami. Atahualpa dostrzegł odmienność ubioru i uzbrojenia żołnierzy hiszpańskich, a także podziwiał ich konie (nieznane w imperium Inków); nie przestraszył się jednak tej odmienności i potęgi, ale postanowił wykorzystać Hiszpanów do dalszych podbojów, jako swój nowy (nowoczesny?) oddział militarny. Jeżeli uważał ich za wysłanników Wirakoczy, to wyłącznie jako sprzymierzeńców służących do wzmocnienia jego potęgi militarnej. Uważał, że jemu jako zwycięzcy i synowi Słońca, na własnym terenie nic nie może zagrażać. Dorastał i wychowywał się w określonym kontekście kulturowo – religijnym, którego w pełni już nigdy nie poznamy, ale który ukształtował jego wysoką samoocenę.

*

Sięgnijmy w tym miejscu do tłumaczenia kiczuańskiego tekstu, spisane w okresie między rokiem 1597 a 1608, opisującego dawne mity, obrzędy i obyczaje Inków. W rozdziale XXIII, zatytułowanym ***Tu opiszemy, jak Inka kazał zwołać wszystkich bogów...*** zostało napisane: „*Gdy Tupay Yupanaqui stał się panem i podbił wszystkie i jakie tylko są ludy, odpoczywał przez wiele lat w wielkim szczęściu. Potem powstali spośród ludów wrogowie [...]. Ludzie ci nie chcieli być ludźmi Inki. Z nimi więc wojował aż przez dwanaście lat, marnując przy tym wiele tysięcy ludzi. Gdy mu wygubili wszystkich, których posłał, Inka w wielkim smutku bardzo się żalił: >>Co z nami będzie?<<, mówił. Pewnego dnia pomyślał i rzekł: >>Z jakiego właściwie powodu służę tym bogom złotem, srebrem, szatami, jadłem i wszystkim, co tylko mam i ile mam? Zobaczmy: każę zwołać wszystkich, aby mi pomogli przeciw tym wrogom<<. Wezwał ich słowami: >>Ze wszystkich bogów, jacy tylko są, niech przyjdą ci, którzy otrzymują moje złoto i srebro<<. Więc mu odpowiedzieli: >>Tak<<, i przyszli; nawet Pachacamac przybył lektyką, tak samo jak wszyscy inni, każdy w swojej lektyce, ze wszystkich miejscowości całego Tawantinsuyu” [...] [4].*

Zadziwiające jest podporządkowanie wszystkich bogów woli władcy, którzy na jego wezwanie zgodnie i karnie odpowiadają „Tak”. Wierni na całym świecie z reguły modlą się do swojego Boga (lub bogów), prosząc go o łaskę lub dziękując za otrzymane dobra. Inka postąpił wyjątkowo – wydał rozkaz, aby bogowie przyszli do niego. Bogowie przybywali w lektykach, niesieni przez poddanych. Prawdopodobnie były to wysuszone mumie dawnych władców i kapłanów, którym już po śmierci (albo jeszcze za życia) nadano cechy boskie. Mumie, uważane za ziemskie wcielenia bogów, były otoczone przez chmary much, ale wierzone, że nie są to zwyczajne muchy, tylko dusze zmarłych (lub bogów); roje much były

więc łącznikami świata transcendentalnego z ziemskim. Muchy natomiast lecące do padliny i żywiące się resztami żywności, były traktowane jako zwyczajne muchy. „Dowodem” na to, że dusze zmarłych (lub bogów) przybywały w postaci much, były kamienie, na których siadały w czasie kilkugodzinnego pobytu na ziemi. Kamienie te były następnie zabierane do domów (lub świątyń) i oddawano im szczególną cześć. Bogowie nie różnili się wtedy zbyt od władców i kapłanów; umierali i rodzili się, mieli swoje nadprzyrodzone moce, ale też wiele słabości. Rysował się więc wyraźny podział - z jednej strony - na bogów, władców i kapłanów i - z drugiej strony - na pozostałych ludzi.

W powyższym tekście źródłowym wyróżniony jest Pachacamac, nazywany też: Pacha Kamaq, Pacha Camac, Pacha Camaq, (kecz. *Stwórca Świata*) - bóstwo przedkolumbijskiego plemienia Huari, zamieszkującego ziemie w sąsiedztwie dzisiejszej Limy. Po podboju Huari przez Inków został przyjęty do inkaskiego panteonu i utożsamiany z ajmarskim bogiem - stwórcą, Wirakoczą. Istniały jednak między nimi podstawowe różnice, które w literaturze przedmiotu są właściwie pomijane:

- Wirakocza był stwórcą świata i ludzkości; ojcem boga słońca Inti i bogini księżyca, Mamy Quilli, a Pachacamac był „tylko” synem boga słońca Inti oraz bogini księżyca, Mamy Quilli; wobec powyższego Pachacamac był wnuczkem Wirakoczy.
- Pacha Kamaq był przedstawiany pod postacią ryby, a Wirakocza był jednak „Człowiekiem z Morskiej Piany”.

Wyrocznia Pacha Kamaq w stolicy Huari, mieście Pachacamac, była jednym z najświętszych miejsc kultu imperium Inków i celem licznych pielgrzymek. W mitologii Inków Pacha Kamaq był mężem bogini ziemi Pachamamy. Zgodnie z mitem, wkrótce po stworzeniu świata mąż pierwszej kobiety (odpowiedniczki biblijnej Ewy) zmarł z głodu. Kobieta narzekała i wypominała Pacha Kamaqowi, że nie stworzył dla ludzi dostatecznej ilości jedzenia. Rozgniewany bóg zabił i poćwiartował pierworodnego syna kobiety. Z kawałków ciała chłopca wyrosły pierwsze warzywa i owoce. Niedługo potem drugi syn kobiety - Wicham zemścił się na Pacha Kamaqu, przepędzając go do morza, gdzie bóg przemienił się w rybę [wikipedia.org/wiki/Pachacamac, data pobrania 04. 01. 2016].

Tupay Yupanaqui nie odważył się więc wezwać Wirakoczy, stwórcy świata i ludzkości, ojca boga słońca Inti i bogini księżyca, Mamy Quilli, a wezwał „tylko” Pachacamac’a - syna boga słońca Inti oraz bogini księżyca, Mamy Quilli. W mitologii Inków Wirakocza i Pachacamac byli „stwórcami świata”, ale nie byli identyczni. Analizując zagadnienie w kulturze religii monoteistycznej, przyjmujemy, że „stwórca świata” jest jeden,

ale w mitologii Inków był jeszcze trzeci „stwórca” - Pariacaca (Paryaqaqa); wszyscy trzej różnili się znacznie od siebie.

Król Inków również uważał się za syna boga Słońca, a ponieważ jego mistyczny brat Pachacamac dał się przepędzić do morza i przybrał postać ryby, to został potraktowany jako słabszy, podporządkowany Ince. Można więc było nakazać mu przybycie do miejsca spotkania. *„Wówczas Inka przemówił: >>Ojcowie, bogowie i bohaterowie! Wiecie przecież, że ja wam z całego serca służę swoim złotem i srebrem. Skoro zatem ja służę, to czy wy nie możecie mi pomóc, gdy straciłem tyle tysięcy swoich ludzi? Z tego powodu kazałem was tu zwołać<<. Po jego przemowie ani nawet jeden mu nie odpowiedział, co więcej, siedzieli oniemiały. Wówczas Inka przemówił znowu: >>Słuchajcie, odezwijcie się! Czy w ten sposób mają wyginąć we wzajemnych wojnach ludzie, których obdarzyliście łaską i których stworzyliście? Jeśli nie zechcecie mi pomóc, zaraz was wszystkich każę spalić. Z jakiegoż to powodu wam służę i dogadzam złotem i srebrem, kosztami jedła, napojami, łamami i wszystkim, co mam i ile mam? Czy usłyszawszy o mojej tak wielkiej trosce nie możecie mi pomóc? Jeśli powiecie <<nie>>, natychmiast spłoniecie<<. Tak powiedział” [4].*

Mamy tutaj przykład rozmowy megalomana z mumiami. Megaloman uważał, że może zabijać przeciwników, zajmować ich terytoria, tracić w trakcie walk tysiące wojowników (choć przeciwnicy i jego ludzie zostali stworzeni przez bogów i wszyscy znajdowali się pod ich opieką). Mumie słuchały tego monologu i siedziały oniemiałe – żadna nie odpowiedziała, co bez wątpienia obrażało majestat Inki. Megaloman przypominał mumiom jak wiele różnych darów dostarczał bogom (choć dary te były stworzone przez bogów, a Inka zarządzał nimi tylko czasowo) i jednocześnie straszył je, że w przypadku odmowy, każę spalić mumie (co było groźbą niezwykle realną, bo trudno sobie wyobrazić przedmioty w otoczeniu Inki, które płonęłyby równie łatwo i szybko jak mumie). Inka stosował więc słabe nagrody i silne kary [7].

„Wtedy przemówił Pachacamac: >>Inko, który stajesz się Słońcem! Ja, ponieważ poruszam wszystko, i ciebie, i cały świat, nie odezwałem się, bowiem mógłbym zgubić nie tylko twoich wrogów, lecz położyłbym również kres wszystkiemu: i tobie, i całemu światu. Z tego powodu siedziałem cicho<<, rzekł.” [4]. Z powyższej wypowiedzi wynika, że przepędzony do morza i przemieniony w rybę Pachacamac nadal uważał się za równego lub nawet potężniejszego od Inki, który był synem Słońca i stawał się Słońcem. Ponownie zapanowało milczenie. Można byłoby domniemywać, że w ciszy rozważano kto jest ważniejszy. W końcu odezwał się Macavisa (syn Pariacaci, boga wody, burz, ale też stwórcy. Pariacaca urodził się jako sokół, który wykluł się z jaja na szczycie Condorcoto, ale później

stał się człowiekiem) [www.thewhitegoddess.co.uk/divinity_of_the_day/inca/pariacaca.asp; data pobrania 04.01.2016].

„>>Inko, który stajesz się Słońcem! [powiedział Macavisa – przyp. G.Z.]. *Ja tam pójdę, natomiast ty mieszkaj tutaj pouczając i podejmując decyzje. Ja ich dla ciebie zwycięzę szybko i skutecznie*<< [...]. *Wówczas, aby Macavisa pojechał, Inka dał mu lektkę* [...]. *Byli wtedy ludzie zwani Callauaya. Każdy z nich bardzo silny, wybrani przez Inkę. Ludzie ci drogę wielu dni pokonywali w kilka dni zaledwie. Ci właśnie ponieśli Macavisę, nieśli go w lektce przeciw wrogowi*” [4]. Macavisa dotarł na pewną górę i z tego miejsca, korzystając z mocy swojego ojca Pariacaci, zniszczył przeciwników przy pomocy ulewnego deszczu, burz, osuwisk i powodzi, a pozostałych przy życiu przyprowadził do Cuzco, jako jeńców. Po tak spektakularnym zwycięstwie Inka zapytał Macavisę: „>>Ojczy Macaviso! *Co mam ci dać? Żądaj ode mnie cokolwiek zechcesz, a nie poskąpię!*<< *Gdy to rzekł: >>Ja nie chcę niczego, ale zasiądziesz jako huacca, tak jak to czynią nasi synowie z Yauyo*<<. *Tamten odpowiedział mu na to: >>Dobrze, Ojczy*<<. *A potem, z wielką obawą: >>Ostrożnie, bo i mnie może zgubić*<<, *chciał mu ofiarować, co tylko miał i ile miał*” [4].

Macavisa nie chciał od Inki niczego, poza tym, aby „zasiadł on jako huacca”. To oczekiwanie Macavisy powoduje duże trudności interpretacyjne. *Huaca* (*wak'a*) to w języku keczua słowo wieloznaczne. Może oznaczać rzecz zasługującą na szacunek, wielką, wspaniałą; świętą - dziwną lub przeklętą. Za *huaca* uważano wielkie kamienie, niektóre rzeki, czasem budowle, drzewa itd. *Huacą* jest np. skała znajdująca się niedaleko Cuzco. Według legendy jest to brat Manco Capaca, zamieniony w kamień. Inkowie składali *huaca* okrutne ofiary z ludzi (często z dzieci, gdyż uważali je za istoty niewinne, posiadające największą moc ułaskawiania bogów), zwierząt, kukurydzy i koki. Każda *huaca* miała przydzielony kawałek ziemi i kapłanów. Zdarzali się jednak władcy, którzy tępil kult *huaca* jako obniżający wiarę w Słońce. Jedną z najsłynniejszych *huaca* było sanktuarium Pachacámac. W XV w. zostało podbite przez Inków. Po podboju doliny Rímac, w której znajdował się Pachacámac, obok jego świątyni stanęła świątynia Słońca. [https://pl.wikipedia.org/wiki/Huaca, data pobrania 05.01.2016]. „*Ostrożnie, bo i mnie może zgubić*” [4] – powiedział Inka, co sugeruje, że istniała odwieczna, ontyczna rywalizacja między: a) Inką synem Słońca, stającym się Słońcem; b) Pachacamakiem – także synem Słońca i c) Pariacacą (Paryaqaqa), bogiem wody, burz, ale także stwórcą. W imperium Inków bogowie i ludzie nieustannie walczyli więc ze sobą, zawierając tylko czasowe sojusze. Wyjątek stanowił Wirakocza, który uważany był za stwórcę wszystkiego.

„I tak znów Macavisa wrócił tu, aby opowiedzieć to swemu ojcu Pariacace. Odtąd także Inkowie zasiadali jako huaccowie w Xauxe, tańczyli i śpiewali wielce go poważając” [4]. Podobnie Atahualpa uważał się za syna Słońca; być może też za *huacę*, którego tajemniczy przybysze nie są w stanie pokonać (i nawet tego nie planują); na wszelki wypadek rozkazał jednak zabić swojego brata – Huascara, aby pozostać jedynym człowiekiem – bogiem w imperium.

*

Kolejne trzy czynniki, które według E.P. Lanning’a [1] umożliwiły Hiszpanom zwycięstwo, to:

„[...] Hiszpanie znaleźli sojuszników wśród niezadowolonej ludności w niektórych prowincjach. Na przykład, Cañari z Ekwadoru dotknął gniew Atahualpy podczas wojny domowej i chętnie przyłączyli się do Hiszpanów maszerujących na Cuzco. W pierwszych latach konkwisty, zanim masowo zaczęły przybywać hiszpańskie posiłki, armię najeźdźców można by właściwie określić jako wojsko indiańskie pod wodzą Hiszpanów.

Ponadto Inkowie byli osłabieni szeregami epidemii, które ogarnęły całe imperium. Wywołały je choroby europejskie, takie jak ospa i odra, na które Indianie nie byli odporni. Poczynając od Ameryki Środkowej choroby te przechodziły wielkimi falami przez Amerykę Południową, osłabiając morale i wycieńczając indiańskich obrońców. Wojna domowa była faktycznie rezultatem epidemii, ponieważ Huayna Capac [ojciec zwaśnionych Atahualpy i Huascara – przyp. G.Z.] zmarł nagle na skutek pierwszej z nich, która dotarła do Peru przed przybyciem Hiszpanów [być może ospa dotarła do Imperium Inków z podbitego wcześniej przez Hiszpanów państwa Azteków; 5].

[...] Na koniec, istniała istotna różnica w taktyce dyplomatycznej, która działała na korzyść Hiszpanów. Inkowie zawsze walczyli według tradycyjnego, dobrze im służącego systemu, zapowiadając swoje przybycie i próbując strachem wymusić poddanie się wrogów. Nigdy nie było wątpliwości co do ich intencji. Słabi militarnie Hiszpanie, którym zależało na złocie, a nie na terenach jako takich, woleli ukrywać swe zamiary pod pozorami misji dyplomatycznej. Dla każdej potęgi europejskiej byliby podejrzani, ale dla Inków była to nowa taktyka. Z czasem rola konkwistadorów stała się jasna: porwano Atahualpę, a jego wojsko poraził strach o bezpieczeństwo władcy” [1].

Odwiedzający Hiszpanów po raz pierwszy (i ostatni) Atahualpa wybrał się z orszakami dygnitarzy; nie mieli przy sobie broni, bo miało chronić ich Słońce. Wysłany przodem zwiadowca powiadomił jednak władcę, że tajemniczy przybysze ukryli się za

murami zabudowań. Znane były w historii regionu przypadki zabijania posłów i wysłanników; tak postępował np. Tupac Amaru i prawdopodobnie wielu wcześniejszych władców. W świadomości Atahualpy powinny więc wystąpić co najmniej dwie interpretacje sytuacji opisanej przez zwiadowcę: a) Hiszpanie ukryli się ze strachu przed jego potęgą i świętością, ale wobec tego jaki był sens rozmowy z takimi tchórzami; wystarczyło wydać im rozkaz przez posłańca; b) Hiszpanie ukryli się, aby zaatakować bezbronny orszak – zbyt oczywiste, aby było prawdziwe. Atahualpa zachował się więc jako pełen pychy megaloman, który prowadził siebie i swoich dostojników na pewną śmierć.

W tym przypadku Inkowie nie uważali białych przybyszów za istoty wyższe, odnosili się do nich jak do ludzi równych sobie (według niektórych naukowców Inkowie traktowali białych z wyższością). To dzięki temu Pizarro odniósł druzgocące zwycięstwo nad Atahualpą - Ince przez myśl nie przeszło, że zwykły śmiertelnik może podnieść na niego rękę. Wziąwszy do niewoli Atahualpę - króla i półboga, od którego słowa zależały losy imperium, Pizarro zapewnił sobie bardzo szybkie zwycięstwo i kontrolę nad państwem Inków – Tawantinsuyu [<https://pl.wikipedia.org/wiki/Wirakocza>, data pobrania 06.01.2026]. .

Przyczyny klęski i śmierci Tupaca Amaru – ostatniego władcy okupowanego przez Hiszpanów imperium Inków

W 1571 roku Tupac Amaru został władcą Inków. W tym czasie ponad 90% imperium Inków - całe wybrzeże i rejony górskie - okupowali Hiszpanie. Tupac Amaru sprawował władzę tylko w Vilcabambie i okolicach – fragmencie trudnodostępnej *montańi* (tropikalnym lesie). W Cuzco natomiast od ponad trzech miesięcy rządził nowy hiszpański wicekról, Francisco de Toledo, zwolennik radykalnego rozwiązania problemu zbuntowanych krajowców w Peru. W lipcu 1571 roku wicekról Toledo wysłał do Vilcabamby kilku indiańskich posłańców, z których nikt nie wrócił. Wicekról wysłał więc kolejnego posła, swojego bliskiego przyjaciela Atilana de Anayę, który również został zabity. Zabijając kolejnych posłów Inkowie *implicite* wypowiadali więc Hiszpanom wojnę. Tupac Amaru nie mógł w tym czasie liczyć na zwycięstwo, ponieważ przewaga Hiszpanów była miażdżąca – posiadali: falkonety, konie, arkebuzy i szpady, natomiast jego wojownicy: drewniane maczugi, pałki, łuki i strzały. Bez wątplenia kapłani nie obiecywali Tupac’owi Amaru zwycięstwa – ich prorocтва okazałyby się fałszywe i kompromitujące już po kilku tygodniach walk; obiecywali więc mu prawdopodobnie ukrycie się w niedostępnej części *montańi* i po

odejściu Hiszpanów odbudowanie potęgi Vilcabamby. Żona Tupaca Amaru była wtedy w zaawansowanej ciąży, władca bardzo ją kochał i nieludzkie było przekonywanie królewskiej pary, że z pomocą bogów będą uciekali szybciej od goniących ich Hiszpanów. Inkascy kapłani prorokowali pod wpływem narkotyków w oparciu o okrutny i niespójny system wierzeń (kolejny raz błędnie) i prowadzili cały naród do ostatecznej klęski.

Wicekról Toledo zgromadził swoje wojska w maju 1572 roku i 24 czerwca już szturmował stolicę Vilcabambę. Indianie zdążyli opuścić ją wcześniej, zabierając tyle żywności, ile mogli unieść, resztę paląc. Liczyli na to, że pozbawieni zapasów Hiszpanie zawrócą i nie będą ich ścigali; przeliczyli się jednak bardzo, ponieważ Hiszpanie byli zdeterminowani (tradycyjnie obiecano im dużo złota za złapanie Tupaca Amaru i jego dowódców).

Już 21 września 1572 roku przyprowadzono do Cuzco: Tupaca Amaru, jego dowódców i kapłanów w łańcuchach lub związanych sznurem. Nie bardzo wiadomo, w jaki sposób kapłani tłumaczyli przyczyny klęski swojemu władcy, ale robili to tak nieprzekonywująco, że po kilku dniach sponiewierany i umęczony władca przyjął chrześcijaństwo. Nie zrobił tego wcześniej, dobrowolnie, w ciągu trzydziestu lat pobytu w Vilcabambie, dzięki czemu utrzymałby fasadową władzę i uratował życie swoich ludzi. Głównym powodem był brak zgody kapłanów na zmianę religii i skuteczność ich perswazji; zapewne wierzyli w sens swoich obrzędów, a jeszcze bardziej obawiali się utraty przywilejów i konieczności podjęcia pracy fizycznej.

24 września 1572 prowadzono już Tupaca Amaru na ścięcie. *„Stojąc [...] z ubranym na czarno księdzem przy boku, Tupac Amaru spojrzał na tłum i powoli uniósł prawą dłoń. Potem pozwolił jej opaść. On sam po pańsku zachowywał spokój, hałas ustał i nastąpiła cisza tak głęboka, że nie poruszyła się żadna żywa dusza ani bezpośrednio na placu, ani w oddali. Gdy wszyscy umilkli i wytężyli słuch, aby usłyszeć, co powie ostatni prawowity spadkobierca czterech suyuu, Tupac Amaru, Królewski Wąż, zwrócił się do tłumy: >>Panowie przybyłście tu ze wszystkich czterech suyuu. Niechaj będzie wiadomo, że jestem chrześcijaninem, zostałem ochrzczony i pragnę umrzeć, podlegając prawom Boga – i muszę umrzeć. I że wszystko, co moi przodkowie Inkowie i ja powiadaliśmy wam do tej pory – byście czcili boga Słońce, Punchao, sanktuaria, bożków, kamienie, rzeki, góry i święte miejsca – jest kłamstwem i całkowitym fałszem. Kiedy mówiliśmy wam, że wchodzimy [do świątyni], aby porozmawiać ze Słońcem, i że ono kazało wam czynić to, co wam rzekomo powtarzaliśmy jako jego słowa – to [było] kłamstwo. Nie ono mówiło, lecz my mówiliśmy, bo to jest złoty przedmiot i nie potrafi mówić. Mój brat Titu Cusi powiedział mi, że ilekroć chcę kazać coś [zrobić] Indianom,*

powinienem samotnie pójść do [świątyni] Panchao, tak aby nikt nie poszedł za mną [...], a potem wyjść i oświadczyć, że bóstwo przemówiło do mnie, powiedziało to, co ja chcę im powiedzieć, ponieważ Indianie wtedy lepiej wykonują zadania i [...] [są bardziej posłuszni temu], co darzą cześć – a [najbardziej szanują] tego właśnie [boga Słońce]<<.

[...] I [...] Tupac Amaru [...] [poprosił tłum] o wybaczenie mu oszustw i aby wstawił się za niego modlitwami u Boga. Wszystko to wypowiedział [...], zachowując godność i majestat, bez wysiłku i bez śladu udawania, lecz bardzo naturalnie [...], chociaż był więźniem i znajdował się w ciężkim położeniu” [2].

Było to wyznanie w języku *runasimi*, zrozumiałym tylko dla nielicznych Hiszpańskich kapłanów, nie ma jednak doniesień w literaturze przedmiotu, które podważałyby jego treść. Musiało być ono zaskakujące dla Inków, ale jednocześnie zneutralizowało ich żal po utracie władcy, który był wielkim przywódcą i patriotą, ale także manipulatorem i kłamcą, pozbawionym nawet odrobiny boskości.

Wnioski

W Tawantinsuyu było wystarczająco dużo żyznej ziemi i owoców morza, aby zgodnie mogli tam żyć, mieszkać oraz rozwijać się Inkowie i Hiszpanie.

Inkowie musieliby jednak postępować zgodnie z religią Wirakoczy (w zakresie, w jakim była ona *implicite* podobna do religii Quetzalcóatl), co wiązało się m.in. z zakazem **rozpoczynania wojen i składania ofiar z ludzi**. Inkom bliżsi byli jednak tacy bogowie, jak: Pacha Kamaq (Pachacamac), Pariacaca (Paryaqaqa) i Macavisa, którzy mogli być sojusznikami w czasie prowadzenia wojen, chętnie przyjmowali ofiary z ludzi i których można było wezwać w razie potrzeby. Inkascy władcy uważali się za pół-bogów, czego przejawem było: zawieranie małżeństw z własnymi siostrami, posiadanie licznych konkubin, wydłużanie głów niemowlętom poprzez stosowanie deseczek uciskowych i podróżowanie w lektykach. Te pozorne atrybuty „boskości” były – rzecz jasna – powszechnie kwestionowane przez Hiszpanów, którzy wiązali inkaskich władców przy użyciu łańcuchów i sznurów, manipulowali nimi, a nawet sikali na nich i nazywali psami.

Pokojowe współistnienie i współpraca Hiszpanów z Inkami (oraz ich edukacja) były jednak możliwe. Hiszpanie musieliby jednak skoncentrować się na wprowadzaniu reguł religii chrześcijańskiej oraz zrezygnować z: kłamstwa, rabunków, brutalności, nie dotrzymywania umów, cudzołóstwa i zabijania.

Można też snuć domysły, co by się stało z cywilizacją Inków, gdyby Hiszpanie nie przybyli, czyli gdyby została zostawiona sama sobie. Przypomnijmy, że w imperium Inków „bogowie” i ludzie nieustannie walczyli ze sobą, zawierając tylko czasowe sojusze i zdradzając się wzajemnie; kapłanom wydawało się, że rozmawiają z bogami, szczególnie wtedy, gdy znajdowali się pod wpływem narkotyków; pozostali Inkowie natomiast spożywali duże ilości napojów alkoholowych w czasie wielodniowych świąt – świeckich i religijnych. Cywilizacja Inków była więc „na zakręcie” prowadzącym do totalnego zniszczenia; dobrze byłoby ten proces zdiagnozować w oparciu o narzędzia współczesnej, racjonalnej cywilizacji, ale ta też jest „na zakręcie”, co prawda z innych powodów, ale również niebezpiecznych [6]. Porównanie destruktywnych cech i procesów, występujących w obu cywilizacjach przekracza już jednak ramy tego artykułu.

Piśmiennictwo

1. Lanning E.P.: Peru przed Inkami. WL, Kraków 1985, 175, 175 – 176.
2. Macquarrie K.: Ostatnie dni Inków, Wyd. Rebis, Poznań 2009, 170, 425.
3. Zalewski G., Dziadel A., Walejewska – Iwaszko K.: Mechanizmy moralnego "odłączenia się", ślepe posłuszeństwo wobec autorytetu, a dokonywanie zabójstw z perspektywy integralno-kulturowej (Majów i współczesnej cywilizacji Zachodu) [w:] *W drodze do brzegu życia*, (red.) Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2014, T.12, 815 – 832 (http://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz).
4. Bogowie i ludzie z Huarochiri. Przekład, wstęp i objaśnienia J. Szemiński, WL, Kraków, 1985, 80, 81, 81, 81, 82, 82, 82,
5. Mann Ch. C.: 1491, Ameryka przed Kolumbem. Rebis, Poznań 2007.
6. Brezko J.: Cywilizacja na zakręcie. Wyd. Norbertinum, Lublin 2014.
7. W psychologii stosowanie słabych nagród i silnych kar jest uważane za nieskuteczny (a nawet traumatyczny) system wzmocnień usiłujących zmienić zachowanie podmiotu; znacznie bardziej efektywny jest system silnych nagród i słabych kar.

Netografia

1. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Wirakocza> (data pobrania 06.01.2016).
2. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Pachacámac> (data pobrania 04.01.2016).

3. www.thewhitegoddess.co.uk/divinity_of_the_day/inca/pariacaca.asp (data pobrania 04.01.2016).

Podróż przez „zamek wewnętrzny” jako mistyczna droga ku czystemu poznaniu w ujęciu św. Teresy z Avila

Dobińska Żaneta¹, Lisiak Henryk²

1. Doktorantka Katedra Nauk Społecznych UMP
2. Katedra Nauk Społecznych UMP

Wstęp

Niniejsza praca stanowi kontynuację rozważań Autorki zapoczątkowanych w artykule *Śmierć oczami mistyka na przykładzie „Nocy ciemnej” św. Jana od Krzyża* [1]. Tematem refleksji jest śmierć, która w ujęciu chrześcijańskich mistyków jawi się jako wewnętrzna samoprzemiana, transformacja w sensie filozoficzno-teologicznym, a także jako droga oświecenia, oczyszczenia i ostatecznego poznania. Rozważania prowadzone są na gruncie fenomenologii, chrześcijańskiej mistyki i ontologii.

Wspomniany wyżej artykuł o *Nocy ciemnej* św. Jana od Krzyża stał się dla Autorki niejako myślą przewodnią, a zarazem początkiem badań nad ludzkim przemijaniem, rozumianym jako droga i proces w wymiarze *sacrum*. Tym razem natomiast podstawę rozważań stanowiło XVI-wieczne dzieło o charakterze mistycznym autorstwa św. Teresy Wielkiej z Avila – *Zamek wewnętrzny*. Zarówno św. Jan od Krzyża, jak i Teresa z Avila podkreślają w swoich utworach, iż aby dojść do czystego „zobaczenia” i poznania pierwszej przyczyny, będącej istnieniem w sobie i z siebie, a zarazem wylewającym je, to istnienie, ze swej obfitości, należy dotrzeć do własnego wnętrza, odkryć się przed sobą samym.

Jak św. Jan od Krzyża w swym poemacie prowadził ducha i zmysły drogą nocy i fenomenologicznej bezzałożeniowości ku świtaniu i zachwyceniu, tak Teresa Wielka do tego samego światła prowadzi drogą kolejnych komnat wewnętrznej twierdzy człowieka. Na końcu podróży otwieramy drzwi ostatniego, siódmego mieszkania, będącego drzwiami do *Czystego*, które poznaje i kontempluje w bezpośredniości. To wówczas powstaje fenomenologiczna naoczność: poznany i poznający stają się jak oblubienica i oblubieniec w namiocie spotkania. Umysł ludzki zatrzymuje w tym punkcie przed pozahoryzontalną, nową przestrzenią [2].

W badaniach posłużono się literaturą przedmiotu oraz własnym notatkami, sporządzonymi podczas studiów w Studium Duchowości Karmelitanum.

Cel pracy - Na podstawie dzieła św. Teresy Autorka zamierza ukazać wewnętrzną drogę, jaką proponuje Święta, aby móc ujrzeć i poznać oczekującą człowieka po drugiej stronie życia prawdę. Należy nią przejść, by przekroczyć najważniejszą dla bytu ludzkiego granicę i przejść „dalej”. Jednocześnie podjęta zostaje próba wykazania „terapeutycznego” charakteru utworu, powiązanego duchowo m.in. z wizją człowieka proponowaną przez fenomenologię Edmunda Husserla oraz chrześcijańską mistyką i ontologią.

Terezjańskie ujęcie problemu czystego poznania

Przedstawione przez św. Teresę przechodzenie do coraz dalszych komnat swego wnętrza jest drogą wiodącą człowieka ku czystemu poznaniu, wędrówką od ciemności ku pełni światła, drogą uwalniającą ku zachwyceniu. Przekraczając kolejne mieszkania, intuicyjnie spodziewamy się bliskiego odkrycia – „oczekującego nas”, inaczej mówiąc, jakby odgadujemy oczekujące na nas piękno, będące pięknem samym w sobie (tego rodzaju piękna doświadczamy w fenomenologicznej bezpośredniości). Człowiek rozpoznaje „upragnione” i to poznanie staje się wówczas czystym, intelektualnym „obcowaniem” dwojga.

Istnieje możliwość zatrzymania się w podróży lub nawet zawrócenia z drogi. Ucieczka? Przemierzanie wewnętrznych komnat wiąże się zawsze z pokonywaniem ludzkich słabości, a tym samym –z podjęciem koniecznego w tym procesie wewnętrznego trudu, wysiłku umysłu. Należy niejako zrezygnować z siebie, wyjść z jaskini cieni. To jest niezbędne. Drogą czystej świadomości docieramy do „pełni” – zawsze nowej i zawsze starej, rozumianej w ontologii chrześcijańskiej jako Pierwsza Przyczyna. Wówczas poznajemy, a wraz z poznaniem, podobnie jak podczas Janowej północy [3], doznajemy uczucia przerażenia i jednocześnie pragnienie ujrzania światła – tego, które znajduje się za siódmymi drzwiami naszej świadomości. Spodziewamy się wszystkiego „nowego”. Osiągamy wolność! Nie połowiczną, nie trochę, ale w pełni. Wtedy też stajemy się „nowym”, zawsze nowym w nim (poznaniu), czystym i niezniszczalnym, niezmiennym, nieporuszalnym. Czysta świadomość jest transcendencją odnajdującą „upragnione”: Czyste to Czyste *ja* będące z siebie, pewne, stałe, doskonałe. Wówczas następuje przekroczenie siódmej granicy i człowiek sam staje się przekroczonym. „Sam uwiodłem i uwiedzionym zostałem – *ja*” [2,4,5,6].

W II mieszkaniu Teresa Wielka mówi: *Wola w miłowaniu skłania się ku temu, w czym ujrzała tak niezliczone wyrazy miłości i jej przejawy (...), a zwłaszcza staje przed nią to, jak nigdy jej nie opuszcza ten, który prawdziwie ją miłuje, towarzysząc jej nieustannie, dając jej życie i istnienie* [2]. Podróż ta to transcendencja ku przyczynie stawania się, istnienia i bycia, ku miłości, która pochłania nas całkowicie.

Następnie, w VII mieszkaniu, Święta dodaje: (...) *rozkosz (która), wynika ze świadomości bycia blisko (...) w owym mieszkaniu, wówczas poprzez widzenie intelektualne, poprzez pewien rodzaj uobecnienia (...), dzięki pewnemu rozplómiennieniu, które najpierw przychodzi (...) na sposób obłoku o przeogromnej jasności (...), poprzez zadziwiającą znajomość ich (...), tam dusza rozumie (...)* [2].

Tu dokonuje się ostateczne czyste poznanie, o którym znacznie później pisał E. Husserl. Poznajemy oczekującego, następuje przeżywamy zjednoczenie dwojga i transformację, przemienienie wewnętrzne, przeistoczenie, przekraczanie dotychczasowego ja. Owo ja staje się *nieskończonym* i dopiero wówczas, według autorki *Zamku*, zaczyna się prawdziwe istnienie (*jestem*). Załamują się wszelkie czasoprzestrzenie, uwalniając ze swych sideł ludzką formę. Teraz już zawsze od nowa stajemy się i zawsze jesteśmy – jednocześnie. Czas będący miarą ruchu już nas nie dosięga. Nastaje „czas poza czasem” [2,4]. Wówczas oto (...) *świadomość rozważana w swej „czystości” musi być uważana za pewną w sobie zamkniętą powiązaną całość bytu, za całość bytu absolutnego, w którą nic nie może wtargnąć, całość, która nie posiada żadnego przestrzenno-czasowego zewnętrza i sama nie może znaleźć się wewnątrz żadnego przestrzenno-czasowego układu, która od żadnej rzeczy nie może doznać działania przyczynowego* [7].

Czas już nie płynie, ponieważ czas płynący zakłada zmienność i niedoskonałość rzeczy, ta zaś rzeczywistość jest absolutnie, od tych, różną. Terezańska i Husserlowska naoczność wymyka się czasowi.

Mieszkanie pierwsze, drugie i trzecie. Rozważania terezańskie

Głębiej tajemnicy stworzenia człowieka i prawdę o niej ujął Bóg ponoć w ludzkiej duszy. To tam następuje ich bezpośrednie obcowanie. W jej najgłębszej części pośrodku jest On, oczekujący, którego mamy szansę spotkać *twarzą w twarz*. Człowiek chcący tam dotrzeć, (ten, który nie chce tam wejść, traci czas) musi zechcieć wejść w siebie, musi stawać w pokorze, która, jak mówi św. Teresa, płynie z modlitwy wewnętrznej. Nawet pragnienie tejże modlitwy dusza otrzymuje z łaski Znajdującego się w jej centrum.

Wchodzi się w to pierwsze mieszkanie z *dobrym zamiarem*, jednak wtedy też dusza zaczyna odczuwać pierwsze pokusy, które stają się coraz bardziej agresywne i natrętne. W mieszkaniu tym wylania się z głębi duszy światło, lecz oczy człowieka jeszcze spowija mrok. Nie dostrzegają bijących jasności, ponieważ są wciąż zbyt przywiązane do świata. Niektórzy wycofują się już na tym etapie wewnętrznej wędrówki, rezygnując tym samym z doświadczenia w niej prawdziwej wolności, której człowiek ostatecznie dosięga w siódmym mieszkaniu. Tu pojawiają się również fałszywe pragnienia czynienia pokuty, fałszywa gorliwość o szybki postęp w doskonaleniu się. Święta Teresa przypomina, iż w drodze do spotkania Tego, który w pełni wyzwala, najważniejsza jest miłość. Tu też przychodzi kolejna pokusa, aby nie wychodzić z tego mieszkania, aby nie iść dalej, jednak Przebywający w pośrodku daje łaskę świadomości konieczności opuszczenia pierwszej komnaty i dalszej wędrówki [2].

Dużo zatem wysiłku potrzeba, żeby przekroczyć próg komnaty drugiej. Tu dusza ludzka zaczyna dostrzegać delikatne światło, z łaski Boga ma już większe rozeznanie. Tu też zaczynają się większe trudy duchowe i cielesne. Bóg będzie nieustannie duszę sprawdzał i oczyszczał. Z jednej strony człowiek słyszy Boże wezwanie, z drugiej zaś ulega słabościom. W drugim mieszkaniu wędrowiec upada wielokrotnie, ale ma też siłę do podniesienia się. Tu cierpi więcej. Trzeba mu zatem wielkiej rozwagi i pokory. Odkrywa jednocześnie, że jest to trudny i piękny początek drogi, która kończy się spełnieniem jego istoty. Odkrywając tę prawdę, nabiera siły do pokonywania dalszych mieszkań swej duszy. Ma on szansę nie błędzić już i nie szukać po omacku. Teraz już nie wolno trzymać się łatwych rozwiązań – byłoby to bowiem budowanie domu na piasku. Im większe cierpienia, tym solidniejsze jego fundamenty. Każdy upadek ma szansę obrócić się w pożytek duszy. Święta Teresa podkreśla również, że nie należy teraz uciekać, a rozproszone myśli trzeba szybko zbierać [2].

W mieszkaniu trzecim walka się wzmacnia, pokusy także. Nastaje pragnienie nie obrażania Boga w niczym, unikania grzechów nawet powszednich. Teresa z Avila uprzedza jednak, iż same *suche* pragnienia nie wystarczą, musi być w nich prawda, światło. Im bliżej zatem do światła, tym prawda staje się wyraźniejsza, tym większe pragnienie odkrycia jej w pełni i wewnętrzne doświadczenie wolności. Należy podkreślić, iż drzwi do trzeciej komnaty dla wielu są zamknięte, a tym samym – są zamknięte też do mieszkania siódmego. Główną tego przyczyną jest wewnętrzna rezygnacja człowieka, ustąpienie. Wydawać się teraz może, jakoby Bóg w trzeciej komnacie nie daje zbyt wielu pociech duchowych, dusza odczuwa wręcz Jego oschłość, jednak już niedługo będzie mogła zażywać pokoju. Święta Teresa mówi również o doświadczeniu udręki dla dusz w trzecim mieszkaniu, bowiem ono jest

niedoskonałością; udręczone dusze zaś sądzą, że stan taki pochodzi z miłości Bożej. W tym czasie, co podkreśla Święta, są jednak już zdolne do rozpoznawania podstępów ciała i ducha, potrafią wzbijać się ku górze [2].

Wnioski

Podróż po twierdzy wewnętrznej, jaką zaproponowała św. Teresa z Avila, jest, zdaniem Autorki niniejszego artykułu, jedną z propozycji rozumienia „przejścia” dla człowieka cierpiącego, umierającego. Proces umierania jawi się jako droga u czystemu ujrzeniu, ku zapatrzeniu się w pełni. Przekraczając granicę siódmego mieszkania, docierając drogą czystej świadomości do czystego *ja* stajemy się *ja* – na wzór *ja* poznanego, czyli jestestwem niezmiennym, nieporuszanym, zawsze w pełni, a zarazem zawsze stającym się.

Podróż przez poszczególne komnaty ludzkiego wnętrza to podróż transcendentalna, dająca zobaczyć i poznać wpierw siebie, potem *ja* czyste, oczekujące wewnątrz naszego *ja*. Dokonując niejako redukcji ejdetycznej i przekraczając ostatnią granicę – drogą czystej świadomości – docieramy do istoty rzeczy, poznajemy w zachwycie.

Terezjańska metoda docierania do własnego wnętrza i odkrywania siebie samego jest metodą terapeutyczną, dającą nadzieję, ukazującą pozaczasoprzestrzenną perspektywę – uwalniającą. Teresa Wielka poprzez swe dzieło wprowadza czytelnika na drogę wewnętrznego oczyszczenia. Krocząc tą drogą, w końcu docieramy do postaci „pierwotnego оголоcenia”, „pierwotnej nagości” ducha. Rezygnując z twierdzeń, uprzedzeń i wizji osiągamy to, co Husserl nazwał bezzałożeniowością i naocznością istotnościową, tj. odkrywającą istotę rzeczy.

Zakończenie

Zamek wewnętrzny, XVI-wieczne dzieło Teresy z Avila, jest utworem wybitnie osadzonym na gruncie chrześcijańskiej mistyki i ontologii. Zagłębiając się w kompozycję i ideę *Zamku*, odkrywamy jego wybitny charakter terapeutyczny, który Autorka niniejszej pracy próbuje wydobyć i ukazać. Święta proponuje cierpiącemu człowiekowi podjęcie głębokiej analizy swego wnętrza, dającej szansę na dotarcie do najgłębszych zakamarków ludzkiej duszy. Przemierzając kolejne jej poziomy, człowiek poznaje siebie niejako od nowa, tym samym podlega konsekwentnemu procesowi oczyszczania swego wnętrza, rezygnuje z siebie dla siebie. Na końcu drogi przyjmuje postać „nagą”, „ogółoconą” z wszelkich obciążeń,

osiąga duchową wolność. W trakcie wędrowania przychodzi również moment rezygnacji ze swej cielesności, oderwania się od niej. I tak, w procesie oczyszczania swej świadomości, jako transcendencji, człowiek „ulatuje” oplatającej go dotychczas – czasoprzestrzeni. Posługując się środkami wyrazu ontologii chrześcijańskiej powiemy, iż łączy się w jedno ze swym Bogiem, przechodząc transformację swego *ja*, stając się tym samym – *ja* wiecznie trwającym w zapatrzeniu, zachwyconym.

Piśmiennictwo

1. Dobińska Ż., Lisiak H.: Śmierć oczami mistyka na przykładzie „Nocy ciemnej” św. Jana od Krzyża [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk R.C., Lewko J., Kułak W. (red.). Wyd. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, 2015, 432-436.
2. Św. Teresa od Jezusa, Doktor Kościoła, Zamek wewnętrzny, opr. Wandzioch D., W. Ciak OCD (opr.), t. II, Wyd. FlosCarmeli, Poznań, 2010.
3. Rachmajda A., Wandzioch D.: Duchowość świętych Karmelu. Jan od Krzyża, Doktor Kościoła. Życie, osoba, dzieła. Materiały uzupełniające do wykładu monograficznego w Instytucie Duchowości Carmelitanum, FlosCarmeli, Poznań 2007.
4. Klein E.: Czas. Więcej wiedzieć. Odkrywać siebie i świat, Jarosiewicz-Domino M. (tłum.). Wyd. „Książnica”, Katowice, 1999, 73-78.
5. Merleau-Ponty M.: Fenomenologia percepcji. Fragmenty. Migasiński J. (tłum.). IFiS PAN, Warszawa, 1993, 62-72.
6. Husserl E.: Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii. Gierulak D. (tłum.), cz. I, II, III, Wyd. PWN, Warszawa, 1967.
7. Kołakowski L.: Ułamki filozofii. Najbardziej wysłuchane i najczęściej cytowane zdania filozofów z komentarzem. Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa, 2008.

Śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Gnus Jan^{1,2,3}, Maślanka Paulina¹, Antczykowski Maurycy¹, Kasperczak Michał¹,
 Ferenc Stanisław¹, Pfanhauser Monika¹, Podlawska Paulina¹, Uruska Paulina⁴,
 Kuciel-Lewandowska Jadwiga², Paprocka-Borowicz Małgorzata²

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczne we Wrocławiu Oddział Chirurgii Ogólnej I Naczyniowej
2. Wrocławski Uniwersytet Medyczny
3. Papieski Uniwersytet Teologiczny we Wrocławiu
4. Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu

Wstęp

Śmierć dziecka na całym świecie jest najbardziej poruszająca. Zwykle nieoczekiwana i niespodziewanie stawiająca rodziców w obliczu ogromnej straty. Bez względu na to, czy była to utrata dziecka poczętego (poronienie, aborcja, śmierć przy porodzie), czy utrata dziecka starszego w wypadku lub nieszczęśliwym zdarzeniu, pustka jaką za sobą niesie jest wydarzeniem traumatycznym dla rodziny. Doświadczenie takie w zależności od wielu czynników może wywrzeć ogromny wpływ na dalsze zdrowie psychiczne, kontakty partnerskie między rodzicami, a także sferę seksualną. Niejednokrotnie jednak może przebiegać również pod postacią żałoby fizjologicznej, co prowadzi po czasie do odzyskania równowagi i powrotu do codziennej rutyny. W obu przypadkach osoba narażona na tak wielką stratę powinna przebywać pod czujnym okiem rodziny i bliskich, a w razie potrzeby zgłosić się do specjalisty.

Żałoba fizjologiczna i żałoba powikłana

Pierwszym terminem, jaki musimy nadmienić przed zagłębieniem się w mechanizmy psychiki związane z utratą jest żałoba. Jest to psychiczną, społeczną i cielesną reakcją, stanowiącą odpowiedź człowieka na utratę najwyżej cenionych wartości i choć kojarzy się

głównie ze śmiercią najbliższych, może również pojawić się, gdy nagle zabraknie ważnego uczucia, nadziei, pozycji społecznej, bezpieczeństwa, majątku, zdrowia, pracy [1]. Inne źródła zaznaczają, że jest to normalny proces reakcji na stratę, który można podzielić na reakcje emocjonalne i fizyczne. Do reakcji emocjonalnych należy m. in. złość, poczucie winy, lęk, niepokój, smutek i rozpacz. Fizyczne z kolei mogą być wyrażone przez problemy ze snem, zmiany apetytu, złe samopoczucie lub chorobę [2]. Żałobę można podzielić na żałobę powikłaną (patologiczną, skomplikowaną, nierozwiązaną) i niepowikłaną (normalną).

Żałoba normalna rozumiana była jako trwający w czasie, z założenia bolesny, naturalny i konieczny proces psychiczny, kończący się pomyślnie wtedy, gdy zostaje podjęty wysiłek zmagania się z bólem straty, czyli tzw. „praca żałoby” (grief work, niem. Trauerarbeit) [3]. Nie ma jednak jednoznacznych wytycznych, by opisać warunki prawidłowej żałoby. Różny bywa czas jej trwania, jak i nasilenie. Czynniki wpływającymi w tym przypadku mogą być [4]:

- wiek osoby przeżywającej żałobę
- jej stan zdrowia
- cechy osobowości
- sposób, w jaki nawiązuje i utrzymuje relacje z ludźmi
- wzorce rodzinne, kulturowe i religijne w zakresie przeżywania żałoby
- możliwość uzyskania i przyjmowania wsparcia
- stopień bliskości z utraconą osobą
- rodzaj i przyczyny utraty (nagła lub spodziewana, spowodowana śmiercią naturalną lub chorobą, samobójstwem czy wypadkiem).

Można wyróżnić pięć etapów niepowikłanej żałoby [5:]

- Szok. Tutaj do najczęstszych objawów i charakterystycznych cech, jakie można wyróżnić należą: niedowierzanie, wewnętrzny zamęt, wzburzenie, bezradność, stan alarmu, psychologiczne dystansowanie się. Sporo tu zależy od tego, czy śmierć dziecka była dla rodziców zaskoczeniem, czy okazała się naturalnym zjawiskiem po długotrwałym zmaganiu się z chorobą. Według rodziców to diagnoza nieuleczalnej choroby jest prawdziwym początkiem ich żałoby. Jest to również okres, w którym wszystkie bodźce docierają łagodniej. Dzieje się tak dzięki mechanizmowi obronnemu, jakim jest psychiczne dystansowanie się. Opisywane jest to jako uczucie bycia oddzielnym od rzeczywistości przez niewidzialną szybę lub jako patrzenie na siebie z boku.

- Uświadomienie sobie straty. Najczęściej: niepokój wywołany separacją, konflikty emocjonalne, przewlekły stres, nadwrażliwość, gniew, poczucie winy. Jest to okres odczuwania najbardziej intensywnie wszystkich negatywnych emocji związanych z pełnym uświadomieniem sobie straty dziecka. Tęsknota, wstyd i złość występujące naprzemiennie powodują dużą niestabilność emocjonalną. Rodzice są przytłoczeni tym, że nic nie jest w ich życiu pewne. Rodzi się w nich strach, że nie mogą na nic liczyć. Mocno zaburzone zostaje poczucie bezpieczeństwa. Całe to zachwianie emocjonalne wpływa również na objawy somatyczne. Pojawia się wyczerpanie fizyczne, uczucie permanentnego zmęczenia, a także spadek odporności i co za tym idzie, popadanie w różnego rodzaju infekcje.
- Chronienie siebie - wycofanie się. Temu etapowi towarzyszą: wycofanie się, rozpacz, osłabienie systemu odporności, zmęczenie, praca nad smutkiem i żalem, „hibernacja”. Zostają tu utracone wszelkie mechanizmy obronne, rozpoczyna się okres głębokiej rozpacz. Objawy przypominają obraz kliniczny depresji: wycofanie się z kontaktów z innymi osobami, zamykanie się w swoich myślach, zwiększona potrzeba snu. Pojawia się również spadek poziomu energii i znacznie obniżony nastrój. Jest to jednak adaptacyjny stan psychiczny, który w przeciwieństwie do nieleczonej depresji wraca sam na fizjologiczne tory.
- Powracanie do zdrowia. Typowe dla tego okresu są: odzyskiwanie kontroli, rezygnowanie z dawnych ról, tworzenie nowej tożsamości, przebaczenie i zapominanie, poszukiwanie znaczenia, zbliznianie się rany. Jest to etap przebiegający bardzo powoli, postrzegany jako powrót chęci do działania. Głównym zadaniem jest tu pozwolenie sobie na stopniowe odnalezienie nowych celów w życiu, nauczenie się egzystencji w nowej sytuacji, a przede wszystkim świadome rozluźnienie więzi z dzieckiem, które odeszło. Tu również jest czas dla rodziców na znajdowanie w pamięci miłych momentów z życia i odpychanie wspomnień o cierpieniu i bólu swojego potomka.
- Odnova. Objawy charakterystyczne: rozwijanie nowej świadomości siebie, zaakceptowanie odpowiedzialności, uczenie się życia bez dziecka, zajęcie się swoimi potrzebami wewnętrznymi, aktywny kontakt ze światem, znajdowanie substytutów. Trwa to czasem do kilku lat, ale po pewnym czasie rodzice mogą zauważyć swój powrót do normalności. Zaczynają wracać do swoich obowiązków, nie mają poczucia

winy podczas zabaw, są w stanie nawiązać kontakty przyjacielskie z innymi ludźmi. Akceptują niezmienną i nieodwracalną faktę utraty dziecka.

Żałobą powikłaną natomiast dotknięte zostaje do 10% ogółu osób przeżywających żałobę. Powodem jest defekt przejścia żałoby ostrej w żałobę zintegrowaną, przez co objawy etapu ostrego trwają znacznie dłużej [4]. Z drugiej jednak strony badania pokazują również, że zbyt szybkie zaprzestanie odczuwania żalu oraz tłumienie w sobie uczuć po stracie dziecka mogą mieć negatywny wpływ na psychikę kobiety. Mowa tu między innymi o takich stanach psychicznych, jak: lęk, depresja, objawy chorób psychiatrycznych, takich jak schizofrenia, urojenia i tendencje samobójcze [6].

Doświadczenie powikłanej żałoby wiąże się z niemożnością pogodzenia się ze stratą bliskich, a czas, jaki rodzic będzie odczuwał nasilone cierpienie (czyli m. in. niedowierzanie, gniew i rozgoryczenie, natrętne myśli dotyczące śmierci oraz wyraźne unikanie wspomnień związanych z bolesną utratą) powyżej 6. miesięcy [7]. Jest to związane z nieprzeartą chęcią ponownego spotkania się ze zmarłym dzieckiem, która to staje się niejako celem i motywem życia. Dzieje się tak pomimo związanych z tym smutkiem, frustracją i lękiem. Dodatkowo u niektórych pojawia się poczucie winy wynikające z samego wyobrażenia o ponownym cieszeniu się życiem. Koją to ze swego rodzaju zdradą. Możemy zatem wymienić dwa rodzaje zachowań nieadaptacyjnych, które mimo tego, że są swoimi całkowitymi przeciwieństwami występują często jednocześnie. Z jednej strony będzie to przesadne poświęcanie uwagi zmarłemu (np. oddawanie się marzeniom, częste czuwanie przy grobie zmarłego czy porządkowanie jego rzeczy), a z drugiej rodzic będzie obsesyjnie unikał tematu utraconego dziecka, jak i czynności, które będą mu o stracie przypominały [8].

Do zaburzeń towarzyszących nieprzeżytej żałobie zalicza się nie tylko problemy dotyczące psyche (zaburzenia snu) [9] oraz zaburzenia codziennej rutyny [10]), ale również powikłania natury somatycznej (zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory, choroby serca i nadciśnienie tętnicze oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych i samobójstwa) [11].

Aspekt społeczno-kulturowy żałoby

Wspominając o żałobie jako takiej, nie sposób nie wspomnieć o tym, jak duży wpływ ma społeczeństwo i kultura na to, jak smutek jest przeżywany przez daną jednostkę. To społeczeństwo wyznacza obrzędy pogrzebowe, długość trwania żałoby, czy zachowanie

żałobników. Kenneth J. Doka wprowadził, na przykład, pojęcie żałoby pozbawionej praw. Ma to miejsce po stracie, która nie jest przyjęta przez społeczeństwo jako poprawna. Wtedy oplakiwanie utraconej osoby nie jest dozwolone. Z takim przypadkiem mamy m.in. do czynienia, gdy śmierć nie jest rozpoznawana jako znacząca strata - np. śmierć płodu w pierwszym trymestrze ciąży [32].

W literaturze pojawia się również pojęcie tzw. straty niejasnej. Określenie to dotyczy sytuacji, kiedy bliska osoba jest fizycznie obecna, ale psychicznie nieobecna (np. na skutek uszkodzenia mózgu, choroby Alzheimera), jak i w sytuacji, kiedy osoba jest nieobecna fizycznie, ale psychicznie nadal obecna (np. w sytuacji porwania, zaginięcia, nieodnalezienia ciała) [33].

Depresja związana z żałobą

Istnieje wiele badań na temat występujących w żałobie i ustępujących z czasem objawów depresji dużej. W badaniach Clayтона 42% badanych wykazuje objawy depresji przez miesiąc od śmierci bliskiego, 16% spełnia te kryteria także po roku [12]. Podobne wyniki wykazują badania, które przeprowadziły Zisook i Shuchter: 24% osób badanych wykazywało kliniczne objawy depresji przez okres 2 miesięcy, u 23% trwało to 7 miesięcy, 16% cierpiało przez 13 miesięcy, 14% przez 25 miesięcy, a u 7% stwierdzono przewlekłą depresję. Przebyte incydenty depresyjne w przeszłości są ściśle skorelowane z większą zapadalnością na depresję w okresie roku od wydarzenia, które wywołało żałobę [13].

Mimo tego w większości objawy te same w sobie nie stanowią podstaw do zdiagnozowania depresji dużej, której kryteriami rozpoznania wg DSM-5 są [14]:

- A. W okresie dwóch tygodni lub dłuższym występowało 5 lub więcej spośród poniżej wymienionych objawów (co stanowi istotną zmianę w stosunku do wcześniejszego funkcjonowania), przy czym co najmniej jednym z nich było (1) obniżenie nastroju lub (2) anhedonia:
- Obniżony nastrój przez większą część dnia i niemal codziennie (u dzieci lub młodzieży zamiast nastroju obniżonego może występować nastrój drażliwy).
 - Wyraźnie mniejsze zainteresowanie i satysfakcja z niemal wszystkich aktywności (anhedonia).

- Zmniejszenie masy ciała pomimo braku stosowania diet albo zwiększenie masy ciała (zmiany wyniosły więcej niż 5% masy ciała w ciągu miesiąca) lub zmniejszenie się lub zwiększenie się apetytu obecne niemal codziennie.
 - Bezsenność lub wzmożona senność niemal codziennie.
 - Pobudzenie psychoruchowe lub spowolnienie występujące niemal codziennie (które jest zauważalne dla otoczenia, a nie stanowi jedynie subiektywnego poczucia pacjenta).
 - Męczliwość lub utrata energii obecne niemal codziennie.
 - Poczucie własnej niskiej wartości lub nadmierne, nieadekwatne poczucie winy (może mieć charakter urojeniowy) obecne niemal codziennie (lecz nie sprowadzające się tylko do wyrzucania sobie faktu bycia chorym).
 - Zmniejszona zdolność koncentracji lub brak decyzyjności obecne niemal codziennie.
 - Nawracające myśli o śmierci (lecz nie sprowadzające się tylko do lęku przed umieraniem), nawracające myśli samobójcze bez sprecyzowanego planu samobójczego lub z planem samobójczym lub próby samobójcze.
- B. Objawy są przyczyną klinicznie istotnego cierpienia lub upośledzenia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub innych ważnych obszarach funkcjonowania.
- C. Nie ma podstaw, aby epizod ten przypisywać działaniu substancji przyjmowanych przez pacjenta lub innym przyczynom medycznym związanym ze stanem zdrowia pacjenta.
- D. Występowanie wymienionych objawów nie jest łatwiejsze do wyjaśnienia obecnością zaburzeń schizoafektywnych, schizofrenii, zaburzeń podobnych do schizofrenii (ang. schizofreniform disorder), zaburzeń urojeniowych lub innych zaburzeń ze spektrum zaburzeń psychiatrycznych.
- E. Nigdy nie miał miejsca epizod manii ani też epizod hipomanii.

Można stwierdzić, że objawy żałoby i epizodu depresyjnego mogą być bardzo podobne (obniżony nastrój, smutek, wycofanie z kontaktów społecznych), jednak zawsze ze wskazaniem istotnych różnic. Jeśli chodzi o żałobę, osoba doświadczająca jej oprócz smutku i obniżonego nastroju jest w stanie odczuwać również inne uczucia - radość, zadowolenie, przyjemność. Z biegiem czasu te negatywne odczucia wyciszają się, pozostawiając jedynie te pozytywne. W przebiegu depresji chory stopniowo zatracą radość z życia. Badanie

psychiatryczne przeprowadzone z należytą uwagą pozwala zwykle rozróżnić przebieg żałoby od epizodu depresyjnego [4].

Depresja reaktywna może rozwinąć się u osób, u których intensywność doświadczanych emocji przekracza granice możliwości adaptacyjnych danego człowieka. Jest to możliwe w przypadku, gdy osoba zmarła była dla cierpiącego kimś wyjątkowym (np. relacja dziecko-rodzic) lub zmarła w szczególnych okolicznościach. O tym, czy żałoba może przejść w epizod depresyjny, decyduje głównie osobowość danej osoby, jej odporność psychiczna i umiejętności radzenia sobie w życiu [15].

Stres i reakcja na stres jako czynniki wywołujące zaburzenia reaktywne

Według słownika języka polskiego stres definiuje się jako stan wzmożonego napięcia nerwowego, będący reakcją na działanie negatywnych bodźców fizycznych lub psychicznych. [16], jednak w pojęciu psychologicznym można wyróżnić aż trzy różne definicje stresu [17]:

1. Stres jako bodziec – sytuacje występujące w naszym otoczeniu mające naturalną zdolność do wywoływania napięcia i silnych emocji. Do teorii związanych z tym rodzajem definicji należą: teoria Elliotta i Eisdorfera, koncepcja Janisa oraz koncepcja zmian życiowych Thomasa Holmesa i Richarda Rahe'a.
2. Stres jako reakcja – zarówno fizjologiczna, jak i psychologiczna będąca odpowiedzią na działanie stresorów (sytuacji wywołujących stres). Do teorii związanych z tym rodzajem definicji należą: homeostatyczna teoria Waltera Cannona czy koncepcja Selyego (GAS, LAS).
3. Stres jako proces lub transakcja – relacja między jednostką a otoczeniem: transakcyjny model Lazarusa, koncepcja Antonovsky'ego, koncepcja Hobfolla, koncepcja sytuacji trudnych Tomaszewskiego, regulacyjno-informacyjna teoria stresu Reykowskiego.

Najbardziej kompleksową pod kątem psychiki definicję możemy określić jednak następująco: *"stres u człowieka to kompleksowa reakcja na bodziec (bodźce) natury psychologicznej, fizjologicznej lub bodziec fizyczny, chemiczny albo jeszcze inny, zwany stresorem; najpierw następują zauważalne zaburzenia homeostazy ustroju, później wytwarza się potencjalnie niebezpieczny stan nowej równowagi, a w dalszej kolejności – jeżeli nie ustąpi działanie stresora – dochodzi do powikłań chorobowych (choroby stresozależne)"* [18].

Zagłębiając się bardziej, musimy również wyróżnić rodzaje stresu:

- ostry

- przewlekły
- traumatyczny.

W podziałach pojawia się też czasem stres pozytywny, a także stres grupowy i indywidualny.

Najbardziej niebezpieczną odmianą stresu jest bezwzględnie stres traumatyczny. Nie można jednak zapomnieć o skutkach, jakie niesie ze sobą stres przewlekły. Jest on obecnie rozpatrywany jako główna przyczyna chorób cywilizacyjnych. Ważne jest również, że stres wywiera wpływ na człowieka w każdym okresie jego rozwoju, ale całkiem inny wpływ ma stres traumatyczny na dziecko, a inny u dorosłego. Niezaprzeczalnymi skutkami negatywnego działania stresu na organizm ludzki jest skrócenie długości życia oraz spadek jego jakości [19].

Stresorem nazywamy z kolei wydarzenie, którego zaistnienie zmienia życie osoby, której dotyczy i wymaga od niej podjęcia nowych działań w celu zaadaptowania się [18]. Według podziałów śmierć dziecka można zakwalifikować jako stresor egzogeny psychologiczny, powstający w wyniku relacji człowieka ze środowiskiem społecznym.

Reakcja organizmu ma początek w momencie, kiedy przekazane zostają sygnały z ciała migdałowatego do ośrodków monoaminoergicznych, cholinergiczych i neurohormonalnych. Dzięki wydzielaniu neurotransmiterów i neurohormonów aktywowane zostaje podwzgórze do dalszego wydzielania substancji odpowiedzialnych tym razem za pobudzenie osi mózgowo-somatycznych. Substancje te działają bezpośrednio na narządy, tkanki i komórki [18]. Należy tu jednak nadmienić, że ten sam bodziec może bardzo różnie zadziałać u różnych osób. Wywołana reakcja organizmu jest zależna od osobniczego systemu obronnego, uwarunkowanego genetycznie i kulturowo [18].

Trauma jako powód poważnego urazu psychicznego

Śmierć osoby bliskiej, która od wielu lat choruje i niejako spodziewamy się jej odejścia, zwykle nie wpływa na psychikę tak traumatyzująco, by wywołać poważny uraz psychiczny. Jednak nieoczekiwana i nagła utrata dziecka (urazy i wypadki są najczęstszą przyczyną śmierci dzieci powyżej 1. roku życia), jak i poronienia mogą być wystarczająco silnym bodźcem.

Samą definicję traumy dobrze przedstawiono jako „*stan psychiczny wywołany działaniem zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych, prowadzący do głębokich zmian w funkcjonowaniu człowieka*” [20].

Z powodu tego, że zdarzenia traumatyczne są często wplecione w życie codzienne ludzi, psychika człowieka jest zaopatrzona w szereg mechanizmów obronnych w celu radzenia sobie z tymi sytuacjami. Dlatego też wiele reakcji zwrotnych po czynniku wywołującym traumę jest całkowicie naturalnych i nie wymaga konsultacji ze specjalistą. Kryterium wskazującym na powinność skierowania się do lekarza jest tu czas. Przedłużające się nadto fizjologiczne emocjonalne odruchy obronne mogą, po odpowiednio długim okresie, przejść w patologiczne.

Niejednokrotnie takie doświadczenie traumatyczne stanowi bodziec wyzwalający kolejne powikłania natury psychicznej, takie jak depresja lub zaburzenia lękowe o charakterze fobii. U chorych z zaburzeniami o charakterze nawracającym (np. zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub schizofrenia) stresor o takim nasileniu może być czynnikiem wywołującym kolejny epizod choroby.

Naturalne reakcje, które mogą pojawić się w takiej sytuacji (m. in. w przypadku tak wyjątkowym, jak śmierć dziecka) to [21]:

- Lęk i niepokój - może występować stale lub pojawiać się niespodziewanie w określonych sytuacjach lub miejscach przypominających zmarłego. Może też być zależny od pory dnia, zapachu czy dźwięku.
- Stan nadmiernego wzbudzenia - zwykle występuje jako podenerwowanie, roztrzęsienie lub bardziej delikatnie ujawniony jako problemy z koncentracją lub zaburzenia snu.
- Ponowne przeżywanie traumy - cierpiący wraca myślami do momentu utraty, nie może pozbyć się natrętnych myśli. Mogą pojawiać się przeblęski z chwili traumatycznego zdarzenia, które są bardzo realistyczne i sprawiają wrażenie przeżywania sytuacji na nowo. Problemem bywają też nocne koszmary.
- Unikanie - zarówno miejsc, ludzi, sytuacji, bolesnych myśli, jak i uczuć. Czasem blokowanie emocji bywa tak silne, że cierpiący nie potrafi odczuwać już żadnych pozytywnych emocji.
- Gniew i poirytowanie - jest to bardzo trudne do zaakceptowania zwłaszcza wtedy, gdy dotyczą osób bliskich.
- Poczucie winy i wstydu, żal.

Zdarzenie, które wywołało traumę jest niespodziewane. Człowiek potrafi sobie radzić z nieszczęśliwymi wydarzeniami tym lepiej, im ma dłuższy czas na przygotowanie się do stawienia czoła sytuacji. Trauma natomiast występując nagle w życiu człowieka, stawia człowieka w przymusie do działania bez żadnego przygotowania i bez możliwości przemyślenia sytuacji [22].

ASD (*Acute Stress Disorder*) - ostra reakcja na stres

Stres oraz trauma mogą prowadzić do bardziej złożonych zespołów zaburzeń - krótkotrwałych oraz tych bardziej rozłożonych w czasie. Sprawia to, że rodzic, dla którego strata dziecka była ogromnym przeżyciem i ciężkim do zaakceptowania zdarzeniem, powinien być przez jakiś czas pod opieką specjalisty lub czujnie obserwowany przez rodzinę. Ostra reakcja na stres, inaczej zespół stresu pourazowego, w tym rozważanym przypadku powstaje nagle po zadziałaniu wyjątkowo silnego czynnika psychicznego, jakim jest nagła śmierć ukochanego dziecka. ASD trwa od kilku godzin do kilku dni i zwykle występuje wraz z zaburzeniami emocjonalnymi (panika, lęk, strach, niepokój). Może mieć charakter "napadu uczuciowego" lub "porażenia emocjonalnego". Pacjent jest wtedy nienaturalnie spokojny, zobojętniały. Po zakończeniu sytuacji stresującej mogą jednak również dominować zaburzenia napędu psychoruchowego lub osłupienia (stupor) [23].

Typowy obraz to stan dezorientacji, zawężenia świadomości i uwagi oraz brak zrozumienia zdarzenia. Kliniknymi kryteriami stwierdzenia ASD jest wystąpienie przynajmniej 3 z wymienionych objawów:

- odrętwienie, wyobcowanie lub brak wrażliwości emocjonalnej odczuwane w sposób subiektywny;
- zmniejszona czujność;
- derealizacja;
- depersonalizacja;
- amnezja dysocjacyjna (tzn. niezdolność przypomnienia sobie istotnych kwestii dotyczących sytuacji stresowej).

W przypadku łagodnego ASD obraz kliniczny przypomina uogólnione zaburzenia lękowe. Natomiast dzięki wystąpieniu odpowiedniej ilości poniższych objawów można stwierdzić postać średnią (dwa objawy) oraz ciężką (cztery objawy) ostrej reakcji na stres [24]:

- wycofanie się z życia społecznego;
- zawężenie uwagi;
- występowanie złości, gniewu lub zwerbalizowanej agresji;
- rozpaczanie lub poczucie beznadziejności;
- bezcelowa lub niepasująca nadmierna aktywność;
- niekontrolowany i nadmierny smutek.

PTSD (*Postraumatic Stress Disorder*)- zespół stresu pourazowego

PTSD jest to zaburzenie psychiczne będące formą reakcji na skrajnie stresujące wydarzenie (traumę), które przekracza zdolności danej osoby do radzenia sobie i adaptacji [25].

Zdarza się to w przypadku 30% osób narażonych na stresor traumatyczny. Może wystąpić zarówno po miesiącu, jak i po kilku latach. Bardzo istotna jest zatem wczesna interwencja – wpływa ona bowiem na przebieg dalszego leczenia PTSD [24].

Można zauważyć u ludzi duże zróżnicowanie pod kątem tego, kto jest bardziej podatny na wystąpienie zaburzeń psychicznych po stresujących sytuacjach, a kto te zdolności adaptacyjne ma bardziej rozwinięte. Do czynników predysponujących do wystąpienia zespołu stresu pourazowego zalicza się [25]:

- doświadczenie traumy w dzieciństwie
- cechy zaburzeń osobowości typu borderline, paranoicznego, zależnego lub antyspołecznego
- brak wsparcia ze strony bliskich lub środowiska rówieśniczego
- płeć żeńska
- genetyczna podatności na zaburzenia psychiczne
- niedawne, stresogenne zmiany życiowe
- poczucie braku kontroli
- przyjmowanie nadmiernych ilości alkoholu w ostatnim czasie.

Jednak same czynniki predysponujące to za mało, aby stwierdzić u pacjenta wystąpienie PTSD. Zostały opracowane kryteria diagnostyczne we klasyfikacji ICD-10, które pomagają diagnozować pacjentów potrzebujących pomocy. Są to [26]:

1. Pacjent był narażony na stresujące wydarzenie lub sytuację (oddziałujące krótko- lub długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować przenikliwe odczuwanie cierpienia u niemal każdego.
2. Występuje uporczywe przypominanie sobie lub „odżywianie” stresora w postaci zakłócających „przebłysków” (*flashbacks*), żywych wspomnień lub powracających snów, albo w postaci gorszego samopoczucia w sytuacji zetknięcia się z okolicznościami przypominającymi stresor lub związanymi z nim - do potwierdzenia diagnozy PTSD wszystkie muszą zostać spełnione w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia okresu oddziaływania stresora
3. Pacjent aktualnie unika lub preferuje unikanie okoliczności przypominających stresor lub związanych z nim, co nie występowało przed zetknięciem się z działaniem stresora - do potwierdzenia diagnozy PTSD wszystkie muszą zostać spełnione w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia okresu oddziaływania stresora
4. Występowanie któregośkolwiek z następujących - do potwierdzenia diagnozy PTSD wszystkie muszą zostać spełnione w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia okresu oddziaływania stresora
 - częściowa lub całkowita niezdolność do odtworzenia pewnych ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresorem,
 - uporczywie utrzymujące się objawy zwiększonej psychologicznej wrażliwości i stanu wzbudzenia (nie występujące przed ekspozycją na stresor) w postaci którychkolwiek dwóch z poniższych:
 - trudności z zasypianiem i podtrzymaniem snu
 - drażliwość lub wybuchy gniewu
 - trudność koncentracji
 - nadmierna czujność
 - wzmożona reakcja zaskoczenia

Istotnym objawem PTSD, na które trzeba zwrócić uwagę jest poczucie winy, mające miejsce zwłaszcza w przypadku poronienia z nieznannej przyczyny. Poczucie winy, jako objaw PTSD wynika z dysfunkcjonalnego przetwarzania informacji, a w konsekwencji przypisywania sobie odpowiedzialności za czyny niepopołnione [27,28]. Jest to nieprzyjemne uczucie, dystres, któremu towarzyszy wiele myśli i przekonań na temat własnej roli w negatywnym wydarzeniu [27].

Jeśli chodzi o charakterystyczne przekonania dla patologicznego poczucia winy w PTSD, są to [29, 30,31]:

- Możliwość przewidzenia i zapobieżenia wydarzeniu. Chory jest przekonany, że wiedział co się wydarzy, zanim jeszcze to się stało i mógł użyć tej wiedzy, by zapobiec skutkom,
- Brak usprawiedliwienia dla własnych zachowań,
- Pełna odpowiedzialność za spowodowanie negatywnego, czasem tragicznego wydarzenia,
- Pogwałcenie wyznawanych przez siebie zasad i wartości, przez co pojawia się potępienie własnych czynów.

Inne zaburzenia reaktywne mogące wystąpić w wyniku psychotraumy

W niektórych przypadkach, zwłaszcza gdy wstrząs psychiczny był bardzo duży, mogą wystąpić zaburzenia reaktywne. Tą grupą schorzeń określa się przypadki, kiedy objawy pojawiają się z powodu urazu psychicznego. Podział kliniczny zaburzeń reaktywnych zaproponowany przez M. Jarosza z niewielkimi zmianami od 1988 roku utrzymuje się aktualnie [23]:

1. Epizodyczne stany reaktywne:

- a) Ostra reakcja na stres (została ona omówiona wcześniej)
- b) Zaburzenia przystosowawcze, adaptacja - jest to również reakcja na stres psychospołeczny. Cechą charakterystyczną jest nagłe zdekompensowanie się dotychczasowych sprawnych mechanizmów przystosowawczych. Zaburzenia te polegają na pogorszeniu funkcjonowania w społeczeństwie, porzuceniu ról społecznych. Mogą występować reakcje depresyjne, stany lękowe, zaburzenia zachowania (antyspołeczne), wybuchy gniewu, wycofanie się z kontaktów społecznych.
- c) Reakcje dysocjacyjne - przebieg kliniczny może być bardzo różny. Mogą pojawić się stany transowe, z poczuciem derealizacji i depersonalizacji. Wszystko, co otacza chorego jest obce, odległe, zmienione, sam sobie również wydaje się obcy. Sami chorzy swoją dezorientację i subiektywnie odczuwaną utratę kontaktu ze światem opisują jako uczucie "działania we śnie". Wartościowe diagnostycznie mogą być wypowiedzi i zachowania, które treściowo łączą się z wydarzeniem stresowym. W

tym przypadku zakres zachowań jest bardzo szeroki: od perseweracji słownych na temat utraconego dziecka po nagłe nieoczekiwane samobójstwo rodzica.

2. Psychozy reaktywne właściwe

- a) depresja reaktywna (dystymia) - w odróżnieniu do depresji endogennej zamiast pogorszonego poczucia własnej wartości, winy, samooskarżania się, mamy do czynienia z poczuciem krzywdy, winy innych osób. Nastrój dysforyczny (zrędlivy, pełen niezadowolenia, pretensji, gniewu) góruje nad smutkiem. Pacjenci skarżą się na utratę łaknienia, chęci do działania, ale zaburzenia snu dotyczą jedynie fazy zasypiania. Zwykle nie zauważa się występowania w przypadku dystymii gorszego samopoczucie rano, rytmy biologiczne nie zostają zachwiane. Na ogół nie występuje lęk prekordialny. Zdarzają się groźby samobójcze. Mimo, że zwykle ma to charakter demonstracji, nie powinno się ich ignorować. Nie spotykane są również objawy somatyzacji (bóle, zaparcia).
- b) reaktywny zespół paranoiczny - zespół psychopatologiczny, w którym urojenia są logicznie spójne, a odczyn emocjonalny adekwatny do wypowiedzianych słów. Jest to ważne w diagnostyce, ze względu na dowiedzenie zwartej struktury osobowości. Zazwyczaj są to urojenie różnej treści: prześladowcze, ksobne, oddziaływania, odnoszące, zazdrości i niewierności małżeńskiej.
- c) reaktywny zespół schizofrenoidalny - rzadkie przypadki. O takim zespole można powiedzieć dopiero, gdy wykaże się rzeczywisty związek przyczynowo-skutkowy między czynnikiem reaktywnym a psychozą.

3. Histeryczne zespoły psychotyczne.

4. Zespoły sytuacyjne.

Aspekty funkcjonowania kobiety po stracie dziecka w okresie ciąży i porodu

Poronienie, bez względu na stopień zaawansowania ciąży, uznaje się za sytuacyjny kryzys psychologiczny, czyli trwającą około 6–8 tygodni reakcję zdrowej kobiety na sytuację trudną, przekraczającą jej zasoby i możliwości adaptacyjne [32].

Wszelkie etapy żałoby, jak i radzenia sobie z sytuacją są w tym przypadku takie, jak w każdej innej sytuacji po wystąpieniu stresora traumatycznego. Bardzo ważne jest pozwolić kobiecie na przejście przez wszystkie etapy emocjonalne żałoby. Jest to jedyny sposób na przepracowanie kryzysu. Nieprzyłożenie do tego procesu należytej uwagi zwiększa

prawdopodobieństwo pojawienia się labilnych stanów emocjonalnych trwających miesiącami, a nawet latami. W tym i późniejszym okresie jakkolwiek pojawiający się stresor może prowadzić do dalszych zaburzeń psychicznych.

Częstym błędnym przeświadczeniem społeczeństwa jest to, że lepszą sytuacją jest utracenie ciąży w pierwszych miesiącach jej trwania, niż gdyby wydarzyło się to później. Jak pokazują badania, jest odwrotnie.

Kobiety, które straciły dziecko w początkowych miesiącach trwania ciąży dużo gorzej znoszą sytuację psychologicznie. Prawdopodobnym powodem takiego obrotu sprawy jest to, że łatwiej jest pogodzić się rodzinie ze stratą, szybciej wracają do codzienności, a przez to kobieta nie ma możliwości przepracowania swojej straty. Zasadniczo jednak nie ma znaczenia, w którym miesiącu nastąpi poronienie - zawsze będzie to dla matki duża tragedia.

Dużym dylematem dla par jest decyzja o ponownym staraniu się o dziecko:

- Część par odsuwa ten moment, argumentując brakiem gotowości z ich strony, lękiem, napięciem i problemami natury seksualnej
- Druga część pragnie kolejnego dziecka najszybciej, jak to tylko jest możliwe, czekając na zgodę lekarza prowadzącego.

Ważne jest jednak, by partnerzy podświadomie nie próbowali zapełnić pustki po jednej stracie kolejną ciążą. Możliwe jest to po przepracowaniu problemu i pogodzeniu się z poprzednią stratą. Wtedy rodzice będą mogli w pełni cieszyć się i czerpać satysfakcję z rodzicielstwa, jak i nawiązać z dzieckiem emocjonalne więzi.

Cieężko wyróżnić grupy matek, które lżej przechodzą stratę dziecka. Istnieje jednak tendencja do większego zaprzeczania i intelektualizacji emocji przez kobiety z wyższym wykształceniem.

Słabiej wykształcone kobiety mają większe przyzwolenie społeczne na pogrążenie się w smutku, a co za tym idzie, mają lepsze możliwości do przepracowania kryzysu.

Trzeba jednak zauważyć poważny problem matek żyjących w małych miejscowościach, gdzie utrata dziecka spotyka się z ostracyzmem społecznym.

Częstokroć w takich sytuacjach brana pod dyskusję jest jej kobiecość i zdolność do macierzyństwa.

Dużym ułatwieniem w prawidłowym przebiegu procesu żałoby jest możliwość pożegnania się i pochowania dziecka. Terapeuci zalecają, by dokonać symbolicznego nadania imienia oraz rytualnego pochówku [33].

Zaburzenia relacji partnerskiej i rodzinnej

Poronienie czy też śmierć dziecka jest bardzo dużym problemem, z którym musi poradzić sobie związek. Często temat straty, jak i swoich własnych potrzeb w tej sytuacji jest pomijany. Przez to naturalne mechanizmy obronne obojga partnerów mogą być wzajemnie źle postrzegane. Mężczyzna próbujący być oparciem dla kobiety bywa oskarżony o brak uczuć i miłości wobec zmarłego dziecka. Dzieje się tak dlatego, że kobiecie zwykle potrzebna w takiej sytuacji jest bliskość i czułość. Nieumiejętność prowadzenia rozmowy może przyczynić się do utraty komunikacji między partnerami i stopniowe wycofanie się ze związku. W skrajnych sytuacjach prowadzi do wzajemnego oskarżania się o winę. Istnieją badania potwierdzające, że prawie 60% par, które doświadczyły utraty dziecka nienarodzonego, rozstaje się po kilku latach od tego wydarzenia. Takie przeżycie staje się prawdopodobnie źródłem lęku i obaw dotyczących braku wzajemnego zrozumienia, bliskości i umiejętności wzajemnego wsparcia [34].

Seksualne aspekty utraty dziecka w okresie ciąży i porodu

Strata dziecka jest dużym czynnikiem wpływającym na poczucie kobiecości, atrakcyjności i seksualności. Może powodować zaburzenia natury seksualnej w parach.

W obserwacjach Barton-Smoczyńskiej [34], większość kobiet po poronieniu szybko wraca do aktywnego życia seksualnego z partnerem. Jest to jednak zwykle powodowane bardziej potrzebą bliskości, opieki, poczucia bezpieczeństwa, wsparcia i intymności niż samym popędem seksualnym.

Z drugiej strony część par wstrzymuje się od współżycia. Jest to powodowane niechęcią do seksu, odczuwaniem dyskomfortu lub bólu w trakcie stosunku oraz brakiem przyjemności i orgazmu.

Problemy z zaburzeniami seksualnymi po poronieniu można ująć w następującym podziale:

1. Spadek libido - o etiologii hormonalnej będącej skutkiem przebytej ciąży lub etiologii wtórnej do niechęci współżycia o podłożu psychologicznym
2. Lęk - powodowany strachem o uszkodzenie narządów płciowych przez penetrację po poronieniu, strachem o możliwość zajścia w kolejną ciążę lub też lękowe zaburzenia po traumatycznym doświadczeniu

3. Inne niż wolicjonalne:

- dyspareunia - dysfunkcja seksualna objawiająca się odczuwaniem bólu w czasie stosunku, najczęściej jako następstwa pozabiegowe, w tym także infekcje.
- pochwica - której przyczyną mogą być:
 - brak poczucia bezpieczeństwa;
 - odrzucenie partnera — będące wyrazem konfliktów, w tym światopoglądowych, lękiem o zdrowie kobiety, niechęcią wobec możliwości kolejnej straty;
 - aspekt religijny przekładający się na chęć karania siebie i/lub partnera, samoobwinianie;
 - zaburzenia osobowościowe, które w sytuacji przemian hormonalnych, przeżycia straty oraz stresu mogą nabrać siły lub się uaktywnić.

Dodatkowo terapię może utrudniać spadek poczucia własnej atrakcyjności wynikający ze zmian pociążowych. Do najczęstszych zaburzeń seksualnych, które mogą się pojawić po utracie ciąży są [34]:

- awersja seksualna, będąca następstwem przeżytej traumy i zgeneralizowanej niechęci przesuniętej na partnera;
- dysharmonia seksualna, mogącą być wyrazem zmian reaktywności seksualnej partnerów;
- dysocjacja orgazmu, czyli oddzielenie orgazmu biologicznego od psychicznego lub jej brak, co najczęściej prowadzi do zniechęcenia w pożyciu seksualnym;
- smutek po współżyciu, będący wyrazem zarówno powyższych symptomów, jak i lękiem przed oceną ze strony partnera w sytuacji zaniżonego poczucia wartości;
- autoagresja, przejawiająca się na płaszczyźnie seksualnej jest wynikiem zaburzeń osobowościowych, w tym dominującego przekonania o niezasłużoności udanego życia seksualnego w sytuacji niewypełnienia swej funkcji prokreacyjnej;
- instrumentalne podejście do seksu jako czynności jedynie prokreacyjnej, służącej do „odzyskania” dziecka lub spłodzenia nowego, co może prowadzić do narzędziowego współżycia podporządkowanego dniom płodnym kobiety, pozbawionego radości i bliskości.

Do badania zmian jakościowych w pożyciu seksualnym przed i po poronieniu służy specjalnie dopasowana skala Mell-Krat [35].

Syndrom proaborcyjny

Zespół objawów psychologiczno-psychiatrycznych występujących jako bezpośrednie następstwo przerwania ciąży określa się jako zespół poaborcyjny (*Post Abortion Distress* – PAS). Jego cechami charakterystycznymi jest niezdolność do wyrażania swojego gniewu, złości i winy, czyli uczuć towarzyszących zakończeniu ciąży, niezdolnością do pogodzenia się z utratą dziecka oraz niemożnością odnalezienia spokoju ducha. PAS jest traktowany jako dodatkowy, szczególny rodzaj PTSD. Zaburzenia występujące w tym zespole są zatem bardzo podobne do zaburzeń występujących w PTSD. Dotyczy to zaburzeń zarówno somatycznych (wysokie ciśnienie, ból żołądka, bezpłodność, nawykowe poronienia), jak i natury psychicznej. Najbardziej charakterystyczne objawy PAS to:

- patologiczny przebieg żałoby - spowodowany brakiem możliwości pożegnania dziecka,
- lęk, niepokój, zmniejszone zaufanie do samej siebie, a w rezultacie także do innych osób,
- poczucie bezradności, zaburzone poczucie bezpieczeństwa,
- zaburzenia psychiczne, do których należą: depresja, choroby psychosomatyczne, nerwica, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne,
- brak opanowania oraz załamanie mechanizmu kontroli agresji, drażliwość emocjonalna,
- ciągle poczucie winy, co może doprowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości, nieumiejętności przebaczenia, tendencje do samooskarżania oraz do niszczących zachowań wobec siebie i otoczenia,
- poczucie wstydu,
- powracanie myślami do momentu aborcji oraz odtwarzanie wydarzenia,
- poczucie niesprawiedliwości i krzywdy,
- trudności w akceptowaniu własnego ciała oraz zaburzenia sfery seksualnej,
- zaburzenia koncentracji i uwagi,
- problemy w relacjach interpersonalnych: dystans emocjonalny w relacjach z innymi
- wycofanie się z życia towarzyskiego,
- problemy ze snem, pojawienie się koszmarów nocnych związane z tematyką aborcji,
- tendencje do dokonania aborcji w kolejnych ciążach.

O nasileniu tych objawów decyduje m. in. liczba wcześniejszych poronień i aborcji, czasu trwania ciąży, umiejętności przepracowania problemu, pomocy ze strony rodziny i specjalistów [36,37].

Podsumowanie

Utrata dziecka zawsze wyzwała całą gamę reakcji psychicznych u rodziców. Niektóre osoby przechodzą przez sytuację lżej, u innych skutkują poważnymi powikłaniami zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Wszystko to zależy od osobniczej odporności psychicznej, umiejętności adaptacji do sytuacji i radzenia sobie z doświadczeniami kryzysowymi. Ważnym elementem w procesie przepracowania problemu utraty dziecka są także aspekty społeczno-kulturowe. Podsumowując emocje i uczucia, jakie mogą towarzyszyć stracie dziecka, na pierwszym etapie na pewno wymienimy: szok, zaprzeczenie, gniew, złość, poczucie winy, bezradność. Rodzice przechodzą razem przez kolejne etapy żałoby. Trzeba jednak brać pod uwagę to, że stresor traumatyczny, jakim bez wątpienia jest strata ukochanego dziecka, jest czynnikiem wyzwalającym cięższe powikłania psychiczne. Najczęściej wymienianymi psychiatrycznymi następstwami są: depresja (22-55%) – przy czym największe ryzyko jej rozwinięcia przypada na pierwsze 12 tygodni od straty, lęki i ataki paniki (22-41%), zaburzenia kompulsywne, PTSD [39]. Dlatego też każda osoba, która uczestniczyła w swoim życiu w takich wydarzeniach powinna być bacznie obserwowana przez specjalistów pod kątem powikłań psychologiczno-psychiatrycznych.

Piśmiennictwo

1. Mojapsychologia.pl: Co to jest - Żałoba? <https://mojapsychologia.pl/definicje/80,zaloba.html>, data pobrania 7.03.2016
2. MedicineNet.com: Definition of Grief, <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=24274>, data pobrania 7.03.2016
3. Freud Z.: Żałoba i melancholia [w:] Depresja. Ujęcie psychoanalityczne. Walewska K., Pawlik J.(red.). PWN, Warszawa, 1917, 295-296.
4. Brudkiewicz P. : Żałoba i depresja w przebiegu żałoby. Med. Prakt. Psych., Centrum Dobrej Terapii, Kraków, <http://psychiatria.mp.pl/choroby/show.html?id=91656>, data pobrania 7.06.2016.

5. Sanders C.M.: Powrót nadziei. Jak przeżyć stratę dziecka. GWP, Gdańsk, 2001.
6. Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G.: Psychologia w położnictwie i ginekologii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009.
7. Bonanno G.A., Kaltman S.: The varieties of grief experience. Clin. Psychol. Rev., 2001, 21, 705-734.
8. Zisook S., Shear K.: Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry., 2009, 8, 67-74.
9. Germain A., Caroff K., Buysse D.J.: Sleep quality in complicated grief. J. Traum. Stress, 2005, 18, 343-346.
10. Monk T.H., Houck P.R., Shear M.K.: The daily life of complicated grief patients - what gets missed, what gets added? Death Stud., 2006, 30, 77-85.
11. Szanto K., Shear M.K., Houck P.R.: Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. J. Clin. Psych., 2006, r 67, 233-239.
12. Clayton P., Desmarais L., Winokur G.: A study of normal bereavement. Am. J. Psychiatr., 1968, 125, 168-178.
13. Zisook S., Shuchter S.R., Sledge P.A.: The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. J. Clin. Psych., 1994, 55 (Suppl.), 29-36.
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 5. Arlington, VA. Am. Psych. Publ., 2013.
15. Zaburzenia przeżywania żałoby, Skrzydła Osobowości, Warszawa, <http://skrzydla.osobowosci.pl/zaloba-a-depresja-reaktywna-zal-patologiczny-proces-oplakiwania-osieroczenia-po-smierci-ojca-matki-siostry-brata-dziadka-babci-dziecka-malzonka-przyjaciela>, data pobrania 7.03.2016
16. Sobol E. (red.): Nowy Słownik Języka Polskiego. PWN, Warszawa, 2002.
17. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa, 2007
18. Uszyński M.: Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne. MedPharm Polska, Wrocław, 2009.
19. Jankowska A., Lotkowski M.: Przeżywanie stresu traumatycznego w rodzinie. Przyczyny, przebieg, następstwa oraz proces zdrowienia. Kwartal. Nauk., 2012, 1,9.
20. Zawadzki B., Strelau J.: Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. Nauka, 2008, 2, 47-55.

21. Popiel A.: Trauma, stresor traumatyczny – czym jest uraz psychiczny? Medycyna Praktyczna psychiatria, Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie, <http://psychiatria.mp.pl/choroby/show.html?id=74803>, data pobrania 7.03.2016
22. Herbert C.: Zrozumieć traumę – poradnik dla osób, które doznały urazu i dla ich rodzin. GWP, Gdańsk, 2004.
23. Bilikiewicz A. (red.): Psychiatria podręcznik dla studentów. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2006.
24. Heitzman J.: Zaburzenia potraumatyczne – możliwości psychoterapeutyczne [w:] Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia, Kaczmarek M. (red.). Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2009, 321-342.
25. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P.: Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Kaplan & Sadock's ed., Wolters Kluwer, Philadelphia, 2015.
26. Pużyński S., Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, 1998, 96-97.
27. Kubany E.S.: The Trauma Related Guilt Inventory (TRGI). Assessing and treating PTSD manual. Western Psychological Services, Los Angeles, 2004.
28. Kubany E.S., Manke F.P.: Cognitive therapy for Trauma-Related Guilt: Conceptual bases and treatment outlines. Cogn. Behav. Pract., 1995, 2, 27–61.
29. Van Minnen A., Harned M., Zoellner L., Mills K.: Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. Eur. J. Psychotraumatol., 2012, 3, 10.3402.
30. Attig T.: Disenfranchised grief revisited: discounting hope and love. Omega, 2004, 49, 197-215.
31. Boss P.: The trauma and complicated grief of ambiguous loss. Pastoral Psychol., 2010, 59, 137-145.
32. Lis-Turlejska M.: Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Wyd. Żak, Warszawa, 2002.
33. Bielan Z., Machaj A., Stankowska I.: Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu. Seksuol. Pol., 2010, 8, 1, 41-46.
34. Barton-Smoczyńska I.: O dziecku, które odwróciło się na pięcie. NAF, Łomianki, 2006.

35. Lew-Starowicz Z.: Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1985.
36. Ryś M.: Psychologia małżeństwa w zarysie. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa, 1999.
37. Bubiak A., Bartnicki J., Knihinicka-Mercik Z.: Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. Pielęg. Zdr. Publ., 2014, 4, 1, 69–78.
38. Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka-Iwańczuk M., Bukowska A., Konofalska N.: Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. Ginekol. Pol., 2010, 81, 374-377.

Fenomen tanatoturystyki

Graf Lucyna¹, Śleziona Mariola¹, Stołecka Barbara¹, Ptaszek Gabriela¹, Mroczkowska Renata¹, Wawros Karina¹, Gawłów - Nowak Lilianna¹, Sternik Anna², Karczewska Olimpia²

1. Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wprowadzenie

Człowiek z jednej strony w zamierzony sposób milczy na temat śmierci, unika myślenia zapominając, że życie bez śmierci nie jest możliwe i śmierć bez życia nie istnieje. Z drugiej strony śmierć traktuje jak zjawisko medialne, gdzie tematyka śmierci jest nadmiernie eksploatowana.

W wielu religiach umieranie było świętą sztuką, dzięki czemu można było poznać sens życia, lecz towarzyszyły też wątpliwości dotyczące śmierci, dlatego próbowano się z nią oswajać. Pomimo, iż człowiek pozornie pogodził się z nieuchronnością śmierci, to wciąż odczuwał przed nią lęk oraz wszystkim, co się z nią kojarzyło. Stąd też powstawała coraz większa ilość (ochronnych) rytuałów, bogatych opraw obrzędów pogrzebowych. W kulturze ludowej śmierć była przejściem do innego stanu, stąd wierzono w życie pozagrobowe z przeświadczeniem możliwości kontaktowania się ze światem zmarłych. Powstawały zwyczaje przeżywania żałoby, która różni się w wielu kulturach. W kulturach tradycyjnych śmierć jest stratą społeczną, dlatego ogromną rolę odgrywają rytualne zachowania, człowiek ma poczucie obowiązku solidaryzowania się i wspólnego oplakiwania zmarłego oraz odwiedzania miejsca jego śmierci [1]. Z chwilą możliwości przemieszczania się zaczęto podróżować do miejsc związanych ze śmiercią i tragedią ludzką, do miejsc pochówku. Taka forma podróżowania została nazwana tanatoturystyką, która ma na celu oddanie honoru, zrozumienie etapu życia ludzkiego, natomiast motywy osób korzystających z tej formy turystyki mogą być różne, co zależy od tego, w jaki sposób śmierć jest postrzegana.

Postrzeganie śmierci

Śmierć jest nieodłącznym elementem ludzkiego doświadczenia. Obcujemy z nią codziennie, nawet wtedy, gdy nie zdajemy sobie z tego sprawy. Człowiek ma świadomość, że śmierć jest nieunikniona, pomimo tego trudno mu pogodzić się ze śmiertelnością i nie chce umierać. Większość ludzi myśląc o śmierci dostrzega ją negatywnie, jest dla nich przerażająca, dlatego za wszelką cenę mają pragnienie opóźnić nadejście śmierci. Śmierć u żyjących budzi wiele wątpliwości, którzy zadają wiele pytań z nią związanych, na które często nie znają odpowiedzi. Śmierć jest zjawiskiem zaliczanym do sfery świętości, które budzi w człowieku szacunek, ale też trwogę, ze względu na swą tajemniczość. Współczesna cywilizacja spycha śmierć na margines, gdyż kultywuje młodość oraz życie pełne piękna i wigoru. Naszym myślom towarzyszy sporadycznie, najczęściej wówczas, gdy mamy z nią bezpośredni kontakt. Zaś współczesna medycyna nastawiona jest na wyleczenie, wydłużenie życia oraz walkę o życie, czasem za wszelką cenę. Wielu medyków śmierć traktuje jak porażkę zawodową [2].

Współcześnie śmierć jest tematem tabu, pozbawionym form obyczajowych oraz tradycji językowej, jest tematem strasznym, nieprzyjemnym, wstydliwym, ale też ciekawym i pasjonującym.

Problem śmierci dotyka wszystkich kultur i religii. Śmierć jest tematem poruszonym w każdej epoce, jednak była ona inaczej pojmowana. Śmierć znajdowała się w centrum zainteresowania, ludzie byli oswojeni ze śmiercią, traktowali ją jako zdarzenie naturalne. Dotyczyło to zarówno śmierci naturalnej, jak i tej, która spowodowana była chorobą, czy też epidemią oraz tej widowiskowej. Przykładem tu będą walki gladiatorów na arenie rzymskiego Koloseum, czy też średniowieczne publiczne egzekucje, które były zgodne z przyjętymi wówczas normami społecznymi. Poprzednie pokolenia honor stawiali na pierwszym miejscu, dlatego też śmierć traktowano honorowo, rodzaj i sposób śmierci miały istotne znaczenie, wręcz wybierali niełatwą śmierć. Ludzie przywiązywali wagę do samego zgonu i sposobu, w jaki on następował. Właśnie dzięki pozostawionym grobom przez dawne cywilizacje możemy poznawać ich historie. System wierzeń i podania historyczne określają, w jaki sposób śmierć dotknęła naszych przodków, czy była to śmierć bohaterska i godna, czy też przeciwnie. Sposób postrzegania śmierci zależy od przyjętego przez daną społeczność systemu religijnego, politycznego i społecznego, dzięki czemu mamy możliwość światopoglądu i pojmowania świata oraz pogłębienia wiedzy dotyczącej pragnień ówczesnych ludzi [3].

Ówczesnie śmierć była widoczna na każdym kroku, była obecna w życiu społecznym. Budowane były cmentarze, odbywały się rytualne pochówki oraz rytuały umierania, które przekazywano z pokolenia na pokolenie. Przywiązywano wagę do obrzędów związanych z pochówkiem. W przekonaniu naszych przodków śmierć była etapem na drodze do lepszego życia. Śmierć nie była dla nich końcem, lecz następnym etapem. Obecnie patrzymy na śmierć bardziej jak na koniec naszych dni niż początek nowego życia. Wierzano w życie pozagrobowe, dlatego śmierć była wartościowa. Życie doczesne i postępowanie na ziemi miało wpływ na to, co z nami będzie się działo po śmierci [4,5].

Od wieków świat żywych oraz świat zmarłych przenikały się ze sobą, świadczą o tym między innymi sposoby pochówku zmarłych. Wcześniejsze opowieści o zmarłych były traktowane z szacunkiem i powagą, obecnie owe opowieści o śmierci traktowane są zbyt luźno, a świat duchowy jest traktowany jak coś nierzeczywistego, nierealnego.

Pomimo, iż śmierć budzi lęk, to jednak nadal fascynuje. W ostatnim stuleciu atrakcjami turystycznymi stały się miejsca związane ze śmiercią. Do miejsc takich należą między innymi cmentarze, pomniki wojenne, pola bitewne, obozy koncentracyjne, a nawet miejsca nieszczęśliwych wypadków, katastrof i klęsk żywiołowych [6].

Początki tanatoturystyki

Na przestrzeni epok człowiek zawsze zastanawiał się nad tajemniczością związaną ze śmiercią, czy śmierć jest końcem życia w ogóle, czy też początkiem nowego, lepszego życia. Chęć odkrycia tajemnicy śmierci przyczyniła się do symbolicznych wędrówek do miejsc powiązanych ze śmiercią. Już w czasach starożytnych Egipcjanie podróżowali w celu zwiedzania piramid. Jednak uważa się, że ruch turystyczny, a tym samym tanatoturystykę zapoczątkowały pielgrzymki chrześcijańskie, które odbywały się do grobów świętych. Pielgrzymki miały znaczenie samo w sobie, były pozbawione śmierci, miały znaczenie religijne oraz ideologiczne.

Na przełomie XVIII i XIX wieku ludzie rozmyślając o śmierci, licznie podróżowali do miejsc z nią związanych. Były to zamki, więzienia, cmentarze, pola bitew, miejsca egzekucji lub morderstw. Zaś w XX wieku, po dwóch wojnach światowych, ludzie zaczęli podróżować do pozostałości obozów koncentracyjnych, w miejsca zagłady, masowych mordów i straceń ludności. Intrygujący jest fakt, że z roku na rok zwiększa się ilość turystów odwiedzających te miejsca [7].

Czy podróżowanie do miejsc śmierci i tragedii ludzkiej jest stosowne? Czy miejsca te można nazwać atrakcją turystyczną? Śmierć i cierpienie człowiek przeżywa w bardzo osobisty sposób, dlatego nie można jednoznacznie odpowiedzieć, czy jest to zjawisko pozytywne, czy negatywne. Temat śmierci nadal jest tematem tabu, dlatego nieustannie i niezmiennie ciekawi. Jednak współczesne społeczeństwo nadmiernie interesuje się wydarzeniami tragicznymi związanymi ze śmiercią. By rozwinąć ten temat warto najpierw zapoznać się z terminologią.

Terminologia

Tanatopsja oznacza kontemplację, rozmyślanie o śmierci. Zjawisko to zostało rozpowszechnione przez kościół chrześcijański, który często wykorzystywał motyw śmierci w kulturze, słowie pisanym i mówionym oraz w sztuce, malarstwie i rzeźbie. Tanatopsja była podstawowym elementem pielgrzymowania, podczas której oddawano cześć męczennikom, oglądano ich relikwie, modlono się do nich. Obcowanie ze śmiercią i tragicznymi wydarzeniami poprzez udział w pielgrzymce, miał ludzi przygotowywać duchowo do tego, aby śmierć ich nie zaskakiwała, by się z nią oswajali. Było to przypomnienie, że każdy umrze – „memento mori”. W średniowieczu śmierć była powszechna, była częścią życia codziennego poprzez publiczne egzekucje, tortury, epidemie. Była również bardzo istotna w sztuce i literaturze. Sceny męczeństwa były malowane i opisywane, powstawały nawet poradniki dobrego umierania. W duchu tanatopsji na przełomie XVIII i XIX wieku ludzie zaczęli masowo podróżować w miejsca śmierci, uznając te miejsca za atrakcje turystyczne, na przykład miejsce katastrofy balonowej we Francji, gdzie zginął pionier baloniarstwa. Kolejną atrakcją były Pompeje, było to rzymskie miasto, które zostało zniszczone przez wulkan, gdzie odnaleziono podczas ucieczki „zastygłe” ciała ludzkie. Na przestrzeni wieków zmieniło się zainteresowanie śmiercią i tanatopsją, na co z pewnością miały wpływ I-sza i II-ga wojna światowa. Śmierć nabrała innego wymiaru, stała się konsekwencją okrutnych działań człowieka przeciwko człowiekowi. Niezależnie od motywów potrzeby odwiedzania miejsc dokumentujących ludzką tragedię, śmierć stała się ważnym elementem podróży turystycznej [3].

Turystyka do miejsc udokumentowanych i upamiętniających śmierć określana jest jako *dark tourism* lub *thanatourism*.

THANATOURISM termin ten pochodzi z języka angielskiego, składa się ze słowa *thanatos* (grec. Tanatos – uosobienie śmierci) oraz słowa *tourism*, czyli turystyka. Polskim odpowiednikiem angielskiego terminu *thanatourism* jest tanaturystyka.

Tanatoturystyka to rodzaj turystyki poznawczej (kulturowej), najczęstszym motywem korzystania z tej formy turystyki jest potrzeba odwiedzenia „miejsca śmierci”. Uczestnik podróży skupia się na miejscu dokumentującym i upamiętniającym śmierć, a nie na osobie zmarłej. Do miejsc takich należą cmentarze, muzea, miejsca katastrof. Inną kategorią tanatoturystyki jest podróż związana z zainteresowaniem zmarłą osobą, która jest ceniona za szczególne zasługi. Są to groby zasłużonych, pomniki wojenne [3].

W Polsce cmentarze odgrywały ważną rolę w tradycji kulturowej. Cmentarz dla wielu, zwłaszcza starszego pokolenia, stanowi święte miejsce, z powodu samego faktu złożenia i przechowywania ciał wielu pokoleń. Cmentarze są zbiorem informacji o zmarłych, o historii społeczności lokalnej, są także zbiorem dzieł sztuki, które odzwierciedlają swoją epokę. Cmentarze są tak aranżowane, by tworzyły piękne krajobrazy, podobne do parków. Miejsca te są przepełnione melancholią, przemyśleniami nad przemijaniem, smutkiem [8].

W polskim społeczeństwie śmierć postrzegana jest przez pryzmat religii, ludzie powielają wielowiekową tradycję związaną z pamięcią o zmarłym i dbaniem o jego dobre imię, mają ogromne poszanowanie dla zwłok, dbają o tradycyjny pochówek i ceremonię pogrzebową. Zaś kiedy odwiedzają miejsca związane ze śmiercią, takie jak obozy koncentracyjne, cmentarze wojenne, groby nieznanego żołnierza bądź inne miejsca upamiętniające poległych głównie kierują się tym, żeby oddać hołd pomordowanym rodakom i zachować o nich pamięć. Z własnych obserwacji wynika, że taką postawę prezentuje raczej starsze pokolenie, które ma w pamięci doświadczenia wojenne własne bądź kogoś bliskiego w rodzinie. Natomiast u młodszego pokolenia zauważalna jest już obojętna postawa wobec śmierci.

Jak już wcześniej wspomniano tanatoturystyka jest specyficzną formą turystyki kulturowej skupiającej się na odwiedzaniu miejsc dokumentujących i upamiętniających śmierć. Tanaś opisał, iż Seaton wyróżnił pięć kategorii tanatoturystyki [3]:

- Podróże do miejsc publicznej śmierci lub miejsc będących tego świadectwem
- Podróże do miejsc, gdzie odnotowano lub odkryto fakt masowej lub indywidualnej śmierci
- Podróże do miejsc i pomników upamiętniających zmarłych

- Podróże do miejsc nie związanych bezpośrednio ze zdarzeniem, a prezentujących materialne dowody śmierci lub je inscenizujące
- Podróże do miejsc inscenizacji lub symulacji śmierci.

Dark tourism (ang. *dark* – ciemny, mroczny, ponury) oznacza ciemną, ponurą turystykę. Należy zaznaczyć, że nie można tej formy turystyki wiązać z satanizmem, który wyznaje patologiczny kult śmierci i zła. *Dark tourism* to zjawisko, w którym wykazuje się zainteresowanie śmiercią w zakresie miejsca tragedii ludzkiej i pamięci o niej. Ma wymiar historyczny, dziedzictwa kulturowego oraz edukacyjny [3].

Ciemna turystyka/mroczna turystyka jest szczególnym ruchem turystycznym, ma związek z dziedzictwem kulturowym, jej nieodłącznym elementem są tragedie. Wzbudzając osobiste emocje i wywołując dyskusje na temat ludzkości oraz ciemnej strony historii, łączy przeszłość z teraźniejszością. Ludzie fascynują się śmiercią prawdopodobnie dlatego, że jest tematem tabu, który stwarza dystans i powoduje milczenie. Celem ciemnej turystyki jest edukacja, wyjazdy mają uczyć turystów, uwrażliwiać na ludzki los, pokazywać świat bez tajemnic, nierzadko pokazywać drogę i okazję do bezinteresownej pomocy. Turyści obserwują wydarzenia związane z cierpieniem i śmiercią z bezpiecznej odległości, co pozwala im na zaspokojenie ciekawości. Ciemna turystyka sprzyja rozmyślaniom o śmierci i daje ludziom poczucie, że dbają o własne dziedzictwo [6].

Współcześnie obraz świata stwarzają media pokazując masowe zjawiska narodzin i śmierci. Medialny przekaz tragedii zapoczątkowany został w 1912 roku, kiedy to zatonął statek Titanic. Media zauważyły, że raportowanie tragedii ze świata przyciągało odbiorców radiowych i telewizyjnych. Obecnie media wręcz zalewają nas informacjami o tym, kto umarł, został zamordowany, czy też zginął. Tematy te przez wielu odbierane są z fascynacją, ponieważ dostarczają one dużo wrażeń i emocji, zupełnie jakby ludzkie życie nie miało w ogóle znaczenia. Jednak ludzie ciągle podążają za sensacjami, aktualnymi katastrofami, tragediami, lecz w tej pogoni często brakuje im dystansu i szacunku do tych wydarzeń [6]. Odbiorcy słuchający, czy oglądający informacji na temat śmierci, czy też ludzkiej tragedii ubierają się w tak zwany „płaszcz obojętności”, ponieważ ta śmierć i tragedia ich nie dotyczy. Umiera „on”, „oni”, mogą to być ofiary wojny, głodujące dzieci, czy po prostu śmierć bohatera filmu lub gry komputerowej. Wiadomości te wywołują emocje, współczucie, lecz w każdej chwili można wyłączyć odbiornik radiowy, telewizyjny lub komputer. Zupełnie inna jest postawa ludzi, kiedy śmierć dotknie kogoś z najbliższego otoczenia, wówczas człowiek skłania się do refleksji nad skończonością, kruchością życia, zaczyna myśleć o własnym życiu i śmierci. Śmierć bliskiej osoby wywołuje rozpacz, smutek, żal, poczucie niesprawiedliwości.

Pomimo tego, iż niejednen człowiek doświadczył emocji związanych ze śmiercią kogoś bliskiego, to wciąż ulega wpływom medialnym, które wpływając na podświadomość ludzką, obrazują miejsca tragedii, przez co przyczyniają się do tego, że miejsca te stają się atrakcją turystyczną.

Media nagłaśniają wydarzenia związane z tragedią, natomiast biura podróży chcąc zaspokoić potrzeby turystów, którzy chcą być w miejscu tragedii, składają oferty turystyczne umożliwiające zaspokojenie tych potrzeb. Przykładem może być miejsce zagłady ludzkiej i zwiedzanie obozu koncentracyjnego Auschwitz Birkenau w Oświęcimiu, tragedia World Trade Center w Nowym Yorku i zwiedzanie Strefy Zero po ataku terrorystycznym, zwiedzanie Nowego Orleanu po huraganie Katrina, wycieczki do Smoleńska po katastrofie lotniczej, w której zginął między innymi Prezydent Polski [6].

Innym „ciemnym” miejscem, związanym ze śmiercią jest najliczniej odwiedzana wystawa świata Body Worlds, na której główną atrakcją są zwłoki ludzkie. Jej celem jest edukacja w zakresie cyklu życia człowieka, poprzez szczegółowe poznanie ludzkiego organizmu, pokazanie dobrego stanu zdrowia i skutków złego stanu zdrowia, przez co daje zwiedzającym wybór stylu życia. Wystawa ma na celu rozbudzić wśród społeczeństwa zainteresowania na temat anatomii i fizjologii, a przy okazji przekazać informacje dotyczące donacji [9].

Wystawy te choć budzą wiele kontrowersji, cieszą się ogromnym zainteresowaniem i w ciemnej turystyce stanowią atrakcję turystyczną. Miejsca, które dokumentują cierpienie i ludzką śmierć często określane są jako produkt turystyczny, co może wywoływać dylematy moralne dotyczące wykorzystywania ludzkiej tragedii i śmierci w sposób komercyjny. Z obserwacji wynika, że *dark tourism* cieszy się wielką popularnością, oznacza to, że ma charakter komercyjny, a tym samym czerpie zyski finansowe z ludzkiej tragedii i śmierci. Ta forma turystyki jest dość kontrowersyjna, która na całym świecie ma tyle samo zwolenników, co przeciwników. Lecz będzie istniała ze względu na swój popyt. Czy śmierć człowieka ma znaczenie, czy może być na sprzedaż? *Dark tourism* jest różnie postrzegany, zaś odwiedzanie „mrocznych” atrakcji może wywoływać wiele emocji uzależnionych od osobowości i intencji podróży. *Dark tourism* w niektórych kręgach może wywoływać odrazę i oburzenie, w innych natomiast przyjmowany będzie jako atrakcyjny sposób na alternatywne spędzenie wakacji. Faktem jest, iż *dark tourism* nierozzerwalnie powiązany jest ze śmiercią. Społeczne postawy wobec niej, a także wobec elementów z nią związanych są ważnymi czynnikami, które mogą w pewien sposób warunkować chęć tego typu podróży lub jej brak [7]. Czy *dark tourism* ma szansę rozwoju w polskim społeczeństwie? Wydawać by się mogło, że na mentalność

Polaków wpływa głęboko zakorzeniona religia, która utrudnia postrzeganie śmierci i cierpienia jako atrakcji turystycznych, a także zbyt bogata przeszłość historyczna, mająca związek ze śmiercią milionów rodaków, która jest przekazywana od lat z pokolenia na pokolenie. Zastanawiające jest, czy taka mentalność dotyczy większej, czy mniejszej części naszego społeczeństwa? Czy młodsze pokolenie pozwala na rozwój tej formy turystyki?

Zwiedzając miejsca pamięci zmarłych warto spojrzeć na śmierć oczami człowieka żyjącego w innych realiach i innych czasach niż nasze, gdyż w gruncie rzeczy można się wiele nauczyć od naszych przodków, zwłaszcza, że obecne postrzeganie śmierci znacząco się różni. Dziwi nas fakt podejścia do śmierci, jakie było w dawnych dziejach, lecz podejście do śmierci współczesnego człowieka, który ucieka od niej i chce jak najdłużej cieszyć się ziemskim życiem skupiając na nim swą uwagę lub chce umrzeć najlepiej we śnie, jest w pewnym stopniu oderwaniem od rzeczywistości, ponieważ ani śmierci, ani cierpienia nie można uniknąć. Może więc warto zacząć śmierć traktować pozytywnie. Ale, czy śmierć można rozpatrywać pozytywnie? Czy fakt śmierci może być czynnikiem mobilizującym do działań? By żyć pełnią życia? Być szansą na rozwój? Człowiek powinien starać się zmieniać samego siebie, walczyć o siebie, niezależnie od tego, czy jest pełen sił i zdrowia, czy też jest u kresu życia. Ławecka E. w swoim artykule napisała: *„Paulo Coelho, brazylijski pisarz i poeta powiedział: „Świadomość śmierci pobudza do życia”. Umrzeć z godnością i w spokoju to nieoceniona wartość, dlatego warto podjąć to wyzwanie, warto pozwolić śmierci, by obudziła nas do życia”* [10].

Zatem śmierć może przyczyniać się do zmiany postaw człowieka zarówno do życia, jak i samej śmierci, aby się tak stało istnieje potrzeba oswojenia się ze śmiercią.

Czy turyści, którzy odwiedzają miejsca związane ze śmiercią, cierpieniem, katastrofami są oswojeni ze śmiercią, a ich strach związany ze śmiercią jest zminimalizowany?

Czy śmierć postrzegana jest jako „ciekawostka turystyczna”, która pozbawiona jest sacrum, czy też wzbudza zainteresowanie ze względu na swą odmienność?

Czy tanatoturystyka może wpłynąć na zmianę postaw ludzi wobec śmierci?

Odpowiedzi na powyższe pytania wymagają dalszych rozważań oraz prowadzenia badań w tym zakresie. Z pewnością każdy rodzaj turystyki związany ze śmiercią powinien pełnić rolę edukacyjną, poprzez prawidłową interpretację miejsc, które upamiętniają i dokumentują śmierć oraz rolę wychowawczą przez kreowanie prawidłowej postawy wobec śmierci i moralne zachowanie, przeżycia, doświadczenie oraz prowadzenie dialogu. Warto też

pamiętać o tym, że za wydarzeniami, które sprowadzone zostały do rangi lokalnej atrakcji, stoją ludzie, ich nieszczęścia i emocje [3,7].

Piśmiennictwo

1. Marczewska M.: Oswajanie śmierci słowem- o śmierci w kulturze, języku i wybranych tekstach Jana Pawła II. <http://marzenamarczewska.pl/wpcontent/uploads/2011/04/Marczewska-Marzena-Papiez1a.pdf>, data pobrania 4.02.2016.
2. Smakulska J.: Bogusława Wolniewicza rozumienie fenomenu śmierci. *Kultura i Wartości*, 2012, 4, 19-32.
3. Tanaś S.: Tanatoturystyka – kontrowersyjne oblicze turystyki kulturowej. *Peregrinus Cracoviensis*, 2006, 17, 85-100.
4. Szabat M.: Elementy filozofii opieki paliatywnej a zagadnienie śmierci. Wyd. Naukowe Semper, Warszawa, 2013.
5. Bąkowska E.: Człowiek i śmierć. PIW, Warszawa, 1989.
6. Popiel M.: Dark tourism jako element innowacyjności biur podróży. *Przedsiębiorczość – Edukacja*, 2012, 8, 386-395.
7. Komsta A.: Problem dark tourism i jego możliwości w Polsce. *Turystyka Kulturowa*. 2/2013. www.turystykakulturowa.org, data pobrania 12.02.2016.
8. Długozima A. Dymitryszyn I. Winiarska E.: Tanatoturystyka jako nowa potencjalna forma turystyki w lasach Mazur, wykorzystująca zasób historycznych i zabytkowych cmentarzy ewangelickich. *Studia i materiały CEPL w Rogowie R.15. 37(4)* 2013. cepl.sggw.pl/sim/pdf/sim37_pdf/Dlugozima.pdf, data pobrania 12.02.2016.
9. www.bodyworlds.pl, data pobrania 15.02.2016.
10. Ławecka E.: Esej na temat śmierci. Psychologia.net.pl – portal psychologiczny, data pobrania 2.12.2014.

Oczekiwania studentów pielęgniarstwa i pielęgniarek wobec nauczania wielokulturowości i treści religijno-etycznych

Lankau Agnieszka¹, Krajewska-Kułał Elżbieta^{2*}, Wrońska Irena³

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Medycyna i religia od tysięcy lat pozostawały ze sobą w ścisłym związku, a problem transkulturowości opieki nad pacjentem podejmowały już od lat kraje zamieszkiwane przez wiele narodowości, takich jak np. USA, Kanada, Wielka Brytania, czy Szwecja.

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku amerykańska pielęgniarka Madeleine Leininger, uważając człowieka za istotę kulturową i odwołując się do założeń antropologii kulturowej sugerowała, by w sprawowaniu codziennej opieki nad pacjentem uwzględniać jego społeczną strukturę, światopogląd, wartości kulturowe, środowiskowy kontekst, a także naturalne (ludowe) i zawodowe systemy opieki [cyt. za 1].

W 1966 roku [cyt. za 1], w Uniwersytecie w Kolorado zorganizowała pierwszy kurs z tematyki pielęgniarstwa transkulturowego, a w 1979 roku podała jego definicję, określając go jako: *„dziedzina lub gałąź pielęgniarstwa, która skupia się wokół badań porównawczych i analizowania kultur pod kątem pielęgnowania, zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą, przekonań i wartości w celu zapewnienia pacjentom efektywnej opieki pielęgniarskiej zgodnie z ich wartościami kulturowymi”*.

Leininger [cyt. za 1] stworzyła teorię ujętą w „modelu wschodzącego słońca”, którą oparła na przekonaniu, że *„ludzie z różnych kultur postrzegają i praktykują opiekę na różne sposoby, ale istnieją także podobieństwa między kulturami, co do opieki nad zdrowiem”*. Wspólne elementy nazwała uniwersalizmem kulturowym, a odrębności – różnorodnością kulturową [cyt. za 1]. Uważała także [cyt. za 1], że człowiek jest istotą kulturową (rodziny, grupy społeczne, instytucje, a nawet całe kultury), więc powinien być rozpatrywany w powiązaniu z kulturą i ujmowany holistycznie.

Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare, za Płaszewska-Żywko [2], stworzyły kolejny model pielęgniarstwa transkulturowego, którego elementami są:

- komunikacja - łączność, wymiana lub rozmowa, którą z uwagi na rodzaj używanego kodu dzieli się na komunikację werbalną i pozawerbalną (mowa ciała);

- przestrzeń, czyli ramy, w których można określać odległości między obiektami lub punktami;
- czas;
- organizacja społeczna, na którą składają się więzi kulturowe, rodzina, role mężczyzny i kobiety, grupy religijne i rasa;
- kontrola środowiska, rozumiana jako zaplanowane działania mające na celu kontrolowanie natury, które sprzyjają zdrowiu, są neutralne dla zdrowia lub dysfunkcjonalne;
- biologiczne różnice pomiędzy ludźmi (typologie ras ludzkich na podstawie różnic w kolorze skóry, włosów, oczu, proporcjach ciała, strukturze i masie mięśni itd.).

Porównując kraje Ameryki Łacińskiej i Afryki, za Jakubik [3] i Krzyżowski [4] stwierdzono, że w społecznościach amerykańskich sprawy wiary są częściej przedmiotem urojeń, a w krajach afrykańskich urojenia dotyczą raczej spraw lokalnej społeczności; mają one większy związek z mitami i przetrwałymi wierzeniami animistycznymi.

Keltner i Folks [5] potwierdzili częstsze występowanie nietolerancji laktozy u Meksykanów, Afrykanów, Indian i Żydów aszkenazyjskich oraz większe ryzyko zatrucia alkoholem u mieszkańców Azji i Indian ze względu na upośledzony jego metabolizm.

Według Torrey [6], w Japonii, szczególnie u osób młodych, występują dwie swoiste formy zaburzeń nerwicowych: *Shinkeishitsu* – zespół natręctw z objawami hipochondryczno-neurastenicznymi i silnym niepokojem oraz *Wagamama* – zespół apatyczny z negatywizmem, drażliwością i zachowaniami regresywnymi.

Wśród Eskimosów mieszkających na Grenlandii, za Jakubik [3], u 10% tamtejszych mężczyzn występują zaburzenia psychiczne nazywane lękiem kajakowym, charakteryzujące się silnym lękiem w formie napadowej w czasie długiego pływania na pełnym morzu przy bezwietrznej pogodzie, z towarzyszącymi mu takimi objawami, jak zawroty głowy, zaburzenia percepcji (głównie iluzje), poczucie wywracania się kajaku, osłupienie, objawy wegetatywne (dreszcze, duszność, poty, parcie na mocz).

W krajach zachodnich, USA i innych społeczeństwach wysoko rozwiniętych, np. w Japonii częściej niż w innych krajach występuje jadłowstręt (8-13/100 000) [7,8]. Wśród studentek w USA bulimia była stwierdzana w ok. 5%, w Norwegii - 7,3%, w Australii - 9,4%, a w Portugalii - 0,3% [7,8].

Rzadkie choroby układu nerwowego o charakterze zwyrodnieniowym, za Kułak [9], częściej niż w innych grupach etnicznych występują u Żydów, w tym Żydów aszkenazyjskich

niż Żydów sefardyjskich. Żydzi aszkenazyjscy (od biblijnego syna Gomera - Aszkenaza, którego potomków utożsamiono w średniowieczu z mieszkańcami Niemiec), zamieszkują Europę środkową, wschodnią i częściowo zachodnią, a od XVII wieku również Amerykę, a Żydzi sefadyjscy - obszar Półwyspu Iberyjskiego, posługują się dialektami judeo-romańskimi i prawdopodobnie są genetycznie bardziej podobni do Palestyńczyków.

Do tych nieuleczalnych chorób genetycznych w populacji Żydów, często kończących się śmiercią, występujących zarówno u dzieci, jak i u dorosłych należą: choroba Canavana, choroba Gauchera, Mukolipidoza typu IV, choroba Niemann i Picka, choroba Tay-Sachsa, i dystonia torsyjna [10,11].

Największą liczbę samobójstw odnotowuje się w krajach Europy Wschodniej (Litwa - 75,6/100 000), Łotwa, Estonia, Ukraina i Rosja, a najmniejszą - w krajach Ameryki Łacińskiej (Meksyk 5,4/100 000), w krajach muzułmańskich (Kuwejt 1,6/100 000 mieszkańców) i w kilku krajach azjatyckich [cyt. za 9].

Powyższe dane ewidentnie wskazują, iż współcześnie od pracowników ochrony zdrowia oczekuje się zapewnienia opieki w sposób uwzględniający odrębność kulturową każdego człowieka i znajomości czynników kulturowych, które wpływają na zdrowie i chorobę. W Polsce ten problem przez szereg lat nie był dostrzegany, jednak obecnie, przy różnorodności wyznaniowej i ze względu na znaczny napływ emigrantów z różnych krajów, staje się ogromnym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia.

Celem pracy była ocena wpływu przekonań religijnych na sprawowanie funkcji zawodowych przez pielęgniarki w percepcji studentów kierunku Pielęgniarstwo.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody nr R-I-002/244/2009 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w latach 2010-2011.

Badaniem objęto po 150 studentów kierunku Pielęgniarstwo i zawodowo czynnych pielęgniarek. Ogółem w każdej grupie rozprowadzono po 180 ankiet, zaś do badania wykorzystano 150.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza zawierającego pytania ogólne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania) i szczegółowe, dotyczące samooceny religijności oraz na temat przydatności w nauczaniu treści związanych z problemami wielokulturowości, czy taki przedmiot powinien być

obowiązkowy, jakie tematy dotyczące wpływu wyznania religijnego na uwarunkowania zdrowotne pacjentów i funkcje zawodowe pielęgniarek powinny być jego treścią.

Wyniki

W badanej grupie studentów w zdecydowanej większości dominowały kobiety (94,6%), podobnie jak wśród pielęgniarek (94,7%). Mężczyźni stanowili jedynie po 5,3% studentów i pielęgniarek.

W badanej zbiorowości studentów dominowały osoby młode poniżej 20 lat (47,3%). Respondenci w wieku 21-29 lat stanowili 28%, w wieku 30-39 lat - 7,3%, od 40 do 49 lat - 14,7% , a w wieku 50 i więcej - 2,7% badanych. W grupie pielęgniarek było 33,3% osób w grupie wiekowej 20-30 lat, 32,7% od 31 do 40 lat, 32% od 41 do 50 lat i 2% od 51 do 60 lat.

Większość ankietowanych studentów (61%) i pielęgniarek (77,3%) mieszkało w mieście, a na wsi -33% studentów i 17,3% pielęgniarek. Pozostali badani nie określili swojego miejsca zamieszkania nie określiło 5,3% osób z grupy pielęgniarek.

Jeśli chodzi o rok studiów, to dominującą grupę stanowili studenci I roku studiów licencjackich - 63,3%, II roku - 22%, III roku studiów licencjackich -2,7% oraz I roku studiów II stopnia -12%.

Wśród ankietowanych pielęgniarek dominowały osoby o wykształceniu licencjackim (54%). Pozostałe osoby miały ukończone studium medyczne (20,7%), liceum medyczne (19,3%) lub wykształcenie wyższe, w tym 4% pielęgniarские, a 2% inne. Badane pracowały na różnych oddziałach, najczęściej na oddziałach zabiegowych (30,7%) i zachowawczych (26%). Pozostali na innych oddziałach (23,3%), w poradniach (18%) lub nie podali miejsca pracy (2%). Staż pracy badanych wahał się od 1 roku do ponad 30 lat, w tym staż od 1-5 lat miało 36,7% badanych, od 6 do 10 - 6%, od 11 do 15 lub od 16 do 20 - po 12,7% osób, od 21 do 30 lat - 26,7% badanych, a powyżej 30 - 3,3% z nich. Deklaracji w tej kwestii nie złożyło 2% badanych

Respondenci byli zdania, że religia odgrywa obecnie mniejszą rolę na świecie - 46% studentów i 53,3% pielęgniarek, nieco mniejszą w Polsce - 43,3% studentów i 46% pielęgniarek, ale nie uległo zmianie w ich życiu osobistym - 42% studentów i 56% pielęgniarek, życiu rodzinnym - 50% studentów i 56% pielęgniarek i w życiu zawodowym - 44% studentów i 50,7% pielęgniarek.

Pozostali studenci twierdzili, że jest ona o wiele mniejsza w Polsce (27,3%), w ich życiu osobistym (12%), w rodzinie (6%) i w życiu zawodowym (6,7%). Jest nieco mniejsza

na świecie (24%), w ich życiu osobistym (14%), w rodzinie (16%) i w życiu zawodowym (10,7%), taka sama - na świecie (10%), w Polsce (13,3%), w rodzinie (11,3%) i w życiu zawodowym (10,7%), nieco większa - na świecie (4%), w Polsce (7,3%), w ich życiu osobistym (14,7%), w rodzinie (11,3%) i w życiu zawodowym (10,7%) lub o wiele większa na świecie (2,7%), w Polsce (3,3%), w ich życiu osobistym (14,7%), w rodzinie (12,7%) i w życiu zawodowym (4%). Problem z decyzją w tej kwestii miało odnośnie świata -13,3% badanych, Polski 5,3%, własnego życia osobistego - 2,7%, rodziny - 4% i życia zawodowego - 24%.

Pozostałe pielęgniarki uważały, że znaczenie religii w obecnym czasach w stosunku do przeszłości jest na świecie nieco mniejsze (25,3%), bez zmian (10%), nieco większe (0,7%), znacznie większe (1,3%). W Polsce jest znacznie mniejsze (26%), bez zmian (13,3%), nieco większe (4%), znacznie większe (7,3%). W życiu osobistym - znacznie mniejsze (4%), nieco mniejsze (14%), nieco większe (9,3%), znacznie większe (12,7%). W rodzinie - znacznie mniejsze - (4,7%) nieco mniejsze (13,3%), nieco większe (10,7%), znacznie większe (1,3%). W życiu zawodowym - znacznie mniejsze (6%), nieco mniejsze (9,3%), nieco większe (12,7%) lub znacznie większe (11,3%). Problem z odpowiedzią odnośnie znaczenia religii w świecie miało 9,3% badanych, w Polsce - 3,3% osób, w życiu osobistym i w rodzinie po 4% oraz w życiu zawodowym 14,7% respondentów.

Na pytanie dotyczące określenia własnego światopoglądu, relatywnie najwięcej studentów (74,7%) i pielęgniarek (84,7%) uznało się za osobę wierzącą i praktykującą (NS) Jako niewierzącą i niepraktykującą określiło się 10% studentów i 5,3% pielęgniarek (NS) a problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało 10% studentów i 15,3% pielęgniarek (NS). W opinii 82,4% studentów i 78% pielęgniarek (NS) wyznanie nie jest przeszkodą w nawiązywaniu kontaktów. Nie zgadzało się z powyższym 5,4% studentów i 6% pielęgniarek (NS), a 12,2% studentów i 16% pielęgniarek (NS) nie miało w tej kwestii zdania.

Respondenci twierdzili w większości, że wyznanie nie wpływa na wybór zawodu - 57,3% studentów, 42% pielęgniarek (NS). Odm inną opinię wyraziło 17,3% studentów i 14,7% pielęgniarek (NS), a problem z deklaracją miało 25,3% studentów i 43,3% pielęgniarek ($p=0,026$).

Zdaniem 48,7% studentów i 61,1% pielęgniarek (NS) wyznanie nie powinno mieć wpływu na wykonywanie zadań zawodowych. Jednakże 16% studentów i 24,8% pielęgniarek zasugerowało, że może stanowić taki problem (NS), a 35,4% studentów i 14,1% pielęgniarek ($p=0,0017$) nie wyraziło jednoznacznej opinii w tej kwestii.

Według 10% studentów pielęgniarstwa pytają pacjentów o ich wyznanie, a 45,3%, że nie ma to miejsca ($p < 0,001$), zaś 31,3% było zdania, że takie sytuacje pojawiają się sporadycznie. Ankietowane pielęgniarki deklarowały, że nie pytają swoich pacjentów o wyznanie religijne (69,3%). Czasami robiło to 17,3% z nich, a zawsze - 4,7%. Nie wypowiedziało się 8,7% badanych.

Kolejne pytania dotyczyły problemu braku przedmiotu związanego z wielokulturowością i problemami religijno-etycznymi w procesie nauczania. Zdaniem 46,7% studentów i 44% pielęgniarek (NS) takie zagadnienia powinny pojawić się w toku studiów. Zdaniem tych osób, pielęgniarki powinny być przygotowane na radzenie sobie w sytuacji wystąpienia sprzeczności pomiędzy powinnością zawodową a wyznawanym kodeksem religijnym. W opinii 5,3% studentów i 7,3% pielęgniarek (NS) w programie powinny być jedynie wybrane zagadnienia z wielokulturowości, 5,3% studentów i 10,7% pielęgniarek (NS) twierdziło, że nie ma potrzeby wprowadzania do programu takiej tematyki. Bardzo duży odsetek, bo 42,7% studentów i 38% pielęgniarek (NS) miał jednak problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi.

Respondentów poproszono o podanie propozycji dotyczących tematyki ewentualnych zajęć związanych z wpływem religii na zachowania pacjenta i pielęgniarek. Zdecydowana większość studentów (84,3%) i pielęgniarek (74%) nie umiała podać żadnej propozycji tematów takich zajęć (NS). Pozostali respondenci sugerowali omawianie: krótkiego zarysu ideologii każdego wyznania - 6,7% studentów i 14,7% pielęgniarek (NS), działań medycznie niedopuszczalnych w różnych wyznaniach - 4% studentów i 6% pielęgniarek (NS), kwestii, czy pacjent może odmówić poddania się zabiegowi ratowania życia - 2,7% studentów, dylematów związanych z transplantologią - 1,3% studentów, dylematów związanych z transfuzjologią - 1,3% studentów, dylematów związanych z aborcją - 1,3% studentów, dylematów związanych z przygotowaniem się do śmierci/tanatologią - 0,7% studentów i 2,7% pielęgniarek, kwestii wyznania a prawo lub siła wiary - 1,3% pielęgniarek oraz kwestii wpływu przekonań religijnych na efekty leczenia - 1,3% pielęgniarek (NS).

Respondenci w większości (92% studentów i 90% pielęgniarek) mieli ogromny problem z zaproponowaniem tematyki zajęć z wpływu wyznania na sprawowanie funkcji zawodowych pielęgniarek (NS). Ci, którzy tematy podali proponowali omawianie: zasad rozgraniczenia pracy od religii i wyznania - 2% studentów i 4,7% pielęgniarek (NS), zależności religii od prawa i etyki - 2% studentów, problemów wykonywania zabiegów sprzecznych z wyznaniem pacjenta - 2% studentów (NS), zagadnień z kulturoznawstwa w

aspekcie medycyny i leczenia - 1,3% studentów (NS), krótkiego zarysu ideologii każdego wyznania - 1,3% studentów i 2,7% pielęgniarek (NS), tanatologii - 0,7% studentów (NS), procedur medycznych niedopuszczalnych w różnych religiach 0,7% studentów (NS), wsparcia duchowego chorego 0,7% studentów (NS), wsparcia psychologicznego chorego - 0,7% studentów (NS), kulturoznawstwa w aspekcie medycyny i leczenia - 2% pielęgniarek (NS) i zagadnień religia a prawo/etyka - 0,7% pielęgniarek (NS).

Preferowaną formą pogłębienia wiedzy na powyższe tematy były: oddzielny przedmiot - 26,7% studentów (NS), specjalistyczne szkolenia - 30% pielęgniarek (NS), wykłady - 26% pielęgniarek (NS), kursy - 57,3% studentów i 16,7% pielęgniarek ($p < 0,001$), studia podyplomowe 0,7% badanych pielęgniarek (NS), inne formy, bez sprecyzowania jakie zaproponowało - 3,3% pielęgniarek, a 13,3% studentów twierdziło, że nie ma potrzeby nauczania takich treści (NS). Problem z odpowiedzią miało aż 38,7% pielęgniarek i 2,7% studentów ($p < 0,001$).

Dyskusja

W literaturze przedmiotu [12-15] uważa się, że kulturę zdrowotną kształtuje wiele czynników, między innymi, takich jak:

- ogólny poziom życia członków danej zbiorowości, w tym warunki materialne życia i ogólny stan higieniczno-zdrowotny ludności, wzory postępowania odnoszące się do modelu rodziny, zasad prokreacji, przerywania ciąży oraz normy prawne i moralne dotyczące zjawisk patologii życia społecznego, wpływające na stan zdrowia zbiorowości, np. samobójstwa, alkoholizm, narkomania, prostytutka, przestępczość.
- wierzenia i wiedza na temat przyczyn chorób, np. choroba i śmierć jako wynik magii; personifikacja chorób
- postawy i zachowania chorego wobec leczenia oraz postawy pracowników sektora opieki zdrowotnej wobec pacjentów
- sposób odczuwania, postrzegania, opisywania i interpretowania objawów choroby, w tym reakcje na ból, różne wzorce dotyczące percepcji, podejmowanie działań związanych z utrzymaniem zdrowia i zachowania w czasie choroby; wykorzystywanie symboli lub języka dla wyrażenia sposobu komunikowania objawów choroby;
- definiowanie zdrowia i postrzeganie choroby

- styl życia, który uznaje się za główny czynnik determinujący zdrowie jednostki i społeczeństwa.

Podkreśla się w niej także [12-15], iż postawy i zachowania zdrowotne wobec choroby uwarunkowane są:

- religią – postawa akceptująca chorobę i śmierci bez zastrzeżeń, ze względu na działanie sił wyższych bez kontroli człowieka,
- magią – zajęcie postawy czynnej wobec choroby traktowanej jako rezultat działania bogów lub innych tajemnych mocy, przejawem takiej reakcji jest np. modlitwa za zmarłych, składanie ofiar,
- działaniami opiekuńczo-pielęgnacyjnym w ramach udzielanego wsparcia społecznego i opieki psychologicznej, które skierowane są na zmniejszenie stresu pacjenta, wzbudzenie jego zaufania i bezpieczeństwa,
- działaniami medycznymi polegającymi na udzieleniu świadczeń zdrowotnych w celu opanowania choroby za pomocą środków naukowych.

Badania epidemiologiczne, za Szpak [16], dotyczące wpływu religijności na śmiertelność, wskazują na zmniejszenie śmiertelności o 25% w grupie osób regularnie chodzących do kościoła, co przekłada się na wydłużenie ich życia o 7-8 lat.

Niezmiernie istotne są także zależności istniejące pomiędzy zdrowiem, chorobą i kulturą, religią, odnoszące się np. do: różnicy poglądów na temat zdrowia, jako wartości, jego zagrożeń, kulturowych uwarunkowań stylu życia i zróżnicowań stosunku do chorób i pacjentów. Jednakże przekazywanie różnych elementów wiedzy dotyczącej zdrowia, kształtowanie i uczenie pewnych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, zachowań pro-, czy antyzdrowotnych (sposobu odżywiania, rekreacji, stosunku do używek itd.) oraz konkretnych zachowań w chorobie (oceny symptomów choroby, samoleczenia, szukania pomocy profesjonalnej i nieprofesjonalnej itd.), następuje głównie w ramach rodziny lub danej społeczności.

Przekonania, praktyki i różnice kulturowe dotyczą nie tylko preferowanych strategii radzenia sobie z tymi problemami, ale w znaczący sposób wpływają na przebieg leczenia oraz kształtują definicje i interpretacje problemu, formułowane nie tylko przez pacjenta, ale także przez terapeutę, w tym pielęgniarkę.

Pracownicy ochrony zdrowia powinni znać i rozumieć wszystkie czynniki kulturowe danej społeczności i odpowiednio je uwzględniać w procesach planowania i realizowania opieki. Muszą więc systematycznie uzupełniać swoją wiedzę, także w aspekcie zagadnień

etycznych, aby móc w swej codziennej pracy dokonać adekwatnych wyborów, mających na celu jak najlepsze sprawowanie opieki w aspekcie bio-psycho-społecznym, a także w zakresie ochrony praw pacjenta, z uwzględnieniem poszanowania różnicowania kulturowego i religijnego.

W obecnym badaniu 46,7% studentów i 44% pielęgniarek twierdziło, że przedmiot związany z wielokulturowością i problemami religijno-etycznymi powinien być w procesie nauczania.

Guzowski i wsp. [17] badaniem objęli 172 studentów i uczniów z różnego typu uczelni, szkół i kierunków kształcenia, którzy wypełniali ankietę on-line. Na pytanie, czy studia/ szkoła przygotowują do rozmowy o śmierci badani w znacznej mierze odpowiedzieli „nie” (79%). W większości twierdzili, że w czasie toku studiów zetknęli się jedynie z problematyką śmierci (68,8%) i byliby zainteresowani pogłębieniem wiedzy z powyższego zakresu (74,6%). Respondenci zapytani, o jakie tematy związane ze śmiercią, umieraniem, przeżywaniem żałoby chcieliby poszerzyć swoją wiedzę, wskazali przede wszystkim problemy dotyczące okresu przed śmiercią bliskiej osoby, związane z okresem żałoby, dotyczące stanu psychicznego, związane z miejscem, gdzie szukać pomocy, dotyczące sposobów rozmowy o tym, co się stanie z umierającym i po fakcie śmierci z najbliższymi, jak się zachować przy umierającym [17].

Kominarec i Kominarecova [18] podkreślają, iż przygotowanie absolwenta do studiów pielęgniarstwa pierwszego stopnia do wskazanych europejskich wymagań prawnych i określonych kompetencji zawodowych w zakresie zapewnienia opieki pielęgniarstwu uwarunkowanej kulturowo, wymaga dobrej organizacji procesu kształcenia, zapewnienia wykwalifikowanej kadry dydaktyczno-naukowej i bazy kształcenia. Sprostanie tym wymaganiom jest wyzwaniem wszystkich uczelni prowadzących kształcenie na kierunku pielęgniarstwo, w tym przede wszystkim samych nauczycieli. W celu ukształtowania pożądanych postaw studentów wobec osób z innych kultur i zapewnienia im profesjonalnej opieki zgodnie z oczekiwaniami, nauczyciele sami powinni mieć odpowiednie kompetencje do prowadzenia edukacji wielokulturowej [18].

Za początek definiowania pojęcia edukacji wielokulturowej i międzykulturowej na gruncie polskim wiąże się z tekstem Markowskiej [19] z 1990 roku, która w swoim artykule „Teoretyczne podstawy edukacji międzykulturowej” pisze, że przez ten termin należy rozumieć *„proces oświatowo-wychowawczy, którego celem jest kształtowanie rozumienia odmienności kulturowych – od subkultur we własnej społeczności począwszy, aż po kultury odległych przestrzennie społeczeństw – oraz przygotowanie dialogowych interakcji*

z przedstawicielami innych kultur. Prowadzić to ma, drogą krytycznej refleksji, ku wzmocnieniu własnej tożsamości kulturowej". Edukacja wielokulturowa jest dziedziną interdyscyplinarną, wymagającą współpracy zarówno teoretyków, jak i praktyków [19].

W obecnym badaniu, najwięcej studentów i pielęgniarek miało problem ze sprecyzowaniem tematyki zajęć w ramach edukacji wielokulturowej. Nieliczni, o ile byłaby możliwość uczestniczenia w zajęciach mających na celu pogłębienie wiedzy z zakresu wpływu wyznania religijnego na uwarunkowania zdrowotne pacjentów chcieliby, aby poruszane były tematy dotyczące krótkiego zarysu ideologii w każdym wyznaniu i działań niedopuszczalnych w różnych wyznaniach, a z zakresu wpływu wyznania religijnego na sprawowanie funkcji zawodowych, z zasad rozgraniczenia pracy od religii i wyznania, zależności religii od prawa i etyki oraz problemów wykonywania zabiegów sprzecznych z wyznaniem pacjenta.

Nikitorowicz [20], za najistotniejsze cele edukacji międzykulturowej uważa:

- wdrażanie do dostrzegania inności, uwrażliwienie na inność,
- kształtowanie świadomości o równorzędności wszystkich kultur,
- odwoływanie się do doświadczeń uczniów i rodziców,
- kształtowanie potrzeby ustawicznego „wychodzenia” na pogranicza własnej kultury, kształtowanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z uprzedzeniami i negatywnymi stereotypami,
- kształtowanie odrębności i tolerancji, wyrzeczenia się poczucia wyższości kulturowej na rzecz dialogu, negocjacji i wymiany wartości,
- kierowanie się ideą tolerancji, która pozwala na systematyczne interakcje, komunikację oraz stwarza możliwość porównań, odniesień oraz otwarcia się na inność [20].

Czerniejewska [21] wyróżnia kilka etapów w edukacji wielokulturowej:

- I - uczenie się kultury własnej
- II - uczenie się kultur innych
- III - zrozumienie istoty kultury - refleksji nad kulturą oraz rozumienia mechanizmów i skutków tworzenia się stereotypów i uprzedzeń.

Według Prúchy, za Kominarec [18], edukacja wielokulturowa wyraża dążenie do stwarzania, przez programy kształceniowe, umiejętności wzajemnego zrozumienia i respektowania innych kultur i ma również duże znaczenie w praktyce tworzenia odpowiednich reakcji na imigrantów, przedstawicieli innych narodów, ras, itd.

W związku z tym, za Kózka [22], edukację wielokulturową należy postrzegać jako: proces, w którym jednostka może stworzyć mechanizmy pozytywnego postrzegania i wartościowania odrębnych kultur i na tej podstawie może regulować swoje zachowania wobec przedstawicieli innych kultur oraz konkretny program edukacyjny, uwzględniający w opiece pielęgniarstwie potrzeby osób z różnych kultur [22].

Edukacja między- czy wielokulturowa powinna stanowić jeden z najważniejszych aspektów integracji narodów, wzajemnego poznawania i dostrzegania, szanowania i zrozumienia innych, różnorodnych, nie „złych”, ocenianych z perspektywy etnocentryzmu kulturowego-kultur, bo jak pisał Clifford Geertz - *Obcość zaczyna się nie na brzegu oceanów, ale na granicy skóry* [cyt. za 22].

Wnioski

1. Studenci i pielęgniarki w większości twierdzili, że w procesie nauczania pielęgniarek problem wielokulturowości i związana z nim problematyka religijna powinny być omawiane podczas studiów medycznych.
2. Najwięcej studentów i pielęgniarek miało problem ze sprecyzowaniem tematyki zajęć związanych z wpływem religii na zachowania pacjenta i pielęgniarek oraz wpływem wyznania na sprawowanie funkcji zawodowych pielęgniarek.
3. Preferowaną formą pogłębienia wiedzy temat wielokulturowości i treści religijno-etycznych w opinii największej liczby studentów był kurs, a pielęgniarek - specjalistyczne szkolenia

Postulaty

1. Pielęgniarki i studenci kierunku pielęgniarstwo muszą mieć możliwość zapoznania się i przedyskutowania problemów wynikających z różnic kulturowych swoich podopiecznych oraz zdobyć umiejętność reagowania na nie zgodnie z etyką zawodową.
2. Istnieje konieczność wprowadzenia do standardów nauczania na kierunkach medycznych przedmiotu - problemy wielokulturowości w medycynie oraz tanatoedukacji.
3. Brak wrażliwości pracowników ochrony zdrowia na różnice kulturowe pacjentów powoduje zagrożenie dla poszanowania ich godności, obniżenia jakości opieki

medycznej i w związku z tym powinno się dążyć do wprowadzenia edukacji wielokulturowej i tanatoedukacji do kształcenia podyplomowego.

Piśmiennictwo

1. Płaszewska - Żywko L.: Model pielęgniarstwa transkulturowego Madeleine Leininger [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, 197-205.
2. Płaszewska - Żywko L.: Model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, 206-213.
3. Jakubik A.: Psychiatria kulturowa [w:] Psychiatria. Dąbrowski W. S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 1989, T.3, 51-64.
4. Krzyżowski J.: Psychiatria transkulturowa. Wyd. Medyk, Warszawa, 2002.
5. Keltner N., Folks G.: Psychopharmacology update: culture as a variable in drug therapy. *Perspect. Psychiatr. Nurs. Care.*, 1992, 153, 1472.
6. Torrey E. F.: Czarownicy i psychiatrzy. Wyd. PIW, Warszawa, 1981, 1-282.
7. Franko D. L., Becker A. E., Thomas J. J.: Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *Int. J. Eat. Disord.*, 2007, 40, 156-164.
8. Lindberg L., Hjern A.: Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *Int J Eat Disord.*, 2003, 34, 397-408.
9. Kułak W.: Transkulturowa neurologia i psychiatria [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, 261-279.
10. Connor M., Ferguson - Smith M.: Podstawy genetyki medycznej. Wyd. PZWL, Warszawa, 1997.
11. Vellodi A.: Lysosomal storage disorders. *Br. J. Haematol.*, 2005, 128, 413-431.
12. Tobiasz – Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd. UJ, Kraków, 1998.
13. Libiszowska - Żółtkowska M.: Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii [w:] Szkice z socjologii medycyny, Libiszowska-Żółtkowska M., Ogryzko-Wiewiórowska M., Piątkowski W. (red.). Wyd. UMCS, Lublin, 1998, 39-62.

14. Matsumoto D., Juang L.: Psychologia międzykulturowa. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk, 2007.
15. Taranowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska – Butrym Z.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wyd. Czelej, Lublin, 2000.
16. Szpak A.: Długie życie po mszy. Charaktery, 2005, 2, 24-26
17. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Cybulski M., Rozwadowska E., Wróblewska U., Konopacki A.: Thanatology education as a way to the Ars Moriendi [w:] Challenges Of The Current Medicine, Krajewska-Kułak E., Kułak W., Łukaszuk C., Lewko J., Rozwadowska E. (red.). Medical University of Białystok, 2012, 111-117.
18. Kominarec I, Kominarecova' E.: Podstawy edukacji wielokulturowej. Wyd. WSZ Lingwistyczna, Częstochowa, 2008.
19. Markowska D.: Teoretyczne podstawy edukacji międzykulturowej [w:] Kwartalnik pedagogiczny, Wyd. PWN, Warszawa 1990, 4, 109.
20. Nikitorowicz J.: Spotkanie i dialog kultur – wymiar edukacji międzykulturowej [w:] Kultury tradycyjne a kultura globalna: konteksty edukacji międzykulturowej. Wyd. Trans Humana, Białystok, 2001, 101.
21. Czerniejewska I.: Edukacja wielokulturowa w Polsce w perspektywie antropologii, www.hfhrpol.waw.pl/wielokulturowosc/documents/doc_66, data pobrania: 12.02.2016.
22. Kózka M.: Kulturowe uwarunkowania opieki pielęgniarstwa a kształcenie pielęgniarek [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2010, 383-390.

Śmierć w pracy. Obraz śmiertelnych skutków nieprzestrzegania zasad BHP

Paulina Wiśniewska

Wyższa Szkoła Handlu i Usług/Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM

Człowiek funkcjonujący w społeczeństwie narażony jest na wiele niebezpieczeństw. Współczesna cywilizacja z jednej strony wyeliminowała wiele zagrożeń, lecz z drugiej – generuje wciąż nowe. Człowiek współczesny wciela się w wiele społecznych ról, z których część jest nieunikniona – staje się pracownikiem, czy też uczestnikiem ruchu drogowego, podmiotem i przedmiotem prawa, prawa pracy, czy też prawa o ruchu drogowym. Samo przestrzeganie prawa nie gwarantuje jeszcze bezpiecznego życia i skutecznego wyeliminowania zagrożeń, zwłaszcza zagrożenia skutkującego nagłą śmiercią. Środowisko pracy jest tym, w którym odnotowuje się wiele wypadków ze skutkiem śmiertelnym. Jednakże to nie tu odnotowuje się najwięcej wypadków, również tych ze skutkiem śmiertelnym.

Czym jest bezpieczeństwo i higiena pracy?

Sam termin „bezpieczeństwo” interpretowany jest rozmaicie, często określa się go poprzez wykluczenie (bezpieczeństwo jako brak zagrożenia), czy też jako utrzymywanie potencjalnych zagrożeń pod kontrolą; bezpieczeństwo określa się także jako stan, w którym dopuszczalna granica ryzyka nie jest przekroczona, a wszelkie możliwe zagrożenia zostały na tyle opanowane, że nie stanowią realnej groźby mogącej skutkować utratą życia lub zdrowia. Jak zauważa Remigiusz Rosicki, bezpieczeństwo w języku łacińskim to *sine cura* (*securitas*), co można interpretować jako stan bez troski, zmartwienia, niepokoju czy niekorzystnych zmian [1]. Podkreśla się, że bezpieczeństwo to jedna z podstawowych potrzeb człowieka, a jej brak uniemożliwia normalne funkcjonowanie i rozwój zarówno jednostkom, jak i grupom społecznym [2-5]. Piotr Majer wskazuje, że to „pewność istnienia i przetrwania”, lecz także „swoboda rozwoju” [6]. Z filozoficznego punktu widzenia, bo i tym zagadnieniem zajmuje się filozofia, „bezpieczeństwo zaczyna się przedstawiać jako stan, „który osiągnąć można tylko wtedy, gdy świat zostanie przewyciężony”, a nauka zapanuje nad światem [7]. Bezpieczeństwo z perspektywy socjalnej pojmuje się jako zabezpieczenie społeczne, przysługujące każdemu obywatelowi i każdej rodzinie [7]. Pragnienie stworzenia istoty

doskonałej i odpornej na wszelkie niebezpieczeństwa towarzyszyło człowiekowi niemal od zawsze [8], co można zinterpretować jako próbę okiełznania zagrożeń w sposób całkowity i niemal idealny.

Bezpieczeństwo i higiena pracy (bhp) – definiuje się zwykle jako zbiór reguł i przepisów obejmujący zasady bezpiecznego i zgodnego z wymogami higieny wykonywania czynności na stanowisku pracy lub w ramach obowiązków służbowych także poza zasadniczym miejscem zatrudnienia. Bezpieczeństwo i higiena pracy to także dział wiedzy obejmujący kształtowanie odpowiednich warunków pracy. Odnosi się do zbioru zasad w zakresie bezpiecznego i higienicznego świadczenia pracy [9].

Wśród zagadnień bhp znajdują się tematy z tak różnych i pozornie niezwiązanych ze sobą dziedzin, takich jak: ergonomia, medycyna pracy i medycyna ogólna, ekonomia, psychologia, technologia, socjologia, neurodydaktyka i in.

Przestrzegania przepisów i zasad bhp w polskich zakładach pracy pilnuje Państwowa Inspekcja Pracy (PIP). Jej działania opierają się na określonych zapisach prawnych. Można tu wymienić Dział X Kodeksu pracy – oraz różnorodne rozporządzenia, jak Rozporządzenie w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 1997 r. nr 129, poz. 844 z późniejszymi zmianami) oraz Polskie Normy.

Powszechnie obowiązujące przepisy BHP obejmują ustawy i rozporządzenia oraz następujące inne zakresy tematyczne [10]:

- Kodeks pracy
- Ustawy związane z bezpieczeństwem człowieka w środowisku pracy
- Przepisy ogólne BHP
- Badania lekarskie pracowników
- Szkolenia w zakresie bhp
- Czynniki szkodliwe w środowisku pracy
- Pomiary i wartości dopuszczalne czynników szkodliwych
- Ochrona zdrowia kobiet
- Pracownicy młodociani
- Prace wymagające szczególnej sprawności psychofizycznej
- Świadczenia pracownicze
- Wypadki przy pracy
- Choroby zawodowe
- Poważne awarie przemysłowe

- Odszkodowania z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Bhp w przedsiębiorstwach staje się przedmiotem zarządzania, podobnie jak zarządzanie jakością według ISO 9001, czy zarządzania środowiskowego według ISO 14001. Stopniowej ewolucji podlega także terminologia – nie najlepiej kojarzące się określenie bhp zostaje wypierane przez inne, przyjaźniej brzmiące nazwy jak „poziom dbałości organizacji i kultury pracy” czy „kultura bezpieczeństwa”. Dla potrzeb krajowych PKN wydał normę PN-N-18001:2004 Systemy Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy.

Rozwój usług w zakresie bhp determinuje też rynek pracy. Specjaliści w zakresie bhp są cenionymi fachowcami, którzy ze znalezieniem zatrudnienia nie mają problemów.

Inspektorem do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może zostać technik bezpieczeństwa i higieny pracy.

Stanowisko starszego inspektora do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może objąć technik bezpieczeństwa i higieny pracy, posiadający co najmniej 3-letni staż pracy w służbie bhp lub wyższe wykształcenie o kierunku lub specjalności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy albo studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Specjalistą do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może być osoba legitymująca się wyższym wykształceniem o kierunku lub specjalności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy albo taka, która ukończyła studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ma udokumentowany co najmniej roczny staż pracy w służbie bhp, starszym specjalistą do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może być osoba z wyższym wykształceniem o kierunku lub specjalności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy albo studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz co najmniej 3-letni staż pracy w służbie bhp.

Głównym specjalistą do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy może być osoba posiadająca wyższe wykształcenie o kierunku lub specjalności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy albo studia podyplomowe w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz co najmniej 5-letni staż pracy w służbie bhp.

Pracodawca może też powierzyć wykonywanie zadań służby bhp specjalistom spoza zakładu pracy, którzy spełniają wymagania zawodowe na tym stanowisku pracy lub osobie, która była zatrudniona na stanowisku inspektora pracy w Państwowej Inspekcji Pracy przez co najmniej 8 lat [11].

Każdy pracownik, zgodnie z przepisami, musi przejść szkolenie ogólne z zakresu bhp oraz szkolenie stanowiskowe. Pracodawca nie może dopuścić pracownika do wykonywania czynności służbowych bez aktualnych badań lekarskich, zgodnie z obejmowanym

stanowiskiem pracy. Tryb wykonywania badań lekarskich dokładnie określają następujące przepisy:

Ustawy

t.j. Dz.U. 2014 poz. 1184

Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 lipca 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy.

Rozporządzenia

Dz.U. 2011 nr 206 poz. 1223

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez osoby niebędące lekarzami wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji

Dz.U. 2010 nr 149 poz. 1002

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów.

Dz.U. 2004 nr 185 poz. 1920

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest

Ze zmianami:

Dz.U. 2005 nr 131 poz. 1100

Dz. U. 1996 nr 69 poz. 332

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

Ze zmianami:

Dz. U. 1997 nr 60 poz. 375

Dz. U. 1998 nr 159 poz. 1057

Dz. U. 2001 nr 37 poz. 451

Dz. U. 2001 nr 128 poz. 1405 ze zm. (4)

Dz.U. 2010 nr 240 poz. 1611

Dz.U. 2015 poz. 457 [12].

Szczególne przepisy dotyczą pracowników młodocianych, czy kobiet w ciąży; ustawodawca zwraca też uwagę na pracę w środowisku szkodliwym, co obarczone jest dodatkowymi rygorystycznymi zapisami. Przykładowo, ochronę zdrowia kobiet regulują przepisy:

Rozporządzenia

Dz.U. 2006 nr 42 poz. 292

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2006 r. w sprawie sposobu i trybu wydawania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią.

Dz. U. 1996 nr 114 poz. 545

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet

Ze zmianami:

Dz. U. 2002 nr 127 poz. 1092

Dz.U. 2015 poz. 1737 [12].

A ochronę zdrowia pracowników młodocianych regulują przepisy:

Rozporządzenia

Dz. U. 2004 nr 200 poz. 2047

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2004 w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac.

Ze zmianami:

Dz.U. 2005 nr 136 poz. 1145

Dz.U. 2006 nr 107 poz. 724

Dz.U. 2015 poz. 929

Dz. U. 2002 nr 214 poz. 1808

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 5 grudnia 2002 r. w sprawie przypadków, w których wyjątkowo jest dopuszczalne zatrudnianie młodocianych, którzy nie ukończyli gimnazjum, osób nie mających 16 lat, które ukończyły gimnazjum oraz osób nie mających 16 lat, które nie ukończyły gimnazjum

Obowiązuje do dnia 2018-09-01 [13].

Przepisy bhp szczegółowo precyzują, kto i w jaki sposób powinien zachować się w danym miejscu i na określonym stanowisku pracy; przepisy te wyznaczają standardy nie tylko postępowania, ale i te dotyczące odzieży ochronnej i roboczej. Tak jak jasne i logiczne są standardy dotyczące odzieży ochronnej na stanowisku choćby spawacza, mechanika

samochodowego, górnika – to w przypadku takich zawodów, jak nauczyciel czy kelner – można je interpretować w sposób bardziej dowolny. Kelnerki w klubach nocnych – to też stanowisko pracy i procedury. Kelnerka powinna mieć obuwie ergonomiczne i antypoślizgowe. Czy za takowe mogą być uznane szpilki? A głębokie dekolty, które odkrywają część ciała pracownika i stwarzają zagrożenie poparzeniem gorącymi potrawami i napojami? Czy krótka spódnica nauczycielki to strój zgodny z przepisami bhp? Tego typu wątpliwości powinny rozstrzygać przepisy szczegółowe, wewnętrzne, zakładowe i stanowiskowe regulaminy i tym podobne dokumenty, mające zastosowanie na danym stanowisku pracy, ich zapisy nie mogą jednak stać w sprzeczności z aktami nadrzędnymi, czyli wymienionymi powyżej, zwłaszcza z Kodeksem pracy.

Należy tu brać pod uwagę zwłaszcza przepisy szczegółowe, regulujące zasady bhp w poszczególnych branżach oraz obszarach działalności zawodowej [14]:

- Budownictwo
- Gazownictwo
- Gospodarka morska i śródlądowa
- Górnictwo
- Hutnictwo
- Kultura i oświata
- Obsługa maszyn
- Obróbka metali
- Promieniotwórczość i ochrona radiologiczna
- Przedsiębiorstwa komunalne
- Przemysł chemiczny
- Przemysł spożywczy i gastronomiczny
- Przemysł drzewny i papierniczy
- Służba zdrowia
- Rolnictwo
- Służby mundurowe i specjalne
- Transport drogowy
- Inne.

Wypadek przy pracy

Pozornie pojęcie to wydaje się proste i klarowne. Jednak tak nie jest. Jakie zdarzenie kwalifikuje się jako wypadek przy pracy? – pytanie to stanowi wielokrotnie wyzwanie natury interpretacyjnej i często budzi spory i wątpliwości. Ustalenie, czy dane zdarzenie stanowi wypadek przy pracy, należy do pracodawcy. Definicję wypadku przy pracy zawiera ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. (Dz. U. z dnia 28 listopada 2002 r.). Zgodnie z art. 3 wymienionej ustawy za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Okoliczność, że wypadek zdarzył się w czasie przeznaczonym na pracę (związek czasowy) i w miejscu pracy (związek miejscowy), stwarza domniemanie związku przyczynowego z pracą, chyba że zachodzą okoliczności, które pozwalają na stwierdzenie, że takowy związek nie zaszedł. Zakłada się na mocy ustawy, że związek zdarzenia z pracą występuje wówczas, gdy ma ono miejsce podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika swoich obowiązków stanowiskowych lub też czynności będących wynikiem bezpośrednich poleceń przełożonych, bądź podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia, czy też w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy (art. 3 ust. 1 pkt 1-3 ustawy wypadkowej).

Wypadkiem przy pracy nie jest natomiast zdarzenie w czasie załatwiania przez pracownika spraw o charakterze prywatnym – i nie ma to znaczenia, czy na wykonanie prywatnych działań otrzymał zgodę pracodawcy, czy też nie, nawet wówczas, gdy za zgodą przełożonego załatwia prywatne sprawy w godzinach pracy (patrz: wyrok Sądu Najwyższego z 14 stycznia 1997r w sprawie II UKN 47/96) [15].

„Zakres pojęcia związku z pracą użytego w definicji wypadku przy pracy obejmuje nie tylko wypadki, które mają miejsce podczas świadczenia pracy, lecz także zdarzenia, które nastąpiły zarówno w związku z wykonywaniem zwykłych czynności pracowniczych lub

poleceń przełożonych, jak i w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy, choćby bez polecenia. Nagłe zdarzenie powodujące uraz lub np. śmierć pracownika może więc nastąpić w dowolnym czasie i miejscu, pod warunkiem że pozostaje w związku z wykonywaniem czynności pracowniczych przez osobę, która wypadkowi uległa. Od tak szeroko rozumianego związku z pracą są jednak wyjątki” [15].

Gdy dojdzie do wypadku przy pracy, zastosowanie mają następujące przepisy i regulacje prawne [16]:

Rozporządzenia

t.j. Dz.U. 2015 poz. 1150

Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 16 maja 2007 r. w sprawie określenia wysokości jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej oraz zasiłku chorobowego.

Obwieszczenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 lipca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie określenia wysokości jednorazowego odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej oraz zasiłku chorobowego.

t.j. Dz.U. 2013 poz. 1618

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia.

Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 lipca 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia

t.j. Dz.U. 2013 poz. 954

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania.

Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 kwietnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania

t.j. Dz.U. 2013 poz. 924

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad oraz trybu uznawania zdarzenia za wypadek w drodze do pracy lub z pracy, sposobu jego dokumentowania, wzoru karty wypadku w drodze do pracy lub z pracy oraz terminu jej sporządzania.

Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie szczegółowych zasad oraz trybu uznawania zdarzenia za wypadek w drodze do pracy lub z pracy, sposobu jego dokumentowania, wzoru karty wypadku w drodze do pracy lub z pracy oraz terminu jej sporządzania

t.j. Dz.U. 2013 poz. 878

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków.

Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 marca 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków

Ze zmianami:

Dz.U. 2015 poz. 379

Dz.U. 2009 nr 105 poz. 870

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy.

Dz.U. 2009 nr 14 poz. 80

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 stycznia 2009 r. w sprawie statystycznej karty wypadku przy pracy.

Ze zmianami:

Dz.U. 2010 nr 218 poz. 1440

Dz.U. 2005 nr 76 poz. 669

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2005 r. w sprawie sposobu i trybu zgłaszania wypadku przy pracy rolniczej oraz ustalania jego okoliczności i przyczyn.

Dz. U. 2004 nr 227 poz. 2298

Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 16 września 2004 w sprawie wzoru protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy.

Zgon w pracy i przez pracę

Śmierć z przepracowania – karoshi – „narodziła się” w Japonii. To tam odnotowano pierwszy udokumentowany przypadek takiej śmierci. Karōshi (albo karoushi, karoshi; jap. 過労死; śmierć z przepracowania) – opisuje zjawisko nagłej śmierci w wyniku przepracowania i stresu. Pierwszy przypadek karōshi odnotowano w Japonii w 1969 r. Syndrom nagłej śmierci w efekcie nadmiernego przemęczenia pracą dotyka w sposób nagły i niespodziewany ludzi aktywnych i zdrowych, którzy wcześniej nie skarżyli się na żadne dolegliwości, zwykle potwierdza to też dokumentacja medyczna. Szacuje się, iż rocznie z przepracowania umiera nawet 30 tys. Japończyków. Karōshi, to socjomedyczne określenie odnosi się do przypadków zgonów będących wynikiem schorzeń krążeniowo-sercowych (np. zawał mięśnia sercowego), których przyczyną jest sprzężenie nadciśnienia i miażdżycy z przeciążeniem pracą. Karōshi stanowi konglomerat czynników związanych z przepracowaniem i obciążeniem silnym napięciem, zwykle o charakterze długotrwałym. W Japonii panuje wręcz kult pracy i nie należy do rzadkości praca wielogodzinna. We wszystkich przeanalizowanych przypadkach karōshi w Japonii w latach 1974-1990 nagła śmierć dotyczyła osób pracujących ponad sześćdziesiąt godzin w tygodniu, mających ponad pięćdziesiąt nadgodzin w miesiącu i niewykorzystane urlopy. Jak podają źródła na temat śmierci z przepracowania, ofiarą karōshi stał się nawet premier Japonii, Keizō Obuchi. Rząd Japonii zapowiedział walkę z karōshi, lecz na razie bezskutecznie, gdyż praca dla Japończyków to symbol statusu społecznego i zwyczajnego bycia porządnym człowiekiem, takim, do którego można mieć zaufanie i który stanowi mocny element systemu społecznego Japonii. Stąd też może wysokie odszkodowania dla rodzin, których krewni zmarli na stanowisku pracy i w efekcie tej wyczerpanej pracy [17].

Przepracowanie czy wypalenie zawodowe nie są obce również na polskim gruncie pracowniczym. Termin „pracoholizm” ma jednakże konotacje bardziej negatywne aniżeli pozytywne. Pracoholizm (uzależnienie od pracy; ang. workaholism) – stanowi rodzaj uzależnienia psychicznego (ang. psychological dependence), objawiającego się obsesyjną wręcz potrzebą pracy niemal bez snu i odpoczynku. Konsekwencje pracoholizmu mogą być bardzo poważne, gdyż nadmierne skupienie na pracy, prowadzące w efekcie do wyczerpania organizmu, skutkuje wielorako [18]:

- wyczerpanie fizyczne i emocjonalne;
- zaburzenia koncentracji;

- trudności z zasypianiem, bezsenność;
- wrzody żołądka;
- zaburzenia nerwicowe, lękowe;
- zaburzenia seksualne;
- choroby układu krążenia;
- utrata przytomności;
- zawał serca.

Z powodu przepracowania może nastąpić nie tylko śmierć niejako „samoczynna”, ale też osoba poddana wyczerpującemu przepracowaniu, ciągłemu stresowi może popełnić samobójstwo. Karo-jisatsu to samobójstwo z przepracowania [19].

Mylnie uważa się, że w Polsce karoshi nie ma miejsca. Przeczy temu coraz więcej artykułów, takich jak opublikowany w tygodniu „Wprost” na temat pracownika, który nie wygrał z własną miłością do pracy i kariery: *„Już w niedzielę myślisz, co się będzie dziać w pracy w nadchodzącym tygodniu? Zaharowujesz się, by spłacić dom i samochód? Poczucie winy nie pozwala ci rozliczać nadgodzin? Urlop wykorzystujesz na szkolenia zawodowe? Jesteś na prostej drodze do karoshi – śmierci z przepracowania. Piotr W. miał zaledwie 36 lat i stanowisko szefa marketingu w polskim oddziale globalnego koncernu chemicznego. Co miesiąc na konto wpływało mu ponad 20 tys. zł, roczne bonusy za wzrost sprzedaży sięgały 100 tys. zł, firma dała mu wolną rękę w wyborze służbowego auta – byle do 180 tys. zł. Z poziomu dorobkiewicza, który za pracę przyjechał do Warszawy, awansował w 10 lat na rasowego garniturowca z domem pod Warszawą. To były plusy pracy w korporacji. A teraz minusy – praca zazwyczaj do godziny 20, ponad 50 dni niewykorzystanego urlopu, a nadgodzin nawet sam nie liczył”* [20].

Polacy należą do coraz bardziej zapracowanych narodów świata, stąd coraz bardziej narażeni jesteśmy jako naród na śmierć w wyniku nadmiaru pracy. Problem ten pojawia się coraz częściej na łamach gazet. *„Statystyczny Polak pracuje rocznie prawie 2000 godzin. W krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) pracuje się średnio ok. 1700 godzin rocznie. W państwach, takich jak Niemcy, czy Holandia średni czas pracy to tylko ok. 1400 godzin rocznie. Ze statystyk Eurofound – unijnej agencji do spraw jakości życia i pracy – wynika, że Polacy to naród, który najwięcej pracuje w niedziele i soboty. Blisko 14 godzin w tygodniu pracujemy w domu, a ponadto jesteśmy specjalistami w pracy na dwa lub nawet trzy etaty. (...)W Polsce jest i tak, że w ramach oszczędności, pracodawcy nakładają na swoich pracowników nowe obowiązki, za które ci nie otrzymują wynagrodzenia, ponieważ*

wszystko mieści się w bardzo pojemnych zapisach umowy o pracę – inne polecenia kierownika. Wielu pracowników opacznie rozumie nakładanie nowych obowiązków. Dali mi nowe zadanie, bo jestem dobry. Nikt nie myśli, a nawet jak myśli nie przyznaje się do tego, że jest wykorzystywany, zmuszany do pracy ponad siły. Brak wolnych miejsc pracy determinuje postawy wielu pracowników. Muszę wytrwać, bo innej pracy nie znajdę” [21].

Budowlańcy najbardziej zagrożeni wypadkiem śmiertelnym

Najwięcej wypadków ze skutkiem śmiertelnym w ramach stosunku pracy odnotowuje się w budownictwie. W stwierdzonych przez Państwową Inspekcję Pracy 1826 wypadkach przy pracy zbadanych w 2012 r. przez inspektorów pracy - poszkodowanych zostało 2130 osób, z których 332 poniosły śmierć. Najwięcej poszkodowanych śmiertelnie odnotowano w budownictwie – 34,4%. Najczęściej wypadkom ulegali robotnicy budowlani, tzw. stanu surowego i robót wykończeniowych, a co trzeci (32,8%) śmiertelny wypadek dotyczył osób w wieku 50-59 lat.

„Ze względu na wykonywany zawód najczęściej wypadkom ulegali robotnicy budowlani tzw. stanu surowego i robót wykończeniowych, natomiast wypadkom śmiertelnym - robotnicy pomocniczy w górnictwie i budownictwie. Najwięcej poszkodowanych w wypadkach badanych przez PIP pracowało w zakładach przetwórstwa przemysłowego (32,9%) oraz w branży budowlanej (27,9%). Natomiast najczęściej poszkodowanych śmiertelnie odnotowano w budownictwie (34,4%). W przetwórstwie przemysłowym (15,3% poszkodowanych śmiertelnie) najbardziej niebezpiecznymi działami były: produkcja metalowych wyrobów gotowych, maszyn i urządzeń oraz metali. Dominujące wydarzenia niebezpieczne, powodujące wypadki to utrata kontroli nad maszynami i środkami transportu (23,3%), poślizgnięcia, potknięcia i upadki (21,0%) oraz uderzenie spadającym czynnikiem materialnym (19,2%). Maszyny do obróbki drewna (pilarki tarczowe, frezarki itp.) spowodowały obrażenia u 121 osób, natomiast maszyny do obróbki metalu (tokarki, prasy, przecinarki do metalu itp.) – u 55 poszkodowanych. Były to z reguły urazy ciężkie prowadzące do trwałego kalectwa, a tym samym utraty zdolności do wykonywania pracy zgodnej z kwalifikacjami zawodowymi. Wśród wydarzeń skutkujących śmiercią poszkodowanych dominowały upadki z wysokości (25,9%), utrata kontroli nad obsługiwaną maszyną, pojazdem lub ładunkiem (17,8%) oraz uderzenie spadającym czynnikiem materialnym (16,9%). Wśród przyczyn wypadków ustalonych przez inspektorów PIP dominowały przyczyny ludzkie (47,83%), a następnie organizacyjne (41,12%) oraz techniczne (11,05%). Do

„przyczyn ludzkich” zalicza się w szczególności: niewłaściwe, samowolne zachowanie się pracownika, w tym przechodzenie, przejeżdżanie lub przebywanie w miejscach niedozwolonych; wejście lub wjechanie w obszar zagrożony bez upewnienia się, czy nie ma niebezpieczeństwa, niewłaściwe posługiwanie się np. narzędziami lub używanie narzędzi niewłaściwych, nieprawidłowe zachowanie się pracownika lub jego zaskoczenie niespodziewanym zdarzeniem, niedostateczna koncentracja uwagi na wykonywanej czynności, lekceważenie lub nieznajomość zagrożeń oraz nieużywanie sprzętu ochronnego – najczęściej spowodowane nieznajomością przepisów i zasad bhp oraz brakiem doświadczenia” [22].

Jak wynika z analizy zgromadzonego materiału inspektorów bhp, najbardziej niebezpieczna jest zła organizacja pracy, braki lub niewłaściwe zabezpieczenie stanowisk pracy oraz dopuszczanie do pracy osób bez odpowiedniego przygotowania. Warto zauważyć, że pracownik, zgodnie z przepisami bhp, powinien odmówić wykonania czynności, do której nie został odpowiednio przygotowany, przeszkolony, bądź do której nie ma uprawnień.

Najwięcej błędów i zaniechań organizacyjnych, skutkujących śmiercią poszkodowanych stało się podczas wykonywania ciężkich prac fizycznych (np. podczas podnoszenia lub pchania), prac na wysokości oraz działań zawodowych związanych z prądem elektrycznym, jak np. uszkodzenie wyposażenia, co doprowadziło do porażenia prądem elektrycznym.

Warto też dodać, że inspektorzy pracy nałożyli tylko w jednym roku 1069 mandatów karnych na łączną kwotę ponad 1,5 mln zł oraz skierowali do sądów 87 wniosków o ukaranie, a w 74 sprawach inspektorzy zawiadomili prokuraturę o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Aż bać się myślenia o tych sytuacjach i zakładach pracy, do których inspektorzy nie dotarli i których nie ujrzeli.

Sekcją, w której od lat rejestruje się największą liczbę wypadków przy pracy, choć niekoniecznie ze skutkiem śmiertelnym, jest przetwórstwo przemysłowe. W roku 2011 w sekcji tej zarejestrowano ponad 33 tys. wypadków przy pracy, czyli niemal 3 razy więcej niż w drugiej, co do liczby, wypadków sekcji handlu hurtowego i detalicznego. Stosunkowo duże zagrożenie wypadkiem przy pracy dotyczy również pracujących w sekcjach: dostawa wody, przetwórstwo przemysłowe oraz rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo [23].

Analiza danych Głównego Urzędu Statystycznego wykazuje, że w latach 2000-2012 liczba wypadków przy pracy nie uległa zasadniczym zmianom. Najmniej wypadków było w latach 2002, 2005 i 2009 – potem znowu odnotowano wzrost liczby i wskaźnika wypadków. W roku 2012 zarejestrowano 91 tys. wypadków przy pracy, czyli tyle ile wynosi średnia z okresu od roku 2000 do 2012. Optymizmem napawa fakt, że mniej jest wypadków przy pracy

o ciężkich i śmiertelnych skutkach. Liczba ciężkich wypadków przy pracy, w okresie ostatnich 12 lat stopniowo malała, osiągając w sumie spadek o 54% w stosunku do jej poziomu w roku 2000, a liczba śmiertelnych wypadków przy pracy, w tym samym okresie czasu zmalała o 41% [24]. To pozwala patrzeć z optymizmem w pracowniczą przyszłość Polaków.

Najczęściej zabija samochód, nie praca

Od czasu wynalezienia samochodu, czyli w czasie ponad 100 lat, w wyniku wypadków drogowych zginęło prawie 30 milionów ludzi. Światowa Organizacja Zdrowia przewiduje, że do roku 2020 wypadki drogowe staną się najczęstszą przyczyną przedwczesnej śmierci. W Afryce w 1998 roku więcej dzieci zmarło w wyniku wypadków drogowych niż z powodu wirusa HIV/AIDS. Statystyki dowodzą, że w ciągu 10-20 lat liczba ludzi rocznie ginących w wypadkach drogowych może osiągnąć 1,3 miliona osób. W ciągu ostatnich 17 lat w Polsce zdarzyło się prawie milion wypadków drogowych, w których zginęło ponad 110.000 osób, a ponad milion zostało rannych. Dziennie w wypadkach ginie średnio 15 osób, a 160 zostaje rannych. 5 536 w 2007 r. ofiary śmiertelne na polskich drogach plasują Polskę na drugim miejscu w całej UE, pod względem liczby zabitych na drogach. Co piąty Polak za kierownicą nie zapina pasów, co dziesiąty wypadek spowodowany jest przez pijanego kierowcę; najbardziej przeraża liczba ZŁAPANYCH pijanych kierowców, bo ona dowodzi tego, ilu pijanych pozostało za kierownicą NIEZŁAPANYCH (w 2007 policja zatrzymała ok. 160 tys. pijanych kierowców) [25].

Polska wciąż jest w czołówce krajów UE, gdzie w wypadkach drogowych ginie najwięcej ludzi, chociaż te dramatyczne statystyki poprawiają się. Podobnie jest w całej Europie - liczba osób, które giną na drogach maleje z roku na rok [26].

W 2012 roku w wypadkach na polskich drogach zginęło 3 571 osób. W ciągu ponad 30 – letniego okresu analizy liczby ofiar śmiertelnych wypadków drogowych wróciliśmy do punktu wyjścia z początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Natomiast w tym samym czasie Hiszpania, która miała zbliżoną liczbę ofiar śmiertelnych wypadków drogowych, zmniejszyła ją dwukrotnie, a Niemcy i Francja aż czterokrotnie. Nasz udział w łącznej liczbie ofiar śmiertelnych wynosi obecnie 14%, chociaż Polska nie jest przecież największym krajem Europy, tylko średniej wielkości [27].

Pocieszyć się możemy jedynie rankingiem światowym, włączając w to kraje afrykańskie i azjatyckie. Najgorzej w rankingu wypadu Namibia (45), Tajlandia (44) i Iran

(38), a najlepiej Malediwy (2), Tadżykistan (3) oraz Malta (3). Polska plasuje się poniżej średniej z wynikiem 16/100 000. Daje to miejsce na końcu listy wśród wszystkich 193 krajów [28,29].

Mogłoby się wydawać, że najbardziej niebezpiecznym zawodem jest zawód kierowcy. Jednak nie – budowlańca. Najwięcej wypadków powodują bowiem kierowcy niezawodowi oraz piesi. Zwłaszcza pijani.

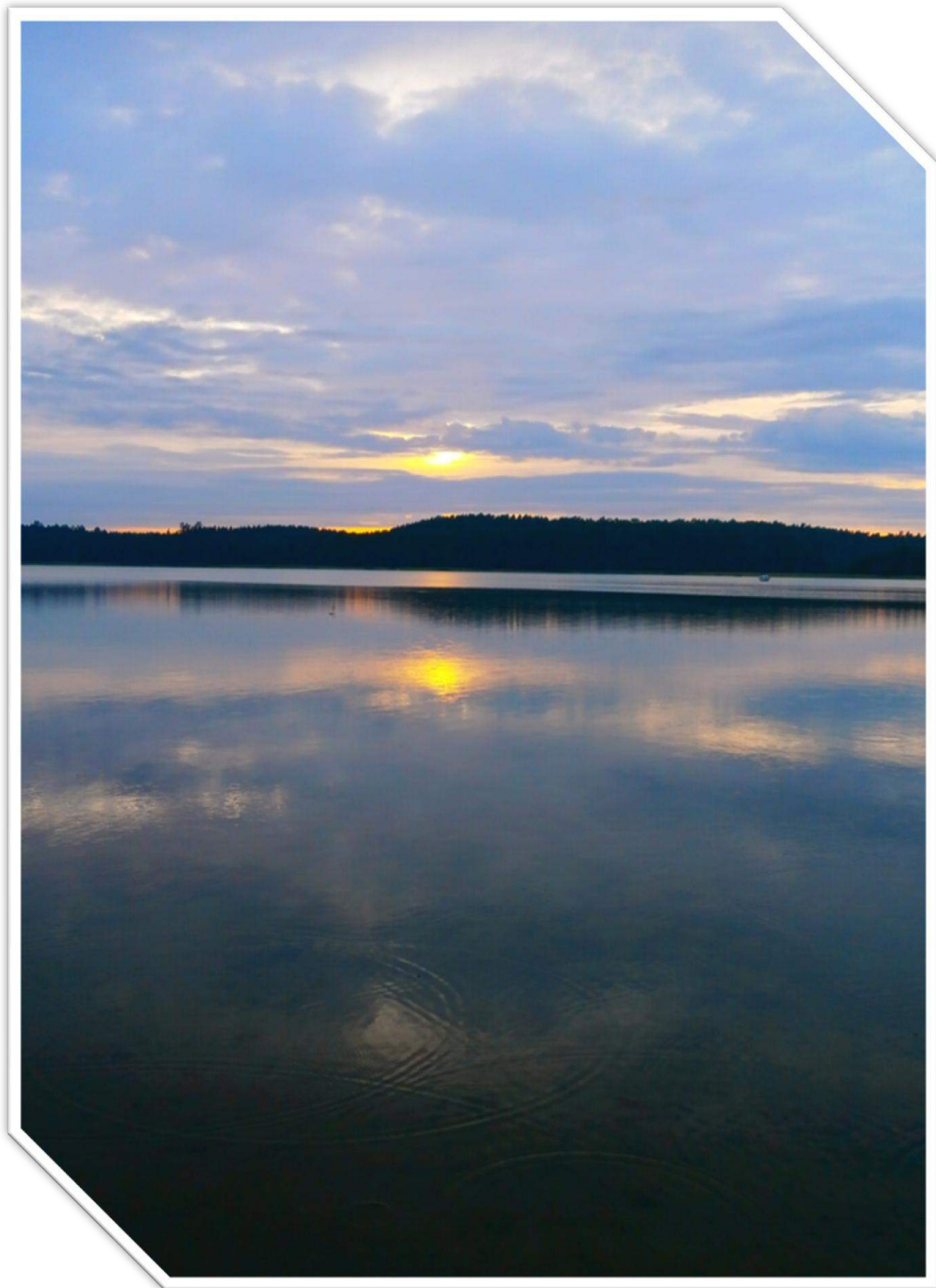
Piśmiennictwo

1. Rosicki R.: O pojęciu i istocie bezpieczeństwa. Poznań 2010, pdf, <http://wnpid.amu.edu.pl/images/stories/pp/pp-3-2010/023-032.pdf>, data pobrania 1.04.2016.
2. Zięba R.: Bezpieczeństwo międzynarodowe po zimnej wojnie. Wyd. Merloni, Warszawa, 2008.
3. Jakubczak R., Flis J.: Bezpieczeństwo narodowe Polski w XXI wieku. Wyd. Merlin, Warszawa, 2006.
4. Zięba R.: Pojęcie i istota bezpieczeństwa państwa w stosunkach międzynarodowych. Sprawy Międzynarodowe, 1989, 10, 49,
5. Giddens A.: Nowoczesność i tożsamość. Wyd. PWN, Warszawa 2007.
6. Grzybowski J.: O różnicy pomiędzy bezpieczeństwem i zabezpieczeniem [w:] Bezpieczeństwo XXI wieku. szanse – Zagrożenia – Perspektywy, Grochowski R. (red.). Wyd. Silva Rerum, Poznań, 2015, 69.
7. Gac A.: Prawa osób starszych, integralna część praw człowieka w XXI wieku [w:] Bezpieczeństwo i prawa człowieka w badaniach młodych naukowców. Wyd. Wyższej Szkoły Handlu i Usług, Poznań, 2014, 115.
8. Kupniewski M.H.: W poszukiwaniu Robo sapiens – modelowanie jako krok ewolucji [w:] Społeczny wymiar aktywności w badaniach młodych naukowców. Wyd. Wyższej Szkoły Handlu i Usług, Poznań, 2014, 146.
9. https://pl.wikipedia.org/wiki/Bezpiecze%C5%84stwo_i_higiena_pracy, data pobrania 22.03.2016
10. Centralny Instytut Ochrony Pracy, Państwowy Instytut Badawczy, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P203223601332862477814, data pobrania 22.03.2016

11. Dz.U. 2003 nr 169 poz. 1650. Obwieszczenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 sierpnia 2003 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, https://pl.wikipedia.org/wiki/Bezpiecze%C5%84stwo_i_higiena_pracy, data pobrania 23.03.2016
12. Badania lekarskie pracowników, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Państwowy Instytut Badawczy, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P203223601332862477814, data pobrania 22.03.2016
13. Ochrona zdrowia kobiet, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Państwowy Instytut Badawczy, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P203223601332862477814, data pobrania 22.03.2016
14. Przepisy szczegółowe. Centralny Instytut Ochrony Pracy, Państwowy Instytut Badawczy, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P203223601332862477814, data pobrania 22.03.2016
15. Jakie zdarzenie kwalifikuje się jako wypadek przy pracy? <http://kadry.infor.pl/bhp/wypadki-w-pracy/219995>, Jakie-zdarzenie-kwalifikuje-sie-jako-wypadek-przy-pracy.html, data pobrania 1.04.2016.
16. Wypadki przy pracy. Centralny Instytut Ochrony Pracy, Państwowy Instytut Badawczy, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P203223601332862477814, data pobrania 22.03.2016.
17. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Kar%C5%8Dshi>, data pobrania 1.04.2016.
18. Killinger B., Sawicka-Chrapkiewicz A.: Pracoholicy: Szkoła przetrwania, Wyd. Rebis, Poznań, 2007.
19. Goliński L.: Pracoholizm, uzależnienie czy pasja, Wyd. Difin, Warszawa, 2008.
20. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia, Wyd. Media Rodzina, Poznań, 2009.
21. Molga T.: Karoshi po polsku, Wprost, 2011, 10, 1465.
22. Jarosz A.: Karoshi - śmierć z przepracowania, Redakcja MedOnet, <http://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego/karoshi-smierc-z-przepracowania,artykul,1689301.html>, data pobrania 1.04.2016.
23. Kołodziejczyk E.: PIP: najwięcej śmiertelnych wypadków przy pracy odnotowuje się w budownictwie, <http://www.bhp.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/pip-najwiecej-smiertelnych-wypadkow-przy-pracy-odnotowuje-sie-w-budownictwie>, data pobrania 1.04.2016.

24. <http://archiwum.ciop.pl/22612.html>, data pobrania 1.04.2016.
25. Statystyki wypadków przy pracy, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P1401037871334841682883&html_tresc_root_id=11288&html_tresc_id=11288&html_klucz=10972, data pobrania 1.04.2016
26. Statystyki wypadków drogowych, http://www.pck.pl/pages,147_190.html, data pobrania 1.04.2016
27. Wypadki drogowe, http://ec.europa.eu/polska/news/140331_wypadki_drogowe_pl.htm, data pobrania 1.04.2016
28. Statystyki wypadków drogowych w Europie, http://www.eurorap.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=84%253, data pobrania 1.04.2016
29. Ślusarczyk P.: Gdzie jest najbardziej niebezpiecznie na drogach? <http://autokult.pl/1264,gdzie-jest-najbardziej-niebezpiecznie-na-drogach>, data pobrania 1.04, 2016

ŚMIERĆ SPOŁECZNA



Podejście do starości na przestrzeni wieków i w różnych kulturach

Krajewska-Kułąk Elżbieta¹, Chadzopulu Antygona², Mateusz Cybulski¹, Łukaszuk Cecylia¹, Trusewicz Zygmunt³

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Szpital Kavalá, Grecja
3. NZOZ T. Trusewicz, Olsztyn

*Każde pokolenie podśmiewa się ze swych ojców,
śmieje się w głos z dziadków, a podziwia pradziadków.*
William Somerset Maugham [1]

Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu, za Nowicki [2] podkreśla się, iż na przestrzeni wieków interesowano się ludźmi starszymi, a podejście do nich ludzi ulegało zmianom - w pewnych okresach doceniano ich życiowe doświadczenie i mądrość, w innych marginalizowano. Na powyższe [2] wpływ miały organizacja i struktura społeczeństwa, model rodziny i jej funkcje, typ dominującego w społeczności przekazu, miejsce w hierarchii społecznej wypracowywane przez całe życie oraz wartości kulturowe.

Mead [3] dokonała podziału kultur na trzy następujące grupy:

- postfiguracyjne - w których przeszłość dorosłych jest przyszłością młodych, społeczność opiera się na tradycji i dzieci uczą się głównie od swych rodziców (przeszłość), seniorzy przekazują wzory kulturowe, są przewodnikami i swoistymi pośrednikami pomiędzy przeszłością a teraźniejszością
- kofiguracyjne - w których społeczność opiera się na doświadczeniach młodych pokoleń nie mających odpowiednika w doświadczeniu rodziców, dziadków i innych starszych osób z bezpośredniego otoczenia, dzieci i dorośli uczą się od swoich rówieśników (teraźniejszość), pokolenie średnie przekazuje im wzory kulturowe, a pokolenie starszych jest marginalizowane, nie ma dziadków, a osoby młode, po dojściu do pełnoletniości, mogą się przenieść z jednej części kraju do innej lub wyjeżdżają za granicę nie zabierając ze sobą rodziców

- prefiguracyjne - będące skutkiem szybkich zmian i wielokulturowości, starsze pokolenie nie nadąża za zmianami, w konsekwencji czego dawne wzorce kulturowe nie sprawdzają się i zaczyna dominować pokolenie młodych, dorośli uczą się również od swoich dzieci (przyszłość, przeszłość).

W czasach prehistorycznych starość uważano za szczególne błogosławieństwo Boże i wiązała się ona z pozycją i prestiżem [4,5,6]. Seniorzy odgrywali znaczące role społeczne, traktowano ich z szacunkiem i liczono się z ich zdaniem [4,5,6].

W starożytności za człowieka starego uznawano nawet osobę w wieku 35 lat [cyt. za 7].

Z upływem lat [6,8,9] coraz bardziej zaczęto cenić młodość, siłę oraz piękno, a starość łączono z degradacją, bezużytecznością, biedą, a nawet i ze śmiercią.

Minois [4] w „*Historii starości. Od antyku do renesansu*” napisał, że „wraz z pierwszym człowiekiem pojawił się problem starości i skandal, jakim jest śmierć. Problem ten nie występował zbyt często podczas pierwszych trzech czy czterech milionów lat długiej prehistorii: polowania, wojny, głód, niedożywienie, choroby dawały człowiekowi paleolitycznemu niewiele szans na to, aby doczekał siwych włosów”.

Cycon, za Kracik [10], mając na myśli starość podkreślał, że „(...) trzeba spokojnie przyjąć i ten okres życia, nie rezygnować z dostępnych rodzajów aktywności, zdobywając tym szacunek, a nie tylko nań czekając. A śmierci nie ma się co bać, bo albo kończy ona wszystko, albo jest wstępem do wiecznego życia.” W jego opinii [10] starość nie oddala ludzi od życia czynnego, a tylko od tej jego części, która wymaga sił młodzieńczych. „Starzec przypomina sternika, który spokojnie stoi przy sterze, podczas gdy inni biegają po pokładzie. W ten sposób robi on to, co jest ważniejsze i lepsze. Pamięć w starszym wieku słabnie jedynie wtedy, gdy się jej nie ćwiczy. Natomiast dobrodziejstwem starości jest to, iż pozbawia nas przyjemności zmysłowych, gdyż w ten sposób odbiera nam to, co bywa przyczyną najgorszych występków młodości” [cyt. za 10,11,12]. „Starość jest ostatnim aktem odegranym na scenie życia: starajmyż się, by nie był on męczący, zwłaszcza gdy sztuka jest dostatecznie długa” [cyt. za 10,11,12].

Przysłowie osetyjskie nakazuje: „*Bądź posłuszny starym, nawet kiedy błędzą*” [cyt. za 13], a Bernard Tristan twierdził, że „*Młodość nie wierzy doświadczeniu starych*” [cyt. 13].

Obniżając wciąż stanowisko człowieka we wszechświecie, za Janem Finotem [14], „odebrano mu wiarę w jego dobrą gwiazdę, uczyniono go bezsilnym i nieszczęśliwym. (...) często bywa nawet zbyt nieszczęśliwy, ponieważ wmówiono weń tyle chorób, że w bólach tarza się po swoim łóżu, jakby rzeczywiście był chory. Wmówiono weń, że nie może żyć

dłużej niż lat osiemdziesiąt, że warunkiem jego postępu i rozwoju jest tępienie bliźnich, albo przynoszenie za nich życia w ofierze. Nauczono go przesądów rasowych, religijnych i opartych na różnicach majątkowych. Wskutek tego człowiek umiera przedwcześnie, żyje w nieustannym stanie wojennym, nienawidzi bliźniego, wytwarza wokół siebie zawiść i sam znosi cierpienia, które zawiść mu zadaje” [14].

Bogucka [15] uważa, iż opisując sytuację osób starszych nie można pominąć historii kobiet. Do podjęcia tych badań (w kilku ostatnich dziesiątkach lat mnóstwo publikacji książkowych), w dużej mierze przyczyniło się rosnące zainteresowanie dziejami mas, sposobami egzystencji, wszelkimi przejawami aktywności ludzkiej, formami odpoczynku, życiem rodzinnym, wychowaniem dzieci, zachowaniami seksualnymi i całokształtem relacji między mężczyznami a kobietami [15].

Malinowski [16], w swojej książce *„Dziela 7. Mit, magia, religia”* przytacza przykład, jak to ludzie w przeszłości mogli zachować wieczną młodość dzięki możliwości zrzucania skóry: *„Stara kobieta, podczas kąpieli w zatoce, zrzuciła starą skórę stając się młodą dziewczyną. Wnuczka nie poznała jej jednak i w strachu odpędziła od siebie. Kobieta, zgębiona i zagniewana, odnalazła porzuconą skórę i weszła w nią ponownie. Po powrocie do domu powiedziała do swojej córki: „Poszłam wykąpać się. Fala uniosła moją skórę. Twoja córka nie poznała mnie i odpędziła. Nie zmienię już mojej skóry. Wszyscy zestarzejemy się. Wszyscy umrzemy”*.

Demokryt [17] podkreślał, że *„żyjemy nie tak jak chcemy, ale jak potrafimy”*. Kępiński [18] trafnie zauważył, iż *„Rytm rozwoju, podobny do rytmu pór roku, jest koniecznością. Nie można starości i śmierci uniknąć. Podobnie jak jesień może być najpiękniejszą porą roku, tak i starość może być najlepszym okresem życia, w którym osiąga się życiową mądrość i czuje prawdziwy smak życia, a to, co się w ciągu życia przeżyło, daje poczucie rzetelnego dzieła. Bywają jednak jesienie słotne i bezowocne i starość też jałowa, bolesna, a nawet tragiczna być może”*.

Analizując nazewnictwo, jakim posługiwali się filozofowie pisząc o ludziach starych, można zauważyć, że było ono przede wszystkim związane ze słowem: GERON (ΓΕΡΩΝ) i stąd przyjęły się słowa używane w wielu językach na całym świecie - geriatria gerontokracja gerontologia [19].

Postrzeganie starości w okresie paleolitu i prekolumbijskim

W tym okresie, za Minois [4], problem starości występował rzadko, ponieważ

ludzie z powodu różnych chorób i niedożywienia nie dożywali wieku sędziwego. Badania pozwoliły na stwierdzenie, że ludzie żyjący w paleolicie z reguły nie przekraczali 30. roku życia. Funkcjonowało przeświadczenie, że „człowiek z racji sędziwego wieku staje w obliczu świata nadprzyrodzonego”, a z uwagi na fakt, iż przypadki starości były rzadkie, więc ludziom starym oddawano zasłużoną cześć [4].

W społeczeństwie prekolumbijskim osoba w sędziwym wieku mogła być doradcą władcy [4], a starcy tworzyli grupy nieformalne (tzw. rady), będące elementem otoczenia władcy i kierujące, w ważnych momentach (np. śmierć władcy), społecznością plemienną [4].

W tym okresie specjalna rola przypadała starym kobietom, pełniących role akuszerki lub poświęcające się religii, poprzez wstępowania do świątyni słońca w Cuzco [4].

Ryn [20], uczeń i współpracownik prof. Kępińskiego, zafascynowany światem Ameryki Środkowej, w książce pt. „Medycyna indiańska” napisał, że Krzysztof Kolumb w 1492 r. zanotował na temat Indian: *„Są dorodni, mają piękne ciała i dobry wyraz twarzy....Pozwolili nam wejść na wyspę i dawali nam wszystko, co posiadali. Są najlepszymi ludźmi na świecie. Są przyjaźni, bez zachłanności, oni kochają swych bliźnich, jak siebie samych...są wierni i nie pragną cudzego. Pierwotni mieszkańcy Andów wierzyli w zależność wszystkiego od Mocy Absolutnej, która kieruje całym światem. Wierzyli, że owa Moc Absolutna stawia człowiekowi wymóg określonego zachowania i postępowania oraz oczekuje od niego postawy szacunku i czci. Jeśli człowiek nie wypełniał swoich powinności Moc zsyłała na ludzi karę w postaci chorób i innych zagrożeń. W czasach przedkolumbijskich można spotkać się z doniesieniami, że w niektórych dolinach górskich odizolowanych od cywilizacji istnieją grupy etniczne, których członkowie dożywają wieku stu lat”*.

W Chile Ryn [20] spotkał się z podaniami, że nazwa Valle de la Muerte (Dolina Śmierci) związana jest z dawnym zwyczajem, kiedy to starcy chcąc ulżyć rodzinie, która ich utrzymywała, udawali się w to miejsce, by tam samotnie umrzeć.

Postrzeganie starości w starożytności

Kultura europejska, za Bogucka [15], wyrasta z dwóch potężnych korzeni - tradycji judeo-chrześcijańskiej i grecko-rzymskiego antyku. Z jednej strony Biblia, a z drugiej dorobek intelektualny starożytnych filozofów uczonych i pisarzy, uformowały typ umysłowości mieszkańca Europy [cyt. za 15]. Dzisiaj już wiadomo, iż w starożytności istniały bardzo wysoko rozwinięte cywilizacje [15,21]. W 1882 roku, w czasach ignorancji i całkowitej negacji istnienia rzeczy pozaziemskich, Dovrely pisał w Atlants The Antediluvian

World, że „*bogowie i boginie z podawanych mitologii byli w rzeczywistości królami i królowymi Atlantydy, przedpotopowej wysokorozwiniętej cywilizacji, z której wywodzą się wszystkie późniejsze ludzkie społeczności*” [22,23]. Na początku, za Hezjod [24], „*Wpierw bowiem ludzie mieszkali na ziemi szerokiej w radości, Nieszczęść nie znając ni cierpień, ni trudów nie znosząc, ni trwogi, Ani też chorób bolesnych, co w śmierci prowadzą nas progi. (Szybko ludzi niedola do granic starości prowadzi) (.....) Jeśli zaś pragniesz, opowiem ci inną historię prawdziwą. Dobrze i mądrze, a ty nie zapomnij mojego wywodu: Że i bogowie, i ludzie z jednego wywodzą się rodu. Najpierw stworzyli na ziemi szerokiej niebiescy bogowie To pokolenie, co złotym ludzkości okresem się zowie. Żyli ci ludzie w tym czasie, gdy Kronos królował na niebie, Żyli zaś niby bogowie nie będąc nigdy w potrzebie, Pracy ni trudów nie znając, ni cierpień przykrej starości, Ani w nogach ni w rękach nie tracąc młodzieńczej świeżości. Żyli w dostatku radośnie, od wszelkich cierpień z daleka, Śmierć zabierała ich z ziemi jak sen łagodny tak lekka*”.

W złotym wieku mędrcy chroniący rasę ludzką od złego nazywali się według Hezjoda –*demonos* [cyt. za 25]. Cywilizacja mykeńska, tkwiąca na Krecie ok. 2.000 lat p.n.e., zachowała sięgający prawników system matrylinearny, w którym kobiety uczestniczyły we wszystkich aktywnościach społeczeństwa, sprawując także wysoki status w medycynie. To było pokolenie pokojowe, bez wojen, czczące naturę [26].

Demokryt [17] słusznie zauważył, że „*Każdy starzec był kiedyś młody, niepewne zaś jest, czy młodzieniec osiągnie wiek starca*” oraz, że „*miłym starcem jest ten, który pięknie mówi i opowiada o mądrych rzeczach*”. Podkreślał [cyt. za 27], iż ludzie błagają bogów o zdrowie, ale nikt ze śmiertelników nie myśli, że zachowanie zdrowia leży w jego własnych rękach.

Tacy pisarze jak Pliniusz, Herodot, Ciceron informowali, że ludzie na Hyperborei (legendarna kraina, która miała znajdować się daleko na nieokreślonej północy, za siedzibą wiatru północnego) żyją po tysiąc lat, prowadząc beztroskie i szczęśliwe życie, bez chorób i cierpień, a gdy już się nim nasycili, odbierali je sobie skacząc ze skały w morze [28]. O Hyperborejach wspomina Hipokrates oraz Platon w „*Timaios*” [29].

W starożytności, za Minois [4], starzy Ariowie i Semici z Bliskiego Wschodu, odczuwali lęk przed starością i niedołęstwem, a podeszły wiek utożsamiali ze złem, które należy oddalić wszelkimi możliwymi sposobami (magią, religią, medycyną). Jednakże pomimo takiego negatywnego nastawienia do problemu starości, podejmowano starania, aby poznać przyczyny starzenia się [4].

Cywilizacja Egiptu napęłnia niezwykłą czcią i poszanowaniem. Herodot nazywał Egipt i Libię najzdrowszymi krajami, jakie zna, gdzie wysoko rozwinięta była higiena i profilaktyka [cyt. za 30]. Magiczna wiedza alchemiczna pochodząca od Egipcjan dotyczyła tego, co dzisiaj nazywa się inżynierią genetyczną, metodami opóźniania procesów starzenia i możliwościami osiągnięcia fizycznej nieśmiertelności [31].

W XVI wieku p. n. e. Papyrus Ebers [32] stwierdził, że *„Powodem słabości, jaką zauważamy u starców jest rozszerzenie serca”*, a Papirus egipski z I wieku po Chrystusie przytacza wymowne słowa na temat starości: *„Ten, kto przeżył sześćdziesiąt lat, pozostawił już wszystko za sobą”* [cyt. za 4].

W bogatym i starożytnym Egipcie córki miały obowiązek opiekować się starcami. Herodot pisał [33] *„Istnieje jeszcze jedna kwestia, która upodabnia Egipcjan do Helleńskiego ludu, a mianowicie z Lacedemończykami. Mówię o ceremonii przechodzenia młodzieży koło starszych w ustępowaniu im z drogi i usuwaniu się na bok, kiedy nadchodzą, powstawaniu z siedzeń kiedy wchodzi ktoś starszy”*.

W odniesieniu do starości, interesujący jest opis wizyty posłów króla Persów Kambinesa (529-522 p.n.e.) do króla Etiopów Długowiecznych: *”... i zapytał jeszcze czym król się żywi i jak długo najwyżej Pers żyje. Ci odpowiedzieli, że żywi się chlebem pszennym... oraz, że 80 lat jest najdłuższą miarą, ustawioną dla życia ludzkiego. Na to rzekł Etiop, że zupełnie go nie dziwi, iż tylko tak mało żyją, skoro żywią się nawozem... Gdy ze swej strony Ichtyofagowie zapytali króla o długość życia Etipopów i ich pożywienie, odpowiedział, że większość ich dochodzi do stu dwudziestu lat, niektórzy nawet i tę liczbę przekraczają; a żywią się gotowanym mięsem i piją mleko”* [34].

Różne kultury wysokorozwiniętych cywilizacji, za Zdyb [35] starały się przybliżyć wnętrze duszy ludzkiej, a doświadczenie tysięcy lat kultury Wedyjskiej Słowian i Ariów stało się skarbnicą najcenniejszej wiedzy o zastosowaniu sił Matki Przyrody dla odbudowy i podtrzymania sił człowieka. Nikt tak jak Grecy nie odczuwał potrzeby harmonii, porządku i ładu, które uczyniono przedmiotem kultu, swoistą religią. Wiedza traktowana była jako własność społeczeństwa i decydowała o faktycznej pozycji człowieka w hierarchii organizacyjno-społecznej [35]. Miejscami ogromnej czci i równocześnie bardzo dobrze zorganizowanym system leczniczym, były Asklepony [35]. Powstały w IV wieku p.n.e. i były to gigantyczne budowle z kolumnami i ogromnym dziedzińcem, otoczone wokół zielonymi lasami lub gajami, ze źródłem wody w samym środku. W tym przepięknym miejscu wierzono, że Asklepios swoimi umiejętnościami góruje nawet nad Zeusem i innymi bóstwami. Chorych leczył teatr, sport i muzyka.[36]. Epikur, uczeń Demokryta „ojca nauki”,

w podobnym miejscu stworzył Akademię, gdzie nauczał 36 lat [37]. Jego filozofią było nie tylko zdobywanie wiedzy, w rozumieniu głoszonym przez akademię Platona i Arystotelesa, ale także nauczanie sposobu na życie. Dusza miała być wolna od cierpień, człowiek uczył się jak być szczęśliwym, a takim można być tylko pośród zieleni w naturze. W akademiach po raz pierwszy studiowały na równych prawach osoby starsze, wykształcone, osoby bez wykształcenia, niewolnicy i kobiety. Twierdził także *„Niechaj młodzieniec nie zaniedbuje filozofii, a i starzec niech się nie czuje niezdolny do dalszego jej studiowania. Dla nikogo bowiem nie jest ani za wcześnie, ani za późno zacząć troszczyć się o zdrowie swej duszy. Kto zatem twierdzi, że pora do filozofowania jeszcze dla niego nie nadeszła, albo, że już minęła, podobny jest do tego, kto twierdzi, że pora do szczęścia jeszcze nie nadeszła albo, że już przeminęła. Powinni przeto filozofować zarówno młodzi, jak i starzy; ci - aby starzejąc się czuli się młodzi, przypominając sobie dobra, jakimi obdarzył ich w przeszłości los, tamci znów - by pomimo swej młodości czuli się nieustraszeni wobec przyszłości, jak ludzie starsi...”* [38].

Mottem Epikura było *„Wszystko zaczyna się od brzucha”* [37], a o jego ważności mogą świadczyć definicja starości podana przez Platona w „Tymaios”: *„Z upływem lat organizm coraz gorzej radzi sobie z przyswajaniem pokarmów, gdyż słabnie ostrość jego trójkątów, które nie mogą już, tak jak czyniły to w młodości, asymilować pokarmów z zewnątrz. (...) Gdy korzeń trójkątów pierwotnych zaczyna słabnąć wskutek licznych walk prowadzonych przez długi czas z licznymi innymi trójkątami, nie mogą one już więcej łamać i asymilować tych, które wchodzi z żywnością (łatwo ulegają podziałowi przez te trójkąty, które wchodzi do zewnątrz), wtedy całe żywe jestestwo, zwyciężone w tej walce, słabnie i ten jego stan zwie się starością”*.. Za wzorcowego starca uważał Kefalosa, bogatego kupca w Pireusie, krzepkiego, dobrze wykształconego i żyjącego dostatnio [cyt. za 12]. Jak pisał *„w miarę upływających lat słabło jego ciało, to jednak nie smucił się z tego powodu, bo im bardziej wędzną inne przyjemności cielesne, tym bardziej rosną pożądania i rozkosze związane z inteligentną rozmową”* [cyt. za 12].

Platon uważał, iż starsi powinni rządzić, a młodszy słuchać i chwalił spartańską konstytucję za to, iż *„równoważyła władzę królów władzą dwudziestu ośmiu starców”* [cyt. za 12].

Pitagoras, podobnie jak Embedokles, potrafił wskrzeszać zmarłych, czego przykładem może być młoda kobieta, którą przywrócił do życia po trzydziestu dniach niewyczuwania u niej tętna [cyt. za 27]. Podzielił życie na cztery okresy po dwadzieścia lat: dzieciństwo, któremu odpowiada wiosna (do 20 lat), młodość, której symbolem jest lato (od

20 do 40 lat), dojrzałość, symbolizowaną przez jesień (od 40 do 60 lat) i starość, której symbolem jest zima (od 60 do 80 lat) [cyt. za 12].

Jamblich [39] kandydata do szkoły Pitagorasa przedstawiał następująco: „(...) *nie przyjmował od razu, zanim nie przeprowadził ich badania i próby. Najpierw więc badał, jak odnosili się do rodziców i innych krewnych (...) zachęcał do poszanowania starszych dowodząc, że w kosmosie, w życiu, w państwie i w naturze to, co wcześniejsze jest bardziej godne czci od tego, co późniejsze w czasie... Winni są im taką wdzięczność, jaką mógłby być winien zmarły temu, kto wyprowadziłby go na powrót do światła. Słuszne jest tych, którzy są pierwsi i są sprawcami największych dobrodziejstw, kochać bardziej od wszystkich innych i nie przysparzać im nigdy smutku. Jedynie rodzice są sprawcami narodzin i wszelkie dobre i szczęśliwe działania potomków dokonują się za sprawą przodków, którym nikt nie może odmówić zasług i wobec których nie godzi się grzeszyć. Słuszne jest bowiem, iż także bogowie wybaczą tym, którzy czczą rodziców jak bogów. Bowiem od rodziców właśnie nauczyliśmy się czcić bogów. Wykształceniem różnią się ludzie od zwierząt, Grecy od barbarzyńców, wolni od niewolników, filozofowie zaś od zwykłych*” [39].

Embedokles, filozof, lekarz, cudotwórca oraz mag uważał, że „*nic nie umiera, a jedynie zmienia swoje właściwości w zależności od czynnika, który dominuje...[peri fyseos]*” i twierdził „*...i leków nauczysz się używać przeciw złu oraz przeciw starości (...), tylko dla ciebie wszystko to uczynię (...) i chmury będziesz rozpraszać*” [cyt. za 27].

W starożytnej Grecji dominował kult ciała oraz sprawności i w związku z tym starość była wykpiwana, obśmiewana, traktowana pogardliwie i bez szacunku. W literaturze propagowano młodych bogów, którzy zwyciężali i zastępowali starych i złych. Wiek podeszły traktowano jako przekleństwo bogów, nie zaś ich dar. W mitologii greckiej „smutna starość” była córką Nocy, wnuczką Chaosu, jej rodzeństwem było Przeznaczenie, Śmierć, Nędza, Sen i Pożądliwość, a siedzibą przedsionek Piekieł, gdzie sąsiadowała z Trwogą, Głodem, Chorobą, Nędzą, Znużeniem i Śmiercią.

Platon [cyt. za 40] w swojej wizji państwa przewidywał rządy starców (filozofów), którzy jedynie według niego, byli w stanie właściwie postrzegać świat rzeczywisty. Dostrzegał korzyści wieku starszego, nakazywał szacunek i posłuszeństwo wobec starszych, a w charakterze człowieka, a nie w starości, upatrywał przyczyn negatywnie przeżywaną ostatniej fazy życia: „*Jak się człowiek trafi porządny i łagodny, to i starość mu tylko w miarę dokucza. A jak nie, to i starość, (...) takiemu nieznosna, i młodość*” [cyt. za 40]. Uważa się, iż podobnie jak grecki pisarz – moralista Plutarch (50 – 120 n. e.) - był zwolennikiem gerontokracji – władzy w rękach ludzi starszych [cyt. za 40]. Za początek starości uznał 50

lat [cyt. za 12]. Według niego, jak podaje Majkrzak [12], starcy nie powinni wycofywać się z życia politycznego, a aktywnie w nim uczestniczyć: „*Nie tylko umiłowanie zaszczytów się nie starzeje, jeszcze mniej starzeje się pociąg do pracy dla dobra wspólnego i dobra państwa. Tak jest przecież do samej śmierci z mrówkami i pszczołami. Nikt bowiem nie widział pszczoły, która z powodu starości stała się trutniem*”.

Niestety Arystoteles (Stagiryta), w swojej „*Etyce nikomachejskiej*”, niezbyt pochlebnie odnosił się do tej grupy społecznej twierdząc że nie znają oni bezinteresownej przyjaźni, są podejrzliwi, egoistyczni, oziębli i kierują się wyrachowaniem, a nie wartościami etycznymi [cyt. za 41]. Starości i seniorom przypisywał takie cechy, jak: chciwość, podejrzliwość, skąpstwo, brak zdecydowania, bojaźliwość, nieżyczliwość, małoduszność i samolubność, gdyż jego zdaniem „*pomiędzy ludźmi o skwaśniałych charakterach i posuniętym wieku, rzadko dochodzi do przyjaźni*” [41]. Pisał w niej też [41]: „*należy dbać o pożywienie przede wszystkim dla rodziców, ponieważ jest się ich dłużnikiem pod tym względem i jest rzeczą piękną czynić to dla tych, którym zawdzięcza się życie aniżeli dla siebie samego. Ale i cześć powinno się żywić dla rodziców, tak jak dla bogów, nie wszelką jednak, bo nawet inną dla ojca, inną dla matki*”. Uważał, że edukacja jest najważniejszą rzeczą w przeciwstawieniu się starości [42].

Arystoteles, za Majkrzak [cyt. za 12] w swoich rozprawach „*O młodości i starości, O życiu i śmierci, O oddychaniu*” twierdzi, że w miarę upływu życia zmniejsza się coraz bardziej ciepło serca, ponieważ jest wydalone wraz z oddechem. W związku z tym nawet lekkie choroby zdarzające się w starości, prowadzą szybko śmierć [cyt. za 12]. Twierdził, że dojrzałość ciała osiąga się w wieku 35 lat, natomiast dojrzałość duszy w wieku 49 lat, a później coraz bardziej niedołącznie [cyt. za 12]. Uważał, że osłabienie ciała powoduje również i osłabienie duszy. Władza, według niego, powinna być w rękach młodych i silnych mężczyzn, a rolę seniorów winny być funkcje religijne. W „*Retoryce*” [43] używa określenia „*piękna starość*”, przez co rozumie „*powolny proces starzenia się, nieuciążliwy dla innych*”, będący wynikiem „*zalet ciała i szczęśliwego losu*” (dobrej kondycji fizycznej i wolności od nieszczęść). „*Piękno starca polega na tym, że ma on dość siły do wykonywania niezbędnych do życia czynności i jest wolny od tych wszystkich ułomności starczego wieku, które sprawiają przykrość innym*”, w związku z tym „*człowiek słaby fizycznie lub upośledzony przez los nie może doznawać szczęścia w podeszłym wieku*” [43]. W II księdze *Retoryki* ukazał obraz starca, będący przeciwieństwem platońskiego Kefalosa, którego opisał jako człowieka zbyt ostrożnego, nieufnego, niezdecydowanego, podejrzliwego, skąpego, trwożliwego, bojaźliwego, nieżyczliwego, samolubnego, małodusznego, nastawionego

pesymistycznie do świata, zbyt rozgadane, pozbawione wstydu, wyrachowane i skłonne do płaczu i gniewu. Ludzie starzy „nie pokładają w niczym nadziei. Nauczyło ich tego życie, które częściej przysparza niepowodzeń i obraca wiele rzeczy na gorsze, niż się spodziewamy (.....) skłonni są jednak również do litości, ale nie z tej samej przyczyny, co młodzi. Młodzi – z życzliwości do ludzi, oni zaś ze względu na własną słabość” [43].

Majeran [44] podkreśla, że to, jak Arystoteles ujmuje starość, można podzielić ze względu na trzy aspekty: etyczno-psychologiczne (charakterologiczne), społeczno-polityczne i biologiczno-medyczne.

W tym miejscu warto jednak zauważyć, że Minois [4], iż mimo negatywnego wizerunku osoby starej w starożytnej Grecji można znaleźć również informacje o istnieniu instytucji wspomagających seniorów potrzebujących opieki, np. osobom zasłużonym dla państwa wydawano posiłki.

Laertios [46] pisał, iż myśliciele greccy dożywali sędziwego wieku - od 60 do 150 lat. Richardson [47] zbadała 2.022 nagrobki zmarłych Greków i okazało się, że 10,2% z nich należało do osób, które ukończyły 60 lat.

W Sparcie [5] osoby starsze miały pozycję uprzywilejowaną. Miastem/państwem rządziła tzw. geruzja, rada (jednocześnie organ władzy politycznej i sądowniczej) złożona z trzydziestu starców, którzy byli wybierani jednogłośnie przez obywateli spośród osób, które ukończyły 60 lat.

W 335 roku p. n. e. [cyt. za 40], grecki lekarz Diokles z Karystos opisał znaczenie, w życiu codziennym, higienicznego postępowania, które miało pozwolić dożyć starości w sile i sprawności. Cywilizacja hellenistyczna, otwarta na odmienność kulturową, nie odrzucała starości, nie wstydziła się jej i nie oceniała, a traktuje ją na równi z młodością, dając możliwość działania ludziom starszym.

W opinii Arystotelesa wyrażonej w dziele *Meteorologica* [45], zmiany zachodzące w związku ze starzeniem się organizmu, w aspekcie fizykalno-medycznym, „mają one charakter degeneracji i prowadzą do osłabienia bądź zaniku funkcji życiowych. Mimo, że proces starzenia się nie dotyczy samego umysłu, jednak wpływa on ujemnie na zdolności deliberatywne człowieka, poprzez osłabienie organów cielesnych, którymi posługuje się dusza”.

Według Hipokratesa starzenie organizmu polegało na utracie ciepła i wilgoci, przez co ciało, w miarę upływu czasu, stawało się coraz bardziej zimne i suche [cyt. za 12, cyt. za 30]. Uważał także, że ciało w okresie wzrostu ma największą ilość wewnętrznego ciepła, stąd potrzebuje wtedy najwięcej pokarmu. Ponieważ u ludzi starych jest niewiele ciepła, więc

potrzebują oni mało pokarmu. Preferował też teorię, że starzenie się polega na stałym zmniejszaniu się ilości energii zawartej w ciele [cyt. za 12, cyt. za 30]. Każdy człowiek w chwili narodzin otrzymuje pewną ilość energii, którą stopniowo zużywa w ciągu życia i przeciwdziałać temu procesowi można poprzez umiar w odżywianiu, gimnastykę, kąpiele i picie wina [cyt. za 12, cyt. za 30].

Teorię tę podzielał również Hieronim [cyt. za 30]: *„Ciała [...] mężczyzn i kobiet w dojrzałym wieku płoną wrodzonym ogniem i dla tych okresów życia szkodliwe są pokarmy podwyższające ciepłość, a dobrze robi dla zdrowia wszystko, co zimne w pokarmie i napoju; jak, przeciwnie starcom, którzy cierpią zaflegmienie i zimno, pomagają ciepłe pokarmy i stare wino”*.

W okresie istnienia Cesarstwa Rzymskiego rola starszego człowieka uzależniona była od pozycji społecznej [4,15]. Starcy cieszyli się zaufaniem i szacunkiem w okresach trwania republiki, ale w chwili skupienia władzy w rękach cesarza, stali się symbolem słabości i cierpienia, a ich autorytet gwałtownie zmalał [4,15]. Pomimo utraty wielu przywilejów prawnych, seniorzy posiadali jednak określony autorytet [4]. Rzymski senat składał się przede wszystkim z osób w podeszłym wieku, jednym z senatorów był Katon Starszy, który zmarł w wieku 85 lat i pełnił swój urząd do końca życia [4].

W Rzymie, za Majkrzak [cyt. za 12], starością z punktu widzenia medycznego zajmował się Celsus, który w swoim traktacie *„O medycynie”* zawarł katalog starczych schorzeń, do których zaliczył: zaziębienie, kłopoty z układem moczowym i oddechowym, zapalenie zatok, bóle krzyża i stawów, bezsenność, paraliż, ból uszu, oczu i jelit, dyzenteria i rozstrój żołądka.

Galen był przekonany, że każda śmiertelna istota od początku nosi w sobie ziarno śmierci, o czym pisał w swym głównym dziele *„O zachowaniu zdrowia”* [cyt. za 12].

Rzymianie często wypowiadali się o osobach starych, jednakże prawie zawsze były to słowa krytyczne w dziełach rzymskich komediopisarzy Terencjusza i Plautusa, którzy opisywali ludzi starych za pomocą następujących określeń: „głupi gaduła”, „brudny”, „niechłujny”, „cuchnący oddech”, „pożółkła cera”, „schorowany”, „trzęsący się”, „drżący”, „zgięty we dwoje”, „wychudły”, „zwiotczały”, „zwiędły”, „zużyty” [4].

Najuboższe osoby starsze miały świadczoną pomoc społeczną, a jej rozwój dokonywał się pod wpływem tradycji chrześcijańskiej, z reguły pod postacią filantropii religijnej i świeckiej [48,49,50]. Za prekursorów zorganizowanej działalności dobroczynnej uważa się kościół rzymski, zakony i parafie, zaś szpitale, przytułki i sierocińce - za pierwsze instytucje pomocy społecznej [48,49,50].

Seneka [51] pisał *„Nie odstąpię od starości, jeśli całego mnie zachowa dla mnie, całego, gdy chodzi o ową część lepszą; lecz jeśli zaczniesz osłabiać mój umysł, odbierać mi go po części, jeżeli nie pozostawi mi życia, a tylko możliwość oddychania, to wyskoczę ze zgnilego i walącego się domu”*.

Seneka, jak podaje Majkrzak [12] pisał na temat starości radząc: *„Powitajmy więc ją życzliwie i pokochajmy. Bo i ona jest pełna uroku, jeśli potrafisz z niej korzystać. Owoce najlepiej smakują wtedy, gdy przemijają”*.

Postrzeganie starości w średniowieczu

Okres średniowiecza to upadek kultury, rozwój i legalizacja chrześcijaństwa, epidemie malarii, trądu, czarnej śmierci, nerwic i psychoz, alchemii, rozwój monastycyzmu, mizoginizmu, demonologii, procesów o czary i eksterminacja wiedźm, czyli kobiet posiadających wiedzę [30,52].

W okresie wczesnego średniowiecza, za Kracik [10] człowiek w podeszłym wieku miał niską pozycję społeczną i nie przypisywano im żadnego specjalnego znaczenia. Trudną sytuację mieli wojownicy, którzy musieli wybrać pomiędzy śmiercią podczas walki a śmiercią ze starości, pozbawioną rycerskiej chwały. Bogatsi, aby zostać zbawionymi i zbliżyć się do żywota wiecznego, mogli wstępować do klasztoru, traktowanego jako specyficzny przedsięwzięcie między życiem doczesnym i wiecznym [10]. Osoby ubogie, jeżeli nie miały pomocy rodziny, stawały się biedakami [10].

Hieronim (331 r.), za Ożóg [53], doskonały znawca literatury klasycznej, w swoich pismach wielokrotnie podejmował temat starości i wielokrotnie ukazywał, zresztą na swoim przykładzie, nie tylko zalety bycia starcem, ale także zwracał uwagę na wiele złych stron związanych z tym wiekiem: *„w starości, zaledwie może się poruszać, tak że nie poznaje, kim był przedtem, ale zmienia się niemal w innego. Cóż zresztą mówić o czasach od dzieciństwa aż do późnej, zgrzybiałej starości, gdy i choroba, i kłopoty z jedzeniem sprawiają, że bardzo piękne przedtem oblicze kobiet staje się tak brzydkie, iż miłość zamienia się w nienawiść?”*. Im człowiek starszy tym większej potrzebuje opieki. Hieronim ze złością poddawał krytyce pewnych duchownych, którzy dla zysku: *„oddają poniżające usługi bezdzietnym starcom i staruszkom. Sami podstawiają naczynie, siadają na łóżku i własnoręcznie zbierają wydzieliny żołądkowe i płucną flegmę. Trwoga ich ogarnia za wejściem lekarza i drżącymi wargami wypytują się, czy chorzy lepiej się mają. Gdy zaś starowina poczuje się nieco silniejszy, czują się zagrożeni i pod maską udanej wesołości drąży ich chciwość wewnętrzna. Boją się bowiem,*

by nie utracić zapłaty za posługę i rzeńskiego starca porównują pod względem wieku do Matuzalema” [53]. Starość przedstawiał często za pomocą antytez i antonimów, postrzegając ją jako słabość i dojrzałość, jako cnotę i wadę, jako wiek pokory, szacunku i pogardy, jako pewną epokę w życiu, analogiczną do innych okresów, a jednak od nich inną, ponieważ jest syntezą przeszłości i przewodnikiem do przyszłego spotkania z Bogiem [53]. W jego twórczości epistolarnej możemy odnaleźć faktycznie wiele informacji na temat starości i to nie tylko odnoszącej się do człowieka: „*Na starej drodze szukamy nowej ścieżki, a dla starego i oklepanego przedmiotu obmyślamy nową, niezwykłą formę, aby nie był tym samym, będąc tym samym*” [53].

W VI w., za Minois [4] pojawiło się pojęcie “stan spoczynku”, oznaczające początek wieku emerytalnego. Podział na ludzi młodych i starych utożsamiano z możliwością fizycznej aktywności, a starość - ze spadkiem sił i niemożnością wykonywania czynności zawodowych [4].

W okresie schyłku średniowiecza seniorzy, jednakże wyłącznie pochodzący z określonych grup społecznych (arystokracji, bogatego rycerstwa i dostojników kościelnych), zajmowali wysokie stanowiska państwowe, urzędnicze, kościelne, na zasadzie prawa starszeństwa, co powodowało konflikty międzypokoleniowe [4]. Przez osoby młode, ludzie starzy byli traktowani pogardliwie, jako rywale i przeszkody w indywidualnym rozwoju i zdobywaniu majątku. Powyższe odzwierciedlała także poezja XV wieku, poświęcona słabości, brzydocie i niedoli osób starych [4].

Pod koniec średniowiecza zaczęto coraz intensywniej myśleć nad problemem zabezpieczenia starości, a kupcy i rzemieślnicy, zrzeszeni w branżowych cechach i wycofujący się z aktywnego życia, zaczęli opłacać składki na utrzymanie domów opieki [40].

Zaczęły też pojawiać się domy starców dla bogatych, biedni nadal byli żebrakami [40]. Szpitale powstające w Europie Zachodniej (Francja, Rzym, Czechy) stawały się pierwowzorem dla rozwijanych na ziemiach piastowskich [40]. W 1152 roku powstał prowadzony przez zakon cystersów szpital dla ubogich w Jędrzejowie. W roku 1222 - szpital św. Ducha w Sandomierzu, a w roku 1260 - leprozorium św. Łazarza we Wrocławiu [40]. Od roku 1419 do 1800 funkcjonował w Lublinie szpital ufundowany przez króla Władysława Jagiełło. W roku 1425 książę mazowiecki, Jan, przeznaczył szpital św. Ducha w Warszawie dla ludzi, których „*Pan Bóg różnymi natury cierpieniami i kalectwem wieku podeszłego nawiedził*” [40]. W latach 1441 – 1452 powstało wiele szpitali w Krakowie, Warszawie, Lwowie, Poznaniu, Świebodzinie [40].

Postrzeganie starości w okresie renesansu

W renesansie odradzała się myśl antyczna (kult młodości oraz pięknego i zdrowego ciała) i w związku z tym pogardzano chorobami/niepełnosprawnością lub bano się ich. Człowieka starego utożsamiano z brzydotą, niedołęstwem, cierpieniem oraz brakiem sprawności działania. Erazm z Rotterdamu [54] pisał: „(...) *im bardziej się starzeją, tym bardziej stają się do dzieci podobni, aż wreszcie tak jak dzieci wynoszą się z tego świata ani już nie żałując życia, ani śmierci się nie bojąc*”. Jednocześnie jednak ludzie starsi zajmowali czołowe stanowiska państwowe i kościelne oraz idealizowano starych greckich filozofów.

Postrzeganie starości na przestrzeni XI -XVIII wieku

W tym okresie doszło do rozwoju filantropii świeckiej w zakresie działalności opiekuńczej i oświatowej [48,49,50]. Pierwszymi "pracownikami socjalnymi" stali się zakonnicy, w których poczynaniach można doszukać źródeł specjalistycznej, profesjonalnej opieki. W XI wieku kroniki zawierały już opisy starości i zastanawiano się nad jej przyczynami. Z czasem traktowano jako normalną rzeczywistość, nadal jednak człowieka starego postrzegano jako „nudziarza” i „pomyśleńca”, którego życie jest wielkim cierpieniem [48,49,50].

W XIII w., w przypadku osób, które mogły utrzymać swoją pozycję w społeczeństwie lub dysponowały środkami umożliwiającymi wycofanie z aktywnego życia, starość nie była problemem [48,49,50].

W tym okresie problemem starości interesował się między innymi angielski filozof Roger Bacon (1214 – 1294), który w 1257 roku wydał dwa traktaty ukazujące wady i zalety wieku sędziwego, używając w nich starogreckiego słowa „geronton” (=starzec) [48,49,50].

Biskupi i duchowni, specjalizujący się w pielęgnowaniu chorych i wychowywaniu sierot, zaczęli zakładać szpitale (przytułki). Zaczęły też powstawać hospicja dominikańskie i franciszkańskie [48,49,50].

W wieku XIV i XV, za Bois [55], dochodziło do wzrostu populacji ludzi starszych, co związane było ze śmiertelnościami epidemicznymi, które oszczędzały starsze pokolenie. Powyższe przyczyniło się do istotnych zmian nie tylko w życiu społecznym, ale także strukturach rodzin. W konsekwencji z jednej strony doszło do wzmocnienia ekonomicznej i politycznej pozycji starszych, ale z drugiej wyzwoliło kolejną falę krytyki [55].

W XVI wieku ponownie zaczęto czerpać wzorce z kultury antycznej i znów utożsamiano ich z chorobą, brzydotą, słabością, cierpieniem [55]. Jednocześnie pełnym podziwem otaczano starszych, sędziwych ludzi, odgrywających istotną rolę w społeczeństwie, w gospodarce, polityce i sztuce [55]. W tym okresie człowiek stary nie miał wstępu do środowisk dworzan, w którym panował ideał pięknego i silnego młodzieńca [55].

W. XVI to także wyzwolenie ludzi z analfabetyzmu. W poprzednich epokach ludzie kierowali się filozofią natury opartą na Arystotelesie i dopracowaną przez Tomasza z Akwinu w XII wieku (wszystko, co żyje ma duszę) [56]. W XVII i XVIII w. w Holandii i Francji rozwinął się kartezjanizm, gdyż system Kartezjusza, jednego z najbardziej wpływowych filozofów w historii, uznawało i rozwijało wielu filozofów, matematyków czy naukowców [56]. Zwolennicy tego nurtu propagowali powiedzenie, że *„człowiek – to maszyna, której funkcjonowanie można opisać przemianami chemicznymi”*. Sam Kartezjusz dążył do zbudowania jedności całej nauki, lecz zdecydowanie oddzielił zdobywcze starożytności od nowożytności, metafizykę od fizyki. Uważał szyszynkę za siedlisko duszy. Starął się zbudować niepodważalne dowody na istnienie Boga, a radykalnie oddzielił wiarę od rozumu, prawdy religijne od prawd rozumu, osłabiając wiarę w Boga, a nawet przyczynił się do zerwania więzi z Transcendencją, co dokonało się w różnym stopniu już u myślicieli okresu pokartezjańskiego [56]. Twierdził, że *„Bóg ukształtował nasze ciało jako maszynę i chciał, aby ona funkcjonowała w charakterze uniwersalnego narzędzia”*; *„Ja jestem czymś różnym od mego ciała i bez niego mogę istnieć”* [57].

Zarówno wiek XVII, jak XVIII były okresami krytyki starości, utożsamiając seniorów z brzydotą i niedołęstwem. Kobiety, za Bois [55], uważano za nierządnicę i stręczycielkę, siejące wokół siebie zepsucie. W szczególnie trudnej sytuacji byli seniorzy nie akceptowani przez środowiska społeczne, w których żyli - opuszczeni przez rodziny, niezdolni do pracy i własnego utrzymania się [55].

W tym okresie istniały domy starców i różne szpitale (ilość nie była wystarczająca w stosunku do liczby potrzebujących pomocy), przeznaczone w większości dla osób o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym [55].

W XVIII wieku sytuacja ludzi starszych ulegała zmianie, a starość przestała być zjawiskiem marginalnym [55]. W Europie zaczęto wprowadzać system emerytur, z których pierwsi skorzystali żołnierze [48,49,50]. Następnie na wzór emerytur wojskowych zaczęli je we Francji otrzymywać sędziowie i pracownicy poczty (fundusz tworzyły przymusowe składki). W Polsce, w roku 1764 wydano zarządzenie o wprowadzeniu renty inwalidzkiej, co umożliwiało wielu rannym i chorym egzystencję w kręgu rodzinnym. Zainteresowanie

państwa losem ludzi starych i chorych podwyższyło ich pozycję społeczną i stworzyło atmosferę przychylności [48,49,50].

Postrzeganie starości w wieku XIX

W tym wieku, za Bois [55], znacznie wzrósł odsetek ludzi starszych w stosunku do całej populacji, co w konsekwencji upowszechniło higienę i pomoc ludziom starym, a także podniosło poziom wiedzy na temat starości. Wydano wiele podręczników na powyższy temat, w tym pierwszy z tej dziedziny przez nadwornego lekarza carskiego w Petersburgu, w carskiej Rosji, w drugiej połowie XIX wieku [55]. Uważano jednocześnie, iż człowiek w podeszłym wieku powinien wycofać się z aktywności zawodowej, porzucić zwykłe zajęcia, a czas poświęcać na wypoczynek [55].

Wiek XIX określa się także tzw. złotym wiekiem filantropii z uwagi na fakt, iż tradycyjną dobroczynność zastępowano nowymi profesjonalnymi formami działalności [48,49,50]. W każdym większym mieście znajdował się z reguły przytułek dla starców, chociaż poziom spawowej w nim opieki nie był za wysoki [55]. W Anglii, przed rokiem 1834, seniorzy otrzymywali pomoc w parafiach, razem z innymi biedakami. We Francji istniał system opieki szpitalnej, którą objęte były osoby w wieku powyżej 70. lat. Ludzie starzy również otrzymywali pomoc w miejscach zamieszkania, a jej wielkość uzależniano wiekiem danej osoby [55]. Rozwinięto np. pomoc środowiskową, a w Londynie, w roku 1869 powołano Towarzystwo Organizacji Dobroczynności (pierwszą instytucję koordynującą pracę służb socjalnych) [48,49,50].

Podobnie jak w poprzednich wiekach, sytuacja seniorów zależna była od stanu posiadanego majątku. Osoby, które nie miały funduszy na opłacenie pomocy domowej, zdane były na pomoc swojej rodziny, często zajmującą się nimi jedynie ze względu na możliwość otrzymania spadku [55]. W przypadku, gdyby nie oddali swoich majątków, ze strony dzieci narażeni byli na agresję, a nawet akty zbrodni [55].

Zeladin [58], sytuację człowieka starego w rodzinie opisał następująco: „*Ojciec rodziny, który wyzbył się własności, traci wszelką władzę; otacza go pogarda, dzieci odsuwają go od siebie, wyrzucają go ze swych domów, odsyłają jedno do drugiego: ma dożywnięć rentę, której najczęściej mu nie wypłacają*”.

W wielu krajach Europy, np. w Anglii i Francji, zaczęto systemy emerytur i ubezpieczeń dla ludzi starych, a obok stowarzyszeń i instytucji prywatnych zaczął funkcjonować system opieki państwowej [55]. Jednym z najlepiej funkcjonujących systemów

opieki zdrowotnej dla ludzi w podeszłym wieku oraz przewlekle chorych został wypracowany w Australii oraz Katarze.

Generalnie XIX wiek to okres zmieniający podejście do problemu starości, do czego przyczynił się rozwój nauk medycznych, biologicznych, społecznych. Niestety materializm nie przestał być dominującą filozofią na wszystkich uniwersytetach, a w USA, przez większość XX wieku, oficjalną doktryną akademickiej psychologii był behawioryzm, który zaprzeczał istnieniu świadomości [59].

Religie i inne kultury a postrzeganie starości

Chrześcijaństwo

We wczesnym chrześcijaństwie z jednej strony uważano, iż starość człowieka to konsekwencja popełnionych przez niego grzechów, to zło i kara boska, a z drugiej - zauważano pozytywne elementy długiego życia np. na terenie obecnej Francji, król Childebort I i jego żona ufundowali pierwszy dom opieki (hospicjum) [40].

Prawo Boże przekazane Mojżeszowi nakazywało szacunek starszym ludziom: „*Przed siwym włosem winienesz wstać i masz okazywać względy osobie starca, i masz się bać swego Boga*” (Kapłańska 19:32). Słudzy posłuszni Bogu powinni wstać „1) na znak szacunku dla starszego człowieka oraz 2) w dowód bojaźni wobec Stwórcy. Sędziwe osoby miały więc być poważane i uznawane za wartościowych członków społeczeństwa” (Przysłów 16:31; 23:22).

Także Sam Jezus wykazywał troskę o ludzi w starszym wieku i ostro potępił przywódców religijnych zaniedbujących starzejących się rodziców i twierdzących, że usprawiedliwia ich tradycja (Mateusza 15:3-9). Jezus z ogromną miłością troszczył się o swą niemłodą już matkę i nawet gdy straszliwie cierpiał na palu męki, pamiętał o niej i prosił apostoła Jana, by się nią zaopiekował (Jana 19:26, 27).

W Piśmie Świętym, za Molka [60], starość jest utożsamiana z mądrością, władzą i błogosławieństwem - „*Jak sąd przystoi siwym włosom, tak starszym umieć doradzać*” (Syr 25,4). Oznacza pełnię życia w Bożej bojaźni - jest osiągnięciem celu życia, którym w Starym Testamencie jest doczekanie się dzieci i wnuków [60].

W Nowym testamencie starość jest symbolem chrześcijańskiej dojrzałości, gdy możliwie najwierniej jesteśmy w stanie wyobrazić sobie Chrystusa w Jego doskonałej postaci (Ef 4, 13nn.), o czym mówi także czwarte przykazanie Dekalogu : „*Czczij ojca twego i matkę swoją, abyś długo żył na ziemi, którą Pan, Bóg twój, da tobie*” (Wj 20, 12; Pwt 27, 16; por. Prz 1, 8; 6, 20), Księga Mądrości Syracha: „*Kto szanuje ojca, długo żyć będzie*” (3, 6). Warto

zwrócić uwagę także na takie zdania: „Bojaźń Pańska dni pomnaża, krótkie są lata grzesznika” (Prz 10, 27) oraz „Siwy włos ozdobną koroną: na drodze prawości się znajdzie” (Prz 16, 31).

Postacie biblijne żyły długo: Adam prawdopodobnie lat 930, Matuzalem - 969, Noe - 950, a Mojżesz - 120 lat. Człowiek został stworzony „na obraz Boży”, a starość w żaden sposób nie umniejsza jego podobieństwa do Stwórcy, bowiem ludzie na każdym etapie swojego życia są obrazem Boga.

W księdze Hioba [Hi32] jest napisane: *„co do lat jestem młody, wy zaś jesteście już starzy i stąd się przeląknę, strwożyłem, nie ujawniłem swej wiedzy. Niech mówią lata – myślałem, podeszły wiek jest rozumny (...) Mądrość nie z wiekiem przychodzi, a prawość nie tylko starcom jest znana”*.

Do jednych z najlepszych przykładów umocowania intelektualnego starości zaliczyć należy końcowy etap życia Jana Pawła II, który był przekonany, iż starość jest trzecim etapem życia: „narodziny życia, jego rozwój i zmierzch – to trzy momenty tajemnicy istnienia, tajemnicy ludzkiego życia, które pochodzi od Boga, jest Jego darem, Jego obrazem i odbiciem, udziałem w Jego ożywym tchnieniu” [61, cyt. za 62].

Judaizm

W kulturze starożytnego Izraela, za Grzesiak [63], starość utożsamiana była z mądrością, a seniorzy byli autorytetami i piastowali w społeczeństwie bardzo wysokie funkcje. Najważniejsze decyzje, dotyczące mieszkańców miasta, kraju pozostawione były osobom starszym, a szacunek okazywany osobie starszej traktowano jako szacunek okazywany najwyższemu Bogu [63].

W Księdze Kapłańskiej napisane jest [cyt. za 63] *„Przed siwizną wstaniesz, będziesz szanował oblicze starca, w ten sposób okażesz bojaźń Bożą. Ja jestem Pan! [KKK 2208]. Do obowiązków dzieci należało także „okazywanie rodzicom czci zaprawionej bojaźnią”* [63].

Fakt, iż ktoś osiągnął sędziwy wiek uważano za ogromne błogosławieństwo i nagrodę za szacunek okazywany rodzicom [63]. Powyższe wynikało także z religijności, a w Biblii można znaleźć różne sposoby na zachowanie długowieczności, takie jak [cyt. za 63]: studiowanie Tory, umieszczenie na odrzwiach mezuzy (pojemnika zawierającego fragmenty z Księgi Powtórzonego Prawa), uczciwe postępowanie w handlu, czy odsyłanie matki przed zabranie dzieci (*„Matkę zostawisz w spokoju, a pisklęta możesz zabrać - aby ci się dobrze powodziło i abyś długo żył”*), co związane było z obowiązkiem dozgonnej opieki nad matką i traktowaniem jej wyżej, niż własne dzieci.

Grzesiak [63] podkreśla, że w judaizmie starość to nie tylko mądrość życiowa, ale także mądrość w "wymiarze religijnym". Osoby starsze uważane są bowiem za religijnych przewodników, mających pomóc młodszym pokoleniom we właściwym zrozumieniu tekstu religijnego [63].

Oddawanie czci osobom, które ukończyły 70 lat, a także swoim rodzicom nakazuje bowiem Halacha [64,65,66]. Nie wolno sprzeciwiać się im, zwracać po imieniu, zawstydząć ich i tracić panowania nad sobą w ich obecności. Dzieci mają obowiązek karmić i ubierać swoich rodziców, wstawać z miejsca, gdy wchodzi i wyrażać się o nich z szacunkiem [64,65,66].

W judaizmie istnieje wiele terminów używanych na określenie osób starszych, takich jak np.: *szeiba* i *jaszisz* (sędziwy), *kaszisz* (człowiek starszy wiekiem), *nemusz* (bardzo stary mężczyzna) oraz najpopularniejszy, używany do dnia dzisiejszego terminem *zaken* (starzec) [cyt. za 63].

Daleki Wschód

W Chinach panował niespotykany nigdzie, z wyjątkiem Indii, kult przyrody. Przez wieki wybuchały powstania chłopskie, chociaż te, które odniosły sukces, potem usprawiedliwiano tłumacząc, że chodziło o słuszne bunty przeciwko okrutnym władcom łamiącym konfucjańską umowę społeczną [35,67]. Najbrutalniejszym wezwaniem dla wartości konfucjańskich okazało się jednak zetknięcie w XIX wieku z dwoma zachodnimi systemami myślowymi: kapitalistyczną nowoczesnością i chrześcijaństwem [35,67].

We wschodniej Azji (wśród Japończyków, Chińczyków, czy Koreańczyków), za Stelcer [68] od pokoleń niezaprzeczalnie panowała tradycja polegająca na otaczaniu szacunkiem osób starych. W rozwoju powyższego ogromne znaczenie miały nauki Konfucjusza (551-479 p.n.e.) [cyt. za 68], których tradycyjnym elementem było nauczanie poczucia powinności, jakie potomkowie winni odczuwać wobec swoich przodków, nakaz takiej opieki nad starymi rodzicami, która nie niesie za sobą niepokoju, ale spokój i zadowolenie, włącznie z przygotowywaniem posiłków według gustów starszków. Zalecenia dotyczyły także sposobu ekspresji werbalnej, w tym nie tylko doboru słownictwa, ale też jego artykulacji [cyt. za 68]. Podstawą struktury idealnego państwa, według Konfucjusza, była tradycyjna rodzina chińska, która składała się z głowy rodu (mającej absolutną władzę) i hierarchicznie podporządkowanych jej potomków. Głowa rodu to osoba kierująca się zawsze cnotą, posiadająca ogromną wiedzę na temat jego rodziny. Główną zaś zasadą, którą człowiek szlachetny powinien kierować się w swoim postępowaniu, było *žen*, główna cnota człowieka szlachetnego, podstawowy obowiązek wobec całego otoczenia, zakładający powściągliwość,

skromność, rozsądek, dobroć, bezstronność, poczucie sprawiedliwości. Żen urzeczywistniał się w działaniu poprzez: dobre obyczaje (li), sprawiedliwość i prawość (i), wierność i szczerość (sin), naukę (hüe), miłość synowską (hiao) i szacunek dla starszych (ti) [69]. Opieka, szacunek i troska powinny być świadczone starszym osobom i traktowane jako synowski obowiązek (nabożność synowska), forma spłaty długu opieki, jaki został zaciągnięty we wcześniejszych latach. Obowiązkiem powinna być też pamięć dorosłych dzieci o urodzinach seniora, zwłaszcza sześćdziesiątych urodzin (sygnał, że cykl życia przesunął się o kolejne, istotne ogniwo). Konfucjusz zalecał, aby sprawić rodzicowi przyjemność składając im życzenia urodzinowe, a z drugiej strony, nakazywał troskę o to, aby zestarzali się o jeszcze jeden rok [cyt. za 68]. Za hańbę dla dorosłych dzieci uważana powinna być niemożność sprawowania opieki nad umierającym rodzicem, jak też dbałość o harmonię, spokój seniora i więzy rodzinne obecne nie tylko na wszystkich etapach opieki nad chorym seniorem, ale także w zmaganiach ze stresem choroby [cyt. za 68].

W Japonii, za Stelcer [68], w relacjach z osobami starszymi i zajmującymi wyższą pozycję społeczną lub piastującymi godności państwowe, do dziś zalecane jest używanie tzw. „języka honoratywnego”. Obok konfucjanizmu i buddyzmu, funkcjonowała tu także lokalna religia - shinto, między innymi pielęgnująca kult przodków (dziadków i rodziców, starszego rodzeństwa) [68,70,71].

Na Dalekim Wschodzie, za Minois [4], starość postrzegano także w aspekcie choroby, której podłożem był brak równowagi między dwoma pierwiastkami „yin” i „yang”.

Indie

W społeczności indyjskiej starość uważano za zakłócenie harmonii wśród podstawowych substancji wchodzących w skład ciała, w konsekwencji czego starzejący się organizm był mniej odporny na choroby [4]. Starano się także szukać lekarstw, które by ograniczały zewnętrzne objawy starości [4]. Około 700 r. p. n. e. wydano sanskrycką księgę: „Ayur – Wedę” („Wiedza o długowieczności”), w której opisano celowość utrzymywania zdrowia i dożywania godnej starości [40].

Plemiona

W plemionach Celtów, Germanów, Lapończyków, czy Eskimosów, najstarszych członków społeczności zabijano, zaś w niektórych plemionach północnoamerykańskich Indian, wypędzano z wioski, co jednoznacznie oznaczało ich śmierć

Współczesne podejście do starości...

XX wiek, za Kapuściński [72,73], określany jest jako straszna epoka dwóch wielkich wojen światowych, dwóch niszczycielskich totalitaryzmów (Oświęcimia i Workuty), Hiroszimy i Czarnobyla oraz narodzenia Trzeciego Świata.

W opinii Siemionownej [74], ani rozkwit ekonomiczny i pełen dostatek, ani przeprowadzanie masowych imprez zdrowotnych nie dadzą pozytywnych skutków, jeżeli w danym kraju powszechny jest analfabetyzm w dziedzinie wiedzy o ekologii człowieka [74].

Na przestrzeni drugiej połowy XX wieku, za Zalewska [75], powstawały różne teorie starości i starzenia się, które można podzielić na trzy grupy: systemowe, interakcjonistyczne oraz uwzględniające czas historyczny (wśród których przedstawione zostaną te odnoszące się zarówno do makro-, jak i mikropoziomu).

Teorie systemowe [75] traktują ludzi starych bardziej jako jednolitą zbiorowość zajmującą określone miejsce w systemie, a mniej jako kategorię osób o zróżnicowanych statusach. Nie brały one także pod uwagę czynnika czasu historycznego i zmian w pozycji osób starych w społeczeństwie. Do tej grupy zaliczana jest sformułowana przez Elaine Cumming i Williama Henry'ego, na początku lat 60., teoria wycofania się/wyłączenia się, według której *„wyłączenie osób starych z ról i aktywności społecznych charakterystycznych dla wieku średniego jest przystosowawcze zarówno dla jednostek, jak i dla społeczeństwa jako całości”* [cyt. za 75] oraz powstała w latach 70. XX wieku teoria strukturalnej zależności, według której *„to polityka państwa, a nie biologia, odpowiedzialna jest za pozycję zależności osób starych w społeczeństwie. Ludzie starzy, których praca jest już zbędna, stają się podmiotami pomocy społecznej i poprzez rozwiązania dotyczące zabezpieczeń społecznych, praktyk zatrudnienia, dyskryminującej polityki zdrowotnej są wykluczani, marginalizowani i pozbawiani władzy”* [cyt. za 75].

Ujęcie starości i starzenia się, w perspektywie mikrostrukturalnej, międzyosobowej i jednostkowej, opiera się o teorie:

- aktywności - *„aktywniejsze osoby starsze są bardziej usatysfakcjonowane swoim życiem [...]. Osoby starsze, w celu utrzymania pozytywnego obrazu samego siebie, muszą zastąpić nowymi rolami te, które utraciły wraz z procesem starzenia się”* [76]
- kontynuacji - dotycząc normalnego procesu starzenia się zakłada korzystną spójność wzorów zachowań w trakcie dorosłego życia [77]
- wymiany - zakładająca, że osoby starsze posiadają mniejsze, niż młodzi, zasoby (niższe dochody, gorsze wykształcenie, słabsze zdrowie), w związku z tym nie spełniają wymogu wzajemności/ekwiwalentności wymiany, co w konsekwencji

proceeds to withdrawal from exchange or creation of a position of dependence, or social inequality of the elderly [75].

- naznaczenia społecznego - według której utrata ról społecznych i brak grup odniesienia powodują, iż osoba starsza jest „*pozbawiona sprzężenia zwrotnego w interakcji (...) i powstała w ten sposób próżnia sprzyja poczuciu zależności od zewnętrznych źródeł naznaczania negatywnego – jednostka akceptująca takie negatywne naznaczanie przyjmuje autoidentyfikację osoby zależnej, dostosowując odpowiednio swoje zachowanie*” [78].

Do teorii biorących pod uwagę zmienność historyczną w obrębie procesu starzenia się i życia ludzi starych należą teorie [75,78]:

- modernizacji - powstała w latach 70. i zakładająca, że wynikiem modernizacji jest „*niższy i ambiwalentny status ludzi starych w społeczeństwach uprzemysłowionych*” i zaliczająca do najważniejszych przyczyn zachwiania statusu ludzi starych: wzrost liczby osób starych, powstanie nowych zawodów, rozwój środków masowego przekazu, rozwój powszechnej oświaty
- stratyfikacji wieku Mathildy Riley - opierająca się o następowanie po sobie kohort wieku, czyli grup ludzi urodzonych w tym samym czasie historycznym i połączonych doświadczeniami związanymi z identycznymi zdarzeniami historycznymi, mającymi wpływ na ich postawy i zachowania w procesie starzenia się. Teoria zakłada tzw. zmienność czasową w życiu jednostkowym oraz upływ czasu historycznego, nie uwzględnia jednak różnorodnych sytuacji członków danej kohorty
- podkultury starości Arnolda Rose - zakładająca, że osoby stare tworzą własną subkulturę, „*ponieważ są wykluczane z interakcji z innymi grupami wieku, wzrasta zaś liczba ich interakcji z rówieśnikami, dzielą także wspólnotę doświadczeń i poglądów*”
- podejścia przebiegu życia Tamary Hareven - rozumiejąca starość w kontekście wcześniejszych doświadczeń życiowych oraz warunków życia społecznego wpływających na nie, badająca „*pozycję na starość w kontekście interakcji pomiędzy czasem indywidualnym, rodzinnym i historycznym (...). Podejście przebiegu życia jest perspektywą łączącą poziomy analizy mikro- i makrosocjologicznej*”.

Współcześnie, według Łotockiego [79], istnieje wiele synonimów wskazujących na „tabuizację językową” starości i za przykład podaje - zamiast „wczesna i późna starość” mówienie - „trzeci wiek”, „czwarty wiek”, „trzecia młodość”, „czwarta młodość”, zamiast „starości” używanie sformułowań - „jesień życia”, „wiek zaawansowany”, „wiek podeszły”,

zamiast „ludzie starzy” - „seniorzy”, czy zamiast „stary” - „wiekowy”, „sędziwy”. Zdaniem autora [79] z jednej strony propagowane są pozytywne pojęcia związane ze starością, jak np. „senior”, „nestor”, „starszyzna”, czy „babcię” rodzinie, ciepło, kojarzone z mądrością, dojrzałością, dostojnością, szlachetnością, doświadczeniem, autorytetem, szacunkiem, a z drugiej strony funkcjonują liczne określenia lekceważące, a nawet obraźliwe dla osób starszych, takie jak np. „staruch”, „starucha”, „stara baba”, „stary dziad”, „stary piernik”, „stary zgred”, „tetryk”, „stary pryk”, „grzyb”, „zgrzybiały” itp. Starość, za Łotocki [79] często kojarzona jest z niedołężnością, dzieciinnieniem, naiwnością, nieporadnością, demencją, bezproduktywnością, narzekaniem, gderaniem, zrzędzeniem, zacofaniem, z lękiem, obawami przed chorobą, cierpieniem, samotnością, czy wreszcie śmiercią. Popularne są też powiedzenia „*starość się Panu Bogu nie udała*” czy „*starość nie radość*” [79].

Dziuban [80] uważa, że istnieją „podwójne standardy starości”, normy kulturowe, różne dla kobiet i dla mężczyzn, z preferowaniem tych ostatnich. Według powyższego, mężczyźni wraz z wiekiem powinni „*mężnieć, dojrzewać i dostojnieć*”, a kobiety - „*po prostu się starzeć*” [80]. Zdaniem autora [80], „*kobiety są grupą wykazującą znacznie mniejszy poziom satysfakcji z powodu przemian zachodzących we własnej cielesności w procesie starzenia, ponieważ odczuwają one o wiele większą wewnętrzną i społeczną presję, by zachować fizyczną atrakcyjność i młodość*”. Kobiet też nie wypada pytać o ich wiek [80].

W obecnych czasach starość traktowana jest jednak także w kategoriach normalnej fazy życia człowieka, mającej swoje wady i zalety. Już chyba nikogo nie dziwią aktywni seniorzy. Powstają uniwersytety trzeciego wieku, koła zainteresowań, stowarzyszenia, imprezy kulturalne z myślą o seniorach. Z drugiej strony, za Łotocki [79], osoby starsze często są ignorowane przez rynek konsumpcyjny. Szatur-Jaworska [81] zauważa natomiast, że „*ludzie starzy zbyt słabo są obecni w przekazach informacyjnych i w kulturze masowej*” [79,82,83], Bondos [84] zaś, że stereotyp konsumenta seniora powoduje, iż postrzega się go jako „*biednego, biernego, schorowanego, bez pasji i chęci do życia*”, a przecież obecnie na rynku kształtuje się zupełnie inna sylweta konsumenta seniora.

W literaturze przedmiotu [84,85] wyróżnia się trzy etapy ewolucji segmentu 55+:

- Stadium tradycyjne - obejmujące osoby powyżej 70. roku życia, które spędziły większość swojego życia zawodowego w czasach gospodarki niedoboru.
- Stadium nowoczesne - obejmujące osoby, które z uwagi na swój wiek (od 50 do 60 lat) cechujące się otwartością na nowości rynkowe, lubiącą wszelkie zmiany i z racji na większe zasoby pieniężne i poczucie bezpieczeństwa finansowego - lubiące zakupy, nawet te nieplanowane

- Stadium przyszłości - obejmujące osoby powyżej 60. roku życia, seniorów aktywnych i oczekujących wciąż wrażeń w życiu, postrzegających okres swojej starości jako czas realizacji marzeń i planów.

Według Łotockiego [79], kierowane do osób starszych przekazy reklamowe ograniczają się do środków farmaceutycznych, usług ubezpieczeniowych oraz form zapobiegania biologicznym objawom starzenia się. Jednakże w opinii Pawliny [83], osoby starsze coraz częściej prezentowane są w reklamach w pozytywnym świetle. Za przykład podaje reklamy kosmetyków, gdzie coraz częściej wykorzystywane są wizerunki znanych aktorek starszego pokolenia - np. koncern L'Oreal - Jane Fondy, Pierce'a Brosnana, a kosmetyki Eveline - Barbary Brylskiej. Kolejną branżą zwracającą uwagę na osoby starsze jest branża farmaceutyczna, a osoby starsze zaprezentowane w nich są uśmiechnięte i zadowolone z efektów stosowanych leków [83]. W reklamie kleju mocującego do protez Corega wykorzystano np. wizerunek Teresy Lipnickiej, a Ultrafastinu - Władysława Korzeniowskiego [83]. Znane starsze osoby, za Pawlina [83], występują też w reklamach, w których grupą docelową są również osoby młodsze, jak np. reklamy banków (Bank Zachodni WBK reklamuje Dany Devito, John Cleese, Getinbank - Piotr Fronczewski, ING Bank Śląski - Marek Kondrat), telefonii komórkowej (Bronisław Cieślak), herbatę Lipton (Krystyna Janda), odzieży (np. marki Vistula - Pierce Brosnan).

Pojawiają się niestety także reklamy, w których wizerunek osób starszych jest przedmiotem żartów, z wykorzystywaniem negatywnego stereotypu człowieka starszego [83].

„Kto zapomina o starych, osłabia fundament, na którym stoi i sam w starości zostanie zapomniany. Bez starych drży ziemia, na której stoimy. Odnosi się to zarówno do ludzi, którzy dziś są starzy, jak i do tych, którzy dziś są młodzi [86].

Pikuła [87] podkreśla, iż wzajemna relacja pomiędzy rodziną a ludźmi starszymi powinna być postrzegana jako swoista wymiana darów. Nie można zapominać, iż seniorzy często potrzebują pomocy ze strony swoich dzieci, ale jednocześnie nie można zapomnieć o ich cennym wkładzie, jaki wnieśli i wnoszą w życie rodzinne. Osoby starsze młodym mogą, jak mówił Jan Paweł II [88] *„ (...) służyć swoją dyskretną i serdeczną życzliwością, mądrością, wyrozumiałością, cierpliwością, dobrą radą,*

William Somerset Maugham napisał [cyt. za 13]: *„Każde pokolenie podśmiewa się ze swych ojców, śmieje się w głos z dziadków, a podziwia pradziadków”.*

Podsumowanie

1. Na przestrzeni wieków interesowano się ludźmi starszymi, a podejście do nich ludzi ulegało zmianom - w pewnych okresach doceniano ich życiowe doświadczenie i mądrość, w innych marginalizowano.
2. W okresie paleolitu i prekolumbijskim starcy tworzyli grupy nieformalne (tzw. rady), będące elementem otoczenia władcy i kierujące, w ważnych momentach (np. śmierć władcy), społecznością plemienną. W tym okresie specjalna rola przypadała starym kobietom, pełniących role akuszerki lub poświęcających się religii.
3. W starożytnej Grecji dominował kult ciała oraz sprawności i w związku z tym starość była wykiwana, obśmiewana, traktowana pogardliwie i bez szacunku.
4. W okresie istnienia Cesarstwa Rzymskiego rola starszego człowieka uzależniona była od pozycji społecznej. Starcy cieszyli się zaufaniem i szacunkiem w okresach trwania republiki, ale w chwili skupienia władzy w rękach cesarza, stali się symbolem słabości i cierpienia, a ich autorytet gwałtownie zmalał.
5. W okresie wczesnego średniowiecza człowiek w podeszłym wieku miał niską pozycję społeczną i nie przypisywano im żadnego specjalnego znaczenia.
6. W okresie schyłku średniowiecza seniorzy, jednakże wyłącznie pochodzący z określonych grup społecznych (arystokracji, bogatego rycerstwa i dostojników kościelnych), zajmowali wysokie stanowiska państwowe, urzędnicze, kościelne, na zasadzie prawa starszeństwa, co powodowało konflikty międzypokoleniowe.
7. Pod koniec średniowiecza zaczęto coraz intensywniej myśleć nad problemem zabezpieczenia starości, a kupcy i rzemieślnicy, zrzeszeni w branżowych cechach i wycofujący się z aktywnego życia, zaczęli opłacać składki na utrzymanie domów opieki.
8. W renesansie odradzała się myśl antyczna (kult młodości oraz pięknego i zdrowego ciała) i w związku z tym pogardzano chorobami/niepełnosprawnością lub bano się ich, a człowieka starego utożsamiano z brzydotą, niedołęstwem, cierpieniem oraz brakiem sprawności działania.
9. Zarówno wiek XVII, jak XVIII były okresami krytyki starości, utożsamiając seniorów z brzydotą i niedołęstwem, ale istniały także domy starców i różne szpitale (ilość nie była wystarczająca w stosunku do liczby potrzebujących pomocy), przeznaczone w większości dla osób o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym.
10. W XIX wieku wzrósł odsetek ludzi starszych w stosunku do całej populacji, co w konsekwencji upowszechniło higienę i pomoc ludziom starym, a także podniosło poziom wiedzy na temat starości. Podobnie jak w poprzednich wiekach, sytuacja

seniorów zależna była od stanu posiadanego majątku. Osoby, które nie miały funduszy na opłacenie pomocy domowej, zdane były na pomoc swojej rodziny, często zajmującą się nimi jedynie ze względu na możliwość otrzymania spadku. W przypadku, gdyby nie oddali swoich majątków, ze strony dzieci narażeni byli na agresję, a nawet akty zbrodni.

11. Na przestrzeni drugiej połowy XX wieku powstawały różne teorie starości i starzenia się, które można podzielić na trzy grupy: systemowe, interakcjonistyczne oraz uwzględniające czas historyczny. Starość traktowana jest jednak także w kategoriach normalnej fazy życia człowieka, mającej swoje wady i zalety. Coraz częściej pojawiają się grupy aktywnych seniorów - powstają uniwersytety trzeciego wieku, koła zainteresowań, stowarzyszenia, imprezy kulturalne z myślą o seniorach.

Piśmiennictwo

1. Maugham W.S.: Aforyzmy. <http://www.aforyzmy.com.pl/autor/william-somerset-maugham> data pobrania 3.10.2015
2. Nowicki J.: Historyczne uwarunkowania postrzegania roli człowieka starego w społeczeństwie [w:] Wybrane problemy osób starszych. Nowicka A.(red.). Wyd. Impuls, Kraków 2006, 43.
3. Mead M.: Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego. Wyd. PWN, Warszawa 2000.
4. Minois G.: Historia starości. Od antyku do renesansu, tłum. K. Marczeńska. Volumen/Marabut, t. I, Warszawa 1995.
5. Stenden S., Marczuk M.: Starzenie się a satysfakcja z życia. Wyd. KUL, Lublin 2006.
6. Łukomska A. Wachowska J.: Seniorzy o swojej starości. Gerontol. Pol., 2008, 16, 51-55.
7. Wdowiak L., Ćwikła Sł., Bojar I. i wsp.: Starość jako problem społeczno – demograficzny oraz zdrowotny. Medycyna Ogólna, 2000, 15, 451-462.
8. Nelson T.: Psychologia uprzedzeń. GWP, Gdańsk 2003.
9. Kilian M.: Źródła ageizmu i jego przejawy we współczesnym świecie. Gerontol. Pol., 2004, 12, 125–125.

10. Kracik J.: Być starym dawno temu. Magazyn Kulturalny Tygodnika Powszechnego, 2000, 1-2, 39-40.
11. Cyceon M.T.: Pisma filozoficzne Marka Tulliusza Cyceona Cz.2: O wrózeniu; O przeznaczeniu; O starości; O przyjaźni; O powinnościach; O wynalezieniu retorycznym. Pisma filozoficzne, Z. Czerniakowa (tłum.). Poznań, 1879.
12. Majkrzak H. SCJ: Starość człowieka jako problem filozoficzny w myśli klasycznej. Człowiek w Kulturze, 1999, 12, 199-209.
13. Rommel K.: Radości i smutki jesieni życia. Wyd. WAM, Kraków 2003.
14. Finot J.: Nauka szczęścia. Wyd. Michała Arcta, Warszawa 1911.
15. Bogucka M.; Gorsza płeć. Wyd. Trio, Warszawa 2005.
16. Malinowski B.: Dzieła 7. Mit, magia, religia. PWN, Warszawa 1990.
17. Demokryt: Wikycytaty, <https://pl.wikiquote.org/wiki/Demokryt>, data pobrania 3.10.2015.
18. Kępiński A.: Rytm życia. Warszawa 1992.
19. Tziropoulou A.: Eustathiadou: Arhigeneulos Elliniki Glossa. Georgiadis, Athinai 2011.
20. Ryn Z.J.: Medycyna indiańska. Wyd. literackie, Kraków 2007.
21. Kaouras G.D.: Athlitismos kai gimnotita sthn arxaia Ellada. Peripolos, Athna 2014.
22. Mars J.: Oni rządzą światem. Jeden Świat, Warszawa 2005
23. Ochrowicz J.: Pierwsze zasady psychologii i inne prace. PWN, Warszawa 1996.
24. Hezjod: Prace i dnie, Edycja komputerowa, <https://kulturaantyczna.files.wordpress.com/2011/12/hezjod-prace-i-dnie.pdf>, data pobrania 3.10.2015.
25. Platon: Kratylos. Kaktos, Athens 1992.
26. Kauras G.D.: Athlitismos kai gimnotita stin arxaia Ellada. Peripolos, Athina 2014
27. Embedoklis: Kaktos, Athina 2000.
28. Szydłowski P.: Starożytni Polacy cz.1. Hiperborea, Początki Państwa Polskiego. Historia Polski, edycja komputerowa, film video, http://hdvideo24.com/video-view/SKoeIOfISu8?utm_ref=related, data pobrania 3.10.2015
29. Platon: Timaios. Kritias. Wyd. Antyk, Komorów 2002.
30. Szumowski Wł.: Historia medycyny filozoficznie ujęta. Wyd. Marek Derewiecki, Kąty 2008.
31. Mars J.: Oni rządzą światem. Wyd. Jeden świat, Warszawa 2005.
32. Ebbel B., Banov L.: The Papyrus Ebers : the greatest Egyptian medical document. Levin & Munksgaard, Copenhagen, 1937.
33. Herodot: Dzieje. Wyd. Czytelnik, Warszawa 2010.

34. Hrodotos: Euterpi, Istoria 2. Kaktos, Athina 1994.
35. Zdyb M.: Zarys historii myśli organizatorskiej. Wyd. UMCS, Lublin 1987.
36. Chadzopulu A., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Theodosopoyloy E., Wrońska I.: Asklepion- sanatorium starożytnej Grecji [w:] Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C, Lewko J. (red.). MKDruk, Białystok 2007, Tom I, 25-36.
37. Epikouros: Apanta. Kaktos, Athina 1994
38. Epikur z Samos: List Do Menoikeusa, Leśniak K. (przeł.), edycja komputerowa, <https://kulturaantyczna.files.wordpress.com/2011/12/epikur-z-samos-list-do-menoikeusa.pdf>, data pobrania 5.10.2015.
39. Jamblich: O życiu pitagorejskim, edycja komputerowa, http://www.katedra.uksw.edu.pl/biblioteka/jamblich_o_zyciu_pitagorejskim.pdf, pobrania 3.10.2015
40. Jabłoński L., Wysokińska – Miszczuk J.: Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrici. Wyd. Czelej, Lublin 2000.
41. Aristotelis: Ithika Nikomachia 3,9 Apanta. Kaktos, Athina 1993.
42. Xaralampidis G.: Pithagoras o protos filosofos. Arxaio keimeno Diogeni Laertiu. Oseletos, Athina 2013.
43. Arystoteles: Retoryka. Warszawa, PWN 1953.
44. Majeran R.: Arystoteles o starości. Vox Patrum, 2011, 31(56), 105-118.
45. Arystoteles, Meteorologika – O świecie. Biblioteka Klasyków Filozofii 144, Warszawa 1982.
46. Laertios D.: Żywoty i poglądy słynnych filozofów. Krońska. I. i in. (tłum.). PWN, Warszawa 2013.
47. Richardson B. E.: Old among the Ancient Greeks. AMS Press, Baltimore 1933.
48. Trafiałek E., Kieszkowska A.: Pomoc społeczna i praca socjalna wobec problemów współczesności. Wyd. PWSZ im. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu, Tarnobrzeg 2004.
49. Szarota Z.: Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki. Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków 2004.
50. Susułowska M.: Psychologia starzenia się i starości. Wyd. PWN, Warszawa 1989.
51. Seneka: Listy moralne do Lucylusza, Joachimowicz L. (tłum.). Wyd. PWN, Warszawa 1993
52. Ryn Z.: Antoni Kępiński - autoportret człowieka. Myśli i aforyzmy. Wyd. Literackie, Kraków 1993.

53. Ożóg M.: Starość w listach do Hieronima. *Vox Patrum*, 2011, 31(56), 327-338.
54. Erazm z Rotterdamu: Pochwała głupoty. Jędrkiewicz E. (tłum.). De Agostini, Warszawa 2001.
55. Bois J.P.: Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur. Wyrzykowska I. (tłum.). Wyd. Marabut, Warszawa 1995, t. II,
56. Bartoszewski J.: Filozofia przyrody, Kartezjusz i porządek życia społecznego. Portal Wiedza i Edukacja, Lublin 2010.
57. św. Tomasz z Akwinu, *Quaestiones de anima*, a. 1, c. Włodek Z. (przekł.) .Zega W., Kraków 1996.
58. Zeladin T., *Historie des passions francaises*. Oxford 1977.
59. Sheldrake R.: Świadomość materii, edycja komputerowa, film video, <https://www.youtube.com/watch?v=Poa59TbPleU>, data pobrania 5,10,2015
60. Molka J.: Starość w Biblii. *Tygodnik katolicki*, 2011, 11, 13.
61. Jan Paweł II: *Evangelium Vitae*. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego, w: *W trosce o życie. Wybrane Dokumenty Stolicy Apostolskiej*. Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos, Tarnów 1998, Rozdział II, 39, 73.
62. Brzeziński M. Ks.: O czci i szacunku wobec ludzi starszych na kanwie Listu do osób w podeszłym wieku Jana Pawła II. *Roczniki nauk o rodzinie i pracy socjalnej*, 2012, 4(59), 235-266.
63. Grzesiak H.: Wykluczenie społeczne w starożytnym Izraelu [w:] *Wykluczenie społeczne wczoraj i dziś*. Grzesiak H., Fryza M., Ratajczak K. (red.). WSE, Poznań, 2012.
64. Jędrzejewski P.: *Judaizm bez tajemnic*. Wyd. Tora Pardes, Kraków 2009.
65. Tyloch W.: *Judaizm*. Wyd. KAW, Warszawa 1987.
66. Unterman A.: *Żydzi – wiara i życie*. Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1989.
67. Mitter R.: *Gorzka Rewolucja*. Wyd. PWN, Warszawa 2004.
68. Stelcer B.: Zdrowie i starość w Azji – wybrane aspekty. *Sztuka Leczenia*, 2010, 20, 61-70.
69. Agnosiewicz M.: *Konfuncjanizm. Racjonalista*, 2002.
70. Suzuki D.T.: *Wprowadzenie do buddyzmu ZEN*. Wyd. Czytelnik, Warszawa 1979.
71. Tagaya A., Okuno S., Tamura M.: Social support and end-of-life issues for small town Japanese elderly. *Nursing Health Sci.*, 2000, 2, 131-137.
72. Kapuściński R.: *Lapidarium V*. Wyd. Czytelnik, Warszawa 2002.
73. Kapuściński R.: *Lapidarium IV*,. Wyd. Czytelnik, Warszawa 2003.

74. Siemionowa N.: Szkoła zdrowia. Hartigrama, Warszawa 2006.
75. Zalewska J.: Od emerytur do trzeciego wieku: starość w czasach nowoczesnych w: Krótkie wykłady z socjologii. Przegląd problemów i metod Firkowska-Mankiewicz A., Kanash T., Tarkowska E. (red.). Wyd. APS, Warszawa 2011, 212-228.
76. Halicki J.: Społeczne teorie starzenia się w: Zostawić ślad na ziemi. Halicka M., Halicki J. (red.). Wyd. Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, 255-292.
77. Atchley R.: A Continuity Theory of Normal Aging. Gerontologist, 1989, 29, 183-90.
78. Synak B.: Ludzie starzy [w:] Encyklopedia socjologii. T. 2. Oficyna Naukowa, Warszawa 1999, 146-147.
79. Łotocki Ł.: Barwy jesieni życia. O społeczno-kulturowym obrazie starości. Problemy Polityki Społecznej, 2012, 17, 131-145.
80. Dziuban, A.: Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa. Gerontol. Pol., 2010, 18, 140-147.
81. Szatur-Jaworska B.: Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. Oficyna Wydawnicza Aspra-JR, Warszawa, 2000.
82. Wieczorkowska W.: Reklama wobec starości [w:] Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich. Kowalewski, J. T., Szukalski, P. (red.). Zakład Demografii UŁ, Łódź, 2006, 78-82.
83. Pawlina A.: Sposoby prezentowania osób starszych w reklamie. Analiza wybranych zagadnień. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Bochni, 2010, 8, 99-115.
84. Bondos I.: Dlaczego seniorzy stanowią wyzwanie dla marketingu? Marketing w praktyce, 2013, 3, 31-36.
85. Bombol M. Słaby T., Segment 55+ wyzwaniem dla współczesnego rynku, w: Konsument w europejskiej przestrzeni Dąbrowska A., Ozimek I. (red.). Wyd. IBRKiK, Warszawa 2009, 128-137.
86. http://pl65.plemiona.pl/guest.php?screen=info_ally&id=4818, data pobrania 5.10.2015.
87. Pikula N.: Mądrość życiowa osób starszych paradygmatem wychowawczym współczesnej rodziny [w:] Elan vital v priestore medzigeneracnych vztahov. Balogová B. (red.). Presov, 2010, 65-71.
88. Jan Paweł II: Orędzie do Światowego Zebrania poświęconego sprawie starzenia się ludności [w:] Nauczanie Papieskie, t. V. Wyd. Pallottinum, Poznań-Warszawa 2002.

Akceptacja społeczna kobiet po poronieniu

Komarnicka-Jędrzejewska Olga¹, Jędrzejewski Wit², Kowalewska Inga¹, Bomber Kamil³, Ochoćny Piotr³

1. SWPS Uniwersytet Humanistyczno-społeczny Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu
2. Akson Zakład Rehabilitacji we Wrocławiu
3. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Wprowadzenie

Akceptacja (z łac. *acceptatio*: dosł. przyjmowanie), uznanie czegoś, aprobata, potwierdzenie czegoś [1], pogodzenie się z czymś, czego nie można zmienić, uznanie czyichś cech postępowania za zgodne z oczekiwaniami [2], a także formalna zgoda na jakieś działania, zwykle wyrażona podpisem na odpowiednim dokumencie i niekoniecznie wynikająca z ich pozytywnej oceny [3], także wyrażenie zgody przez osobę uprawnioną dla sposobu załatwienia sprawy lub aprobatę treści pisma [4].

Poronienie (łac. *abortus*) – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie wskutek wydalenia obumarłego zarodka lub płodu [5]. Śmierć osoby ważnej i bliskiej to największe traumatyczne przeżycie [6], najbardziej stresujący z kryzysów losowych [7]. Dla ogółu społeczeństwa temat poronienia ciągle jest jeszcze tematem tabu, o którym publicznie się nie mówi. Nie ma rytuału społecznego dotyczącego żałoby po stracie nienarodzonego dziecka. A przecież ono się narodziło! Otoczenie broni się przed cudzym nieszczęściem ciężkim milczeniem, unikaniem tematu, a kobieta i tak o tym dziecku wciąż myśli. Minimalizujemy cierpienie, rzucamy słowa, które nie pocieszają. Czy można cierpieć za bardzo lub za długo? Towarzyszenie osobie cierpiącej nigdy nie jest łatwe, a pokusa omijania tematu ogromna. Jak w tym wszystkim odnajduje się kobieta, która poroniła?

Cel badań

Głównym celem badania [8] jest rozeznanie tematu akceptacji społecznej poronienia, jako zdarzenia naturalnego i powszechnie akceptowalnego w celu umożliwienia przeżycia prawidłowo żałoby, poprzez poznanie perspektywy kobiet o doświadczeniach emocjonalnych, towarzyszących im podczas straty i po dokonaniu zabiegu czyszczenia macicy. W kręgu

zainteresowań pozostaje również to, jak badane konstruują ówczesne relacje z rodziną, partnerem, przyjaciółmi i grupami zawodowymi, jako dyskomfort związany z emocjonalnością po stracie, odbiorem przez partnerów, jak i akceptacją straty dziecka, jako narodzonego.

Metoda badawcza

Craswell [9] proponuje, aby przy tworzeniu badań jakościowych wziąć pod uwagę różne aspekty. Metody jakościowe umożliwiają badaczowi dotarcie do subiektywnych znaczeń osoby, jednocześnie dając swobodę wypowiedzi rozmówcy. Pozwala to badanemu przedstawić swój pogląd, jako całość, nadawać mu sens, znaczenie. Metoda, która zostanie zastosowana, jako źródło pozyskiwania danych to wywiad indywidualny pogłębiony (*Indepth Interviews* - IDI). Wywiady pogłębione pozwalają na dotarcie do emocjonalnych i motywacyjnych wzorców zachowań. Stosowane są także w sytuacji, gdy temat badań jest drażliwy, a także, gdy przeprowadzenie wywiadu grupowego z daną kategorią badanych jest niemożliwe lub szczególnie utrudnione. Pozwalają na dotarcie do emocjonalnych i motywacyjnych wzorców zachowań, dostarczając materiał do analizy postaw i zachowań osób kluczowych zarówno w zakresie czynników uświadamianych, jak i nieuświadamianych przez respondentów. Możliwa jest również identyfikacja dodatkowych kwestii istotnych w opinii badanego podczas prowadzonego dialogu. „Z punktu widzenia filozofii dialogu, relacja dialogowa stanowi kwintesencję podmiotowego traktowania człowieka” [10]. Dialog jest pewną opowieścią, historią. Umysł tworzy fabułę, pamięć jednego zdarzenia wyzwala pamięć następnego [11]. Każdy IDI zostanie przeprowadzony indywidualnie, po ówczesnym uzyskaniu zgody na przeprowadzenie badania, jak i z zachowaniem stosownych ram etycznych w każdym ze spotkań. Jeżeli badane wyrażą zgodę, każdy wywiad będzie nagrany. Zależy nam, by osoby badane czuły się podczas rozmowy szanowane, a poruszany w pracy temat poszerzał świadomość społeczną, akceptację i zrozumienie. Jeżeli będzie taka potrzeba po przeprowadzonym badaniu zapewnimy kobietom rozmowę z psychologiem. Osoba prowadząca badania będzie aktywnie zaangażowana w badaną rzeczywistość [12,13,14].

Pytania badawcze i hipotezy

Pytania badawcze, jakie mnie interesowały dotyczyły starty w wyniku poronienia i sposobu funkcjonowania tych kobiet po starcie. Istotne było, w jaki sposób kobiety

przeżywały poronienia? Jak radziły sobie po poronieniu? Jak konstruuja przeżycia związane z akceptacją społeczną? Co zmieniło się w ich otoczeniu? Jak w ich narracjach poronienie wpłynęło na relacje z innymi? Co pomagało im przetrwać podczas poronienia? Jak konstruuja doświadczenia emocjonalne, które towarzyszyły im podczas poronienia i jak sobie z nimi radziły? W jaki sposób zaczęły rozmawiać z kimś o swoich uczuciach i bólu? Na potrzeby prowadzonych badań założono następujące hipotezy badawcze:

H1: Nie ma informacji ze strony personelu medycznego o możliwościach pochówku dzieci poronionych

H2: Istnieje wsparcie psychologiczne w szpitalu dla osieroconych rodziców.

H3: Rodzina nie pomaga w przeżywaniu żałoby po poronieniu.

Osoby badane

W badaniu został zastosowany celowy dobór próby. Dobór został dokonany na podstawie własnej wiedzy o badanej populacji oraz celach badania [15]. W badaniu wzięło udział 61 kobiet zgodnie z założeniami co do wielkości próby [16] oraz z założeniami fenomenologii [17]. Badanymi były kobiety, które uczestniczyły w grupach wsparcia prowadzonych przez Fundację By Dalej Iść. Kobiety były w różnym wieku, o różnym miejscu zamieszkania i wykształceniu, których cięża zakończyły się przed planowanym terminem porodu lub doszło do martwego porodu i od których minęło minimum rok. Kobiety poinformowane były o wszelkich zasadach etycznych i celach wywiadu. Czas wywiadu nie był z góry założony. Podczas badań podążałam w czasie rozmowy za osobami uczestniczącymi w wywiadzie i dostosowywałam się do potrzeb i gotowości badanych. Uczestniczki były proszone o swobodne wypowiedzi na temat swojego doświadczenia w zaproponowanym przeze mnie układzie chronologicznym. Przykładowa instrukcja moderująca dyskusję wyglądała tak: „*A teraz proszę wrócić pamięcią do dnia, w którym doszło do poronienia...*”

Plec

	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne 0	1	1,6	1,6	1,6
Kobieta	59	96,7	96,7	98,4
Mężczyzna	1	1,6	1,6	100,0
Ogółem	61	100,0	100,0	

Wyniki badań

Wyniki, jakie uzyskano w odniesieniu do założonych hipotez, są zobrazowane poniżej.

Rozkład trymestrów, w których doszło do straty rozłożył się równomiernie, co daje obraz, że na każdym etapie starty osieroceni przeżywają żalobę.

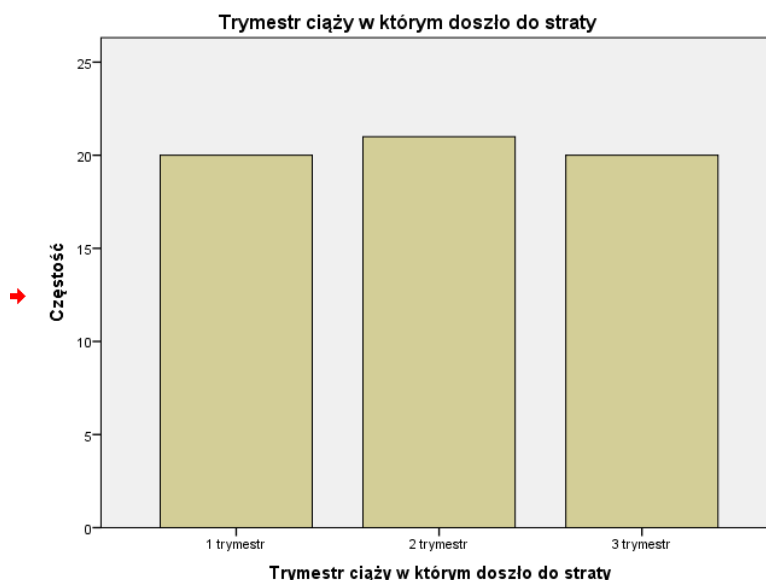
Statystyki

Trymestr ciąży w którym doszło do straty

N	Ważne	61
	Braki danych	0

Trymestr ciąży w którym doszło do straty

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	1 trymestr	20	32,8	32,8	32,8
	2 trymestr	21	34,4	34,4	67,2
	3 trymestr	20	32,8	32,8	100,0
	Ogółem	61	100,0	100,0	



Pocieszając jest fakt, że personel medyczny coraz częściej informuje osieroczone matki o możliwości pochówku swoich poronionych dzieci. Dzięki temu nie potwierdziła się H1.

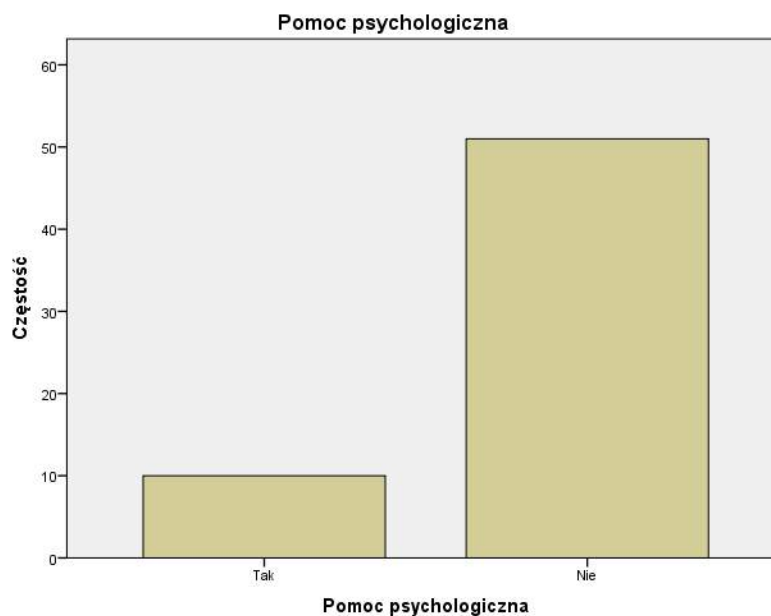
Niestety H2 nie potwierdziła się, ponieważ rodzice nie otrzymują wsparcia psychologicznego ani w szpitalu, ani poza nim. Tylko 16,4 % badanych miało możliwość porozmawiania z psychologiem lub dostało informację, gdzie się udać po wyjściu ze szpitala, aby uzyskać pomoc i wsparcie.

Przekazanie informacji o możliwości dokonania pochowku poronionego dziecka?

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Tak	38	62,3	62,3	62,3
	Nie	23	37,7	37,7	100,0
	Ogółem	61	100,0	100,0	

Pomoc psychologiczna

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Tak	10	16,4	16,4	16,4
	Nie	51	83,6	83,6	100,0
	Ogółem	61	100,0	100,0	



W przypadku pomocy ze strony bliskich H3 nie potwierdziła się, ponieważ ponad 60% badaniach otrzymało pomoc od swoich bliskich.

Analizując wyniki badań stwierdzam, że tak naprawdę niewiele potrzeba do zmian, aby w przypadku poronienia, choć w minimalny sposób ulżyć zrozpaczonym rodzicom. Czy wystarczy tylko wskazać gotowe rozwiązania, aby pomóc? Oni naprawdę niewiele potrzebują ... Zrozumienia i społecznej akceptacji.

Pomoc otoczenia (rodziny)

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	0	2	3,3	3,3	3,3
	Tak	39	63,9	63,9	67,2
	Nie	20	32,8	32,8	100,0
	Ogółem	61	100,0	100,0	

Zakończenie

Bez wątpienia śmierć dziecka, w przypadku poronienia, w większości przypadków powoduje zachwianie równowagi psychicznej, zaburzenia lub utratę zdrowia. Rodzic w tej wyjątkowej sytuacji wymaga specjalnej opieki i troski ze strony otoczenia, a w pierwszych minutach, godzinach i dniach wyjątkowej opieki ze strony personelu medycznego. Oprócz doraźnej pomocy bardzo istotnym elementem jest wskazanie rodzicowi/rodzicom, miejsc, w których mogą otrzymać pomoc już po opuszczeniu szpitala, nie mówiąc o tym, że w każdym szpitalu powinien być psycholog specjalnie przygotowany do prac z osieroconymi. Rodzicowi po stracie towarzyszy często poczucie osamotnienia, osierocenia, dlatego tak ważnym elementem na etapie przeżywania żałoby jest pomoc ze strony psychologa czy grupy wsparcia. Potem rodziny i społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Dunaj B. (red.): Słownik Współczesnego Języka Polskiego. Wydawnictwo SMS, Kraków, 2000.
2. Braczyk J.: Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów. Wyd. PWN, Warszawa, 2005.
3. Bańsko M.: Nowy Słownik Języka Polskiego. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2000.
4. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18.01.2011 r. (poz. 67) w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
5. Bręborowicz H.G.: Położnictwo i ginekologia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
6. Orwid M.: Trauma. Wyd. Literackie, Kraków, 2009.

7. Oleś P.: Zjawisko kryzysu psychicznego. Wykłady z psychologii w KUL, 2005, 6.
8. Kvale S: Prowadzenie wywiadów. Wyd. PWN, Warszawa, 2012.
9. Creswell J.W.: Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2013.
10. Oleś M.: Zjawiska dialogowe – od wpływu społecznego po aktywność wewnętrzną. Przegl. Psychol., 2005, 48, 11-18.
11. Richards M.: Creative workshops as a qualitative research tool. International J. Market Res., 2012, 54, 6, 781-798.
12. Sławecki B.: Znaczenie paradygmatów w badaniach jakościowych [w:] Badania jakościowe. Podejścia i teorie, Jemelniak D.(red.). Wyd. PWN, 2012, 57-88.
13. Flick U.: Jakość w badaniach jakościowych. Wyd. PWN, Warszawa, 2011.
14. Frankfort–Nachmias Ch., Nachmias D.: Metody badawcze w naukach społecznych. Hornowska E. (przekł.). Wyd. Zyska i S-ka, Poznań, 2012.
15. Babbie E.: Badania społeczne w praktyce. Wyd. PWN, Warszawa, 2004.
16. Cordan P., Fontenot R., Marshall B., Poddar A.: Does sample size matter in qualitative research? A review of qualitative interviews in is research. JCIS, 2013, 11-22.
17. Rapley T.: Analiza konwersacji, dyskursu i dokumentów. Wyd. PWN, Warszawa, 2010.

Uzupełniająca:

1. Trzebiński J.: Narracyjne konstruowanie rzeczywistości [w:] Narracja jako sposób rozumienia świata, Trzebiński J. (red.), GWP, Gdańsk, 2002, 37.
2. De Walden Gałuszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk, 2012.
3. Pilecka B.: Postawy do śmierci a samobójstwo [w:] Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna: nowe ujęcia i możliwości, Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. Uniwersytet Jagielloński. Instytut Psychologii Stosowanej. Wyd. Adam Marszałek Toruń, 2003, 93-103.
4. Szymkiewicz B.: Zranione stany świadomości. Warszawa: ENETIA Wydawnictwo Psychologii Kultury, Warszawa, 2006.

Senior w polskim systemie ratownictwa medycznego - podeszły wiek jako czynnik warunkujący dyskryminację

Dembna Iwona, Burak Anna, Ferenc Andrzej, Tlappa Jacek

Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

Wykaz skrótów

PRM - Państwowe Ratownictwo Medyczne

SOR - szpitalny oddział ratunkowy

ZMR - zespół ratownictwa medycznego

Wstęp

Co widzisz, kiedy patrzysz na mnie? Stary, zepsuty człowiek...

Więc otwórzcie oczy, ludzie. Otwórzcie i zobaczcie... Mnie.

Mak Filiser

Starość jest naturalnym etapem życia człowieka. Obecnie obserwowane zmiany demograficzne prowadzą do stałego wzrostu udziału starszych ludzi w populacjach wielu krajów, także w Polsce. Do roku 2035 udział osób w wieku 65 i więcej lat zbliży się do 25% [1]. Szacuje się także, że w całym tym okresie będzie systematycznie wzrastał odsetek ludzi w wieku powyżej 80 lat [2].

Potrzeby zdrowotne osób w podeszłym wieku, ich leczenie oraz pielęgnacja stanowią we współczesnym świecie bardzo istotny problem, a specjalistyczna opieka medyczna nad tą znaczącą częścią populacji wymaga dużej wiedzy, specyficznego podejścia do chorego i uwzględniania różnych, często pozamedycznych czynników wpływających na stan jego zdrowia [3]. Stan zdrowia w grupie osób w podeszłym wieku może się znacznie różnić - od osób zdrowych, często prowadzących aktywny tryb życia (głównie osoby we wczesnej starości – w grupie wiekowej 65–74 lata), osób sprawnych, mimo występowania często

licznych procesów chorobowych, po osoby starsze z różnego stopnia niesprawnością funkcjonalną [4].

Stan zdrowia seniorów uzależniony jest od wielu czynników: środowiskowych, materialnych, od stylu życia, nawyków zdrowotnych, poziomu opieki zdrowotnej i wielu innych, jednak cechą wspólną pacjentów w wieku podeszłym są nękające ich choroby przewlekłe. Choroby te, z uwagi na swoją długotrwałość, wpływem na pogorszenie sprawności oraz następstwa psychospołeczne, stają się dużym wyzwaniem dla współczesnej opieki [5]. Charakterystyczne dla starszego wieku jest ponadto współistnienie u tej samej osoby kilku przewlekłych procesów chorobowych, tj. wielochorobowości (polipatologia), która może prowadzić do zacierania się różnic między objawami spowodowanymi starzeniem się i współistniejącymi chorobami, powodując trudności w postawieniu trafnej diagnozy, a co za tym idzie - opóźnienia właściwego leczenia [6]. Duże znaczenie mają również zaburzenia i choroby psychiczne, wśród których najczęściej występują depresja i demencja [7].

Obniżanie się, wraz z wiekiem, sprawności fizycznej i psychicznej organizmu powoduje, że starzenie się postrzegane jest jako proces destrukcyjny, postępujący i nieodwracalny [8].

Oprócz deficytu dobrego stanu zdrowia, starości towarzyszą często także inne cechy, które czynią osoby starsze podatnymi na gorsze traktowanie: ubóstwo, niesprawność, przewidywalność zachowań. Seniorzy są słabsi fizycznie, zazwyczaj samotni. Posiadają wiele cech „modelowej ofiary dyskryminacji” [9].

Kult osób starszych i czasy, kiedy cieszyli się oni dużym autorytetem, współcześnie wydają się należeć do przeszłości. Mimo medialnych haseł, że „życie zaczyna się po sześćdziesiątce”, pozycja starszego człowieka została mocno zachwiana. Piękny obraz empatii i zrozumienia względem osób starszych, przynoszenie im ulgi w niedogodnościach związanych z wiekiem wydaje się być utopią. Niestety, jest to również widoczne w ochronie zdrowia, w tym, w państwowym systemie ratownictwa medycznego (PRM).

W codziennej pracy personel ratownictwa medycznego spotyka się z różnymi, często nieprawidłowymi, postawami towarzyszącymi pacjentom członków rodziny, jak nadopiekuńczość, bądź - częściej spotykana - postawa unikania i odrzucenia chorego, występująca w rodzinach o niskiej więzi emocjonalnej oraz patologicznych [10]. Brak możliwości lub niechęć do sprawowania opieki nad bliską, starszą osobą skłania do roszczeniowych postaw, niezależnie od medycznej zasadności zastosowania leczenia szpitalnego, obarczając je dodatkowymi pozamedycznymi obowiązkami [11]. Zdarzają się sytuacje, gdzie zaniedbane osoby starsze przywożone są przez zespoły ratownictwa

medycznego (ZRM) do szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), tylko ze względów socjalnych.

Ageizm, dyskryminacja ze względu na wiek, jest obok seksizmu i rasizmu, coraz częściej postrzegana w krajach demokracji zachodniej, jako jedno z największych zagrożeń dla spójności społecznej [12].

Problem traktowania ludzi starych, opierający się na krzywdzących stereotypach i uprzedzeniach formułowanych w odniesieniu do wieku, dostrzeżono stosunkowo niedawno. Termin „ageizm” został po raz pierwszy użyty w 1969 roku przez R. Butlera, amerykańskiego gerontologa. Butler ograniczył znaczenie tego terminu do negatywnych stereotypów, dyskryminacji ze względu na podeszły wiek [13].

Negatywny stosunek społeczeństwa do starszych ludzi wykazał m.in. socjologiczny eksperyment przeprowadzony w latach 1979-1982 przez P. Moore, która przez 4 lata wcielała się w rolę 85-letniej kobiety odwiedzając 116 miast w 14 państwach na świecie. Jako starsza pani była oszukiwana przy wydawaniu reszty, popychana w kolejce, narażona na impertynencje i wyzwiska. Moore przerwała swój eksperyment ze strachu po tym, gdy ją napadnięto i pobito [14]. Istnienie negatywnego stereotypu osób starszych potwierdziły również badania Burgessa przeprowadzone w latach 70. XX w. [15].

Rzecznik Praw Obywatelskich rozwija definicję dyskryminacji ze względu na wiek, rozszerzając ją także o przypadki, w których dochodzi do *„niepożądanego zachowania związanego z wiekiem, a jego celem lub skutkiem jest naruszenie godności osoby i stworzenie onieśmielającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery”* [16].

Szukalski do przejawów ageizmu zalicza: lekceważenie, ośmieszanie, nadopiekuńczość, protekcyjność, zaniedbanie, segregację, nadużycia finansowe i cielesne, eksterminację (w tym eutanazję) [17]. Zych natomiast uważa, że obecnie obserwuje się przejawy dyskryminacji ludzi starych w postaci dystansowania się, czyli unikania bliskich kontaktów z ludźmi starymi, dewaluowania, czyli upowszechnianie przekonań o dominacji negatywnych cech starości i seniorów, delegitymizacji, segregacji oraz eksterminacji, która obejmuje także zaniedbanie [18].

Ageizm istniejący w społeczeństwie przenika również do placówek ochrony zdrowia. Mimo systematycznego kontaktu z osobami starszymi, personel medyczny jest często pod wpływem stereotypowych poglądów i głęboko zakorzenionych uprzedzeń [19]. Seniorzy to najbardziej zaniedbana medycznie grupa pacjentów [20], dlatego postawa personelu medycznego wobec starszego pacjenta nabiera szczególnie istotnego znaczenia. Wymaga się

od pracowników wielokierunkowego podejścia, które obejmuje zarówno sytuację zdrowotną seniora, jak i cały zespół aspektów społeczno-socjalnych, w jakich pacjent się znajduje.

Na uwagę zasługuje fakt, że szczególnie wśród pacjentów w wieku starszym istnieje silna potrzeba bycia traktowanym w sposób godny [21].

Założenia i cel pracy

Celem badań była identyfikacja przejawów nierównego traktowania pacjentów w podeszłym wieku przez pracowników medycznych zatrudnionych w systemie PRM, w oparciu o ocenę postaw i zachowań, jakie towarzyszą im w czasie opieki nad starszymi osobami.

Materiał i metody

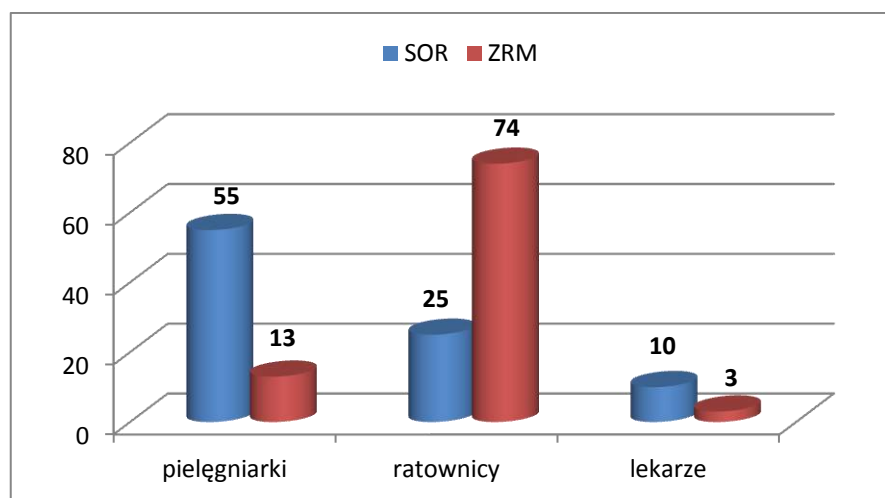
Badania prowadzono od stycznia do czerwca 2015 r., w grupie 180 osób personelu medycznego zatrudnionego w szpitalnych oddziałach ratunkowych dwóch szpitali w Bydgoszczy oraz wśród pracowników zespołów ratownictwa medycznego w Bydgoszczy.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 15 pytań zamkniętych. Kwestionariusz był anonimowy. Wszyscy badani wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Opisową analizę wyników przedstawiono w postaci tabel i rycin zawierających odpowiednio: liczebności i odsetek uzyskiwanych odpowiedzi. Do analiz statystycznych wykorzystano nieparametryczne testy istotności różnic dla grup niezależnych. Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano, odpowiadający otrzymanej statystyce, poziom istotności $p < 0,05$. Pozyskane dane zostały opracowane za pomocą programów: Microsoft Excel i Statistica PL.

Wyniki badań

Grupę badaną stanowiło 68 pielęgniarek, 99 ratowników medycznych i 13 lekarzy. Wśród badanych było 81 kobiet i 99 mężczyzn. Połowa respondentów zatrudniona była w SOR, połowa w ZRM (Ryc.1). Wśród badanych 43,9% miało wykształcenie wyższe, w tym 17,8% - licencjackie.



Ryc. 1. Zatrudnienie respondentów z podziałem na stanowisko pracy

Najliczniejsza grupa badanych była w przedziale wiekowym 41-50 lat (35%), nieco mniejsza w przedziale wieku 20-30 lat (28,3%). 36,7% pracowników miało ponad 20-letni staż pracy. W grupie tej znajdowało się 50% pracowników SOR i 23,3% zatrudnionych w ZRM. Krócej niż rok pracowało 8,3% badanych (Tab. I).

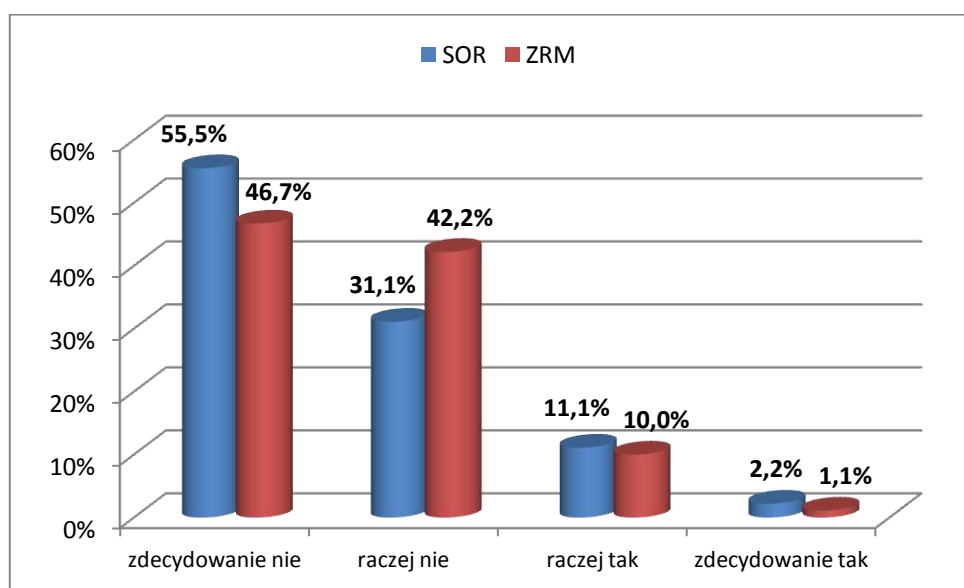
Tab. I. Staż pracy

Staż pracy	SOR		ZRM	
	N=90	%	N=90	%
poniżej roku	3	3,3	12	13,3
1-5 lat	11	12,2	19	21,2
6-15 lat	21	23,3	31	34,4
16-20 lat	10	11,2	7	7,8
>20 lat	45	50	21	23,3

Na pytanie, czy sprawowanie opieki nad pacjentem w podeszłym wieku stanowi dla Pani(a) problem, 87,8% respondentów odpowiedziało, że nie, w tym 51,1% stwierdziło, że zdecydowanie nie jest to dla nich problem. Wśród badanych, 10,6% wskazało, że raczej ma problem ze sprawowaniem opieki nad starszym pacjentem, a 1,7% było o tym przekonane. Biorąc pod uwagę miejsce zatrudnienia pracowników, odpowiedzi obu grup nie były mocno zróżnicowane (Ryc.2).

W kontekście wykonywania czynności zabiegowych przy chorym, uzyskane dane były podobne do przedstawionych powyżej. Wykonywanie czynności zabiegowych u osoby w podeszłym wieku nie stanowi problemu dla 90,6% respondentów, w tym 58,1% badanych jest o tym przekonana. Trudność w tym zakresie deklaruje 9,4% pracowników. Biorąc pod

uwagę miejsce zatrudnienia, nie wykazano istotnie statystycznych różnic w odpowiedzi na to pytanie.

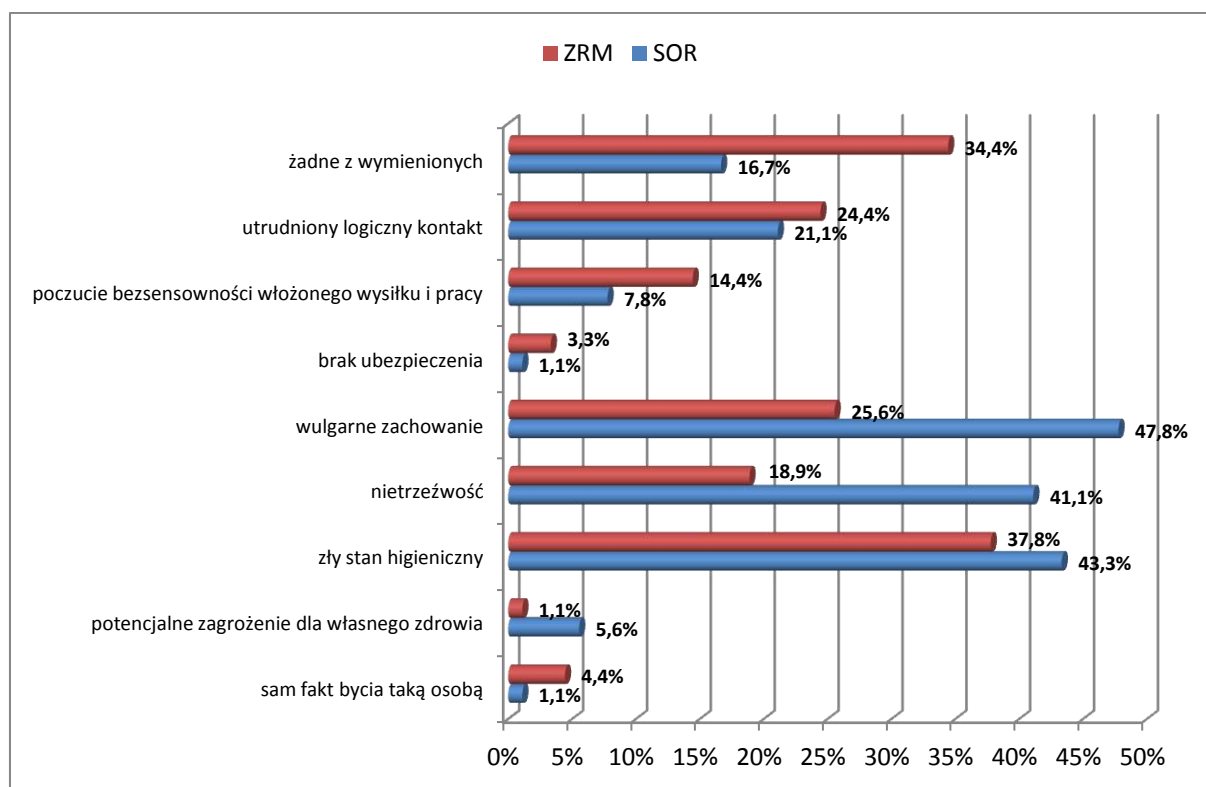


Ryc. 2. Odpowiedzi na pytanie: *Czy opieka nad pacjentem w podeszłym wieku stanowi dla Pani(a) problem?* względem miejsca zatrudnienia

Wśród respondentów, 3% przyznało, że pacjenci w podeszłym wieku wywołują u nich negatywne emocje podczas wykonywania czynności zabiegowych i pielęgnacyjnych.

Z wymienionych w kwestionariuszu uczuć negatywnych, jakie wzbudzają w personelu medycznym pacjenci w podeszłym wieku, najczęściej wymieniano zniecierpliwienie (15,6%). Niemal 2% badanych stwierdziło, że starsi pacjenci budzą w nich obrzydzenie. W większym stopniu respondenci zaznaczali uczucia o wydźwięku pozytywnym: współczucie (70%) i litość (37,2%). Stosunek obojętny do tej grupy pacjentów zadeklarowało 4,4% personelu, a 14,4% nie wskazało żadnego z wymienionych uczuć.

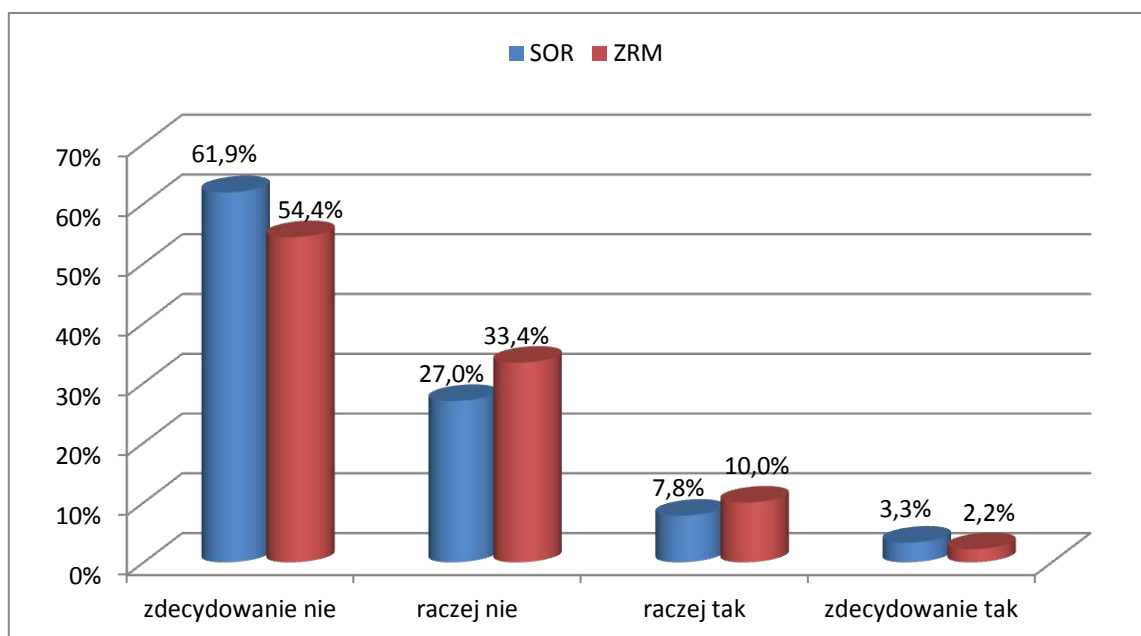
Czynnikiem, który budzi największą niechęć personelu wobec pacjentów geriatrycznych, jest ich stan higieniczny (40,6%), wulgarne zachowanie (36,7%) oraz stan nietrzeźwości (30,0%). Dla 22,8% respondentów, czynnikiem budzącym niechęć jest utrudniony kontakt z tą grupą pacjentów. Co dziesiąty pracownik ma poczucie bezsensowności włożonego wysiłku i pracy. Wśród badanych, 3,3% w pracy z osobami starszymi widzi potencjalne zagrożenie dla swojego zdrowia, a dla 2,8% czynnikiem budzącym niechęć jest sam fakt bycia pacjentem w podeszłym wieku. Dla 25,6% badanych żaden z wymienionych czynników nie był powodem niechęci wobec starszych pacjentów (Ryc. 3).



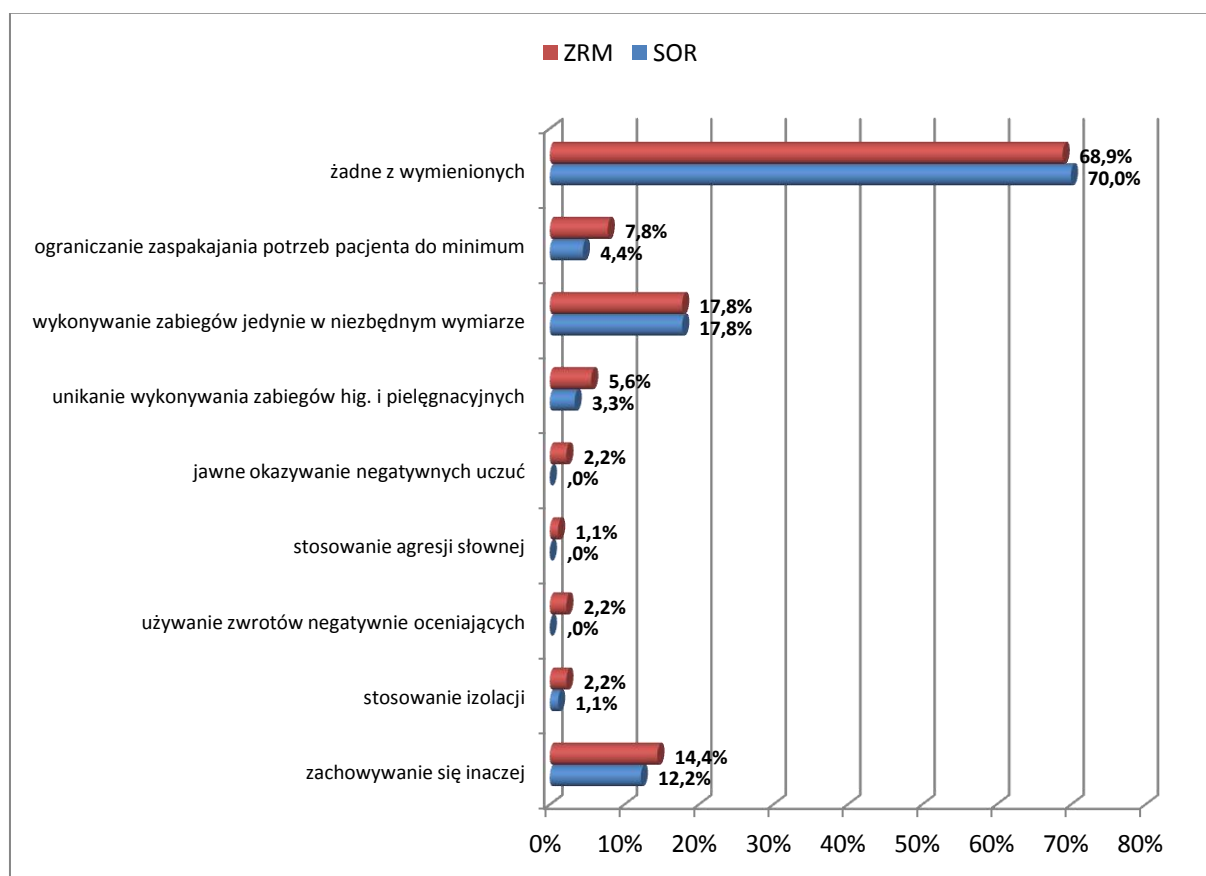
Ryc. 3. Czynniki ze strony pacjentów w podeszłym wieku budzące niechęć wśród personelu medycznego
n>100% pytanie z wielokrotną możliwością wyboru odpowiedzi

Na pytanie, czy zdarzyło się Pani(u), podczas wykonywania czynności służbowych podejść mniej przychylnie do pacjenta w podeszłym wieku, 11,7% wszystkich badanych odpowiedziało twierdząco, w tym 2,8% wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak”. Większość pracowników (88,3%) zanegowała nieprzychylnie podejście do starszego pacjenta w trakcie wykonywania pracy (Ryc.4).

Spośród badanych, 17,8% przyznało, że w stosunku do pacjentów w podeszłym wieku zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne wykonywało jedynie w niezbędnym i koniecznym wymiarze, a 4,4% unikało ich wykonania. Izolację wobec tej grupy pacjentów stosowało 1,7% badanych. Ponadto 6,1% respondentów ograniczało zaspokajanie potrzeb pacjenta do niezbędnego minimum. Do odmiennego zachowania w stosunku do starszych pacjentów, w porównaniu z pozostałymi chorymi, przyznało się 13,3% respondentów. Spośród badanych, 1,1% zdarzyło się używać wobec tej grupy pacjentów zwrotów negatywnie oceniających i tyle samo jawnie okazywało swoje negatywne uczucia. Ponad dwie trzecie pracowników (69,4%) stwierdziło, że nie stosowało wobec pacjentów w podeszłym wieku żadnego z zachowań wymienionych w kwestionariuszu (Ryc.5).



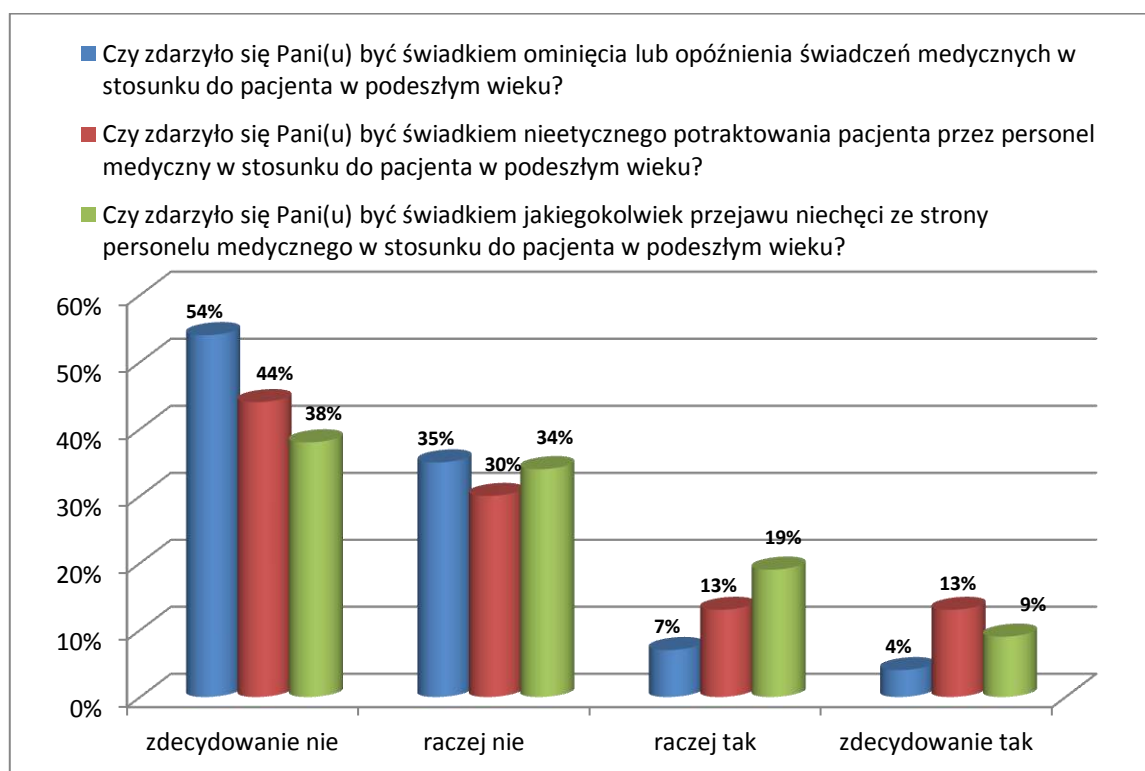
Ryc. 4. Odpowiedzi na pytanie: *Czy zdarzyło się Pani(u) podczas wykonywania czynności służbowych podejść mniej przychylnie do pacjenta w podeszłym wieku? względem miejsca zatrudnienia*



Ryc. 5 Zachowania personelu wobec pacjentów w podeszłym wieku >100% pytanie z wielokrotną możliwością wyboru odpowiedzi

Co dziesiąty pracownik był świadkiem ominięcia lub opóźnienia świadczeń medycznych u pacjenta w podeszłym wieku (10,6%), a co czwarty nieetycznego

potraktowania takiego pacjenta przez personel medyczny (25,6%). Blisko jedna trzecia (28,3%) badanych była świadkiem jakiegokolwiek przejawu niechęci ze strony koleżanek i kolegów w stosunku do starszego pacjenta. (Ryc.6). Na opinię w tej kwestii istotny wpływ miało wykształcenie badanego personelu (test Kruskala-Wallisa: $\chi^2 = 8,399 \sim \chi^2(2)$; $p=0,015$). Pracownicy z wyższym wykształceniem znacząco częściej byli świadkami przejawów niechęci personelu w stosunku do geriatrycznych pacjentów, w porównaniu z pozostałym personelem.



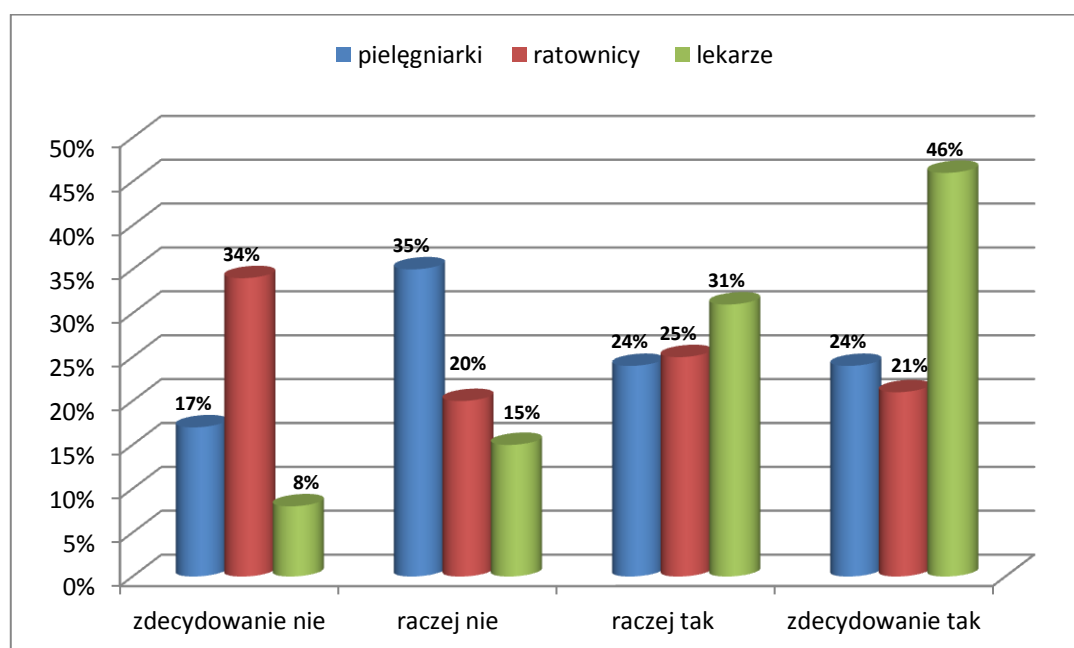
Ryc. 6. Odpowiedzi na pytania związane z obserwowaniem przejawów niewłaściwego traktowania chorych w podeszłym wieku

Jedna trzecia badanych (34,5%) uważa, że chorzy w podeszłym wieku mają utrudniony dostęp do usług i świadczeń medycznych.

Ponadto niemal wśród połowy badanego personelu występuje przekonanie, iż dla tej grupy chorych opiekę medyczną powinny świadczyć odrębne, wyspecjalizowane w tym względzie struktury/institucje (48,3%). Potrzeby takiej nie widzi 51,7% badanych, w tym jedna czwarta badanych (26,1%) zdecydowanie się temu sprzeciwia.

Analiza testem H Kruskala-Wallisa wykazała, że stanowisko pracy respondentów miało istotny wpływ na opinię na temat tworzenia odrębnych struktur w celu zapewnienia opieki medycznej dla chorych w podeszłym wieku ($p=0,034$). Lekarze statystycznie częściej

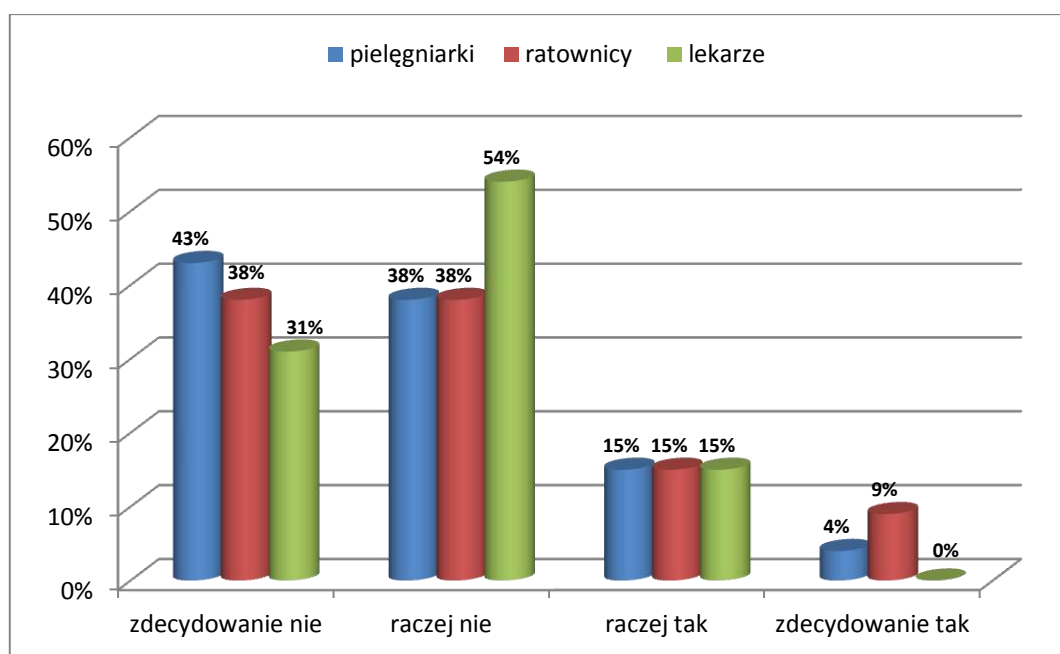
wskazywali na konieczność tworzenia odrębnych, wyspecjalizowanych struktur świadczących opiekę medyczną tylko w tej grupie pacjentów (Ryc.7).



Ryc. 7. Odpowiedzi na pytanie: *Czy wydaje się być konieczne tworzenie odrębnych struktur świadczących usługi medyczne wyłącznie dla pacjentów w podeszłym wieku?*, względem stanowiska pracy

Ponad połowa badanych (67,2%) uważa, że pracownicy ochrony zdrowia są przygotowani do pracy z pacjentami w podeszłym wieku, w tym 25% jest o tym przekonana. W opinii 16,7% respondentów, pracownicy medyczni zdecydowanie nie są przygotowani do pracy z seniorami. W odpowiedzi na pytanie, czy przestrzeganie karty praw pacjenta wobec starszych osób sprawia trudność, opinię, że tak jest wyraziło 25% respondentów. W grupie pozostałych badanych, którzy mieli odmienne zdanie, 39,4% uważało, że zdecydowanie nie jest to trudne. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że w ocenie przestrzegania karty praw pacjenta wobec starszych pacjentów, opinie pracowników SOR i ZRM różnią się istotnie statystycznie ($p=0,000$). W opinii pracowników SOR, przestrzeganie karty praw pacjenta wobec starszych pacjentów jest trudniejsze niż w opinii pracowników ZRM.

Ankietowani zostali poproszeni o opinię na temat występowania zjawiska dyskryminowania przez pracowników medycznych chorych w podeszłym wieku. Przekonanie, co do występowania takiego zjawiska wyraziło 6,1% respondentów. Kolejne 15% uważa, że może mieć ono miejsce. Ponad jedna trzecia (39,4%) badanych jest przekonana, że pacjenci w podeszłym wieku zdecydowanie nie są dyskryminowani w placówkach służby zdrowia (Ryc.8).



Ryc. 1 Odpowiedzi wszystkich badanych na pytanie: *Czy pacjenci w podeszłym wieku są dyskryminowani?* względem stanowiska pracy

Omówienie wyników

Lansowany współcześnie kult młodości wpływa bardzo niekorzystnie na postrzeganie starości, która nieuchronnie wiąże się ze spowolnieniem, nieporadnością, nieatrakcyjnością, skłonnością do chorób i koniecznością korzystania z pomocy innych [22]. Ze względu na zmiany zachodzące w organizmie w czasie procesu starzenia się, wiek podeszły jest często kojarzony z niedołężnością. Osoby starsze, jako naznaczone zmianami starczymi, stają się ofiarami stygmatyzacji czy dyskryminacji [23].

Wszelkie przejawy nietolerancji i nierównego traktowania są bardzo dotkliwie odczuwane przez samych seniorów, co znalazło potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej. Ujawniają one wiele nieprzychylnych zachowań i niechęci ze strony ludzi młodych, urzędników oraz pracowników ochrony zdrowia. Badani twierdzą, że w różnych środowiskach są odbierani jako intruzi, a najbardziej przykre zachowania stosowane wobec nich to wyśmiewanie, lekceważenie, żarty i obojętność [24].

Mimo, że starzenie się społeczeństwa jest naturalnym procesem, to ageizm i nadużycia wobec osób starszych występują wśród ogółu społeczeństwa, także w placówkach służby zdrowia. Media donoszą o opóźnieniach w zaspokajaniu potrzeb ludzi starszych, przemocy

fizycznej i psychicznej, a także o tym, że decyzje, czy podejmować czynności resuscytacyjne u starszego pacjenta są podejmowane bez konsultacji z pacjentem i jego rodziną [25].

Według Pędicha, w codziennej praktyce placówek ochrony zdrowia mamy do czynienia głównie z dyskryminacją nieformalną. Polega ona na okazywaniu niechęci w stosunku do pacjentów w starszym wieku, niedokładnego przeprowadzania wywiadu i badania lekarskiego, formy zwracania się do osób starszych naruszającej ich godność, a także lekceważenia zgłaszanych przez seniorów skarg [6].

Jak wykazały badania własne, sprawowanie opieki nad pacjentem w podeszłym wieku stanowi problem dla 12,2% personelu PRM, a wykonywanie czynności zabiegowych u seniorów stanowi problem dla co dziesiątej osoby. Ponadto u nielicznej grupy personelu (3%), podczas wykonywania czynności zabiegowych i pielęgnacyjnych pacjenci w podeszłym wieku wywołują negatywne emocje. Najczęściej personel doświadcza zniecierpliwienia, w mniejszym stopniu obrzydzenia.

Kozdroń i wsp. [26], którzy analizowali opinie studentów dotyczące osób starszych, wykazali negatywne postrzeganie osób starszych przez respondentów. W badaniach Kubińskiej i Roszkowskiej 21% studentów przyznało, że odczuwa wobec starszych osób niechęć, a 6% uznało, że seniorzy ich drażnią i denerwują. Co dziesiąta osoba przyznała, że unika ich bliskości [27].

Według Anczewskiej, zjawisko spadku znaczenia empatii w relacjach personelu medycznego z pacjentami jest powszechne. W relacjach z pacjentami starszymi, zwłaszcza przewlekłe chorymi, zjawisko obronnego dystansowania się i zmniejszania poziomu empatii wpisane jest w problem wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek, i dotyczy aż 30% personelu. Wśród przyczyn tego zjawiska wymienia się na pierwszym miejscu wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację i instrumentalizację kontaktu z pacjentami [28].

Badania własne pokazały, że co dziesiąty pracownik miał poczucie bezsensowności wysiłku włożonego w pracę z osobami starszymi. Ponadto personel odczuwał niechęć wobec pacjentów geriatrycznych, spowodowaną najczęściej złym stanem higienicznym i, co nieco zaskakujące, wulgarnym zachowaniem oraz „stanem nietrzeźwości” seniorów. Być może, w tym kontekście, innego znaczenia nabierają sytuacje, gdzie negatywne doświadczenia w kontaktach z placówkami opieki zdrowotnej oraz nagonka medialna na szpitale i system ratownictwa medycznego, są powodem niespotykanych dotychczas w systemie medycznym reakcji rodzin, które nagrywają rozmowy z lekarzami, rejestrują filmowo pobyt w szpitalu, przyjazdy karetek, a także proste czynności, jak np. zdjęcie opatrunku [29].

Ponadto media masowe, nagłaśniając sporadyczne sytuacje odmowy przyjazdu karetki pogotowia, kończące się tragicznie dla chorych, uogólniają negatywne oceny systemu zdrowotnego i tworzą atmosferę strachu, motywującą do roszczeniowych alokacji [11].

Analiza wyników badań własnych wykazała, że czynnikiem budzącym niechęć wśród personelu wobec seniorów był również utrudniony kontakt z tą grupą pacjentów.

O tym, jak ważna jest komunikacja interpersonalna, świadczy m.in. to, że w ostatnich latach stała się ona przedmiotem wielu badań socjologów medycyny. Ich prace dowodzą, że błędy w komunikacji są jedną z najczęstszych przyczyn złego samopoczucia pacjentów, szczególnie pacjentów w opiece paliatywnej [30]. Według Koziarskiej-Rościszewskiej, problemy utrudniające porozumienie z pacjentem to m.in. niewłaściwy sposób zwracania się do chorego – z użyciem języka niezrozumiałego oraz zawierającego trudne dla pacjenta sformułowania. Ponadto utrudnioną komunikację powoduje niedosłuch pacjenta, zaburzenia pamięci, dygresje, reminiscencje, co przekłada się na trudności z ustaleniem początku dolegliwości i precyzowania tych dolegliwości oraz wiarygodność przekazywanych przez seniora informacji [31].

W ratownictwie medycznym trudności w komunikacji, jako integralnej części opieki i pielęgnowania, oprócz zaburzeń funkcji narządów zmysłów oraz funkcji poznawczych, spowodowane są też brakiem czasu personelu na wystarczający i zadowalający pacjentów poziom relacji interpersonalnych, dający poczucie wsparcia i bezpieczeństwa. Takie wsparcie jest dla seniorów bardzo istotne i ma na celu *„podtrzymanie i zmniejszenie stresu przez towarzyszenie, wymianę emocji, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązywania problemu i przezwyciężenie trudności”* [32].

W badaniach Jastrzębskiej [33], 13% badanych pielęgniarek uznało, że w ich miejscu pracy starsi pacjenci byli traktowani inaczej niż pozostali pacjenci. Wśród przejawów zróżnicowania w traktowaniu seniorów w stosunku do innych chorych, pielęgniarki wymieniały: zbywanie starszych pacjentów - 46%, arogancję wobec nich - 28%, odsyłanie ich na inny termin - 25%, niemiłą obsługę - 22%, poświęcanie im mniejszej ilości czasu - 22%, lekceważenie i opryskliwość - 19%, niereagowanie na prośby chorego - 16%, przedmiotowe traktowanie - 15% oraz traktowanie chorego „jak zbędny balast” - 7%. Jak wykazały badania własne, co dziesiąty pracownik podczas wykonywania czynności służbowych przyznał, że podchodzi mniej przychylnie do pacjenta w podeszłym wieku. Do odmiennego zachowania się, w stosunku do starszych pacjentów, w porównaniu z pozostałymi chorymi, przyznało się 13,3% respondentów. Ponadto niemal jedna piąta badanych wykonywała zabiegi higieniczne i

pielęgnacyjne jedynie w niezbędnym wymiarze, 4,4% unikało ich wykonania, a 6,1% respondentów ograniczało zaspokajanie potrzeb pacjenta do niezbędnego minimum.

W Raporcie NIK, wyraźnie akcentowana jest opinia wskazująca na negatywny stosunek lekarzy do problemów, z jakimi zgłaszają się starsi pacjenci, czy samej osoby pacjenta. W opinii seniorów lekarze umniejszają zasadność wizyty, niewystarczająco skupiają się na problemie medycznym, nie udzielają informacji o diagnozie. Seniorzy skarżą się również na to, że lekarze milczą podczas wizyty albo wypowiadają upokarzające komentarze. Starsi pacjenci doświadczają ponadto agresji werbalnej: podnoszenie głosu lub krzyk [34]. W trakcie hospitalizacji seniorzy spotykają się ze złośliwymi uwagami ze strony pracowników odnośnie wieku, mają kłopoty z wezwaniem karetki, a ich rodziny mają utrudniony dostęp do pomocy w opiece nad seniorem w domu, są podejrzewani o podrzucanie seniorów do szpitali, stają się ofiarami braku procedur załatwiania wielu spraw medycznych, dostosowanych do sytuacji osób starszych i ich rodzin (np. uzyskiwanie recepty) [35].

Co dziesiąty pracownik w badaniach własnych był świadkiem ominięcia lub opóźnienia świadczeń medycznych u pacjenta w podeszłym wieku, jedna trzecia obserwowała przejawy niechęci ze strony koleżanek i kolegów w stosunku do starszego pacjenta, a co czwarty - nieetycznego potraktowania seniora przez personel medyczny. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Jastrzębska, w których 24% badanych było bezpośrednim świadkiem niewłaściwego traktowania pacjentów/seniorów przez personel [33].

Jak wykazały badania własne, jedna trzecia badanych uważa, że chorzy w podeszłym wieku mają utrudniony dostęp do usług i świadczeń medycznych. W ochronie zdrowia, często to właśnie wiek pacjenta ma przełożenie na odmowę wykonania badania, zabiegu lub operacji, na kłopoty z pozyskaniem sprzętu rehabilitacyjnego, czy dostępem do badań profilaktycznych [35].

Również w opinii Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii, w Polsce jest ograniczony dostęp do holistycznej opieki, co jest przejawem dyskryminacji osób starszych [36]. Potwierdza to Raport NIK wskazując, że seniorzy są osobami, dla których dostęp do pomocy medycznej jest utrudniony oraz że mają ograniczony dostęp do badań [34].

Analiza wyników badań własnych pokazała, że niemal połowa badanego personelu jest przekonana, że pacjentom w starszym wieku opiekę medyczną powinny świadczyć odrębne, wyspecjalizowane w tym względzie struktury/institucje. Najwięcej zwolenników takiego rozwiązania było wśród personelu lekarskiego.

Jak pokazują ustalenia NIK, w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Dostępność do tej opieki jest niewystarczająca, a ponadto

brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku [34]. Niedostateczny poziom opieki geriatrycznej w Polsce można uznać za rodzaj dyskryminacji formalnej, ogranicza bowiem ludziom starszym dostęp do opieki takiej, jakiej należałoby spodziewać się w kraju, w którym polityka zdrowotna przedstawiana jest jako priorytet przez wszystkie ubiegające się o władzę partie polityczne.

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne od lat zgłasza potrzebę organizowania w szpitalach oddziałów geriatry, ukierunkowanych na kompleksową diagnostykę i terapię geriatryczną [6]. Z jednej strony, działania mające na celu poprawę sytuacji zdrowotnej seniorów i tworzenie dla nich odrębnego systemu opieki zdrowotnej, można by określić mianem dyskryminacji pozytywnej. W tym przypadku, bowiem, wiek postrzegany jest jako wystarczająca przesłanka do podejmowania działań potencjalnie korzystnych dla ludzi starszych. Z drugiej strony - warto się zastanowić - czy próba odizolowania seniorów od reszty pacjentów jest jeszcze troską o jakość opieki dla tych chorych czy może przejawem ageizmu?

Wyniki badań pokazały, że jedna trzecia personelu uważa, że pracownicy ochrony zdrowia nie są przygotowani do pracy z pacjentami w podeszłym wieku. Jak wynika z raportu NIK za lata 2011-2014, wykłady z geriatry prowadzone były na uczelniach medycznych wyłącznie jako przedmiot fakultatywny. Natomiast zajęcia praktyczne w zakresie geriatry realizowano tylko w pięciu spośród jedenastu uczelni medycznych [34].

Praca z pacjentami w podeszłym wieku wymaga szczególnych kwalifikacji. Rosnąca liczba seniorów, także w systemie ratownictwa medycznego, wyznacza nowe tory dla rozwoju umiejętności i wiedzy personelu, koniecznych dla zapewnienia prawidłowego i kompleksowego postępowania pielęgnacyjno – leczniczego, które daleko wykracza poza standardowe działanie ratownicze.

W badaniach przeprowadzonych wśród pielęgniarek, Marcysiak i wsp. wykazali, że w opinii 25% badanych, pacjenci oczekują przede wszystkim leczenia ich dolegliwości, a godne traktowanie jest dla pacjentów mniej istotne. W tym samym badaniu, jedna czwarta pielęgniarek zadeklarowała, że zdarza im się traktować pacjentów w sposób przedmiotowy, część z nich dostrzega jednak potrzebę doskonalenia i kształtowania swoich postaw [37].

Analiza wyników badań wykazała, że w opinii jednej czwartej respondentów przestrzeganie karty praw pacjenta wobec seniorów jest trudne. Badania wykazały również, że 21% pracowników medycznych uważa, że występuje zjawisko dyskryminowania chorych w podeszłym wieku.

Twardowska-Rajewska, w opiece zdrowotnej wobec osób w podeszłym wieku, zauważa zachowania dyskryminacyjne, które mają odzwierciedlenie w odmowie pomocy medycznej (trudności z przyjazdem karetki oraz przyjęciem do szpitala), ograniczeniach w dostępie do badań profilaktycznych, słownym poniżaniu odnoszonym do wieku (za starzy), paternalistycznym stosunku, zaniedbaniami w opiece szpitalnej [9].

Z kolei Jastrzębska, w badaniach przeprowadzonych wśród pielęgniarek wykazała, że w opinii niemal połowy ankietowanych, dyskryminacja jest widoczna w placówkach ochrony zdrowia, a dostrzeganie jej przejawów jest uzależnione od wieku pracowników. W miarę wzrostu wieku badanych, coraz mniej pielęgniarek dostrzegało przejawy dyskryminacji wobec osób starszych ze strony pracowników ochrony zdrowia [33]. Badania własne nie wykazały zależności między wiekiem badanych a dostrzeganiem zależności przejawów dyskryminacji osób starszych.

Natomiast sami seniorzy wskazują opiekę zdrowotną jako obszar największych przejawów dyskryminacji ze względu na wiek [11].

Wzrost liczby pacjentów w podeszłym wieku stanowi duże wyzwanie dla polityków i specjalistów zdrowia publicznego, jako organizatorów systemu zabezpieczenia zdrowotnego, a także uzasadnia konieczność zmian w istniejącym obecnie modelu opieki geriatrycznej [11,38].

Brak jest badań dotyczących zjawiska dyskryminacji prowadzonych wyłącznie wśród pracowników medycznych systemu PRM. Niedoskonałość systemu opieki geriatrycznej powoduje, że PRM jest ogniwem najbardziej obciążonym opieką nad ludźmi starszymi. Postrzegany jako alternatywa dla kolejek do poradni specjalistycznych oraz dla kulejącej medycyny rodzinnej, daje starszym ludziom możliwość uzyskania kompleksowej i natychmiastowej pomocy w szpitalnym oddziale ratunkowym, co jest chętnie wykorzystywane zarówno przez pacjentów, jak i ich rodziny. Dysfunkcjonalność i konflikt w istniejącym systemie opieki zdrowotnej dotyczące pacjentów, zwłaszcza seniorów, których problemy zdrowotne wzrastają wraz z wiekiem, destabilizuje ustalone schematy postępowania w medycynie ratunkowej, skoncentrowane głównie na czynnościach ratunkowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że w odbiorze społecznym, każde ograniczenie dostępu do opieki zdrowotnej człowieka starszego, jest traktowane jako dyskryminacja ze względu na wiek i marginalizacja jego potrzeb zdrowotnych, także w sytuacjach, kiedy samoocena stanu zdrowia znacząco różni się od obiektywnych wyznaczników choroby.

Sytuacji tej sprzyja tendencja do traktowania usług medycznych publicznej ochrony zdrowia jako „dobra wspólnego”, z którego pacjent może bez ograniczeń korzystać. W wypadku ubezpieczonych starszych pacjentów występuje zjawisko „pokusy nadużycia”, która polega na nadmiernym korzystaniu z usług w stosunku do potrzeb zdrowotnych [11].

Nie ulega wątpliwości, że pacjenci w podeszłym wieku wymagają szczególnej opieki i troski. Oczekują też od personelu medycznego zainteresowania, wysłuchania i empatii, krótko mówiąc – poświęcenia im czasu, uwagi i zapewnienia poczucia bezpieczeństwa. Specyfika pracy w ratownictwie medycznym czasami nie pozwala na wystarczające spełnienie wszystkich tych oczekiwań.

Biorąc pod uwagę fakt, iż system PRM jest integralną częścią ochrony zdrowia, personel, który przejawia negatywny stosunek do osób starszych wpływa na obniżenie jakości opieki w całym systemie ochrony zdrowia. Z całą pewnością właściwa i empatyczna postawa pracowników, ich wiedza zawodowa i umiejętności interpersonalne są potężnymi wyznacznikami jakości tej opieki, nie tylko w państwowym systemie ratownictwa medycznego.

Wnioski

1. W oparciu o ocenę postaw i zachowań pracowników systemu ratownictwa medycznego, można stwierdzić, że występuje ageizm wśród personelu medycznego. Wśród respondentów, co piąty pracownik tego sektora uważa, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek ma miejsce.
2. Stan higieniczny osób starszych jest głównym czynnikiem budzącym negatywne emocje wśród personelu PRM.
3. Co drugi pracownik PRM uważa, że opiekę medyczną nad osobą w wieku starszym powinny świadczyć odrębne, wyspecjalizowane placówki medyczne.
4. Edukacja personelu PRM w zakresie specyfiki pracy z pacjentami w podeszłym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji, wydaje się być ważnym elementem podniesienia jakości opieki nad pacjentami w starszym wieku.

Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny (2008): Prognoza ludności na lata 2008-2035, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm, data pobrania 2.02.2016.

2. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf, data pobrania 2.02.2016.
3. Drejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A. i wsp.: Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrya Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Geriatrii. Gerontol. Pol., 2005, 13, 2, 67–83.
4. Wieczorowska- Tobis K.: Specyfika pacjenta starszego, <http://www.wydawnictwo.pzwł.pl/download/228210100.pdf>, data pobrania 2.02.2016.
5. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M.: Podstawy gerontologii społecznej. Wyd. Aspra, Warszawa, 2006.
6. Pędich W.: Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludzi starych, <http://dSPACE.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/4987/7.%20P%C4%99dich.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, data pobrania 2.02.2016.
7. Leszczyńska-Rejchert A.: Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości. Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn, 2007.
8. Strugała M., Talarska D.: Ocena sprawności podstawowej osoby w wieku podeszłym z wykorzystaniem katalogu czynności życia codziennego. Family Med. Care Review., 2006, 2, 332-335.
9. Twardowska-Rajewska J.: Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia [w:] Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Szatur-Jaworska B. (red.). Wyd. ARFwP, Warszawa, 2005, 48.
10. Muszalik M., Biercewicz M.: Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku, <http://www.wydawnictwopzwł.pl/download/228850100.pdf>, data pobrania 2.02.2016.
11. Gałuszka M.: System opieki zdrowotnej w Polsce wobec potrzeb seniorów: priorytety, racjonowanie i dyskryminacja ze względu na wiek. Przegl. Socjol., 2013, 62, 2, 79 – 108
12. Sańko W.: Relacja SENIOR – OPIEKA ZDROWOTNA w świadomości osób korzystających z poznańskich klubów seniora. Raport zbiorczy, Poznań, 2010, Centrum Innowacji Społecznej SIC!, http://www.intranet.wcpit.pl/UserFiles/File/RAPORT%20zbiorczy%20Relacja%20Senior%20-%20O_%20Zdrowotna%20ver_%20OST.pdf, data pobrania 2.02.2016.

13. Butler R.: Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 1969, 9, 243-246, za:
Tokarz B. Postawy wobec starości i ludzi starszych, http://www.zysk50plus.pl/storage/fck/file/stop_publicacja.pdf, data pobrania 2.02.2016.
14. Moore P., Conn Ch.P.: *Disguised. A True Story*, Word Book, 1985.
15. Burgess J.: Stereotypes and Urban Image. *Area*, 1974, 6, 167-171
16. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/dyskryminacja-ze-wzgl%C4%99du-na-wiek>, data pobrania 2.02.2016.
17. Szukalski P.: Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek, <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/3607/7.%20Szukalski.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, data pobrania 2.02.2016.
18. Zych A.: *Słownik gerontologii społecznej*. Wyd. Żak, Warszawa, 2001.
19. Penson R.T., Daniels K.J., Lynch T.J., Too old to care. *The Oncologist*, 2004, 9, 3, 343-352.
20. Kilian M.: Źródła ageizmu i jego przejawy we współczesnym świecie. *Gerontol. Pol.*, 2004, 12, 125-128.
21. Steuden S.: *Psychologia starzenia się i starości*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2011.
22. Tokaj A.: *U progu starości (studium socjopedagogiczne)*. Wyd. Eruditus, Poznań, 2000.
23. Dziuban A.: Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. *Przegląd piśmiennictwa. Gerontol. Pol.*, 2010, 18, 140-147.
24. Wciórka B.: *CBOS, 2007, Między młodością a starością*, Warszawa, 2007, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_022_07.PDF, data pobrania 2.02.2016.
25. Ward D.: Ageism and the abuse of older people in health and social care. *Br. J. Nurs.*, 2000, 11-24, 9, 560-563.
26. Kozdroń A., Kozdroń E., Nowak P. F.: Osoby starsze w opinii studentów [w:] *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). Pictor, Łódź, 2008, 204-215.
27. Kubińska Z., Roszkowska A.: Nastawienie studentów pedagogiki wobec osób starszych i ich problemów [w:]. *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości*, Krajewska Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.). Akademia Medyczna w Białymstoku, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok, 2007, T.1, 393-398.

28. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe. Post. Psych. Neurol., 2005, 14, 2, 67-77.
29. Watóła J.: Nie ufam, to kręcę lekarza. Gazeta Wyborcza nr 76, wydanie z dnia 30/03/2013, data pobrania 2.02.2016.
30. Janiszewska J.: Dobra komunikacja warunkiem wsparcia psychicznego chorych umierających. Nowa Medycyna, 2004, 2, <http://www.czytelniamedyczna.pl/1515,dobra-komunikacja-warunkiem-wsparcia-psychicznego-chorych-umierajacych.html>, data pobrania 2.02.2016.
31. Koziarska-Rościszewska M.: Rola lekarza rodzinnego w opiece geriatrycznej, http://www.umed.lodz.pl/geriatria/pdf/Rola_LR_w_opiece_geriatrycznej.pdf, data pobrania 2.02.2016
32. Sęk H.: Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu [w:] Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej, Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.). Wydawnictwo All, Kraków, 1997, 119
33. Jastrzębska J., Oskędra I.: Przejawy dyskryminacji osób starszych w ocenie pracowników ochrony zdrowia na przykładzie opinii pielęgniarek [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska –Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). UM, Białystok, 2013, T. XI, 597-604.
34. Informacja o wynikach kontroli NIK, Departament Zdrowia, Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym. 2014 KZD-4101-003/2014, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf>, data pobrania 2.02.2016
35. Łuszczynska M.: Społeczna śmierć osób starszych – rozważania o podwójnym wykluczeniu [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska –Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). UM Białystok, 2014, T. XII, 713-728.
36. Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Jóźwiak A.: Dyskryminacja osób starszych w systemie ochrony zdrowia w Polsce [w:] Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej, Jakrzewska-Sawińska A. (red.). Poznań, 2007, 53-56.
37. Marcysiak M. B., Dąbrowska O., Zagroba M., Marcysiak M.: Potrzeba podmiotowego traktowania pacjenta przez personel medyczny w opinii pielęgniarek [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska –Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). UM Białystok, 2014, T. XII, 1552-1563.
38. Doroszkiewicz H., Bień B.: Pielęgniarka środowiskowa szansą naprawy systemu podstawowej opieki geriatrycznej. Med.Rodz., 2001, 14, 3–4, 155-158.

Zapobieganie społecznej śmierci osób starszych – o Uniwersytetach Trzeciego Wieku w aktywizacji społecznej seniorów

Dąbska Olga¹, Pawlikowska – Łagód Katarzyna², Barańska Agnieszka^{3,4}

1. Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
2. Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
4. Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Podobnie jak jesień może być najpiękniejszą porą roku, tak i starość może być najpiękniejszym okresem życia, w którym osiąga się życiową mądrość i czuje prawdziwy smak życia, a to, co się w ciągu życia przeżyło, daje poczucie rzetelnego dzieła. Bywają jednak jesienie słotne i bezowocne i starość też jałowa, bolesna, a nawet tragiczna być może.

Antoni Kępiński (Rytm życia)

Wstęp

Termin *śmierć społeczna* odnosi się „(...) do sytuacji, kiedy biologiczna egzystencja człowieka pozostaje zachowana, a nawet niezakłócona, a mimo to otoczenie traktuje określoną osobę jak nieobecną, jak zmarłą. (...) *śmierć społeczną* w tak rozumianym aspekcie należałoby zatem ujmować jako zaprzeczenie *życia społecznego*” [1]. Mimo, iż słowo *śmierć* użyto tutaj w znaczeniu metaforycznym, to wypowiedź ta jest jak najbardziej prawdziwa. Śmiercią społeczną zagrożeni są zwłaszcza ludzie niepełnosprawni, chorzy przewlekle, a szczególnie cierpiący na choroby psychiczne, bezdomni, ubodzy, samotni, skompromitowani publicznie, w podeszłym wieku, pozbawieni dobrego imienia, wiarygodności, prestiżu, o niskim wykształceniu, odmiennych wartościach kulturowych, religijnych, politycznych itd.

Dla człowieka, jako istoty społecznej nadrzędną wartością są relacje społeczne. Powszechnie przyjęto, jakoby na prawidłowe funkcjonowanie społeczne główny wpływ miała aktywność społeczna, a ogólnie mówiąc udział w życiu społecznym. Zjawisko śmierci społecznej może przybierać różnorakie postacie, jednakże najczęstszą z nich jest wykluczenie społeczne. Zgodnie z definicją przedstawioną w *Słowniku współczesnego języka polskiego*

wykluczyć oznacza „wylęczać, usuwać kogoś z jakiejś społeczności, zabraniać udziału w czymś, wstępu dokądś, (...) nie dopuszczać do zrobienia czegoś, nie uwzględniać czegoś, nie brać pod uwagę (...)” [2]. Wykluczenie społeczne występuje wówczas, gdy konkretni ludzie mają uniemożliwione pełne uczestnictwo w życiu społecznym. W ujęciu ogólnym wykluczenie społeczne rozpatrywane jest pod kątem sytuacji mieszkaniowej, aktywności zawodowej, kontaktów międzyludzkich, praw socjalnych oraz ochrony zdrowia. Z terminem *wykluczenie społeczne* związanych jest wiele skojarzeń. Pojęcie to jest synonimem braku akceptacji, wygnania, izolacji, osamotnienia, wyłączenia, nieangażowania się w życie społeczne. W literaturze przedmiotu niejednokrotnie podkreśla się wielopłaszczyznowy charakter zjawiska wykluczenia społecznego. Zdaniem Zygmunta Baumana wykluczenie społeczne jest konsekwencją podziałów zachodzących w strukturze społecznej. W społeczeństwie wyróżnia się wówczas dwie grupy: a) swoich – w węższym znaczeniu są to osoby z najbliższego otoczenia, rodzina, znajomi, przyjaciele, ludzie podobni do nas, w szerszym ujęciu są to konsumenci, osoby aktywne zawodowo, posiadające władzę, prestiż, poważanie, dobrą opinię społeczną, b) innych – są to ludzie bierni zawodowo, o niskiej pozycji społecznej, mający ograniczone możliwości konsumpcyjne, nie posiadające zasobów finansowych, osoby, które nie są potrzebne, a niekiedy stanowiące problem dla reszty ludności [3].

Mające miejsce w ostatnich latach liczne przeobrażenia gospodarcze, ekonomiczne, polityczne, kulturowe, społeczne oraz postęp technologiczny przyczyniły się do wzrostu narażenia na śmierć społeczną grupy wiekowej 65+. Konsekwencją owych przemian w skali kraju, jak i całego globu jest rosnące ryzyko niezaspokojenia podstawowych potrzeb społecznych przedstawicieli tej grupy, a wśród nich potrzeby stymulacji psychicznej i fizycznej, samokształcenia, poszerzania wiedzy i umiejętności, bycia uznanym za część społeczeństwa, utrzymywania więzi towarzyskich, wypełnienia wolnego czasu, wykonywania społecznie użytecznych działań itd. [4]. W odniesieniu do starszej grupy wiekowej zjawisko wykluczenia społecznego nazywane bywa *nożycami śmierci społecznej*. „Zachodzące we współczesnym świecie zmiany, związane z postępującym procesem starzenia się społeczeństw, postępowym technologicznym i rozwojem gospodarczym sprawiają, że szczególnie istotna staje się aktywizacja ludzi starszych oraz zapobieganie ich marginalizacji. Istotna jest zmiana stereotypu człowieka starego w społeczeństwie, który ukazuje ludzi w tzw. trzecim wieku jako zniechęconych, biernych i wymagających stałej pomocy” [5]. W grupie społecznej seniorów obserwowane jest zjawisko podwójnej marginalizacji. Po pierwsze ma miejsce marginalizacja

ze strony środowiska, z drugiej zaś zachodzi automarginalizacja. Perspektywa bliskiej śmierci, rosnąca zależność od pomocy innych, rozpad więzi międzyludzkich, występujące stereotypy o starości i ludziach starych prowadzą do śmierci społecznej, która uważana jest za skrajny przejaw wykluczenia. Według Barbary Szatur - Jaworskiej występuje kilka zasadniczych przyczyn wykluczenia społecznego seniorów. Marginalizacji podlegają seniorzy, którzy byli wykluczeni także na wcześniejszych etapach swojego życia (za młodu byli bezdomni, biedni, bezrobotni). Osoby w podeszłym wieku zostają wyłączeni z życia społecznego z powodu praktyk dyskryminacyjnych stosowanych przez młode pokolenie. Ludzi starych wyklucza się ze społeczeństwa z powodu złego stanu zdrowia, niskiego wykształcenia, braku zaradności, nieradzenia sobie z przejawami postępu technologicznego itd. [6].

Mając na uwadze wysokie prawdopodobieństwo wykluczenia społecznego seniorów należy podejmować działania zapobiegające temu zjawisku. Istotną ochronę przed *śmiercią społeczną* osób w podeszłym wieku pełnią organizacje angażujące społecznie. Wyróżnia się wśród nich domy kultury, kluby osiedlowe, kluby i koła seniora, dzienne domy pomocy społecznej (DDPS), Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW), zasługujące na szczególne wyróżnienie. Priorytetem, który przyświeca działalności UTW jest przeciwstawianie się pasywnej starości, zwalczanie stereotypowego postrzegania starości jako procesu o charakterze negatywnym oraz zjawisk społecznych o wrogim wydźwięku wobec procesu starzenia się, jakimi są:

- gerontofobia (lęk młodych przed starością)
- ageism (dyskryminacja ludności ze względu na podeszły wiek)
- anty-ageism (zaprzeczanie starości).

Przedstawiciele gerontologii społecznej (nauki zajmującej się społecznymi konsekwencjami procesu starzenia się ludności) podkreślają rosnącą na sile potrzebę podejmowania starań o przedłużenie aktywności życiowej seniorów [7].

Współcześnie w społeczeństwie kreowany jest wizerunek człowieka zdrowego, młodego, pięknego, zaś osoby starsze stają się coraz bardziej dyskryminowane. „Trzeci wiek jest okresem życia często kojarzonym z chorobami, niepełnosprawnością, samotnością, marginalizacją i pogorszeniem jakości życia. Uniwersytety Trzeciego wieku (UTW), wychodząc naprzeciw tym problemom, dążą do tego, aby czas trzeciej wiosny był czasem życia pełnego, radosnego i aktywnego” [8].

Konieczne jest zatem podjęcie działań, prowadzących do wzmocnienia pozycji seniorów, wspierania ich samodzielności i podmiotowego traktowania jako pełnowartościowych członków społeczeństwa. W związku z tym niezbędne wydaje się przybliżenie tytułowej tematyki.

Cel pracy i metodyka badań

Niniejszy artykuł skupia się na przybliżeniu działalności Uniwersytetów Trzeciego Wieku, jako formie zapobiegania i zwalczania zjawiska śmierci społecznej wśród seniorów. Owa tematyka jest niezwykle obszerna, w związku z tym artykuł jedynie przybliża działalność UTW w związku z aktywizacją społeczną starszej grupy wiekowej.

Artykuł ma charakter przeglądowy. Bazuje na dokumentach programowych, publikacjach naukowych, ekspertyzach opracowanych dla instytucji publicznych, obserwacji aktywności aktorów instytucjonalnych i społecznych w obszarze starzenia się społeczeństwa polskiego.

Idea funkcjonowania Uniwersytetów Trzeciego Wieku

Proces starzenia się jest często wiązany z nagłym wycofaniem się z życia społecznego, co może spowodować osamotnienie i izolację seniorów. W literaturze gerontologicznej spotyka się dwa skrajne poglądy dotyczące filozofii starzenia się. W pierwszym podkreśla się konieczność stopniowego wycofywania się z ról społecznych i obowiązków pełnionych przez seniorów. Natomiast w drugim propaguje się zastąpienie dotychczasowej aktywności zawodowej innymi przejawami czynnej egzystencji. Teoria aktywności kładzie nacisk na konieczność aktywnego spędzania czasu [9]. Ludzie w podeszłym wieku stają przed problemem nadmiaru wolnego czasu, jako konsekwencji ograniczenia pełnionych ról społecznych. Jak zatem w konstruktywny sposób wypełnić wydłużający się czas wolny seniorów, by zapobiec ich śmierci społecznej?

Obecnie jedną z najpopularniejszych form aktywizacji społecznej osób starszych są Uniwersytety Trzeciego Wieku [10]. UTW to placówki edukacyjne, przeznaczone dla osób starszych, które pragną aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym będąc na emeryturze. Po drugie UTW stanowią przestrzeń rozwoju osobistego oraz pełnią funkcje towarzyskie [11]. Według danych Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń UTW w 2011 roku na terenie kraju

funkcjonowało 320 placówek UTW, w 2012 roku ich liczba wzrosła już do 385. Szacuje się, iż obecnie w Polsce funkcjonuje 425 UTW [12,13].

Pierwsze UTW pojawiły się na terenie Europy w latach 70. XX wieku. Prekursorem w tej dziedzinie był Pierra Vellas, który w 1973 roku w Tuluzie założył Instytut Nauk Społecznych. Instytucja ta dążyła do „(...) poprawy kondycji psychofizycznej i społecznej osób starszych oraz dbałości o podnoszenie ogólnej jakości ich życia; podejmowania i realizacji kształcenia ustawicznego; poszerzenia wiedzy z zakresu gerontologii; współdziałania z lokalną społecznością w zakresie obserwowanych i antycypowanych schorzeń osób starszych” [14,15]. Instytut Nauk Społecznych Vellasa odniósł wielki sukces, który przyczynił się do rozpowszechnienia i popularyzacji tego typu placówek w całej Europie. Polska była trzecim, w kolejności, krajem w skali globu (po Francji i Belgii), gdzie rozwinęła się działalność UTW. Pierwszy w Polsce UTW założyła Halina Szwarec w 1975 roku w Warszawie. Studium III Wieku przyświecały takie cele: aktywizacja fizyczna i psychiczna oraz włączenie seniorów do systemu kształcenia ustawicznego (idea uczenia się przez całe życie), popularyzacja profilaktyki gerontologicznej, obserwacja zjawiska starzenia się ludności i prowadzenie badań naukowych w tym zakresie [16]. „(...) instytucje państwowe, organizacje pozarządowe i środki masowego przekazu mają podjąć starania, aby osoby stare miały dostęp do wiedzy na różnym poziomie (w skali świata także do alfabetyzacji), aby nie musiały żyć z piętnem upośledzenia fizycznego czy psychicznego, a także nie były pozbawione zadań i uznania w swoim środowisku” [17].

Idee, które przyświecały niegdyś działalności Vellasa są do dziś aktualne. Mianowicie, UTW:

- sprzyjają osiągnięciu godnej pozycji społecznej, a zwłaszcza w rodzinie kompensują utracone role społeczne,
- zapobiegają negatywnym wyobrażeniom na temat starzenia się, uwalniają proces starzenia od stereotypów, które ograniczają aspiracje seniorów,
- podnoszą poziom własnej wartości i samoocenę, nadają sens życia, modyfikują postrzeganie świata, sposób myślenia, formułowania i wyrażania sądów,
- podnoszą poziom wiedzy, poszerzają umiejętności, rozwijają pasje i zainteresowania, sprzyjają realizacji marzeń, aspiracji, potencjału twórczego, umożliwiają reaktywację zawodową, samorealizację,

- służą przystosowaniu się do zmieniających się uwarunkowań społecznych, ekonomicznych, kulturowych, gospodarczych, technologicznych itd., zapewniają oswojenie się z nowymi technologiami, przeciwdziałają wykluczeniu cyfrowemu,
- pobudzają do aktywizacji społecznej w interesie jednostki i ogółu - zachęcają do czynnego udziału na rzecz społeczeństwa, zwłaszcza zaś środowiska lokalnego, umacniają tożsamość społeczną,
- prowadzą profilaktykę gerontologiczną, poradnictwo życiowe, samopomoc, rozwijają wolontariat i działanie charytatywne,
- sprzyjają zachowaniu dobrego stanu zdrowia oraz dążą do utrzymania dobrostanu psychofizycznego i podtrzymania ogólnej sprawności organizmu, umożliwiają bycie samodzielnym, niezależnym i zaradnym,
- podnoszą jakość życia, zapewniają rekreację i rozrywkę, sprzyjają zmniejszeniu poziomu stresu, poprawiają kondycję fizyczną, promują zdrowy styl życia, podnoszą świadomość znaczenia ruchu w codziennym życiu seniorów,
- pobudzają do racjonalnego planowania, organizowania i spędzania czasu wolnego,
- zapobiegają marginalizacji i degradacji społecznej, pełnią funkcję integracyjno - rekreacyjną, wpływają na budowanie więzi, poczucia solidarności, poprawę relacji rodzinnych, społecznych, międzypokoleniowych, integrują z grupą rówieśniczą, rozszerzają zakres kontaktów społecznych,
- upowszechniają wiedzę o starości i ludziach starszych w otoczeniu [16,18-21].

Seniorzy uczestnicząc w działaniu UTW zaspokajają istotne potrzeby życia codziennego. UTW ułatwiają nawiązywanie nowych relacji międzyludzkich, w związku z tym przeciwdziałają osamotnieniu, przełamują codzienną rutynę. Instytucje te stanowią doskonałe miejsce spotkań z ludźmi o podobnych cechach – pod kątem kategorii wiekowej, sytuacji mieszkaniowej, źródłach finansowania, kondycji zdrowotnej, a także problemów, jakim jest zwłaszcza brak akceptacji społecznej. Integrują środowisko osób starszych ze sobą, ale i międzypokoleniowo. Integracja z młodymi polega głównie na nawiązaniu współpracy pomiędzy UTW a placówkami oświaty. Młode pokolenie odbywa praktyki, staże, wolontariat, w czasie których oferuje seniorom najczęściej lektoraty językowe, kursy komputerowe, zajęcia ruchowe. Równie ważnym celem działalności UTW jest aktywizacja, integracja, włączanie w życie publiczne i obywatelskie, bycie pełnoprawnym członkiem społeczeństwa. „Uniwersytety trzeciego wieku (UTW) pełnią rolę ważnych centrów kulturalno-edukacyjnych dla osób starszych. Umożliwiają seniorom nie tylko aktualizację wiedzy i zdobywanie

nowych umiejętności, ale także aktywne uczestnictwo w życiu społeczności lokalnych” [11]. „*To także wyraz troski o zapewnienie osobom w wieku dojrzałym godnego miejsca w społeczeństwie obywatelskim*” [4].

Liczną grupę wśród seniorów stanowią osoby zmagające się z nadmiarem czasu wolnego. Wówczas uczestnictwo w życiu UTW sprzyja ponownemu otworzeniu się na świat. „Traktowanie rozwojowo własnego życia przez osoby starsze może być ważnym czynnikiem budującym zadowolenie z życia, poczucie satysfakcji wykorzystania czasu wolnego” [18]. Dzięki temu rośnie aktywność życiowa seniora. Zmianie ulega także jego osobowość, gdyż rozwija się tolerancja, chęć pomagania, wyrozumiałość, spokój, optymizm, pogoda ducha, wiara, nadzieja, siła woli. „Uniwersytety trzeciego wieku dążą do tego, aby czas starości był czasem pełnego życia, wartościowego, angażującego człowieka w taki sposób, by był on gotów zmienić nawet swój stosunek do świata i ludzi, jeśli okaże się to słuszne” [22]. Ponadto celem działalności UTW jest wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy, a przede wszystkim ich wiedzy, umiejętności i doświadczenia życiowego.

Poprzez uczestnictwo w zajęciach możliwe jest zaspokojenie głównych potrzeb życiowych seniorów. Zgodnie z piramidą potrzeb Masłowa wyróżnia się wśród nich: a) potrzebę szacunku i uznania - dotyczy to zwłaszcza szacunku wobec seniorów ze strony najbliższych ludzi z ich otoczenia, a zwłaszcza młodych – wnuków, którzy będą doceniać wiedzę, doświadczenie, nowo nabyte umiejętności dziadków, seniorzy będą wzbudzać podziw i zainteresowanie; b) potrzebę miłości i przynależności - UTW stanowią miejsce, gdzie seniorzy umożliwiony mają kontakt z ludźmi równymi sobie, czują się jak wśród swoich, prócz tego, że mogą spotykać dawnych znajomych, możliwe jest nawiązanie nowych relacji; c) potrzebę bezpieczeństwa i potrzeby fizjologiczne - seniorzy czują się bezpiecznie na terenie UTW, lubią spędzać tam czas, zajęcia nadają nowy sens ich życiu, dzięki nim chcą wyjść z domu, zadbać o siebie, podnoszą samoocenę i samoopiekę – samodzielne pokonywanie trudności [11].

Trudno przecenić walory UTW. Ogół działalności UTW nastawiony jest na szeroko pojętą aktywizację starszej grupy społecznej, co wydaje się nieodzowne w związku z zachodzącymi przemianami cywilizacyjnymi. Angażowanie seniorów do wszelkich przejawów aktywności prozdrowotnej - ruchowej, umysłowej, a zwłaszcza społecznej ma za zadanie przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu, marginalizacji czy dyskryminacji. „UTW mogą zarówno stanowić odpowiedź na potrzeby osób starszych oraz być ich głosem w społeczeństwie obywatelskim, a jednocześnie instytucją, która potrafi w pełni wykorzystać

potencjał społeczny seniorów” [11]. Podsumowując role pełnione przez UTW można je pogrupować w trzy główne funkcje – edukacyjną, psychoterapeutyczną, integracyjną. A ogół funkcjonowania UTW podporządkować idei *Uczyć się, aby żyć* [23].

Oferta edukacyjna UTW

W UTW realizowana jest bogata oferta edukacyjna. Realizowane są: a) prowadzone na poziomie uniwersyteckim wykłady audytoryjne o dowolnej tematyce, rozbudzające zainteresowania seniorów i poszerzające horyzonty myślowe, b) wykłady fakultatywne z konkretnych dziedzin, np. przyrody, historii, c) wykłady otwarte, d) warsztaty tematyczne w grupach, rozwijające zainteresowania, stwarzające możliwość nabycia nowych umiejętności, np. warsztaty teatralne, taneczne, literackie, pierwszej pomocy przedmedycznej, e) kursy, szkolenia, poradnictwo, f) sekcje oraz koła zainteresowań, g) kluby i zespoły tematyczne, np. chór, kabaret, treningi szybkiego czytania, h) seminaria, lektoraty, laboratoria, konwersatoria, dyskusje, i) zajęcia ruchowe, rekreacyjne, rehabilitacyjne, np. gimnastyka korekcyjna, aerobik, nordic walking, j) warsztaty artystyczne, np. malarstwo, rzeźba, koronkarstwo, k) imprezy kulturalne, np. spektakle teatralne, pokazy kinowe, koncerty, l) imprezy turystyczne, zajęcia wakacyjne. Większość UTW posiada różnorodną ofertę programową, dzięki czemu każdy senior może znaleźć coś dla siebie [5].

Ponadto w działalność UTW wpisana jest idea charytatywnej pomocy na rzecz innych - rozwój wolontariatu. Osoby starsze angażują się w działalność różnych organizacji charytatywnych, są członkami grup samopomocowych [24]. Wolontariat daje seniorom poczucie użyteczności, satysfakcji. Pomaga rozwijać system wsparcia, stanowi ochronę przed stresem i przygnębieniem. Umożliwia zdobycie doświadczeń, odkrycie nowych pasji i zainteresowań. Czas poświęcony na wolontariat owocuje kontaktami międzyludzkimi, zwiększa poczucie wspólnoty, podnosi umiejętności interpersonalne. Wolontariat dostarcza impulsu do podnoszenia poczucia własnej wartości, poziomu zadowolenia z życia. Wolontariuszy – seniorów spotkać można najczęściej w hospicjach, szpitalach, schroniskach. Ich pomoc skupia się na dotrzymywaniu towarzystwa, odwiedzaniu samotnych, robieniu zakupów itd. [25]. Działają też na rzecz społeczności lokalnej, np. organizując bezpłatne korepetycje, czytając książki dzieciom. Angażując się w inicjatywy obywatelskie podnoszą swoją pozycję społeczną i nieświadomie stosują profilaktykę wykluczenia społecznego.

Dyskusja

Na podstawie analizy literatury autorki starały się przybliżyć wpływ Uniwersytetów Trzeciego Wieku na pobudzanie aktywności społecznej osób starszych oraz roli tych placówek w zapobieganiu zjawisku śmierci społecznej, występującego często w związku z procesem starzenia się.

W literaturze przedmiotu UTW jawią się jako instytucje bardzo pozytywnie wpływające na jednostki, ale i ogół ludności. W artykule Grzanki – Tykwińskiej i Kędziory – Kornatowskiej podkreśla się, iż UTW dbają o sprawność intelektualną i fizyczną seniorów, angażują ich w życie społeczne, zapobiegają marginalizacji, umożliwiają podtrzymywanie relacji międzyludzkich, nawiązanie współpracy międzypokoleniowej. Autorki są zdania, iż działalność tych instytucji „(...) przyczynia się do zmiany postrzegania starości jako okresu bezradności i bierności społecznej” [7].

Zdaniem Bień niedostateczna aktywność społeczna seniorów może przyczynić się nasilenia problemu osamotnienia, izolacji społecznej, niesamodzielności, czy w ostateczności przedwczesnej umieralności wśród osób ze starszej grupy wiekowej [26].

Kaczmarczyk i Trafiałek uważają, iż samotność i izolacja społeczna wymagają promowania zdrowego stylu życia, a pomocna w tym będzie zwłaszcza działalność UTW [27].

Z kolei Borczyk i Załona są zdania, iż umożliwienie osobom w podeszłym wieku podnoszenia poziomu wiedzy i nabywanie nowych umiejętności stanowią czołowe determinanty wpływające na ich aktywność życiową i jakość życia. Ponadto angażując seniorów w życie obywatelskie podnosi się kompetencje konieczne do funkcjonowania we współczesnym świecie, przeciwdziałając wykluczeniu społecznemu tej grupy społecznej [21].

W literaturze funkcjonuje obraz UTW jako *symbolu rewolucji społecznej*, tworzącej przestrzeń samorozwoju seniorów. Placówki te są narzędziem dialogu międzypokoleniowego, budują sieć porozumienia pomiędzy młodym i starszym pokoleniem. Lecz przede wszystkim stanowią czynnik integrujący środowisko lokalne i stwarzający warunki rozwoju życia społecznego seniorów [11].

Podsumowując rozważania na temat śmierci społecznej seniorów warto przytoczyć słowa Antoniego Kępińskiego „(...) wykluczenie ze świata społecznego, śmierć społeczna równa się dla człowieka śmierci biologicznej” [28].

Wnioski

1. Niedostateczne przystosowanie społeczne seniorów może przyczynić się do pojawienia się obojętności ze strony społeczeństwa, nietolerancji, dyskryminacji, izolacji, wykluczenia społecznego, konsekwencją czego jest śmierć społeczna. Śmierć społeczna, w przeciwieństwie do śmierci naturalnej, nie jest stanem nieodwracalnym.
2. Rozwój edukacji ustawicznej jest narzędziem do przeciwdziałania śmierci społecznej. UTW stanowią wartościowy sposób na spędzanie wolnego czasu przez osoby w podeszłym wieku, gdyż ich działalność niesie ze sobą wiele pozytywnych aspektów – podnosi poziom wiedzy, rozbudza zainteresowania, umożliwia uczestnictwo w życiu społecznym, dostęp do kultury, rozrywki i wypoczynku. Łamie powszechnie panujący w mentalności ludzkiej stereotyp seniora - osoby wycofanej z życia.
3. Uczestniczenie w zajęciach organizowanych przez UTW ma wiele motywów. Seniorzy obawiają się monotonii w *jesieni życia*, biernego stylu życia, zasiedzenia w domu. Stają się słuchaczami UTW z obawy przed samotnością. Pragną być wśród ludzi, służyć im pomocą, czuć się potrzebnym, przynależeć do społeczności. Zajęcia stanowią motywację do wyjścia z domu, zadbania o swój wygląd. Są sposobem na zwalczanie nudy, nadmiar wolnego czasu, depresję. Zdobyta wiedza rozwija, poszerza horyzonty, pozwala odnaleźć się w nowoczesnym świecie, rekompensuje braki. Pozwala zachować sprawność i zmienia nastawienie do siebie i do życia.
4. Funkcjonowanie we współczesnym świecie, którego domeną są dynamiczne przemiany wymaga ciągłego podnoszenia swoich umiejętności. Edukacja ustawiczna to doskonały sposób na stawianie czoła wyzwaniom stawianym przed starszym pokoleniem, wskutek postępującej globalizacji i związanych z nią przeobrażeń.

Piśmiennictwo

1. Kaczmarek T., Marcinkowski, J. T.: Śmierć społeczna. Część II. Śmierć społeczna ostateczną konsekwencją wykluczenia społecznego [w:] W drodze do brzegu życia. Krajewska - Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok, 2008, Tom V, 371-388.
2. Dunaj B.: Słownik współczesnego języka polskiego. Wyd. Wilga, Warszawa, 1996.

3. Bauman Z.: Straty uboczne. Nierówności społeczne w epoce globalizacji. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2012.
4. Borczyk W., Nalepa W., Knapik B., Knapik W.: Standardy działania uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce. Wyd. Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Nowy Sącz, 2014.
5. Walancik, M., Kot - Radojewska, M.: Uniwersytet trzeciego wieku jako forma kształcenia ustawicznego – dobre praktyki [w:] *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*. Zych A. A. (red.). Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej *Pod Dębem* w Dąbrowie Górniczej, Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza, 2014, 413-422.
6. Szatur - Jaworska B.: Ludzie starzy i starość w polityce społecznej. Wyd. ASPRA-JR, Warszawa, 2000.
7. Grzanka – Tykwińska A., Kędziora - Kornatowska K.: Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku. *Gerontol. Pol.*, 2010, 1, 18, 29–32.
8. Bielawska A., Pieścikowska J., Bączyk G. i wsp.: Uniwersytet trzeciego wieku – edukacja zawsze na czasie. *Now. Lek.*, 2012, 1, 81, 80–83.
9. Seredocha I.: Znaczenie aktywności społecznej i edukacyjnej osób starszych w perspektywie słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku i osób niepełnosprawnych w Elblągu. *Zarządzanie Publiczne*, 2010, 3, 11, 155-170.
10. Zapendowska K.: Pogodna starość – czy to możliwe? Działania podejmowane na rzecz aktywizacji osób starszych [w:] *Pozytywna starość*. Wieczorkowska - Tobis K., Talarska D. (red.). Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2010, 56-65.
11. Gołdys A., Krzyżanowska Ł., Stec M., Ostrowski Ł.: Zoom na UTW. Raport z badania. Wyd. Towarzystwo Inicjatyw Twórczych, Warszawa, 2012.
12. Dubas E.: Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością. *Roczniki Andragogiczne*, 2013, 20, 135-152.
13. Zych A. A.: Przekraczając „smugę cienia“. Szkice z gerontologii i tanatologii. Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice, 2013.
14. Błachnio A.: Wolontariat w Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2008.
15. Czerniawska O.: Edukacja osób „Trzeciego Wieku” [w:] *Wprowadzenie do andragogiki*. Wujek T. (red.). Wyd. ITE, Warszawa, 1996, 213-236.

16. Hrapkiewicz H.: Uniwersytety trzeciego wieku jako jedna z form kształcenia osób starszych. *Chowanna*, 2009, 2, 115-126.
17. Szwarc H.: Księga Jubileuszowa wydana z okazji 25-lecia Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Wyd. Uniwersytetu Trzeciego Wieku, Warszawa, 2000.
18. Borczyk W.: Zaktywizuj się, czyli młodość na starość. Edukacja – promocja uczenia się przez całe życie [w:] (Nie) czekając na starość wyzwania dla polityki społecznej w obliczu demograficznych przemian. Wilimska W. (red.). Wyd. Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków, 2012, 53-59.
19. Jachimowicz D., Nalepa W.: Tworzenie Uniwersytetu Trzeciego Wieku – krok po kroku. Wyd. Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Nowy Sącz, 2012.
20. Konieczna - Woźniak R.: Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Wyd. Eruditus, Poznań, 2001.
21. Borczyk W., Załona Z.: Profesjonalny Uniwersytet Trzeciego Wieku. Program edukacyjno - aktywizujący UTW wybrane zagadnienia. Wyd. Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Nowy Sącz, 2014.
22. Dzięgielewska M.: Edukacja jako sposób przygotowania do starości [w:] Edukacja wobec starości – tradycja i współczesność. Stopińska – Pająk A. (red.). Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2009, 49-62.
23. Leszczyńska – Rejchert A.: Człowiek starszy i jego wspomaganie: w stronę pedagogiki starości, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2005.
24. Nowicka A.: Starość jako faza życia człowieka [w:] Wybrane problemy osób starszych. Nowicka A. (red.). Wyd. Impuls, Kraków, 2008, 17–26.
25. Dzięgielewska M.: Wolontariat ludzi starszych [w:] Starzenie się a satysfakcja życia. Steuden S., Marczuk M. (red.). Wyd. KUL, Lublin, 2006, 261–271.
26. Bień B.: Proces starzenia się człowieka [w:] Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2006, 42–46.
27. Kaczmarczyk M., Trafiałek E.: Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontol. Pol.*, 2007, 4, 15, 116–118.
28. Kępiński A.: Autoportret człowieka. Myśli, aforyzmy. Wyd. Literackie, Kraków, 1993.

Analiza czynników ryzyka samobójstw popełnianych w województwie podlaskim

Łukaszuk Cecylia R.¹, Perkowska Marlena², Krajewska-Kułak Elżbieta¹

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny, Białystok
2. LSP Chirurgia, Białystok

*„Bo zaiste śmierć, najstraszniejsze z nieszczęść,
wcale nas nie dotyczy,
bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna,
a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma.”
(Epikur)*

Wstęp

Po raz pierwszy słowa „samobójstwo” użył angielski lekarz – Walter Charleton w 1651 r. Twierdził on, iż nie jest ono zbrodnią, mimo że wtedy, jak i przez kolejne 200 lat, traktowane było ono właśnie jako zbrodnia. W roku 1785 pojawiła się pierwsza praca na temat samobójstwa pod tytułem: „Rozprawa o samobójstwie”. Po raz pierwszy w historii zwrócono w niej uwagę na prewencję samobójstw, która w wyobrażeniu autora miała mieć charakter karania samobójstwa tak, jak innych przestępstw [1].

Leksykon Medyczny z 1848 roku tak definiuje samobójstwo: „*morderstwo samego siebie; akt zabicia samego siebie; samobójstwo jest bardzo często rezultatem chorób umysłu, jednostka podczas aktu wydaje się być nieodparcie popychana ku autodestrukcji*” [cyt. za 2].

W New York Times, w roku 1887, ukazała się kolejna definicja samobójstwa: „*słowo samobójstwo zawiera w sobie intencję i niewłaściwe jest jego stosowanie w rozumieniu, jako aktu pozbawionego świadomej motywacji, którego konsekwencją jest przypadkowa śmierć*”.

Dziesięć lat później ukazało się dzieło Durkheima pt. „Samobójstwo”; powstała pierwsza teoria wyjaśniająca zjawisko samobójstw w kontekście społecznym. Od tej pory podejmowano próby usystematyzowania pojęć w suicydologii. Durkheim do swojej definicji samobójstwa dochodził poprzez logiczny ciąg refleksji. Początkowo przyjmował, iż samobójstwo to wszelka śmierć, która pośrednio lub bezpośrednio wynika z pozytywnego, bądź też negatywnego czynu ofiary. W kolejnych rozważaniach na pierwszy plan wysuwa się

fakt, iż utrata życia u samobójców przebiega z całą świadomością, ofiara doskonale wie, jakie będą skutki jej postępowania. Na podstawie tego Durkheim stworzył taką oto definicję samobójstwa: „samobójstwem nazywamy każdy przypadek śmierci, który bezpośrednio lub pośrednio wynika z pozytywnego lub negatywnego działania ofiary, która wiedziała, że da ono taki rezultat”.

Śmierć samobójcza ma wyraźne społeczne podłoże i uwarunkowania oraz określony wymiar społeczny. Durkheim w swojej pracy „*Le suicide*” dowodzi, że samobójstwa są zjawiskiem społecznym, w znacznej mierze determinowanym cechami grup społecznych, do których samobójcy należą oraz typem społeczeństwa, w którym żyją. „*Ustaliliśmy – pisze Durkheim - [...] że każda grupa społeczna przejawia specyficzną tendencję do samobójstw, której nie wyjaśnia ani społeczno-psychologiczna konstytucja jednostki, ani natura środowiska fizycznego. Przez eliminację, zatem doszliśmy do wniosku, iż musi ona zależeć koniecznie od przyczyn społecznych i sama w sobie konstituuje zjawisko społeczne [...]*” [3].

Analizując samobójstwa i ich determinanty społeczne Durkheim wyróżnił trzy podstawowe rodzaje samobójstw:

1. **samobójstwo egoistyczne** – jako wynik zbyt słabej integracji jednostki z grupą i społecznością;
2. **samobójstwo altruistyczne** – jako skutek zbyt silnej integracji ze środowiskiem, z celami, interesami i oczekiwaniami grupy. Do tej kategorii zalicza się samobójstwa starców w społeczeństwach pierwotnych, *harakiri* popełniane przez japońskich oficerów na wieść o kapitulacji, czyny pilotów *kamikadze* oraz protestacyjne całopalenie;
3. **samobójstwo anomiczne** – przejaw zakłócenia ładu społecznego, wskaźnik jego rozregulowania; sytuacja dezintegracji społecznej, której efektem jest m.in. narastanie samobójstw;
4. **samobójstwo fatalistyczne** - samobójstwo człowieka będącego w sytuacji tragicznej (ta kategoria nie była rozwijana w szkole durkheimowskiej) [4].

Czynniki ryzyka samobójstw:

- wiek – badania wskazują, iż wybór drastycznej metody śmierci nie pozwalającej zwykle na odratowanie jest tym wyższy, im młodszy jest nastolatek. Według WHO młodzież dokonuje prób samobójczych 4 razy częściej niż ludzie dorośli;
- płeć – częściej mężczyźni;

- miejsce zamieszkania- wykazano zwiększoną ilość samobójstw w centrum aglomeracji miejskich;
- stan cywilny – osoby pozostające w małżeństwie rzadziej popełniają samobójstwa;
- zawód – zawody skojarzone ze zwiększonym ryzykiem to: weterynarz, dentysta, farmaceuta, rolnik, marynarz, policjant;
- sytuacja materialna – poważne i długotrwałe trudności materialne, bądź nagła utrata dóbr materialnych zwiększają zagrożenie zamachem samobójczym;
- przejście na emeryturę;
- sezonowość – najczęściej samobójstwa popełniane są w poniedziałek, a najrzadziej w sobotę. Wiosna to pora roku, w której zwiększa się liczba prób samobójczych;
- stres;
- adopcja – dzieci adoptowane częściej popełniają samobójstwa;
- nieplanowana ciąża, aborcja, poronienie;
- zaburzenia psychiczne (depresja, schizofrenia, uzależnienia) [5].

Patersson i wsp. wprowadzili skrót: *SAD PERSONS* (*smutne osoby*), pozwalający na szybkie zapamiętanie podstawowych czynników ryzyka samobójczego:

- Sex - płeć (męska),
- Age - wiek (młodzieńczy lub podeszły),
- Depression - depresja,
- Previous suicide attempts - próby samobójcze w przeszłości,
- Ethanol abuse - nadużywanie alkoholu,
- Relation thinking loss - utrata racjonalnego myślenia,
- Social suport lacking - brak wsparcia społecznego,
- Organized plan to commit suicide - konkretny plan popełnienia samobójstwa,
- No sponse - brak współmałżonka,
- Sickness - choroba somatyczna [cyt. za 6].

Badacze twierdzą, że osoby ze skłonnością do prób samobójczych sygnalizują swój stan. Florkowski i wsp. przeprowadzili badania, które wykazały, że do najczęstszych wypowiedzi oraz zachowań poprzedzających zamach samobójczy należały: zaniziona samoocena (81%), brak zrozumienia lub zainteresowania (76%), poczucie beznadziejności (60%). Z powyższych badań wynika, że większość kandydatów na samobójców do samego końca stara się poinformować otoczenie o swojej krytycznej sytuacji i poszukuje bezpośredniej lub pośredniej pomocy [7].

Samobójstwa zostały uznane przez Światową Organizację Zdrowia za istotny problem społeczny i zdrowotny, wymagający prowadzenia badań naukowych, między innymi w zakresie dynamiki i trendów rozwojowych, identyfikacji czynników i grup ryzyka.

Według danych WHO, co 3 sekundy ktoś podejmuje próbę samobójczą, a co 40 sek. traci z tego powodu życie. W Polsce samobójstwo popełnia ponad pięć tysięcy osób rocznie. Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na tendencje wzrostowe prób samobójczych i przewidują, że liczba samobójstw na rok 2020 osiągnie 1.53 mln ofiar.

Celem pracy było: określenie częstości występowania prób samobójczych w województwie podlaskim; przeanalizowanie czynników ryzyka popełnianych samobójstw.

Materiał i metodyka

Przeanalizowano 2006 historii chorób pacjentów z lat 2007 – 2010. Wyłoniono 107 osób (kobiet i mężczyzn) Szpitala Psychiatrycznego w Choroszczy, które poddano analizie.

Podstawowym narzędziem badawczym, służącym do dokumentowania danych był arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, opracowany dla potrzeb badań, w oparciu o historię choroby. Arkusz do gromadzenia danych dotyczył:

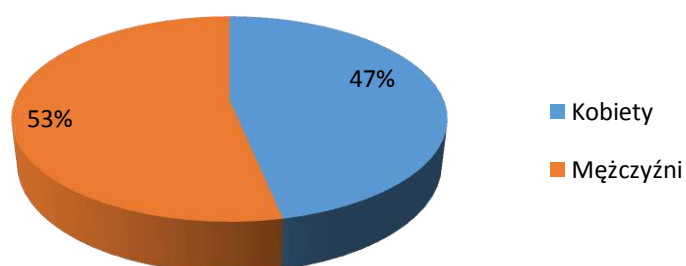
- roku, w którym podjęto próbę samobójczą,
- rozpoznania, z którym pacjent trafił do szpitala,
- płci,
- wieku,
- wykształcenia,
- miejsca zamieszkania,
- stanu cywilnego
- aktualnej sytuacji materialnej,
- potencjalnych czynników ryzyka samobójstw.

Wyniki

Analizie poddano 2006 historii chorób pacjentów Szpitala Psychiatrycznego w Choroszczy, hospitalizowanych w latach 2007-2010. Badana grupa liczyła 107 osób (co stanowi 5,3% pacjentów hospitalizowanych na oddziale psychosomatycznym), w wieku od 14

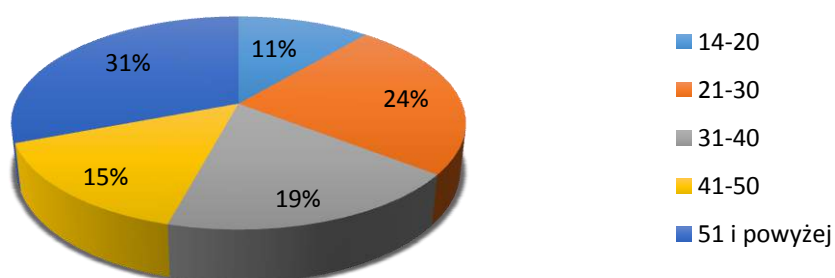
do 82 lat, które podjęły próbę samobójczą. 53% badanych stanowili mężczyźni, a 47% to były kobiety (Ryc. 1).

Mężczyźni częściej odbierają sobie życie. Trudno dziś o pracę, która dla mężczyzn jest większą wartością niż dla kobiet. Dodatkowo, mężczyźni są bardziej zamknięci w sobie, trudniej im się zwierzyć, wyzalić i w razie przygnębienia czy depresji poprosić o pomoc.



Ryc. 1. Struktura badanych według płci

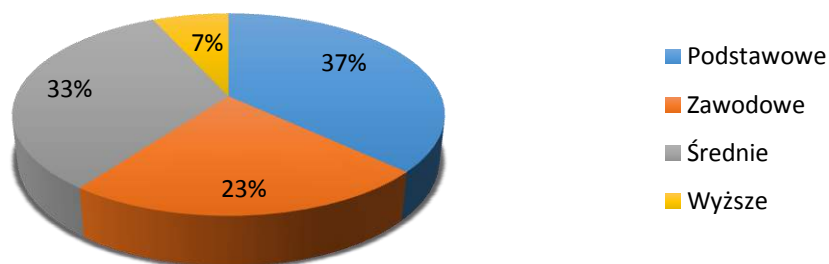
Wiek pacjentów zawarty był w przedziale 14 lat do ponad 50 lat. Średni wiek wynosił 39 lat $\pm 15,984$. Najwyższy odsetek (31%) stanowiły osoby w grupie wiekowej 51 lat i powyżej. Pozostałe wyniki przedstawia Ryc. 2.



Ryc. 2. Struktura badanych według wieku

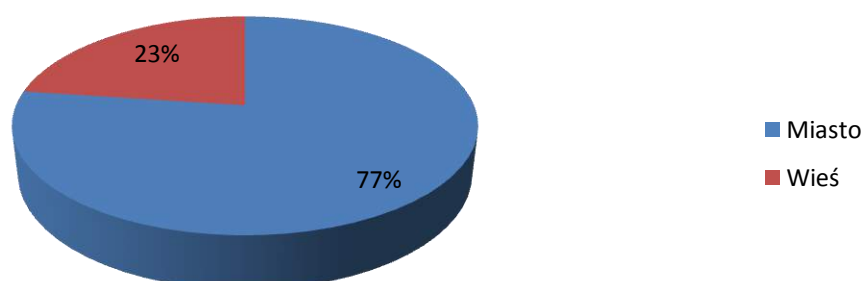
Największa liczba respondentów posiadała wykształcenie podstawowe (37%), 33% badanych posiadało wykształcenie średnie, natomiast wykształcenie wyższe – 7% (Ryc.3).

Dane zgromadzone przez Komendę Główną Policji (2008) wskazują, iż osoby z wykształceniem podstawowym częściej popełniają samobójstwa [5]. Potwierdzają to powyższe badania.



Ryc.3. Wykształcenie badanej grupy

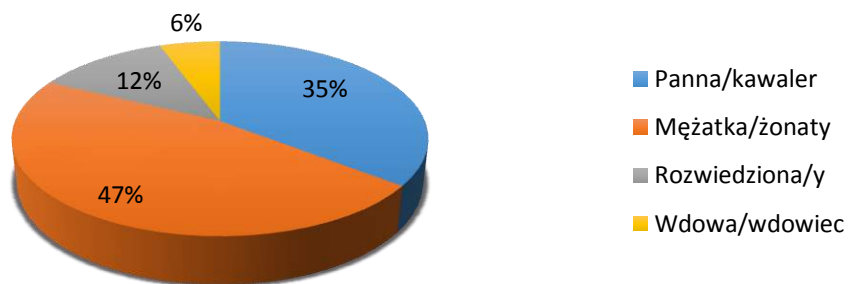
Czynnikiem ryzyka samobójstw jest zamieszkiwanie w centrum aglomeracji miejskich. Badania własne potwierdzają tę zależność - 77% badanych było mieszkańcami miast, 33% to mieszkańcy wsi (Ryc. 4).



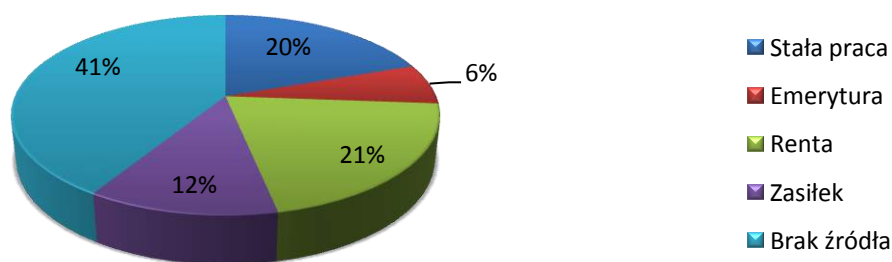
Ryc. 4. Struktura badanej grupy wg miejsca zamieszkania

Statystyki Komendy Głównej Policji wskazują, że osoby pozostające w małżeństwie częściej dokonują samobójstw niż osoby samotne, rozwiedzione czy owdowiałe [5]. Powyższa rycina ukazuje podobną zależność. Osoby pozostające w małżeństwie (47%) stanowiły największą grupę badanych. Drugą, co do liczebności grupą były osoby wolnego stanu (35%). Pozostałe wyniki obrazuje Ryc. 5.

Zagrożenie zamachem samobójczym zwiększają takie sytuacje kryzysowe, jak: poważne i długotrwałe trudności materialne oraz nagła strata dóbr materialnych [5]. W badaniach wykazano, iż największą grupę respondentów stanowiły osoby nie posiadające stałego źródła dochodu (41%), następnie były to osoby będące na rencie (21%) oraz posiadające stałą pracę (20%). Pozostałe wyniki przedstawiono na Ryc. 6.



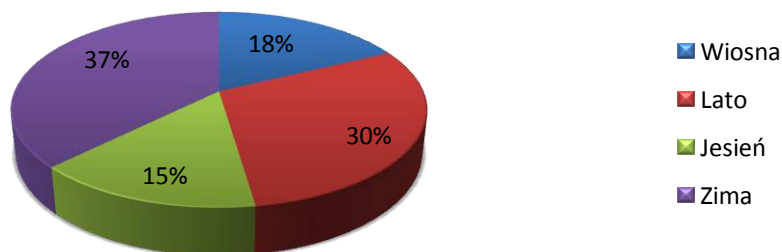
Ryc. 5. Stan cywilny respondentów



Ryc. 6. Aktualna sytuacja materialna badanych

Czynniki ryzyka samobójstw

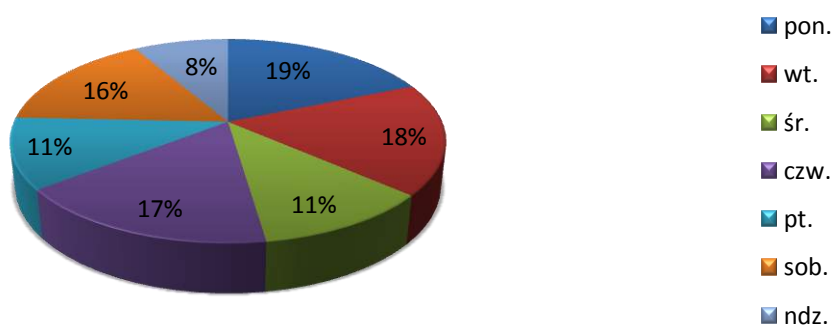
37% osób podjęło próbę samobójczą zimą. Nieco mniej (30%) dokonało tego latem. 18% stanowili respondenci, którzy targnęli się na swoje życie wiosną, a 15% - jesienią (Ryc.7). Jakkolwiek badania naukowe wskazują, iż samobójstwo popełniane jest najczęściej wiosną i latem [5].



Ryc. 7. Pora roku, w której podjęto próbę samobójczą

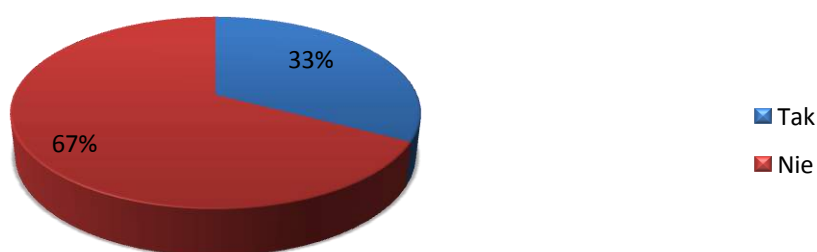
Najwięcej prób samobójczych podjęto w poniedziałek (19%), zaś najmniej w niedzielę (8%). Pozostałe wyniki zawarte są na Ryc. 8. Literatura wskazuje, że samobójstwa są dokonywane najczęściej w poniedziałek, a najrzadziej w sobotę [5].

Na początku tygodnia ludziom towarzyszy poczucie ogólnego rozbicia, przygnębienia, a przede wszystkim stres spowodowany ponownym przymusem zmotywowania się do wytężonej pracy fizycznej czy umysłowej.



Ryc. 8. Dzień tygodnia, w którym podjęto próbę samobójczą

67% stanowiły osoby, które próbę samobójczą podjęły po raz pierwszy, 33% to respondenci, którzy dokonali tego po raz kolejny (Ryc. 9).

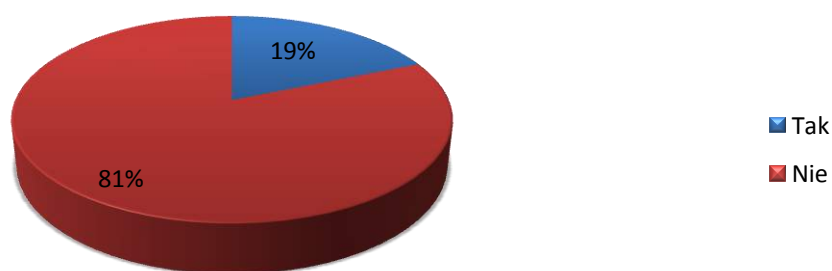


Ryc. 9. Wcześniej podejmowane próby samobójcze

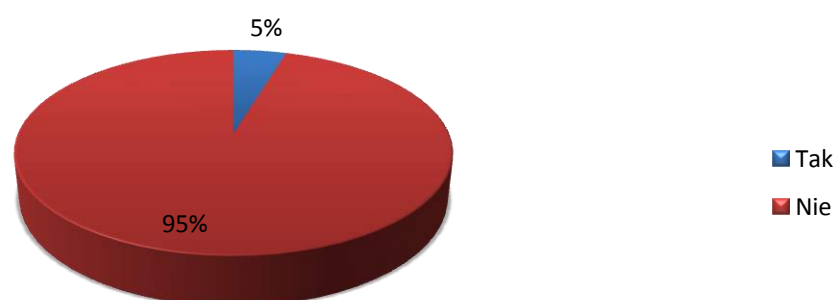
Analizując grupę badanych wykazano, iż 19% osób zgłosiło fakt występowania przemocy w rodzinie, pozostałe 81% takiego faktu nie zgłaszało (Ryc. 10).

Zdecydowana większość (95%) osób badanych nie przeżywała żaloby w chwili podjęcia próby samobójczej (Ryc. 11).

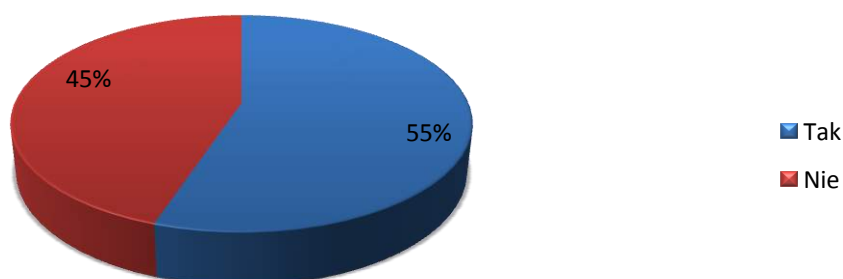
Jednym z czynników predysponujących do prób samobójczych jest nadużywanie alkoholu. W badaniach wykazano, iż 55% stanowiły osoby regularnie spożywające alkohol (Ryc. 12), z czego 52% z nich było uzależnionych od alkoholu.



Ryc. 10. Przemoc w rodzinie respondentów



Ryc. 11. Przeżywanie żałoby w chwili podjęcia próby samobójczej

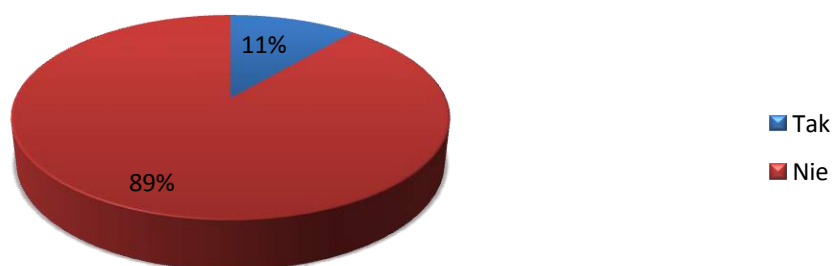


Ryc. 12. Spożywanie alkoholu wśród osób badanych

Badania wykazały, że spożywanie substancji psychoaktywnych jest skorelowane ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa u osób po pierwszym epizodzie choroby psychicznej [5]. Rycina 13 przedstawia wyniki badań własnych: 11% osób badanych przyznało się do zażywania narkotyków, 89% nie zgłosiło tego faktu.

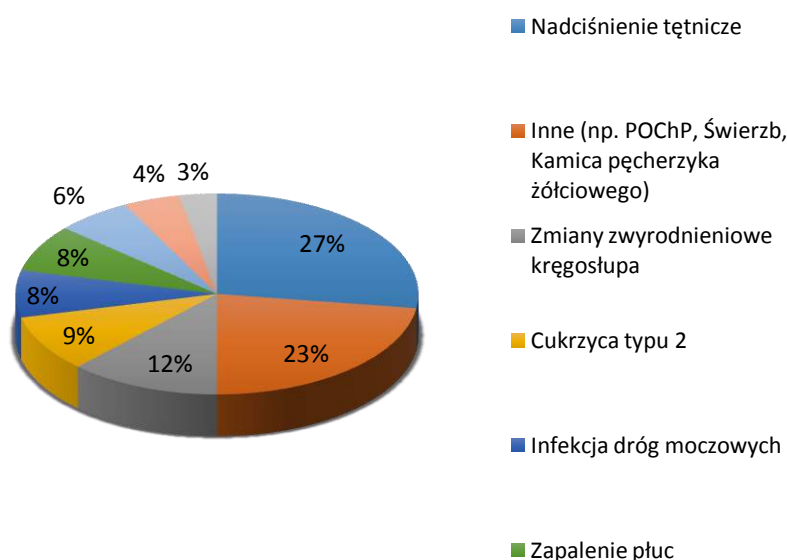
Kiedy człowiek jest w stanie narkotycznego odurzenia, dochodzi u niego do zmian w zakresie świadomości, pojawiają się halucynacje, postrzega on rzeczywistość w sposób

zniekształcony, przestaje kontrolować swoje zachowanie, które przybiera często formę agresji kierowanej na zewnątrz albo autoagresji z zachowaniami samobójczymi włącznie.



Ryc. 13. Używanie narkotyków wśród respondentów

Autorzy donoszą, że wpływ na decyzję o pozbawieniu się życia mają również choroby somatyczne [5]. Największą grupę badanych stanowiły osoby cierpiące na nadciśnienie tętnicze (27%), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (12%) i cukrzycę t.2 (9%).

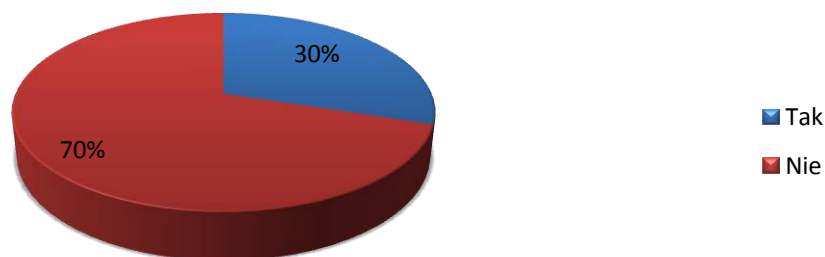


Ryc.14. Występowanie chorób somatycznych u osób badanych

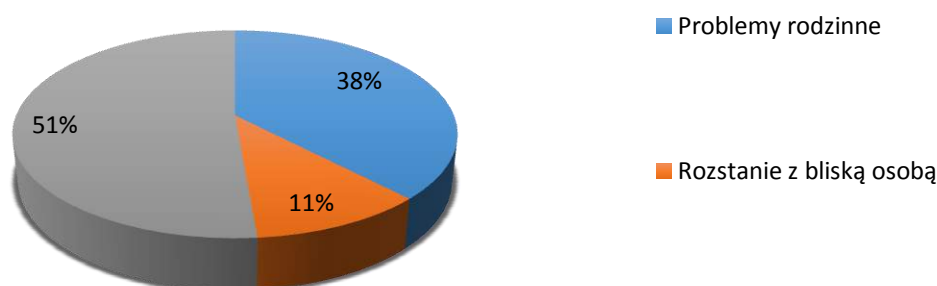
Przeważająca część respondentów (70%) nie miała stwierdzonej niepełnosprawności, ani też nie była po urazie fizycznym.

Do sytuacji kryzysowych, które mogą zwiększać zagrożenie samobójstwem należą m.in.: konflikty rodzinne, utrata bliskiej osoby, przemoc. Badania wykazały, iż 38% osób

badanych podjęło próbę samobójczą w wyniku problemów rodzinnych, a 11% respondentów targnęło się na swoje życie po rozstaniu z bliską osobą.



Ryc.15. Niepełnosprawność/ uraz fizyczny wśród osób badanych



Ryc.16. Powód podjęcia próby samobójczej

Dyskusja

Samobójstwa jako zjawisko są znamienym elementem kulturowym i cywilizacyjnym historii ludzkości. Za przyczynę występowania samobójstw uważa się szybko zachodzące przemiany społeczne, takie jak: industrializacja, rozluźnienie więzi grupowych, konflikty międzyludzkie oraz frustracje związane z niemożnością realizowania ambicji [8].

Według danych WHO każdego dnia w wyniku zamachu samobójczego umiera ponad 1300-1500 osób [9].

Dane Komendy Głównej Policji wskazują, że w 2009 r. liczba zamachów samobójczych była najwyższa od sześciu lat: na swoje życie targnęło się 4839 mężczyzn, z czego 3739 skutecznie i 645 kobiet [15].

W większości krajów samobójstwo znajduje się w pierwszej dziesiątce przyczyn zgonów, a w grupie wiekowej 15-34 lat stanowi jedną z trzech głównych przyczyn [5].

Dane epidemiologiczne wskazują, że samobójstwo jest siódmą, pod względem częstości, przyczyną zgonów w Polsce. Stanowi to około 2% wszystkich zarejestrowanych zgonów i liczba ta jest porównywalna z liczbą zgonów w wyniku chorób układu wydzielania wewnętrznego, złego stanu odżywiania i zaburzeń metabolicznych [5].

Należy pamiętać, że nie wszystkie samobójstwa zostają ujawnione. W przypadku, np. zatrucia gazem, czadem bądź śmierci w wypadku samochodowym nie są traktowane jak samobójstwa i nie są wliczane do statystyk. Szacuje się zatem, iż liczba prób samobójczych jest około 15-20 razy większa [10].

Dane wskazują, że samobójstwa stanowią poważny problem zdrowia publicznego. Poznanie mechanizmów rządzących zachowaniami samobójczymi oraz bliższe opisanie tego zjawiska pozwala na wyszczególnienie grup ryzyka oraz opracowanie programów profilaktycznych [5].

W celu przeprowadzenia badań przeanalizowano 2006 historii chorób pacjentów z lat 2007 – 2010. Wyłoniono 107 osób (kobiet i mężczyzn) Szpitala Psychiatrycznego w Choroszczy, które poddano analizie. Niewielka liczba pacjentów może być spowodowana tym, iż część osób trafia na inne oddziały. Przykładem może być Szpitalny Oddział Ratunkowy USK w Białymstoku, na który przyjęto 185 suicydentów w latach 2007-2009 (co stanowiło 3,37% ogólnej liczby pacjentów) [11]. Podstawowym narzędziem badawczym, służącym do dokumentowania danych był arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, opracowany dla potrzeb badań.

Przeważającą grupę osób stanowili mężczyźni (53%), nieco mniejszą – kobiety (47%). Badania W. Stępniewskiego i wsp., przeprowadzone na 126 suicydentach wykazały, że samobójstwa częściej dotyczą mężczyzn (87,3%) niż kobiet (12,7%) [12].

Można przypuszczać, iż różnice międzypłciowe mogą wynikać z odmienności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Kobiety częściej znajdują się w trudniejszych sytuacjach życiowych i gdy pojawiają się kłopoty szukają wsparcia u rodziny, znajomych czy lekarza. Werbalizowanie problemów pozwala im w skuteczny sposób rozładować emocje. Poza tym kobiety nie wstydzą się bezradności, gdyż korzystają z przywileju tzw. „słabej płci” oraz społeczno-kulturowego przyzwolenia na nieradzenie sobie z problemami.

Mężczyźni zaś rzadko mówią o kłopotach, nie nazywają uczuć, a raczej się zamykają. W wielu kulturach okazywanie słabości przez mężczyzn ciągle „nie przystoi”. Sposobem na rozładowanie emocji często jest alkohol, który generuje nowe problemy [13].

Wyniki badań własnych wskazują, iż najczęściej próbę samobójczą podejmują osoby w wieku 51 lat i powyżej (31%). Podobne zależności wykazali Araszkiewicz A. i Pilecka E..

Według ich badań najwyższy współczynnik samobójstw występuje wśród mężczyzn w wieku powyżej 45 lat i wśród kobiet powyżej 55. roku życia [14]. Badania donoszą, iż decyzji o pozbawieniu się życia w tej grupie wiekowej towarzyszą: cykliczne wahania nastroju, problemy finansowe, samotność, problemy interpersonalne oraz przejście na emeryturę [14].

Samobójstwa dotyczą różnych warstw społecznych, jednak w ocenie suicydologów im jest ona wyższa – mierzona dochodem, poziomem wykształcenia czy uprawianym zawodem – albo gdy jest skrajnie niska, tym ryzyko popełnienia samobójstwa jest większe [15]. Istnieje bardzo mało doniesień naukowych nad częstością dokonywania samobójstw wśród ludzi o różnym wykształceniu. Zwykle skupiają się one na grupach zawodowych, którym towarzyszy zwiększony stres.

W badaniach własnych wykazano, iż osoby z wykształceniem podstawowym najczęściej decydowały się na podjęcie próby samobójczej (37%). Drugą grupą, pod względem wielkości, była grupa osób z wykształceniem średnim (33%). Najmniejszą – stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (7%). Abel i Kruger dowiedli, że wysokie wykształcenie i przychód jest pozytywnie skorelowany ze zmniejszeniem śmiertelności wskutek samobójstwa [16]. Poziom wykształcenia nie decyduje o pozbawieniu się życia, jakkolwiek może być z nim kojarzony.

Badania wskazują na znacząco większą liczbę osób z miasta, które podjęły próbę samobójczą (77%). Tylko 23% badanych zamieszkiwało na wsi. Stępniewski i wsp. w swoich badaniach stwierdzili podobną zależność. Według nich 58,7% osób zamieszkiwało miasto, 10% wieś [12].

Większość badań wskazuje, iż osoby rozwiedzione, owdowiałe i samotne częściej popełniają samobójstwa w porównaniu do osób pozostających w małżeństwie [10]. Z badań własnych wynika, iż grupą najczęściej decydującą się na krok ostateczny są osoby zamężne/zonate (47%), a następnie stanu wolnego (35%). Osoby rozwiedzione (12%) i owdowiałe (6%) stanowiły najmniejsze grupy badanych. Wyniki te są zbieżne z wynikami badań Stępniewskiego W. i wsp., którzy stwierdzili, że wśród osób badanych dominowały te pozostające w małżeństwie (11,1%), a następnie osoby z grupy określonej jako stan wolny (10%) [12].

Pozostawanie w małżeństwie wiąże się często z konfliktami rodzinnymi, a te z kolei stanowią jeden z głównych powodów podjęcia decyzji o samobójstwie. Być może dlatego znaczącą ilość osób stanowiły te, które pozostają w małżeństwie.

Pytanie dotyczące sytuacji materialnej respondentów wykazało, iż największą grupę osób stanowiły osoby nie posiadające stałego źródła dochodu (41%). Badania Grzywy i wsp.

nie wskazują jasno czy bezrobocie jest przyczyną rosnącej liczby samobójstw, czy czynnikiem przyspieszającym decyzję o odebraniu sobie życia, jakkolwiek bezrobocie jest źródłem napięć w rodzinie, pogorszenia się kontaktu emocjonalnego, obniżenia samooceny oraz poczucia beznadziejności [20]. 21% i 20% stanowiły kolejno grupy osób utrzymujące się z renty i stałej pracy. Najmniejszą grupę osób stanowili respondenci na emeryturze (6%). Z innych badań wynika, iż ludzie w wieku emerytalnym są grupą najwyższego ryzyka [17].

Badacze są zgodni, że częstość aktów samobójczych jest zależna od pory roku. Największe nasilenie obserwuje się w późnych miesiącach wiosennych, co jedni wiążą ze zmianą temperatury, a inni ze zmianami społecznymi następującymi często przed okresem wakacyjnym. Trepńska J. i wsp. wykazali, iż najwięcej samobójstw przypadało na maj. Twierdzą oni, że pojawienie się gorących i parnych dni jest silnie bodźcowe dla psychiki człowieka i może powodować próby samobójcze. Jednocześnie zauważyli, iż dni charakterystyczne dla okresu letniego, w ostatnich latach pojawiają się nagle w kwietniu i maju, stąd też przypuszcza się, że właśnie dlatego w tych miesiącach liczba samobójstw jest najwyższa [10,18].

Z badań własnych wynika, że porą roku, w której najczęściej dokonywano samobójstw, była zima (37%). Można to wiązać z krótkimi dniami oraz małą ilością światła słonecznego, co wzmacnia nastroje depresyjne. Drugą grupę stanowiły osoby, które zdecydowały się na podjęcie próby samobójczej latem (30%). Wyniki te są zbieżne z wynikami innych autorów. Trepńska J. i wsp. stwierdzili, że dni upalne z temperaturą powyżej 30°C i parne, są pozytywnie skorelowane ze zwiększeniem liczby samobójstw [18].

Dniem, w którym najczęściej dokonywano prób samobójczych, był poniedziałek (19%), a najrzadziej – niedziela (8%). Wyniki badań własnych, dotyczące dnia, w którym liczba samobójstw była najwyższa, są zbieżne z wynikami wielu innych badaczy, którzy twierdzą, że samobójstwa są dokonywane najczęściej w pierwszych dniach po powrocie do codziennych obowiązków [17].

Powszechnie uważa się, że każda próba samobójcza stwarza niebezpieczeństwo następnego podobnego incydentu. Wyniki badań własnych wykazały, iż 67% badanych podjęło próbę samobójczą po raz pierwszy, a 33% po raz kolejny. Powyższe wyniki mogą wskazywać, że jeśli człowiek w przeszłości zdecydował się na podjęcie próby samobójczej, kolejny raz może przyjść mu zdecydowanie łatwiej. Dlatego też nie bez powodu stara teoria psychiatryczna mówi, że jeśli pacjent postanowił popełnić samobójstwo, będzie próbował do skutku [18].

Analizując grupę badanych wykazano, iż 19% osób zgłosiło fakt występowania przemocy w rodzinie. Być może część respondentów nie chciała ujawniać tego zjawiska. Badacze stwierdzili, że współwystępowanie przemocy fizycznej i psychicznej jest silniej skojarzone z zamachami samobójczymi, niż tylko przemoc psychiczna [17].

Jednym z czynników predysponujących do prób samobójczych jest nadużywanie alkoholu. W badaniach wykazano, iż 55% stanowiły osoby regularnie spożywające alkohol, z czego 52% z nich było uzależnionych od alkoholu. Stępniewski i wsp. stwierdzili obecność alkoholu etylowego u 42% samobójców, a badania Badury-Madej i Dobrzyńskiej-Masterhazy wykazały, że nadużywanie alkoholu jest przyczyną około 25% samobójstw [12, 19]. Alkohol jest substancją powszechnie dostępną i uważaną za najczęściej stosowany środek łagodzenia lęku, depresji, bądź też bezsenności. Ma on jednak działanie wtórne – może wyzwać agresję, gdyż po jego spożyciu następuje odhamowanie impulsów. Poza tym alkohol generuje nowe problemy, a człowiek spożywający tę substancję w pewnym momencie tak się zapędza w picie, że nie widzi rozwiązania swoich problemów i podejmuje decyzję o samobójstwie [5].

Autorzy przewlekłą chorobę somatyczną traktują jako jeden z najważniejszych czynników ryzyka popełnienia samobójstwa [10]. Badania własne wykazały, że największą grupę badanych stanowiły osoby cierpiące na nadciśnienie tętnicze (27%), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (12%) i cukrzycę t.2 (9%). Zgodnie z danymi WHO oraz wynikami badań Badury-Madej i Dobrzyńskiej-Masterhazy, połowa pacjentów dokonujących zamachu samobójczego cierpi na chorobę somatyczną. Ryzyko wzrasta w przypadku chorób przewlekłych oraz długo utrzymującego się bólu [19]. Hipotetycznie ból sam w sobie rzadko przyczynia się do dokonania próby samobójczej, aczkolwiek ma duży wpływ na stan psychiczny pacjenta.

Do sytuacji kryzysowych, które mogą zwiększać zagrożenie samobójstwem należą, m.in.: konflikty rodzinne, utrata bliskiej osoby, przemoc. Badania wykazały, iż 38% osób badanych podjęło próbę samobójczą w wyniku problemów rodzinnych, a 11% targnęło się na swoje życie po rozstaniu z bliską osobą. Badania Stępniewskiego W. i wsp. wykazały, że wśród podanych przyczyn targnięcia się na życie były: wśród kobiet – zaburzenia psychiczne (31,3%), a wśród mężczyzn – nieporozumienia rodzinne (10,9%) [12]. Mimo, że ludzie popełniają samobójstwa z najróżniejszych powodów, to wydaje się, że konflikty małżeńskie czy rodzinne są najbardziej powszechnym, podawanym powodem targnięcia się na własne życie.

Wnioski

1. Samobójstwa najczęściej popełniali mężczyźni.
2. Najczęściej próbę samobójczą podejmowały osoby w wieku 51 lat i powyżej.
3. Decyzję o samobójstwie najczęściej podejmowały osoby z wykształceniem podstawowym, a najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym.
4. Najwięcej samobójców zamieszkiwało w mieście.
5. Porą roku, w której najczęściej dokonywano próby samobójczej była zima, a dniem tygodnia - poniedziałek.
6. Wśród badanych dominowały osoby pozostające w związkach małżeńskich oraz osoby z grupy określonej jako panna/kawaler.
7. Wśród znanych przyczyn samobójstwa przeważały: nadużywanie alkoholu, problemy rodzinne.

Piśmiennictwo

1. Leenars A.A.: Suicide. [W:] Dying facing the facts, Wass H., Neimeyer R.A. (red.). Washington, Taylor&Francis 1995, 3 edition.
2. Dunglison R.: Medical Lexicon: a dictionary of medical science. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1848.
3. Durkheim É.: La suicide. Wakar K. (tłum.). Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, 377.
4. Jarosz M.: Samobójstwa. Wyd. PWN, Warszawa 1997.
5. Stukan J.: Diagnoza ryzyka samobójstwa. Prometeusz, Opole 2008, wyd. I, 186-234.
6. Florkowski A., Zboralski K., Talarowska M., Janiak M., Janiak A., Gałęcki P.: Zamachy samobójcze- możliwości psychoprofilaktyki. Pol. Merk. Lek. 2008, XXV, 292.
7. Florkowski A., Waśniewska D., Kuligowski M., Gałęcki M., Pietrasik I., Zboralski K., Ziembacz A.: Występowanie zagrożenia samobójstwem w ocenie rodziny. Prz. Wojsk.- Med., 2000, 42(3), 217-221.
8. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne: Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły. Genewa-Warszawa 2003, 6- 8.
9. http://www.nursing.com.pl/Artykuly_Problem_samobjstw_239.html; pobrano dn. 8.02.2010 r.

10. Florkowski A., Zboralski K., Talarowska M. i wsp.: Zamachy samobójcze - możliwości psychoprofilaktyki. *Pol. Mercuriusz Lek.*, 2008, 25(147), 292.
11. Bauer K., Czaban L., S., Kulikowska A. i wsp., Samobójstwa jako istotny problem medycyny ratunkowej- doświadczenia własne. [W:] *W drodze do brzegu życia*, pod red. Krajewskiej-Kułąk E., Łukaszuk C. Wyd. Uniwersytet Medyczny, Białystok 2009, T. VI, 521-530.
12. Stępniewski W. i wsp.: Analiza samobójstw w materiale sekcyjnym zakładu medycyny sądowej Akademii Medycznej w Białymstoku w latach 2004-2006. *Rocz. PAM*, 2007, 53, Suppl.2, 55-59.
13. Malinowski B.: *Zwyczaj i zbrodnia w społeczności dzikich*. Obrębski J.(tłum). [W:] *Dzieła*, red. Chałasiński J., Waligórski A., t.2. Wyd. PWN, Warszawa 1984.
14. Araszkiewicz A., Pilecka E.: Samobójstwa rozszerzone na tle ogólnej liczby samobójstw w Polsce w latach 1991-2005. *Suicydologia*, 2006, 2(1), 75.
15. <http://www.bialystokonline.pl/bialystok,artykul,47428.html>; pobrano dn. 26.02.2010 r.
16. Abel E.L., Kruger M.L.: Educational attainment and suicide rates In the United States. *Psychol. Rep.*, 2005, 97(1), 8.
17. Meyer R.: *Psychopatologia. Jeden przypadek-wiele teorii. Studia przypadków*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, 155-158.
18. Trepieńska J.: Pogoda a samobójstwa. *Balneol. Pol.*, 2006, 48(1), 53.
19. Badura-Madej W., Dobrzyńska-Masterhazy A.: Interwencja kryzysowa w przypadku zachowań samobójczych. [W:] *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Badura-Madej W. (red.). Interart, Katowice 1999.
20. Grzywa A., Kucmin A, Kucmin T.: Samobójstwa-epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I. *Pol. Mercuriusz Lek.*, 2009, 27(161), 432-435.

Status samobójstw popełnianych przez więźniów w zakładach karnych na gruncie polskich regulacji prawnych

Burdziak Konrad

Katedra Prawa Karnego, Wydziału Prawa i Administracji, Uniwersytetu Szczecińskiego

Wykaz skrótów

- k.k. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, ze zm.);
- k.k.w. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557, ze zm.);
- s.w. – Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1415, ze zm.);
- u.z.l. – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464, ze zm.);
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).

Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszej pracy uczynione zostały samobójstwa popełniane przez więźniów w zakładach karnych, konkretnie zaś – analiza tychże zdarzeń z perspektywy polskich regulacji prawnych.

Jak wynika z danych statystycznych, w roku 2014 w polskich aresztach śledczych i zakładach karnych doszło do 217 przypadków samoagresji wśród osadzonych (w 26 przypadkach doszło do zgonu osadzonego), z czego: 1) w 6 przypadkach chodziło o odmowę przyjmowania pokarmu; 2) w 36 przypadkach – o samouszkodzenia; zaś 3) w 175 przypadkach – o usiłowania samobójcze. Przyczynami samoagresji były przy tym: 1) protest przeciwko działalności administracji więziennej (48 przypadków); 2) presja podkultury przestępczej (1 przypadek); 3) protest przeciwko działalności sądu lub prokuratury (13 przypadków); 4) inne powody (155 przypadków) [1; zob. też: 2,3,4,5,6,7].

Według B. Hołysta, osadzeni stanowią tzw. grupę wysokiego ryzyka, tj. grupę charakteryzującą się wysokim – w porównaniu do ogółu populacji – współczynnikiem samobójstw. W aresztach śledczych współczynnik ten jest 10-krotnie wyższy niż wśród osób będących na wolności, w zakładach karnych zaś – 3-krotnie wyższy niż wśród osób będących na wolności [2,8].

Mając powyższe na względzie uznać należy, że kwestia samobójstw popełnianych przez więźniów w zakładach karnych nie jest kwestią błahą, lecz wręcz przeciwnie – niezwykle istotną, a co za tym idzie – wymagającą pogłębionej, wszechstronnej analizy, w tym również analizy o charakterze jurystycznym.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ustalenie statusu samobójstw popełnianych przez więźniów w zakładach karnych na gruncie polskich regulacji prawnych.

Kwestia ta jawi się nie tylko jako niezwykle istotna, ale również – jako wysoce niejednoznaczna. Zauważmy bowiem, że: 1) zgodnie z art. 30 Konstytucji RP: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”; 2) zgodnie z art. 31 Konstytucji RP: „Wolność człowieka podlega ochronie prawnej. 2. Każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje. 3. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”; 3) zgodnie zaś z art. 47 Konstytucji RP: „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”. Wskazane przepisy tworzą ramy pewnej autonomii człowieka. Poprzestając wyłącznie na ich analizie, można by uznać, że człowiek posiada pełną swobodę decydowania o momencie i sposobie zakończenia własnego życia. Może w końcu postępować zgodnie z własną wolą. Wniosek powyższy należałoby odnieść również do więźniów, wszak zgodnie z art. 4 § 2 k.k.w.: „Skazany zachowuje prawa i wolności obywatelskie. Ich ograniczenie może wynikać jedynie z ustawy oraz z wydanego na jej podstawie prawomocnego orzeczenia”. Warto wszakże bliżej przyjrzeć się ustawodawstwu zwykłemu [9] i sprawdzić, czy na gruncie

polskiego prawa więźniowi rzeczywiście przysługuje wolność (albo prawo) do samobójstwa, czy też jest on tej wolności (albo tego prawa) pozbawiony.

Metoda badawcza

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy jest metoda dogmatyczno-prawna. Oceny statusu samobójstw popełnianych przez więźniów w zakładach karnych na gruncie polskich regulacji prawnych dokonano więc przede wszystkim w drodze możliwie kompleksowej i wszechstronnej analizy materiału normatywnego odnoszącego się do wszystkich poruszanych w pracy kwestii, w szczególności zaś – w drodze analizy takich aktów prawnych, jak: 1) Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557, ze zm.); 2) Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1415, ze zm.); czy 3) Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464, ze zm.).

Rozważania

Analizę statusu samobójstw popełnianych przez więźniów w zakładach karnych na gruncie polskich regulacji prawnych rozpocząć warto od przytoczenia treści art. 108 § 1 k.k.w. Otóż, zgodnie z tym przepisem: „Administracja zakładu karnego ma obowiązek podejmowania odpowiednich działań celem zapewnienia skazanym bezpieczeństwa osobistego w czasie odbywania kary”. Jak słusznie wskazuje K. Postulski (za Sądem Najwyższym), komentując art. 108 § 1 k.k.w.: „Z całości przepisów kodeksu karnego wykonawczego dotyczących sposobu wykonywania kary pozbawienia wolności, a nie tylko z art. 108 k.k.w., należy wywieść normę prawną nakładającą na funkcjonariuszy Służby Więziennej obowiązek sprawowania stałego nadzoru nad skazanymi. Konkretnych zachowań mieszczących się w pojęciu nadzoru nie można przy tym postrzegać kazuistycznie. Nie ulega wątpliwości, że codzienne życie osoby pozbawionej wolności powinno pozostawać pod kontrolą funkcjonariuszy Służby Więziennej, sprawowaną w sposób pozwalający z jednej strony osiągnąć cel orzeczonej kary, z drugiej natomiast zapewnić ochronę osoby skazanego. Ochronę tę trzeba rozumieć szeroko, nie tylko jako zapobieganie szkodliwym działaniom innych osób, lecz także jako zapobieganie zagrożeniom pochodzącym od samych skazanych, np. zamachom samobójczym lub samouszkodzeniom” [10].

Mając powyższe na względzie, należałoby uznać, że przedstawiciele administracji zakładu karnego (funkcjonariusze Służby Więziennej oraz pracownicy tego zakładu) winni uczynić wszystko, co w ich mocy, by nie dopuścić do podjęcia przez więźnia decyzji o targnięciu się na własne życie i zapobiec w ten sposób stworzeniu przezeń zagrożenia dla własnych dóbr chronionych prawem.

Podkreślenia wymaga wszakże, że obowiązków funkcjonariuszy Służby Więziennej oraz pracowników tego zakładu nie należy ograniczać li tylko do zapobiegania zagrożeniom dla dóbr prawnych skazanego. Należy do nich zaliczyć również – przynajmniej według autora niniejszej pracy – zwalczanie zagrożeń, które już wystąpiły; wszak sformułowanie „zapewnienie bezpieczeństwa osobistego” w żadnym wypadku nie zawęży ciążących na administracji zakładu karnego obowiązków wyłącznie do działań o charakterze prewencyjnym. Co za tym idzie – należałoby przyjąć, że w przypadku przygotowania bądź usiłowania przez więźnia targnięcia się na własne życie przedstawiciele administracji zakładu karnego winni za wszelką cenę zapobiec dokonaniu przezeń rzeczzonego czynu, w przypadku zaś dokonanego targnięcia się na własne życie – winni za wszelką cenę udzielić więźniowi pomocy i to zarówno pod rygorem odpowiedzialności dyscyplinarnej, o której mowa w rozdziale 21 Ustawy o Służbie Więziennej, jak i pod rygorem odpowiedzialności karnej; wszak możliwa jest wówczas zarówno odpowiedzialność na podstawie przepisu art. 162 § 1 k.k. (nieudzielenie pomocy w niebezpieczeństwie), jak i na podstawie przepisów przewidujących odpowiednie przestępstwa skutkowe [11].

Postawić można jednak pytanie, co w przypadku, gdy więzień-samobójca sprzeciwia się podjęciu działań zmierzających do przeszkodzenia mu w odebraniu sobie życia. Czy przedstawiciel administracji zakładu karnego winien w takiej sytuacji uszanować wolę „desperata”, czy też obowiązek interwencji nie doznaje w tym zakresie żadnego ograniczenia?

Otóż, wydaje się, że właściwy jest drugi z członów powyższej alternatywy, przynajmniej jeśli chodzi o funkcjonariuszy Służby Więziennej. Oczywiście, postępując wbrew woli więźnia-samobójcy dopuszczają się oni (funkcjonariusze Służby Więziennej) czynów zabronionych określonych chociażby w art. 191 § 1 k.k. (zmuszenie do określonego działania, zaniechania lub znoszenia), czy w art. 217 § 1 k.k. (naruszenie nietykalności cielesnej). Zauważmy jednak, że zgodnie z art. 19 ust. 1 s.w.: „W przypadkach, o których mowa w art. 11 pkt 1-6, 8, 9 i 11-14 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz.U. poz. 628 i 1165 oraz z 2014 r. poz. 24), funkcjonariusze mogą użyć środków przymusu bezpośredniego, o których mowa w art. 12 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6-

9, 11, pkt 12 lit. a, c i d oraz pkt 14 tej ustawy lub wykorzystać te środki”. Mając na względzie treść wskazanej regulacji, w szczególności zaś wynikającą z niej możliwość użycia środków przymusu bezpośredniego w przypadku konieczności: 1) wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania zgodnie z wydanym przez uprawnionego poleceniem; 2) ochrony porządku lub bezpieczeństwa na obszarach lub w obiektach chronionych przez uprawnionego; 3) pokonania biernego oporu; 4) pokonania czynnego oporu; 5) przeciwdziałania czynnościom zmierzającym do autoagresji, uznać należy, że funkcjonariusze Służby Więziennej użyć mogą określonych środków przymusu bezpośredniego (np. siły fizycznej), by przeszkodzić skazanemu w podjęciu czy w kontynuacji autodestrukcyjnego zachowania się. Ich zachowanie się, choć sprzeczne z poszczególnymi normami sankcjonowanymi, okaże się wówczas niebezprawne (legalne) z uwagi na działanie w granicach uprawnień i obowiązków służbowych, podobnie zresztą jak niebezprawne okaże się udzielenie skazanemu świadczeń zdrowotnych wbrew jego woli w przypadkach określonych w art. 118 § 2-4 k.k.w., czego natomiast nie można powiedzieć o zachowaniu odwrotnym, polegającym na uszanowaniu woli samobójcy, a więc na nieratowaniu go; wszak trudno byłoby wówczas powołać się na jakąkolwiek okoliczność uniemożliwiającą przyjęcie bezprawności ludzkiego zachowania się.

Czy jednak wniosek powyższy oznacza, że popełnienie samobójstwa przez skazanego jest zachowaniem zakazanym przez ustawodawcę? Otóż, wydaje się, że rozumowanie takie byłoby w pełni uzasadnione, a wręcz – znajdowałoby potwierdzenie w poszczególnych regulacjach Kodeksu karnego wykonawczego. Zauważmy bowiem, że zgodnie np. z art. 116a pkt 5 k.k.w. – który to przepis jawi się w analizowanym kontekście jako szczególnie istotny – skazanemu nie wolno odmawiać przyjmowania posiłków dostarczanych przez administrację zakładu karnego w celu wymuszenia określonej decyzji lub postępowania, a także powodować u siebie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, jak również nakłaniać lub pomagać w dokonywaniu takich czynów. Z regulacji tej wyprowadzić można kilka, skierowanych bezpośrednio do skazanego, norm prawnych: 1) normę zakazującą odmowy przyjmowania posiłków dostarczanych przez administrację w celu wymuszenia określonej decyzji; 2) normę zakazującą odmowy przyjmowania posiłków dostarczanych przez administrację w celu wymuszenia określonego postępowania; 3) normę zakazującą powodowania u siebie uszkodzenia ciała (niekoniecznie w celu wymuszenia określonej decyzji lub postępowania); 4) normę zakazującą powodowania u siebie rozstroju zdrowia (niekoniecznie w celu wymuszenia określonej decyzji lub postępowania); a także 5) mówiąc, rzecz jasna, w pewnym uproszczeniu, normy zakazujące nakłaniania lub pomagania w

dokonaniu wskazanych wyżej czynów. Oczywistym jest, że odmowa przyjmowania pokarmu oraz powodowanie u siebie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia stanowią podstawowe sposoby na odebranie sobie życia przez skazanego. W konsekwencji przyjąć można, że pomimo braku przepisu *expressis verbis* zakazującego skazanemu popełnienia samobójstwa, zachowanie to zostało mu przez ustawodawcę zakazane (zob. też np. art. 108 § 2 k.k.w. oraz art. 116 k.k.w.).

Oczywiście, można by stwierdzić, że wniosek powyższy jest nie do końca prawdziwy. Wszak odmowa przyjmowania posiłków dostarczanych przez administrację zakazana jest wtedy tylko, gdy ma na celu wymuszenie określonej decyzji lub postępowania. *A contrario* – w pozostałych przypadkach więzień ma możliwość odmowy przyjmowania wskazanych posiłków. Zauważmy jednak, że w sytuacji, w której na skutek odmowy przyjmowania posiłków (bądź też z innych przyczyn) wystąpi poważne czy bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia skazanego, możliwe będzie dokonanie koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego (i przeszkodzenie w ten sposób popełnieniu samobójstwa), nawet mimo jego sprzeciwu w tym zakresie (zob. art. 118 § 2-4 k.k.w.). Rzecz jasna, nie sposób nie zauważyć, że w art. 118 § 2 k.k.w. ustawodawca posłużył się wyrażeniem „można dokonać”, co mogłoby sugerować, że dokonanie koniecznego zabiegu lekarskiego nie jest w takim przypadku działaniem o charakterze obligatoryjnym. Tego rodzaju wykładnia nie uwzględniałaby wszakże treści art. 30 u.z.l., w myśl którego: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Mając na względzie treść rzeczzonego przepisu należałoby uznać, że w sytuacji poważnego czy bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia więźnia lekarz obowiązany jest udzielić mu pomocy lekarskiej, zaś regulacje art. 118 § 2-4 k.k.w. uprawniają go – mówiąc, rzecz jasna, w pewnym uproszczeniu – do podjęcia interwencji (w postaci koniecznego zabiegu lekarskiego) nawet w przypadku sprzeciwu skazanego w rzeczonym zakresie [odmiennie: 12,13].

Ostatecznie przyjmuję więc, że więźniowi nie przysługuje ani wolność do samobójstwa, ani tym bardziej prawo do tego rodzaju zachowania się.

W kontekście powyższego, pojawić się może jednak pytanie, co mogło skłonić ustawodawcę do przyjęcia takiego, a nie innego rozwiązania. Otóż, mogło chodzić z pewnością o zapewnienie więźniom należytej ochrony ich życia i zdrowia. Jest to wniosek oczywisty i nieulegający (chyba) żadnej wątpliwości. Podkreślenia wymaga wszakże, że uzasadnienie powyższe nie musi być uzasadnieniem jedynym. Jak bowiem słusznie wskazuje

P. Konieczniak – co prawda w nieco innym kontekście – „pewien procent samobójców (...) zmienia decyzję w ostatniej chwili, już w toku czynu, albo po ich uratowaniu wbrew woli. Ponieważ w chwili zamachu samobójczego nie wiadomo, do której grupy konkretny samobójca się zalicza, sprawę można rozwiązać tylko generalnym domniemaniem: albo mamy pewność ratowania wszystkich (wtedy ci najbardziej zawzięci najwyżej powtórzą zamach samobójczy), albo nikogo (wtedy ci, którzy potencjalnie mogliby zmienić zdanie, umrą)” [14]. Można by więc uznać, że celem ustawodawcy była nie tylko ochrona życia i zdrowia więźniów, ale również umożliwienie im powtórnego przemyślenia swego postępowania, co byłoby rozwiązaniem tym bardziej zasadnym, że podejmowane przez więźniów próby samobójcze wynikać mogą z przyczyn, które z perspektywy czasu mogą okazać się dla nich niewystarczające dla podjęcia decyzji o targnięciu się na własne życie, jako przejściowe czy błahe. Dla przykładu – przyczynami takimi okazać się mogą: chęć protestu przeciwko działalności administracji więziennej, presja podkultury przestępczej czy też chęć protestu przeciwko działalności sądu lub prokuratury.

Powodem odmówienia więźniowi możliwości popełnienia samobójstwa mogła być jednak także – i wydaje się to wysoce prawdopodobne – chęć umożliwienia wykonania orzeczonej wobec niego kary pozbawienia wolności [15] i zrealizowania stawianego przed rzeczoną karą celu. Zauważmy bowiem, że zgodnie z art. 67 § 1 k.k.w.: „Wykonywanie kary pozbawienia wolności ma na celu wzbudzanie w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądanых postaw, w szczególności poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego i tym samym powstrzymania się od powrotu do przestępstwa”. Tymczasem, w przypadku śmierci skazanego osiągnięcie wskazanego wyżej celu byłoby, co oczywiste, zadaniem niewykonalnym [12].

Słusznie nadto podnosi M. Gałązka, że: „dostrzega się w tych przepisach (art. 118 § 2-4 k.k.w. – dop. KB) (...) przejaw uwzględnienia specyficznych okoliczności życia w odosobnieniu więziennym, do których należą: >>głęboko zaburzający wpływ wykonywania kary pozbawienia wolności na osobowość skazanego, presja współskazanych, znęcanie się przez współskazanych, skłaniające do prób samobójczych itp.<< Wynikałoby stąd, że przebywanie pacjenta w warunkach jednostki penitencjarnej może samo w sobie nasuwać wątpliwości co do tego, czy jego decyzja o rezygnacji z pomocy medycznej została podjęta niewadliwie. Zauważa się przy tym, że decyzja ta może być efektem oddziaływania ze strony innych skazanych w ramach struktur podkultury więziennej. (...) Uznaje się, że respektowanie woli skazanego, który dokonuje samouszkodzenia i odmawia przyjęcia

pomocy, mogłoby prowadzić do eskalacji takich zachowań wśród skazanych, a to godziłoby w cele kary pozbawienia wolności oraz porządek w jednostce penitencjarnej. W omawianej regulacji zdaje się również pobrzmiewać założenie, że skoro państwo pozbawia kogoś wolności, to ponosi szczególną odpowiedzialność za jego życie i zdrowie, większą niż w przypadku pozostałych osób podległych jego jurysdykcji” [13].

Podsumowując, więźniowi zakazano popełnienia samobójstwa i rozwiązanie takie wydaje się być w pełni uzasadnione. O ile jednak zakaz ten nie jest szczególnie zaskakujący, o tyle za szokującą należałoby uznać bez wątpienia istniejącą – przynajmniej teoretycznie – możliwość wymierzenia skazanemu-samobójcy, kierującemu się czym innym niż chęcią wymuszenia określonej decyzji lub postępowania, kary dyscyplinarnej za podjęcie zachowania się mogącego doprowadzić do jego śmierci. Zauważmy bowiem, że zgodnie z art. 142 § 1 k.k.w.: *„Skazany podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za zawinione naruszenie nakazów lub zakazów wynikających z ustawy, regulaminu lub innych przepisów wydanych na jej podstawie albo ustalonego w zakładzie karnym lub miejscu pracy porządku”*. W konsekwencji – winien ponieść odpowiedzialność dyscyplinarną w wypadku np. zawinionego naruszenia zakazów określonych w art. 116a pkt 5 k.k.w. Karami dyscyplinarnymi, które można mu wymierzyć są przy tym:

- nagana;
- pozbawienie wszystkich lub niektórych nie wykorzystanych nagród lub ulg albo zawieszenie ich wykonania, na okres do 3 miesięcy;
- pozbawienie korzystania z udziału w niektórych zajęciach kulturalno-oświatowych lub sportowych, z wyjątkiem korzystania z książek i prasy, na okres do 3 miesięcy;
- pozbawienie możliwości otrzymania paczek żywnościowych, na okres do 3 miesięcy;
- pozbawienie lub ograniczenie możliwości dokonywania zakupów artykułów żywnościowych lub wyrobów tytoniowych, na okres do 3 miesięcy;
- udzielanie widzeń w sposób uniemożliwiający bezpośredni kontakt z osobą odwiedzającą, na okres do 3 miesięcy;
- obniżenie przypadającej części wynagrodzenia za pracę, nie więcej niż o 25%, na okres do 3 miesięcy; a potencjalnie również
- umieszczenie w celi izolacyjnej na okres do 28 dni, które to wiąże się z osadzeniem pojedynczo w celi oraz uniemożliwieniem kontaktu z innymi skazanymi, a także z pozbawieniem możliwości:
 - korzystania z widzeń i samoinkasujących aparatów telefonicznych

- korzystania ze sprzętu audiowizualnego i komputerowego
- bezpośredniego uczestniczenia, wspólnie z innymi skazanymi, w nabożeństwach, spotkaniach religijnych i nauce religii; na żądanie skazanego należy mu jednak umożliwić bezpośrednie uczestniczenie w nabożeństwie w warunkach uniemożliwiających mu kontakt z innymi skazanymi
- korzystania z udziału w zajęciach kulturalno-oświatowych, z zakresu kultury fizycznej i sportu, z wyjątkiem korzystania z książek i prasy
- dokonywania zakupów artykułów żywnościowych i wyrobów tytoniowych
- uczestniczenia w nauczaniu i zatrudnieniu poza celą
- korzystania z własnej odzieży, obuwia oraz wyrobów tytoniowych (zob. art. 143 k.k.w.).

Oczywiście, w wypadkach uzasadnionych względami wychowawczymi można odstąpić od ukarania dyscyplinarnego, wykonanie wymierzonej kary zawiesić na okres do 3 miesięcy, zamienić ją na inną mniej dolegliwą lub karę darować (art. 146 § 3 k.k.w.), a jeżeli stan zdrowia skazanego uniemożliwia odbycie wymierzonej kary dyscyplinarnej w całości lub w części, wykonywanie jej należy odroczyć lub przerwać albo zamienić na taką karę dyscyplinarną, którą skazany może odbyć (art. 148 § 2 k.k.w.). Warto jednak zastanowić się, czy wymierzenie więźniowi-samobójcy, kierującemu się czym innym niż chęcią wymuszenia określonej decyzji lub postępowania, którejkolwiek z kar dyscyplinarnych można by w ogóle uznać za zasadne, a jednocześnie – za ludzkie i humanitarne traktowanie (zob. art. 4 § 1 k.k.w.). Otóż, jestem przekonany, że nie. Już A. Wąsek wskazywał, że: „włączenie środków prawa karnego do przeciwdziałania samobójstwom, poprzez odstraszenie potencjalnych kandydatów na samobójców oraz represjonowanie tych, którzy postanowili rozstać się z życiem, byłoby przedsięwzięciem oczywiście niesłusznym. Historia prawa karnego dowodnie wskazuje, że poprzez to liczba samobójstw nie uległa zmniejszeniu. (...) Karanie usiłowania samobójstwa mogłoby mobilizować desperatów do szukania bardziej skutecznych sposobów pozbawienia się życia. (...) Sprawca usiłowanego samobójstwa zasługuje z reguły na współczucie i pomocną dłoń, a nie ukaranie. Jak można zresztą karać tego, kogo życie już tak >>pokarało<<, że jego naturalny instynkt życia został stłumiony?” [16,17,18].

Mając powyższe na względzie, należałoby odmówić, jak sądzę, możliwości wymierzenia kary dyscyplinarnej skazanemu, który w celu innym niż wymuszenie określonej decyzji lub postępowania podjął decyzję o targnięciu się na własne życie i do realizacji decyzji tej przystąpił.

Wnioski

Podsumowując krótko powyższe rozważania stwierdzić należy, że polski ustawodawca postanowił uniemożliwić skazanym popełnienie samobójstwa i rozwiązanie takie wydaje się być w pełni uzasadnione. Z całą stanowczością należy jednak przeciwstawić się korzystaniu z możliwości wymierzenia więźniowi-samobójcy, kierującemu się czym innym niż chęcią wymuszenia określonej decyzji lub postępowania, kary dyscyplinarnej za podjęcie zachowania się mogącego doprowadzić do jego śmierci. Realizacja tego rodzaju kompetencji byłaby bowiem bez wątpienia wysoce niepożądana, będąc postępowaniem niezasadnym, a jednocześnie – niehumanitarnym i niehumanitarnym.

Piśmiennictwo

1. Ministerstwo Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej: Roczna informacja statystyczna za rok 2014, http://sw.gov.pl/Data/Files/001c169li_dz/rok-2014.pdf, data pobrania: 1.02.2016.
2. Hołyst B.: Suicydologia. Wyd. LexisNexis, Warszawa, 2012.
3. Głowik T., Matyba A.: Samobójstwa osadzonych w latach 2006-2009. Przegl. Więzienn. Pol., 2010, 66, 10.
4. Kubicz A.: Zachowania suicydalne więźniów w zakładach karnych. Czy da się temu zapobiec? Przegląd Prawniczy ELSA Poland, 2014, Zeszyt II, 96.
5. Lizińczyk S.: Próby i skuteczne samobójstwa w polskim systemie penitencjarnym w latach 2010-2013. Wybrane charakterystyki penitencjarne. Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja, 2014, 23, 20-21.
6. Twaróg P.: Samobójstwa osadzonych. Przyczyny, skala zjawiska, profilaktyka, [w:] Samobójstwo. Stare problemy, nowe rozwiązania, Stojer-Polańska J., Biederman-Zaręba A. (red.). Wyd. Jak, Kraków, 2013, 123-127.
7. Karczewski T.: Statystyka samouszkodzeń, [w:] Samouszkodzenia, Chojnacka M., Karczewski T., Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Kalisz, 2003, 25-36.
8. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne: Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla funkcjonariuszy Służby Więziennej, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_prisonoff_polish.pdf, data pobrania: 1.02.2016

9. Burdziak K.: Czy samobójstwo jest czynem zabronionym (czynem zabronionym pod groźbą kary)? Rozważania na tle Kodeksu karnego z 1997 roku (ze szczególnym uwzględnieniem art. 162 § 1 k.k. [w:] Konferencja „Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej”, monografia pokonferencyjna, w trakcie procedury recenzyjnej.
10. Postulski K.: Komentarz do art. 108 Kodeksu karnego wykonawczego [w:] Kodeks karny wykonawczy. Komentarz, Postulski K., LEX/el., teza 9, data pobrania: 1.02.2016.
11. Kosonoga-Zygmunt J.: Źródła prawnokarnego obowiązku przeszkodzenia samobójstwu. Część II. *Ius Novum*, 2015, 1, 41-42.
12. Dukiet-Nagórska T.: Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Wyd. Oficyna, Warszawa, 2008.
13. Gałązka M.: Problem samoagresji osób pozbawionych wolności w kontekście autonomii pacjenta [w:] Skuteczność oddziaływań penitencjarnych w kontekście zjawiska podkultury więziennej oraz instytucji warunkowego przedterminowego zwolnienia skazanych, Kuć M. (red.). Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, 2009.
14. Konieczniak P.: W sprawie eutanatycznej pomocy do samobójstwa (Na marginesie sporu J. Warylewski – K. Poklewski-Koziół). *Państwo i Prawo*, 1999, 5, 76.
15. Dąbkiewicz K.: Komentarz do art. 4 Kodeksu karnego wykonawczego [w:] Kodeks karny wykonawczy. Komentarz, Dąbkiewicz K., LEX/el., teza 17, data pobrania: 1.02.2016.
16. Wąsek A.: Prawnokarna problematyka samobójstwa. Wyd. Prawnicze, Warszawa, 1982.
17. Burdziak K.: Internet jako nowe – stare zagrożenie bezpieczeństwa. Prawnokarne rozważania na temat wpływu Internetu na liczbę samobójstw w Polsce [w:] Nowe zagrożenia bezpieczeństwa. Wyzwania XXI wieku, Hennig K. (red.). Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Sieradzu, Kraków, 2015, 206-207.
18. Malczewski J.: Problemy z prawną kwalifikacją lekarskiej pomocy do samobójstwa (art. 151 k.k.). *Prokuratura i Prawo*, 2008, 11, 22-23.

Nikt nie usłyszy Twojego krzyku, czyli samobójstwo w dzisiejszym świecie

Gnus Jan^{1,2,3}, Hącia Paulina¹, Dorna Krzysztof³, Sebzda Tadeusz², Dawidczyk Piotr¹,
Dziewiszek Małgorzata¹, Gnus Emilia¹, Olejarczyk Dorota¹, Lang Wojciech¹,
Paprocka-Borowicz Małgorzata²

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
2. Wrocławski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Samobójstwo jest zjawiskiem społecznym, które z roku na rok dotyka co raz większej liczby osób niezależnie od pozycji społecznej, wieku czy wykształcenia. Jest to poważny problem w zakresie zdrowia publicznego, który w związku z nowoczesnym stylem życia nabiera na sile. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2012 [1] ponad 804 000 osób na świecie poniosło śmierć samobójczą, z czego wynika, że co 40 sekund umiera jedna osoba. Powyższa liczba nie uwzględnia osób, które targnęły się na swoje życie, jednak nie dokonały tego w pełni, liczba ta jest zdecydowanie wyższa i ciężka nawet do oszacowania z powodu ograniczonych danych statystycznych w różnych krajach oraz różnej prawnej klasyfikacji śmierci jako samobójczej [2]. W 2012 roku samobójstwo zostało uznane za 15. najczęstszą przyczynę zgonów z liczbą 1,4%, a Polska znalazła się na 24. miejscu na świecie z tego powodu. Przyczyny podejmowania prób samobójczych są zróżnicowane, jednakże ich najczęstszą przyczyną jest współistnienie innych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, czy choroba afektywna dwubiegunowa oraz wpływ otaczającego go środowiska. Statystyki są alarmujące - stale wzrastająca tendencja samobójcza na świecie wymaga podjęcia zdecydowanych kroków oraz wdrożenie skutecznych programów zdolnych do ograniczenia skali tego zjawiska zarówno na poziomie krajowym, jak i światowym.

Sytuacja w Polsce

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia z 2012 roku [1] Polska znalazła się na 12. miejscu pod względem liczby zgonów, które nastąpiły na skutek samobójstwa. Ze

statystyk Komendy Głównej Policji [3] wynika, że w roku 2014 liczba zamachów samobójczych ogółem wyniosła 10 207- 6 165 zakończyło się zgonem, gdzie 5 237 stanowili mężczyźni, a 928 kobiety. Na przestrzeni lat od 1991- 2014 roku odnotowuje się ciągły wzrost liczby samobójstw oraz stałą dysproporcję pomiędzy strukturą płci - zdecydowanie przeważającą na niekorzyść mężczyzn. Na samobójstwo 3 razy częściej decydują się mężczyźni niż kobiety, osoby samotne i o niskim statusie socjoekonomicznym. Najczęściej wybieranym sposobem śmierci samobójczej było powieszenie się (aż 6 582), rzucenie się z wysokości, inne okaleczenie, bądź zażycie środków nasennych. Przyczyny zamachów były zróżnicowane, od najczęstszego tj. nieporozumień rodzinnych, poprzez chorobę psychiczną, aż do zawodu miłosnego. Znaczący wpływ na podjęcie takiej decyzji miały też przewlekła choroba, czy warunki ekonomiczne. Aż trzy razy częściej do sytuacji takich dochodziło pod wpływem alkoholu niż na trzeźwo.

Analizując dane statystyczne w kontekście struktury wiekowej samobójców widać znaczący wzrost targnięć się na życie szczególnie wśród ludzi w wieku 20-40 lat. Najliczniejsze grupy wiekowe samobójców to 20-24 lata (1015) oraz 30-34 lat (1005), odpowiednio w pierwszej zaobserwowano wzrost liczby prób o 53% w stosunku do roku 2013, a w drugiej o 33%. W grupie dzieci pomiędzy 10. a 14. rokiem życia w ciągu roku liczba zamachów wrosła aż o 70% - w 2013 takich incydentów było 42, a w 2014 już 72.

Charakterystyka samobójcy i cech predysponujących

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to, jakie cechy charakteryzują samobójcę, jednak z łatwością można znaleźć wiele, które predysponują lub mogą wskazywać na skłonności samobójcze [4,5]. Chęć odebrania sobie życia u dzieci i młodzieży łączy się bardzo często z odczuwanym stresem oraz brakiem tolerancji na negatywne wpływy. Istotne jest występowanie problemów w szkole, brak akceptacji, izolacja społeczna czy uboga komunikacja pomiędzy rodzicem i dzieckiem. Osoby takie często są impulsywne i towarzyszy im poczucie niskiej wartości. Silnie związana z samobójstwem jest depresja, schizofrenia lub jakiegokolwiek zaburzenie psychiczne (np. jądłowstręt psychiczny, psychozy funkcjonalne, zaburzenia nerwicowe i osobowości), a także przewlekłe choroby somatyczne. U samobójców częste jest występujące uzależnienie od alkoholu, leków bądź innych substancji aktywnych. Znaczący wpływ ma też historia rodzinna zawierająca przypadki zaburzeń nastroju lub zachowań samobójczych u rodziców, narażenie na przemoc w rodzinie

lub nadużycia seksualne [6]. Spośród osób popełniających samobójstwo, aż 63% dokonywało samouszkodzeń w przeszłości [7]. Według badań przeprowadzonych na uczniach szkół gimnazjalnych najczęściej występowały jako nacinanie skóry pod wpływem impulsu i miały na celu rozładowanie napięcia (34%) lub ucieczkę od problemów (26%). Co ciekawe, najrzadziej podawaną przyczyną była chęć zwrócenia na siebie uwagi [8].

Wyraźnie zwiększona tendencja do zachowań suicydalnych występuje w niektórych konkretnych momentach życia. Sytuacja taka może mieć miejsce na początku depresji i w czasie jej ustępowania. Uważa się, iż prawdopodobnie hospitalizacja pełni funkcję ochronną dla takiego pacjenta poprzez izolację od środowiska i codziennych problemów. Szczególnie skłonne do podejmowania takich decyzji są osoby, które doświadczyły utraty osoby bliskiej (zgon, odejście partnera) bądź zagrożona została ich sytuacja ekonomiczna (utrata pracy, długotrwałe trudności materialne).

Przyczyny tendencji wzrostowej

Dlaczego rośnie liczba samobójstw, szczególnie wśród ludzi do 35. roku życia? Często na pytanie to nie możemy znaleźć odpowiedzi. Zgodnie z teorią Durkheima liczba samobójstw zmienia się odwrotnie proporcjonalnie do stopnia spójności danej grupy społecznej. Taką grupą społeczną jest również rodzina. Tempo dzisiejszego świata, wymagania, które są stawiane na naszej drodze oraz chroniczny brak czasu w społeczeństwie zdecydowanie nie sprzyjają umacnianiu więzi rodzinnych. A jak zostało to już wspomniane powyżej, osoby mające słaby kontakt z rodzicami czy pochodzące z rozbitych bądź patologicznych rodzin są bardziej skłonne do podejmowania takich decyzji. Osoby młode, do 30. roku życia, są bardziej wrażliwe na zmiany w środowisku społecznym, ekonomicznym i kulturalnym niż inne grupy wiekowe [9]. Towarzyszy temu często poczucie niezrozumienia, wyobcowania, a także trudności w kontaktach interpersonalnych oraz zaburzone poczucie własnej wartości. Wśród młodych kobiet przyczyną może być również niechciana ciąża [2]. Co ciekawe, nasze statystyki wypadają dużo lepiej niż w Stanach Zjednoczonych pod względem osób po 60. roku życia. Możliwe, iż jest to zasługa wciąż jeszcze panującego odmiennego modelu społecznego, w którym opiekę nad rodzicami w podeszłym wieku sprawuje rodzina, zamiast umieszczać ich w ośrodkach pomocy społecznej czy domach starców.

Spoleczne skutki samobójstwa

Dla samego samobójcy podjęcie takiego działania wydaje się być jedynym skutecznym sposobem rozwiązania problemów i wyjścia z obecnej sytuacji [10]. Jednakże „żaden człowiek nie jest samotną wyspą, każdy stanowi ułomek kontynentu, część lądu”. Samobójstwo jest akcją, która szeroko wpływa na rodziców i najbliższą rodzinę takiej osoby. Często nie mogą oni pogodzić się z tym, co się stało, ani zrozumieć motywów działania bliskiej osoby, obwiniają się za zaistniałą sytuację. Zmagają się z żalobą w narastającym poczuciu winy i ciągłym zadawaniu sobie pytania, jak mogło do tego dojść? Jak mogłem do tego dopuścić i niczego nie zauważyć? Sytuacja może być również zgoła odwrotna, kiedy to przeżyte samobójstwo rodzica w dzieciństwie rzutuje na całe przyszłe życie dziecka [11]. Narastający w nim żal i niezrozumienie świata połączone niekiedy z dysfunkcją osób odpowiedzialnych za jego opiekę oraz brakiem wsparcia w krytycznym momencie prowadzą do zaburzeń psychicznych, a w dalszej kolejności również do odebrania sobie życia [6]. Bywa również tak, że nagła i niespodziewana śmierć samobójcza rodzica zmusza dziecko do zmiany roli życiowej i przyjęcia roli osoby dorosłej, np. poprzez zaopiekowanie się młodszym rodzeństwem.

Jak pisze S. Srinath [6]: *„Samobójstwo ma charakter katastrofy, zaburza więzi w obrębie nawet najmniej zaburzonych rodzin, których członkowie są ze sobą związani. Pozostawia po sobie zrujnowane życia i zerwane więzi”*. Rodzina jako całość ma poczucie winy i niespełnionego obowiązku - nie potrafiła ona zapewnić jednemu z członków poczucia bezpieczeństwa. Targają nią skrajne emocje: wstrząsu, cierpienia, złości, rozpacz, a nawet wstydu, a okres żałoby może trwać nawet do końca życia. Z badań przeprowadzonych przez Shaffera wynika, że aż 25% rodzin rozpada się w ciągu 4 lat po tak traumatycznym przeżyciu jak samobójstwo dziecka. Osobą znajdującą się w kręgu osób dotkniętych skutkami śmierci samobójczej są osoby zajmujące się psychiatryczną opieką zdrowotną.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez David A. Alexander i wsp. [12], 68% przebadanych lekarzy psychiatrów miało do czynienia z samobójstwem popełnionym przez pacjenta znajdującego się pod ich opieką, z czego 33% odczuwało na skutek tego obniżenie nastroju, problemy ze snem lub drażliwość, 42% zmieniło podejście do pacjentów zagrożonych takimi epizodami na bardziej ustrukturyzowane, a 15% rozważało odejście na wcześniejszą emeryturę z tego powodu.

Programy naprawcze

W odpowiedzi na stale wzrastające wskaźniki samobójstw na świecie oraz poważne skutki socjoekonomiczne samobójstw, podjęte zostały działania mające na celu zwiększenie wczesnej rozpoznawalności stanów zagrożenia oraz bardziej efektywne zapobieganie zachowaniom suicydalnym [13]. W roku 1998 Światowa Organizacja Zdrowia ustanowiła międzynarodowy program o nazwie SUPRE-suicide prevention, nazwany Światową Inicjatywą dla Zapobiegania Samobójstwom (Worldwide Initiative for the Prevention of Suicide), a w Regionie Europejskim wdrożony został program „Zdrowie 21, zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” [14]. Założenia tego programu obejmowały takie cele, jak zredukowanie liczby samobójstw o co najmniej 1/3 do roku 2020, szczególnie w krajach o wysokim współczynniku samobójstw oraz edukację i zwiększenie świadomości ludzi w zakresie tej tematyki [15]. Kładą one nacisk na potrzebę niezwłocznej restrukturyzacji, rozbudowania placówek pomocy psychiatrycznej i przemodelowania w postaci zastąpienia szpitali psychiatrycznych przez oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych. W ramach SUPRE przeprowadzono w 2000 roku szczegółowe badania, które miały za zadanie charakteryzację poszczególnych regionów pod względem społeczno-kulturalnym, identyfikację zachowań samobójczych oraz ewaluację strategii terapeutycznych w przypadku nagłych interwencji po próbie samobójczej. W roku 2013 WHO przyjęło Plan Działania na Rzecz Zdrowia Psychicznego 2013-2020, w którym również znalazły się zalecenia dotyczące samobójstw. Założono zmniejszenie wskaźnika samobójstw o 10% oraz zobowiązano kraje członkowskie do uchwalenia i wdrożenia skoordynowanych planów działania [16]. Ustalono także, że ograniczenie dostępu do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa, tj. pestycydy, broń palna jest jednym ze sposobów zapobiegania zgonom. Istotne jest również odpowiedzialne informowanie opinii publicznej o samobójstwach, jak np. unikanie sensacyjnego języka czy szczegółowego opisu.

W Polsce problematyka zapobiegania samobójstwom została poruszona dość późno – zajęto się tym tematem w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011-2015, którego cele były zbieżne z tymi zaproponowanymi przez SUPRE [17]. W programie wskazano zalecaną wysokość środków, które winny być przeznaczone na jego realizację i wyniosły 1271,25 mln, jednak brak w nim zabezpieczeń budżetowych. Każde województwo opracowuje własny program ochrony zdrowia psychicznego, w związku z czym są one dość zróżnicowane i tak np. w programie dla woj. lubuskiego ani razu nie został

poruszony problem samobójców, w związku z tym brak jakichkolwiek konkretnych wytycznych dotyczących postępowania w tej kwestii. Na koniec każdego roku składany był raport, który oceniał efekty prowadzonych działań, na podstawie którego można wnioskować o bardzo słabej realizacji założonych celów [18]. W roku 2011 tylko 65% jednostek samorządowych w ogóle poruszyła tematykę samobójstw, a jednostki centralne nie wykonały założonych celów z powodu „trudnej sytuacji budżetu państwa” [19]. Cały program został poddany szczegółowej ewaluacji przez Rzecznika Praw Obywatelskich w Raporcie z roku 2013, w którym również nie wypadł pozytywnie: „Lata realizacji NPOZP ukazują niezwykłą, przerażającą łatwość niepodejmowania, opóźniania, pozorowania, a nawet kompletnego lekceważenia niezbędnych działań, wymaganych przez obowiązujące prawo, społeczną konieczność, dobrze pojęty interes ekonomiczny i zwykłą obywatelską przyzwoitość.” Rzecznik Praw Obywatelskich uznaje, iż Ochrona zdrowia psychicznego nadal nie należy do priorytetowych wartości publicznych, a świadomość społeczna w tym temacie jest znikoma. Taki stan rzeczy jest niedopuszczalny i narusza podstawowe gwarancje ustawowe dot. praw pacjenta oraz pogłębia nierówność w dostępie do leczenia i opieki.

Formy pomocy samobójcom

Na pierwszym miejscu obecnie funkcjonujących form pomocy osobom z myślami suicydalnymi znajdują się Ośrodki Interwencji Kryzysowej. Ośrodki takie znajdują się w każdym województwie i przyjmują pacjentów przez całą dobę. Mają na celu wczesne rozpoznanie dekompensacji psychicznej, udzielenie wsparcia i pomoc w powrocie do równowagi. Z pomocy ośrodka mogą korzystać wszystkie osoby, które dokonały próby samobójczej lub noszą się z takim zamiarem, przeżyły utratę kogoś bliskiego, jak również ofiary przemocy czy nadużyć. Do takiego miejsca niezwłocznie powinny zgłaszać się osoby odczuwające nagłe pojawienie się lub zaostrzenie objawów psychotycznych [21]. W ośrodku takim można zachować anonimowość, usługi są bezpłatne, a skierowanie czy rejonizacja nie obowiązuje.

Kolejną jednostką są telefony zaufania. Pozwalają one na natychmiastowy kontakt osoby w kryzysie z wyspecjalizowaną osobą. Jest to skierowane głównie do osób, które z różnych przyczyn nie mogą liczyć na wsparcie swojego otoczenia. Jest to pomoc doraźna, a dyżurny na prośbę może skierować taką osobę do miejscowych służb odpowiedzialnych za pomoc w określonym przypadku. Pomoc udzielana jest w sposób delikatny i profesjonalny,

bez natrętnych porad i nacisków politycznych czy religijnych. Zostały uruchomione z inicjatywy Komisji Europejskiej w roku 2008. Internet, mimo częstego negatywnego postrzegania jako źródło porad dotyczących sposobu popełnienia skutecznego samobójstwa, czy jednostek napędzających się wzajemnie pod względem suicydalnym, również może być pomocny. Strony takie zawierają zwykle wskazówki oraz artykuły, które mają na celu uświadomienie potencjalnemu samobójcy, że z każdej sytuacji istnieje więcej możliwości wyjścia, a on nigdy nie jest sam. Pomocną rzeczą są fora, na których osoba szukająca pomocy może ją uzyskać od innych użytkowników, bądź profesjonalnych psychologów czy psychiatrów. Znajduje się tam także lista ośrodków, w których można uzyskać wsparcie stacjonarne.

Wnioski

Samobójstwa stanowią istotny problem społeczno-ekonomiczny, który z roku na rok przybiera na sile. Wystąpienie takiego epizodu ma wpływ na całe otaczające środowisko rodzinę, przyjaciół, współpracowników, a także lekarzy i terapeutów. Ograniczenie skali tego zjawiska, które szczególnie nasilone jest wśród ludzi młodych, powinno być jednym z głównych celów Ministerstwa Zdrowia. Wydaje się, że problematyka samobójstwa oraz łącząca się z nim tematyka chorób psychicznych jest nadal lekceważona, [20] mimo że koszt samobójstw w Polsce szacuje się za pomocą wskaźnika liczby lat życia o obniżonej sprawności na około 2% kosztów wszystkich chorób, co oznacza, że jedno samobójstwo osoby w wieku 25 lat kosztuje 597 tysięcy złotych. Wyliczanie kosztów ludzkiego życia może wydawać się bezduszne, jednak postępowanie takie ułatwia uświadomienie sobie, jaką wartość mają programy profilaktyczne i lecznicze wprowadzone w odpowiednim momencie. Stosowane środki pomocy, wsparcia i wykrywalności tendencji u osób z kręgu ryzyka jest nadal niewystarczające. Brak centralnego, konkretnego planu naprawczego, a ustanawiane programy naprawcze kończą się zwykle na etapie ustawodawczym, bez konkretnych efektów w sferze wykonawczej.

Piśmiennictwo

1. WHO: First WHO report on suicide prevention, <http://www.who.int/media/centre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>, data pobrania 23.02.2016.

2. Pieciewicz-Szczęśna H.: Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000-2013. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2015, 96, 1, 264- 268.
3. Komenda Główna Policji: Statystyki, <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa> data pobrania 23.02.2016
4. Semple D.: Oksfordzki podręcznik psychiatrii. Wyd. Czelej, Lublin, 2007.
5. Wciórka J.: Psychiatria Tom 3. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2012.
6. Wright P.: Psychiatria Sedno Tom 2. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2008.
7. Gmitrowicz A., Lewandowska A.: Charakterystyka uczniów dokonujących zamierzonych samouszkodzeń. *Suicydologia* 2009-2010, 5-6, 77-85.
8. Pużyński S.: Psychiatria Tom 2. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2012
9. Bilikiewicz A.: Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. PZWL, Warszawa, 2003.
10. Dudek D.: Samobójstwo, <http://psychiatria.mp.pl/choroby/show.html?id=76122>, data pobrania 23.02.2016
11. Sitarczyk M.: Analiza osobowościowych, rodzinnych i sytuacyjnych korelatów samobójstwa nieletnich na podstawie historii dwóch podopiecznych. *Suicydologia*, 2010, 5-6, 109-114.
12. Alexander A.D.: Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27400/>, data pobrania 23.02.2016
13. WHO: SUPRE Prevention of suicidal behaviours: a task for all, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/information/en/, data pobrania 23.02.2016
14. WHO: Health 21, the health for all policy framework for the WHO European Region, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf, data pobrania 23.02.2016
15. Kropiwnicki P., Gmitrowicz A.: Światowe inicjatywy w zakresie profilaktyki samobójstw. *Psych. Psychol. Klin.*, 2013, 3, 202-206.
16. WHO: Pierwszy raport WHO nt. zapobiegania samobójstwom, <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=131&wid=12&wai=&year=&back=%2F>, data pobrania 23.02.2016
17. Ministerstwo Zdrowia: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0009/5778/npoz_zdrpub_03112011.pdf, data pobrania 23.02.2016

18. Minister Zdrowia: Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/infoorealiznpozp_20130204.pdf, data pobrania 23.02.2016
19. Rzecznik Praw Obywatelskich: Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf, data pobrania 23.02.2016
20. Brodniak W., Ramowy program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012-2015, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal4_samobojoglo_02102013.pdf, data pobrania 23.02.2016
21. Młodożeniec A.: Formy pomocy dla osób zagrożonych samobójstwem w Polsce. Wiad. Psych., 2006, 9, 2, 123-134.

Spoleczne i zdrowotne skutki bezrobocia

Doroszkie wicz Małgorzata

Absolwentka kierunku fizjoterapia, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Pojęcie bezrobocia

Zgodnie z definicją Międzynarodowej Organizacji Pracy osoba fizyczna, aby mogła zostać uznana za bezrobotną, musi spełniać odpowiednie kryteria, takie jak, przy czym jednocześnie muszą być jednak spełnione co najmniej trzy powyżej wymienione warunki [1,2]:

- nie może być osobą posiadającą własną działalność gospodarczą
- nie może posiadać zatrudnienia
- musi wykazać się chęcią i gotowością do podjęcia pracy oraz aktywnie tej pracy poszukiwać.

Aby uzyskać status bezrobotnego osoba fizyczna musi być zarejestrowana we właściwym dla swojego miejsca zameldowania Urzędzie Pracy [1,2]. Do osób bezrobotnych zalicza się też osoby nieuczące się w szkole (z wyjątkiem szkół dla dorosłych), bądź nie uczęszczające do szkół wyższych (z wyjątkiem studiów o trybie zaocznym) [3]. Wyjątkowo za osobę bezrobotną można uznać (ale dłużej niż przez trzy miesiące), osobę nie poszukującą zatrudnienia, mającą już zapewnione miejsce pracy, oczekującą na jej rozpoczęcie i deklarującą gotowość do jej podjęcia [3].

W ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ze względu na powstającą potrzebę wyodrębnienia grupy osób permanentnie nie pracujących, została zawarta definicja „bezrobotnych długotrwale”, czyli osób zarejestrowanych w Urzędzie Pracy jako bezrobotne przez okres ponad 12 miesięcy w ciągu 2 lat [2]. Nie bierze się jednak w powyższym pod uwagę okresów odbywania stażu, czy szkolenia zawodowego dorosłych [2].

Typy bezrobocia wraz z przyczynami jego powstawania

Ze względu na szeroką skalę zjawiska jakim jest bezrobocie, za istotne uważa się

wyodrębnienie jego poszczególnych rodzajów.

Jedne z podziałów klasyfikują typy bezrobocia ze względu na przyczyny, jakie je wywołują, wyróżniając bezrobocie [4,5,7,8,9]:

- **frykcyjne** (płynne, naturalne) – będące stałym elementem rozwijającej się gospodarki, wynikiem różnic pomiędzy podażą siły roboczej a popytem na tą siłę, różnic spowodowanych zbyt wolnym przepływem informacji pomiędzy pracownikami a pracodawcami oraz efektem likwidacji oraz tworzenia nowych miejsc pracy i zmiennej liczby siły roboczej na rynku
- **keynesowskie** (koniunkturalne, cykliczne) – bezpośrednio łączące się z cyklem gospodarczym, ponieważ pewne etapy w gospodarce mogą spowodować spadek popytu na pracę, co wywołuje serię zwolnień. Po pewnym czasie, te same miejsca pracy ponownie zapełnią się pracownikami, ale najczęściej już nie tymi samymi. Czas trwania tego typu bezrobocia jest ściśle uzależniony od długości fazy cyklu koniunkturalnego.
- **strukturalne** – wynikające z niedopasowania popytu i podaży pracy w poszczególnych sektorach gospodarki, czy regionach kraju, spowodowane pojawianiem się nowych branż, zmian w technologii produkcji, powstawaniem stanowisk, na które potrzebni są nowi specjaliści, jak i redukcją etatów, czy upadkami firm zajmujących się zanikającymi dziedzinami wytwórczości. Czas utrzymywania się tego rodzaju bezrobocia warunkuje termin potrzebny na przekwalifikowanie pracowników, zatrudnienie nowych specjalistów oraz stworzenie odpowiadających nowym standardom miejsc pracy.
- **technologiczne** – to bezpośredni efekt postępu technicznego i technologicznego wpływający na zmniejszenie lub nawet zanik zapotrzebowania na pracę żywą, zastępowanie człowieka robotami i maszynami. Ten typ bezrobocia ma charakter trwalszy niż pozostałe
- **klasyczne** – występuje wówczas, gdy wynagrodzenie jest celowo utrzymane poniżej wartości, przy której krzywa podaży i popytu pracy przecina się. Związane jest z działalnością związków zawodowych lub ustawami stabilizującymi pułap płac minimalnych, co gwarantuje utrzymanie poziomu wynagrodzenia ponad punktem równowagi

- **sezonowe** – uzależnione jest od pory roku, np. w rolnictwie, przemyśle spożywczym, budownictwie, gdzie sezony letnie zwykle cechuje zmniejszenie tego rodzaju bezrobocia względem sezonów zimowych.

Przyczyny bezrobocia w Polsce

W Polsce aktualny poziom problemu przymusowego braku zatrudnienia jest skutkiem wielu czynników rozwijających się na przestrzeni lat. Rozwój bezrobocia w Polsce można podzielić na dwa główne etapy [10].

Pierwszy okres to czas zmian systemowych w krajach socjalistycznych, kiedy to funkcjonująca do tej pory centralnie sterowana gospodarka została przetransformowana w gospodarkę rynkową [10]. Zaobserwowano w tym okresie gwałtowny wzrost bezrobocia, którego źródłem było bezrobocie utajone [10].

W Polsce u progu lat 90. wiele czynników i zdarzeń mających miejsce odegrało znaczący wpływ na rozwój bezrobocia, a ich skutki na rynku pracy są odczuwane do dziś [11]. W grupie tych elementów wymienia się między innymi [11,12,13]:

- rozpad Rady Wzajemnej Pomocy Gospodarczej i ograniczenie wschodnich rynków zbytu
- przejście w handlu na rozliczenie dolarowe i powstanie tzw. „bezrobocia z importu”
- przestarzały majątek produkcyjny
- nienowoczesna struktura kwalifikacji pracowników
- liberalizacja handlu zagranicznego
- niedorozwój gospodarczy wielu części kraju.
- zbyt pobłażliwe przepisy dające możliwość osobom bezrobotnym na uzyskanie zasiłku, nie zmuszając ich przy tym do poszukiwania pracy.

Drugi okres to początek lat 20. i występujące w nim takie czynniki, jak [14,15]:

- postęp technologiczny w znaczącym stopniu wpływający na redukcję zatrudnienia, bądź „wymianę” pracowników nie nadążających za zmianami
- zwiększenie wydajności pracy
- polityka fiskalna i monetarna państwa
- niedopasowanie chłonności lokalnych rynków pracy do liczby zamieszkałych na danym terenie potencjalnych pracowników

- napływ kolejnych absolwentów uczelni wyższych na nasycony rynek pracy z towarzyszącym zastojem gospodarczym
- mało sprężysty rynek pracy
- wysokie, czasem wręcz paradoksalne, oczekiwania pracodawców względem zatrudnianych pracowników dotyczące np. doświadczenia zawodowego, młodego wieku, dyspozycyjności, którym w większości przypadków sprostanie jest czymś niemożliwym do spełnienia
- wzrost konkurencji międzynarodowej, gdy często bardziej opłacalny staje się import dóbr z zagranicy niż inwestowanie w produkcję krajową
- przeznaczanie znacznej części budżetu funduszu pracy na wypłatę zasiłków lub świadczeń
- rejestracja w Urzędzie Pracy w celu zyskania prawa do korzystania z świadczeń medycznych.

Dynamika liczby bezrobotnych w Polsce

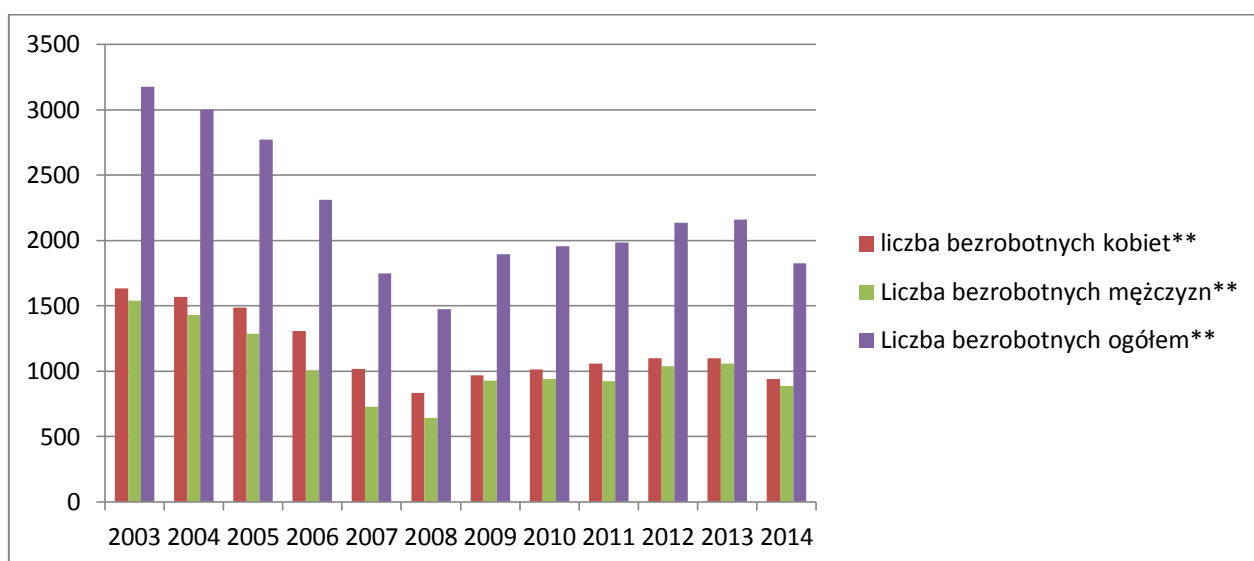
Problem bezrobocia w Polsce dotyczy każdej z grup społecznych, niezależnie od wieku, płci czy wykształcenia, przy czym pomiędzy rokiem 2004 i 2008 chwilowo spadał, a w kolejnych latach wzrastał (tab. I, ryc. 1)[16].

Tab. I. Liczba bezrobotnych w Polsce w latach 2003-2014, opracowanie własne na podstawie danych z GUS [18]

rok*	liczba bezrobotnych kobiet**	Liczba bezrobotnych mężczyzn**	Liczba bezrobotnych ogółem**
2003	1634,7	1541	3175,7
2004	1568,5	1431,1	2999,6
2005	1486,5	1286,6	2773
2006	1305,7	1003,7	2309,3
2007	1017,3	729,2	1746,6
2008	833,4	640,3	1473,8
2009	966,4	926,3	1892,7
2010	1014,8	939,9	1954,7
2011	1060,2	922,5	1982,7
2012	1099,2	1037,6	2136,8
2013	1099,5	1058,4	2157,9
2014	939,6	885,5	1825,2

*uwzględniany był zawsze IV kwartał danego roku, ** liczby podane w tyś.

Według danych GUS [17,18], w końcu marca 2015 roku, liczba bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy wyniosła 1 mln 860 tys. 600 osób i była niższa niż przed miesiącem o 58,1 tys. osób. W końcu marca 2015 roku liczba zarejestrowanych bezrobotnych i stopa bezrobocia były niższe zarówno w skali miesiąca, jak i roku. W strukturze zarejestrowanych bezrobotnych udział kobiet był wyższy niż mężczyzn i wyniósł 50,4% (o 0,7 punktu procentowego więcej niż przed rokiem). W porównaniu z marcem ubiegłego roku nastąpił wzrost odsetka osób wcześniej pracujących (o 0,9 punktu procentowego do 83,7%) oraz osób bez kwalifikacji zawodowych (o 0,2 punktu procentowego do 30,3%). Obniżeniu natomiast uległ odsetek absolwentów (o 0,7 punktu procentowego do 4,5%), osób bez prawa do zasiłku (o 0,2 punktu procentowego do 86,2%) oraz nieznacznie osób zwolnionych z przyczyn dotyczących zakładów pracy (o 0,1 punktu procentowego do 5,2%) [17,18].



Ryc. 1. Liczba bezrobotnych w Polsce w latach 2003-2014, opracowanie własne na podstawie danych z GUS [18]

Stopa bezrobocia

Za podstawowy wskaźnik sytuacji na rynku pracy przyjęto uznawać stopę bezrobocia, czyli stosunek liczby osób bezrobotnych do liczby osób zawodowo czynnych, wyrażony w procentach [19].

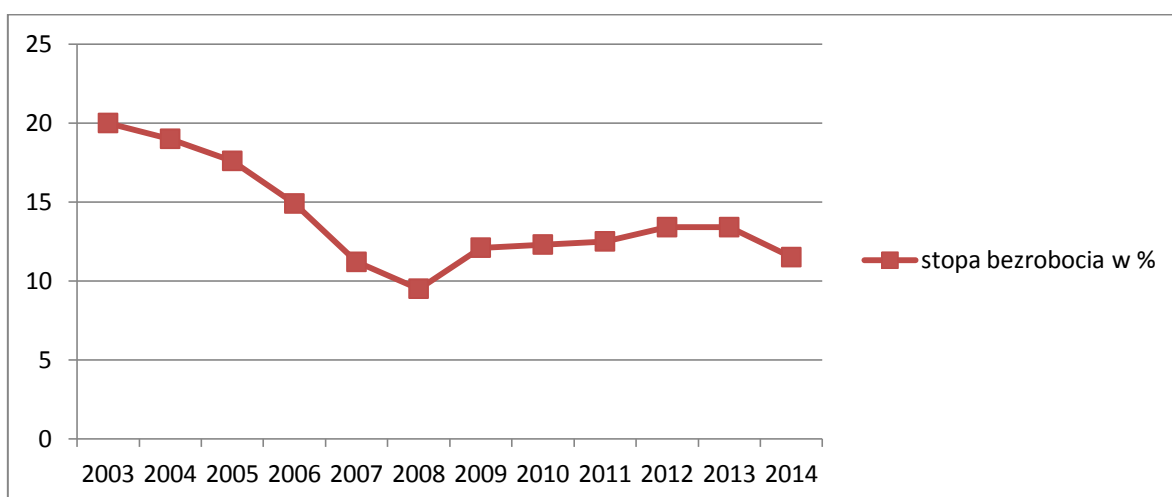
W Polsce [19] wykorzystywane są dwa rodzaje danych oceniających stopę bezrobocia:

- bezrobocie zarejestrowane i odnoszące się do liczby ludzi nieaktywnych zawodowo zarejestrowanych w Powiatowych Urzędach Pracy
- wskaźnik BAEL, czyli wyniki Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, który ma głównie na celu analizę społeczeństwa czynnego zawodowo, ale jednocześnie określa stopę bezrobocia.

Aktualna stopa bezrobocia wynosi 11,7%, co wskazuje na fakt, iż pomimo poprawy stanu zatrudnienia względem poprzednich lat, stopa bezrobocia nadal wzrasta (tab. II, ryc. 2)[17].

Tabela II. Poziom stopy bezrobocia w Polsce w latach 2003-2014, opracowanie własne na podstawie danych z GUS [18]

rok	stopa bezrobocia w %
2003	20
2004	19
2005	17,6
2006	14,9
2007	11,2
2008	9,5
2009	12,1
2010	12,3
2011	12,5
2012	13,4
2013	13,4
2014	11,5



Ryc. 2. Poziom stopy bezrobocia w Polsce w latach 2003-2014, opracowanie własne na podstawie danych z GUS [18]

Na terenie Polski można zaobserwować znaczące różnice we wskaźnikach stopy bezrobocia w poszczególnych rejonach kraju. Poniżej znajduje się schemat uwzględniający te dane wyrażone w procentach, według stanu na kwiecień 2014 roku.

Aktualnie w województwie podlaskim zarejestrowanych jest 62,2 tysiące bezrobotnych, a stopa bezrobocia wynosi 13,4% i jest to zdecydowanie wyższy wskaźnik niż całego kraju [17].

Województwo mazowieckie, dla porównania, posiada w chwili obecnej zarejestrowanych 252,1 tysiąca bezrobotnych, jednakże stopa bezrobocia wynosi jedynie 9,9%. Najniższą stopą bezrobocia charakteryzuje się województwo wielkopolskie - 8%, natomiast najwyższą - warmińsko-mazurskim i jest to aż 18,8% [17].

Spoleczno-ekonomiczne skutki bezrobocia

Dokonując analizy grupy społecznej, jaką są osoby bezrobotne, nie można pominąć ekonomicznych oraz społecznych skutków przynależności do takiej grupy. W tej kwestii równie ważne jest rozpatrywanie zjawiska przymusowego braku zatrudnienia ogólnokrajowego i regionalnego, jak też spojrzenie na osobę bezrobotną jako jednostkę [20,21].

Niezmiennie istotne jest zauważenie, iż praca zawodowa nie wiąże się jedynie z uzyskaniem dochodu, ale wpływa na status społeczny danej osoby, stwarza możliwość obcowania z innymi ludźmi, upoważnia do korzystania z praw, jakie należą się osobie zatrudnionej oraz umożliwia rozwój, poprawę kwalifikacji [1,16].

Praca zawodowa jest ewidentną szansą na wykorzystywanie i udoskonalanie własnych umiejętności, a stały etat dodatkowo wpływa na odpowiednią organizację czasu danej osoby, co w konsekwencji warunkuje pozycję społeczną człowieka [1,16].

Niestety osoby bezrobotne pozbawione są tych przywilejów [22]. Człowiek, który utracił pracę [22,23]:

- staje się apatyczny
- ma poczucie niepewności przyszłości
- brak mu wiary we własne siły
- ma poczucie porażki, klęski
- ma zmniejszoną samoocenę
- ma wrażenie, iż zostanie odrzucony przez otoczenie

- wycofuje się z życia społecznego
- za swoją izolację obwinia otoczenie
- odczuwa wahania nastroju i zwiększoną konfliktowość
- brak pracy odbiera jako jawną niesprawiedliwość
- może wykazywać zwiększoną podatność na uzależnienia
- rozwija się u niego uczucie izolacji spowodowane koniecznością zmiany dotychczasowego stylu życia, przymusowej reorganizacji planu dnia oraz ograniczenia kontaktów interpersonalnych
- ma poczucie bezsilności
- jest ciągle poirytowany.

Należy pamiętać, iż przymusowy brak zatrudnienia wpływa także na najbliższe otoczenie osoby bezrobotnej [1]. Wpływ na powyższe ma zdecydowane zmniejszenie się wpływów do budżetu gospodarstwa domowego oraz stopniowe pogorszenie się sytuacji finansowej danej rodziny, co w konsekwencji może doprowadzić do ubóstwa oraz problemów z zapewnieniem podstawowych dóbr, jak np. pożywienie, odzież, mieszkanie i wiele innych [1].

Osoba bezrobotna, często swoją frustrację i poczucie niezrozumienia może odreagowywać na domownikach stając się źródłem zwiększonej ilości konfliktów oraz rozpadu więzi rodzinnych [23]. Opisywane w piśmiennictwie [23] tzw. zjawisko przeniesienia emocji, dotyczy najczęściej partnera osoby bezrobotnej. Badania prowadzone w gminie Dobrzeń Wielki wykazały, iż nieporozumienia wśród dorosłych są trzy razy częstsze niż między rodzicami a dziećmi [23]. Okazało się, że zła sytuacja materialna jest najtrudniej znoszona w rodzinach wielodzietnych, ponieważ rodzice cierpią, nie mogąc zapewnić dzieciom odpowiednio wysokiego poziomu wykształcenia. Stan taki pogarsza się w sytuacji, gdy oboje rodziców nie mają pracy lub gdy jedno z nich jest bezrobotne długotrwale [23].

W literaturze przedmiotu [21,24,25] podkreśla się, iż bezrobocie wpływa negatywnie także na całe społeczeństwo. Osoby bezrobotne stanowią bowiem swoisty „balast”, który musi dźwigać cały naród, a co związane jest ze zmniejszaniem się budżetu państwa z powodu mniejszej ilości podatników, wzrostem kosztu świadczeń społecznych, podatków i składek ubezpieczeniowych, kosztów utrzymania instytucji zajmujących się bezrobociem oraz zwiększeniem się wydatków z Funduszu Pracy [21,24,25].

Powiększenie się stopy bezrobocia odzwierciedlone jest we wzroście konfliktów społecznych oraz rozżaleniu i niepokoju osób zatrudnionych [21,24,25]. Nasilać się też może występowanie zachowań patologicznych i złych nawyków (alkoholizm, narkomania, przestępczość, prostytutka) [21,24,25].

Ważnym, ostatnio coraz częściej obserwowanym, skutkiem bezrobocia jest tworzenie się tzw. "kultury bezrobocia" [14]. Okazało się [14], że jednostki gorzej adaptujące się do nowej, trudniejszej sytuacji życiowej, poszukują wsparcia wśród ludzi także należących do społeczności bezrobotnych. Osoby takie [14] nie podejmują walki z zaistniałą sytuacją, wykazują małe zainteresowanie poszukiwaniem nowego miejsca zatrudnienia i skupiają się na przetrwaniu „tu i teraz”. „Kultura niepracowania” uważana jest [14] za bardzo niebezpieczny nurt rozwijający się wśród bezrobotnych, może bowiem przyczynić się do kumulacji niedostatku i ubóstwa w tej grupie społecznej oraz prowadzić do zwiększania się liczby tzw. bezrobotnych długotrwale.

Stres jako główny problem bezrobocia

W literaturze przedmiotu [25,26] podkreśla się, iż utrata zatrudnienia jest zawsze źródłem ogromnego stresu dla człowieka. Bezrobociu zawsze towarzyszą uczucie lęku, złości i rozżalenia, zachwianych zostaje bowiem wiele aspektów życia bezrobotnego, dotychczas będących filarami jego egzystencji [25,26].

Sposób, w jaki dany człowiek radzi sobie z utratą pracy, zależy jest nie tylko od jego indywidualnych umiejętności, zasobów i mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, ale także od kompetencji i uwarunkowań osoby bezrobotnej, determinujących stopień trudności w ponownym znalezieniu pracy [25,26]. Nie bez znaczenia pozostają też obiektywne aspekty rynku pracy [25,26].

Większa część osób pozbawionych aktywności zawodowej, za Kostrzewski i Worach-Kardas [1], ocenia swój stan zdrowia jako przeciętny lub zły, a samoocena stanu zdrowia tej grupy pogarsza się wraz z przedłużającym się stanem bezrobocia.

Fazy bezrobocia w ujęciu psychologicznym

W literaturze fachowej [25,26], według psychologicznego modelu Jahody i Lazarsfelda, wyróżnia się pięć głównych faz bezrobocia:

- **I (antycypacja bezrobocia)** - charakteryzująca się pobudzeniem, nadwrażliwością i niestabilnością emocjonalną. Osoba bezrobotna nie jest w stanie pogodzić się ze swoją aktualną sytuacją i ma narastające poczucie niesprawiedliwości
- **II (szok po utracie pracy)** - w której dominują odczucia smutku, przygnębienia, wrażenie klęski i życiowej porażki. Bezrobotni obawiają się o swoją przyszłość, wątpiąc czy uda im się znaleźć pracę
- **III (wchodzenie w sytuację bezrobocia i optymizm)** - tzw. „efekt urlopu”. Osoby pozbawione pracy zaczynają odczuwać radość, gdyż nareszcie mają czas na inne czynności niż praca, którym chcą się poświęcić. Brak zatrudnienia traktują jako stan przejściowy, aktywnie poszukują pracy i są pełne wiary w sukces. W tej fazie obserwowana jest wyraźna poprawa nastroju.
- **IV (pesymizm i rezygnacja)** - pojawiają się negatywne reakcje emocjonalne wynikające z bezowocnego poszukiwania pracy. Długotrwałe funkcjonowanie w stresie predysponuje do zaburzeń depresyjnych. Osoby bezrobotne wyraźnie odczuwają skutki finansowe bezrobocia, a dodatkowo nasila się niska samoocena oraz złe samopoczucie.
- **V (fatalizm i apatia, dopasowanie do sytuacji)** - występuje w grupie bezrobotnych długotrwale, wycofanych społecznie, unikających kontaktu z innymi, izolujących się z powodu wstydu. Wcześniejsze ich porażki powodują zaniechanie poszukiwania pracy, a powyższe potęgują: brak perspektyw na przyszłość, rezygnacja z zainteresowań, ograniczenie własnych potrzeb i życiowych oczekiwań. Osoby, które osiągnęły tę fazę mają największy problem z powrotem do prawidłowego pełnienia wszystkich funkcji społecznych.

Zdaniem Faliszeka [27] *„Im dłużej trwa bezrobocie, tym szerszy jest zakres wykluczenia, co w efekcie często prowadzi do zaawansowanej marginalizacji, kiedy człowiek nie tylko nie uczestniczy już w większości sfer życia, ale ponadto traci umiejętności takiego uczestnictwa. Powrót do aktywnego życia zawodowego i społecznego staje się wtedy bardzo trudny (a czasami nawet niemożliwy) i najczęściej same dobre chęci już nie wystarczą”*.

Bezrobocie – skutki dla organizmu

W literaturze przedmiotu [16,28,29,30] podkreśla się, iż stres bezrobocia wpływa na pogorszenie nastroju, a w konsekwencji prowadzi do zaburzeń zdrowia psychicznego i pojawiania się epizodów depresyjnych.

Brak aktywności zawodowej wpływa nie tylko na pogorszenie stanu równowagi psychicznej człowieka, ale w znaczącym stopniu również na zwiększoną zachorowalność i umieralność [16,28,29,30].

Brenner [30] zaobserwował, że wraz ze wzrostem bezrobocia w społeczeństwie, pogarsza się stan zdrowia populacji. Odnotowuje się wtedy bowiem więcej zgonów, przyjęć do szpitali i zdiagnozowanych przypadków chorób przewlekłych [30].

Bezrobotni długotrwale narażeni są na pojawianie się nowych lub nasilanie się dolegliwości związanych z już istniejącymi chorobami przewlekłymi [1,29]. Dotyczą one najczęściej układów: pokarmowego, krążenia, oddechowego, odpornościowego oraz sfery zaburzeń psychicznych i seksualnych. Uważa się [1,29], iż powyższe ma bezpośredni związek ze wzrostem czynników stresogennych w środowisku, bowiem wszystkie te układy są niesamowicie podatne na wzrost napięcia emocjonalnego.

Blisko 1/3 osób bezrobotnych zauważa pojawienie się nowych dolegliwości, które nie występowały, gdy osoby były jeszcze aktywne zawodowo, takich jak: bezsenność, bóle głowy, ból w klatce piersiowej, spadek apetytu, bóle brzucha, częste infekcje [1]

Na pogorszenie stanu zdrowia osób bezrobotnych może mieć wpływ także gorsza sytuacja materialna [29]. Ograniczone wpływy do budżetu gospodarstwa domowego z reguły skutkują koniecznością zmiany dotychczasowego miejsca zamieszkania na inne o niższym standardzie (ze spadkiem jakości dostępnej wody pitnej, gorszymi warunkami sanitarnymi, większym natężeniem zanieczyszczenia środowiska, podwyższoną radiacją oraz hałasem) [29].

Findlay – Jones i Erchard, za Szalkowski [31], przeprowadzili w 1981 roku badania w grupie australijskich młodych bezrobotnych i stwierdzili różne nieprawidłowości psychiczne, u 43% stan ten nastąpił po utracie pracy.

Z badań przeprowadzonych w zachodniej Europie, za Sinclair [32] wynika, że bezrobotni są łatwiej podatni na zachorowania, co prawdopodobnie wiąże się z obniżeniem ich poziomu życia, stresową sytuacją oraz utratą pewnych świadczeń.

Badania przeprowadzone w latach 1983-1984, przez Departament of Health and Social Security [cyt. za 32], w grupie 2.300 bezrobotnych wykazały, iż bezrobocie zasadniczo nie wpływało na stan zdrowia, a absencja chorobowa w pierwszym roku pracy po okresie bezrobocia dotyczyła jedynie 8% badanych. W roku 1982 wskaźnik ten wyniósł 12% [cyt. za 32].

Badania Banksa i Johnsona oraz Jacksona i Warra, za Sinclair [32], potwierdziły negatywny wpływ bezrobocia na kondycję psychiczną badanej populacji, zwłaszcza w grupie

ludzi najmłodszych i najstarszych wiekiem, którzy nie podejmowali pracy w okresie dłuższym niż 6 miesięcy.

W 2013 roku Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, za Staniszevska [33], przeprowadził badania w grupie 454 łódzkich bezrobotnych, których poproszono o ocenę ogólnego zadowolenia z jakości życia. Osoby długotrwale bezrobotne z reguły (44,4%) oceniały swoją jakość życia jako „ani pozytywną, ani negatywną”, prawie 28% twierdziło, iż są niezadowoleni z jakości swojego życia, a ponad jedna piąta, że jest z niej zadowolona (22,2%). Krótkotrwale bezrobotni byli raczej zadowoleni z jakości życia (40,2% badanych) lub oceniali ją jako ani pozytywną, ani negatywną (33,9% respondentów). Niezadowolona z jakości życia jest tylko jedna piąta badanych (21,9%) [33]. Ponad połowa osób długotrwale bezrobotnych (55,2%) swój stan psychiczny oceniła jako negatywny, a 44,8% - jako pozytywny. W grupie osób krótkotrwale bezrobotnych swój stan psychiczny pozytywnie oceniło 58,9% badanych, a negatywnie - 41,1% [33].

Piśmiennictwo

1. Kostrzewski Sz., Worach-Kardas H.: Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2008, 89, 504-510.
2. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z dnia 1 maja 2004 r. Nr 99 poz.1001 z póź. zm.).
3. Resolution concerning statistics of the economically active population, employment, unemployment and underemployment, adopted by the Thirteenth International Conference of Labour Statisticians. The International Labour Organization (ILO), 1982.
4. Milewski R.: Elementarne zagadnienia ekonomii. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1998.
5. Kozek W.: Praca w warunkach zmian rynkowych. Wybrane zagadnienia. First Business College, Warszawa, 1994.
6. Żukowski M.: Ekonomia zarys wykładu. Wyd. UMCS, Lublin, 2005.
7. Unlot J.: Ekonomiczne problemy rynku pracy. Interart, Warszawa, 1996.

8. Gazicki A.B., Woźniak R.B.: Społeczna problematyka bezrobocia absolwentów w wymiarze lokalnym. Pomorska Akademia Pedagogiczna w Słupsku, Słupsk-Koszalin-Szczecin, 2002.
9. Młonek K.: Bezrobocie w Polsce w XX wieku w świetle badań. Krajowy Urząd Pracy, Warszawa, 1999.
10. Morawski Z.: Ludzie bez pracy. Ewolucja prawnych instrumentów regulacji [w:] Struktura społeczna. Rynek Pracy. Bezrobocie. Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów, 1996, 82.
11. Danecka M.: Bezrobocie i instytucje rynku pracy. Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa, 2005.
12. Pilch T., Lepalczyk I.: Pedagogika społeczna. Wyd. Żak, Warszawa, 1995.
13. Dach Z., Bezrobocie w okresie przemian systemowych gospodarki polskiej. PAN, Warszawa, 1993.
14. Śmilgin M.: Indywidualne i społeczne skutki bezrobocia na tle globalizacji. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2005.
15. Chromińska B.: Rynek pracy w Polsce w 2004 rok. Rynek Pracy, 2005, 2, 19-21.
16. Worach-Kardas H., Kostrzewski Sz.: Stres bezrobocia i jakość życia długotrwale bezrobotnych w starszych grupach wieku. Probl. Hig. Epidemiol., 2011, 92, 403-414.
17. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/bezrobotni-oraz-stopa-bezrobocia-wg-wojewodztw-podregionow-i-powiatow-stand-w-koncu-marca-2015-r-2,31.html>, data pobrania 12.05.2015
18. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/bezrobotni-oraz-stopa-bezrobocia-wg-wojewodztw-podregionow-i-powiatow-stand-w-koncu-marca-2015-r-2,31.html#archive>, data pobrania 12.05.2015
19. Janukowicz P.: Bezrobocie rejestrowane a bezrobocie według BAEL. Wojewódzki Urząd Pracy w Olsztynie, Polityka Społeczna, 2010,1.
20. http://www.rynekpracy.pl/monitor_rynku_pracy_1.php/wpis.276, data pobrania 12.05.2015
21. Słupska-Kwiatkowska K.: Bezrobocie. Praca - możliwość zaspokajania potrzeb - perspektywy, czyli o tym, co robić, by ta triada mogła się urzeczywistnić [w:] Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej, Włodarczyk E., Cytlak I. (red.). Wyd. Naukowe UAM, Poznań, 2011, 53-71.

22. Kubicka H.: Brak pracy – przykład zagrożenia rozwoju społeczno – kulturowego i praktyka społeczna [w:] Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki, Marynowicz-Hetka E.(red.). Warszawa, 2006, tom I, 331.
23. Rusek L.: Wpływ bezrobocia na funkcjonowanie jednostki i rodziny. Polityka społeczna, 2006, 1.
24. Kmiecik-Baran K.: Bezrobocie czynnikiem marginalizacji i ubóstwa. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 2009.
25. Kot J.: Osoby bezdomne i bezrobotne jako odbiorcy pomocy [w:] Wyprowadzić na prostą, Wiktorska-Święcka A. (red.). Atut, Wrocław, 2008, 250-252
26. Zbonikowski A., Osoby dojrzałe w sytuacji bezrobocia – charakterystyka psychologiczna. Zarządzanie innowacyjne w gospodarce i biznesie, 2013, 2, 137-146.
27. Faliszek K.: Bezdomność i bezrobocie jako źródła wykluczenia społecznego [w:] Wyprowadzić na prostą, Wiktorska-Święcka A. (red.). Atut, Wrocław, 2008, 67-77.
28. Kostrzewski Sz., Worach-Kardas H.: Skutki długotrwałego bezrobocia dla zdrowia i jakości życia osób w starszym wieku produkcyjny, Now. Lek., 2013, 82, 310-317.
29. Syrek E.: Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2000.
30. Brenner M.H.: Mortality and the national economy. A review and the experience of England and Wales, 1936–1976. Lancet, 1979, 568–573.
31. Szalkowski A.: Rynek pracy w procesie transformacji systemu gospodarczego. Secesja, Kraków, 1992
32. Sinclair P.: Unemployment. Economic Theory and Evidence. Basil Blackwell, Oxford, 1987.
33. Staniszevska D.: Samobójstwo jako konsekwencja długotrwałego bezrobocia. Rynek Pracy, <http://rynekpracy.pl/artukul.php/wpis.804>, data pobrania 12.05.2015

Nagła głuchota a śmierć społeczna

Zawadzka Anna, Rajczuk Katarzyna

Studentka Kierunku Logopedia z Fonoaudiologią, Zakład Logopedii i Fonoaudiologii,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wykaz skrótów

BAEL - Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności

BIAP - *Bureau International d'Audiophonologie*, Międzynarodowe Biuro Audiofonologii

HIV - Human Immunodeficiency Virus

SSNHL - Sudden Sensorineural Hearing Loss

*Największym złem jest brak wrażliwości i miłości bliźniego
oraz przerażająca obojętność w stosunku do sąsiada żyjącego na marginesie,
dotkniętego wyzyskiem, moralnym zepsuciem, biedą lub chorobą”.*

Matka Teresa z Kalkuty

Wstęp

Śmierć (od gr. *thanato*) nie od dzisiaj jest tematem rozmyślań wybitnych filozofów, naukowców i wielu specjalistów z różnych dziedzin. Dotyczy ona każdej osoby ludzkiej. Jak powiedział kiedyś Seneka: „Całe życie człowieka jest tylko podróżą do śmierci”. Warto zatem zastanowić się, czym właściwie jest śmierć? Z medycznego punktu widzenia śmierć jest nieodwracalnym ustaniem czynności życiowych. Z kolei patrząc od strony metafizycznej, definicji istnieje tyle, ile poglądów na ten temat. Z kolei owe poglądy są uwarunkowane społecznie i kulturowo oraz zmieniają się wraz z przemianami cywilizacyjnymi. W większości dotyczą one jednak przekroczenia granicy pomiędzy obecnym życiem a innym, tajemniczym i nieznanym ludzkości światem [1].

Śmiercią i wszystkim co z nią związane zaczęto interesować się w większym stopniu w XIX wieku. Było to związane m.in. z powstaniem nauk szczegółowych, a przede wszystkim z ukształtowaniem psychologii. Badania naukowe dotyczące się śmierci pozwoliły

na wyodrębnienie oraz scharakteryzowanie różnych jej typów. Najważniejsze z nich to: śmierć rzeczywista i śmierć psychologiczna [2].

Śmierć rzeczywista

Śmierć rzeczywistą dzielimy szczegółowo na śmierć przypadkową, w wyniku choroby, śmierć na wojnie, w wyniku egzekucji, tortur, śmierć wynikającą z morderstwa, śmierć samobójczą, a także śmierć z powodów religijnych.

Współcześnie temat śmierci jest dla społeczeństwa bardzo trudny. Ludzie odrzucają fakt utraty kogoś bliskiego, nie godzą się na ból, który śmierć za sobą niesie. Zmienia się także sposób mówienia o śmierci – człowiek nie umiera, lecz odchodzi. Na taki stan rzeczy z pewnością mają wpływ zauważalne w społeczeństwie tendencje, które przejawiają się coraz większą umieralnością wśród osób młodych, m.in. w wyniku chorób nowotworowych, chorób układu krążenia oraz jednocześnie zmniejszaniem się liczby osób starszych, które umierają śmiercią naturalną. Śmierć nie jest więc traktowana jak coś nieuchronnego, naturalnego i na co człowiek nie ma większego wpływu, lecz jako „błąd techniczny” w sztuce lekarskiej [3].

Naturalna śmierć poprzedzona jest stopniowym, powolnym hamowaniem działania poszczególnych układów organizmu człowieka. Posiada on coraz mniej energii, przez co wydolność całego systemu zmniejsza się na rzecz podtrzymywania najbardziej niezbędnych procesów. Objawia się to już na kilka dni przed śmiercią poprzez zwiększone zapotrzebowanie na sen (ciało wówczas zużywa najmniej energii). Na początku sen ten jest bardzo płytki, osobę umierającą łatwo zbudzić nawet delikatnym szeptem, lecz z czasem przybiera on na sile i trudniej go przerwać [4].

Zbliżająca się śmierć sukcesywnie wyłącza funkcje kolejnych układów w organizmie ludzkim. Na pierwszy rzut idzie układ pokarmowy. Tuż przed śmiercią jego działanie zostaje ograniczone do minimum ze względu na fakt, iż jego właściwe funkcjonowanie wymaga dużych nakładów energii. Spada zatem zapotrzebowanie na składniki odżywcze, które nie są efektywnie metabolizowane. Także ruchy przewodu pokarmowego zostają ograniczone, co pociąga za sobą spowolnienie procesów trawienia i wydalania. W ostatnich dniach życia rozstraja się także działanie układu krwionośnego. Destabilizuje się puls przyspieszając coraz bardziej. W wyniku tego do mózgu dostarczana jest coraz mniejsza dawka tlenu, co skutkuje ograniczeniem świadomości, powoduje niepokój lub chwilowe pobudzenie. Wycieńczenie układu krwionośnego objawia się zahamowaniem transportu krwi do skóry i kończyn, co uwidacznia się poprzez obniżenie temperatury ciała oraz zmianę koloru skóry na bladoszary

bądź nawet niebieskawym. Pacjenci, którzy są świadomi swojego stanu zdrowia często reagują złością z uwagi na dostrzeganie zmian zachodzących w swoim ciele [4].

W końcowym stadium umierania pacjenci zaczynają mieć problemy z układem oddechowym. Oddech staje się nieregularny, krótszy, często przerywany lub nawet niezauważalny dla czuwających bliskich. Z czasem w płucach zaczyna zbierać się płyn, który ogranicza powierzchnię oddechową oraz utrudnia pobranie każdej kolejnej porcji powietrza. Istnieją sposoby na dostarczenie pacjentowi chwilowej ulgi, lecz nie należy spodziewać się spektakularnych efektów po ich zastosowaniu, gdyż układ oddechowy najprawdopodobniej wkrótce i tak zostanie wyłączony.

Zmysły człowieka można porównać do baterii. Z wiekiem słabną, rozładowują się i nie jesteśmy w stanie ich z powrotem zregenerować. Z czasem tracimy węch, smak wzrok. Kiedy obserwujemy, że oczy umierającego pacjenta stają się nieruchome i szkliste, to sygnał, że z dużym prawdopodobieństwem śmierć nadejdzie w ciągu kilku najbliższych godzin. W ostatnim stadium śmierci zazwyczaj pojawiają się także problemy z mową. Z reguły ostatnim zmysłem, który zostaje wyłączony podczas procesu umierania jest słuch. Jest on ostatnim elementem łączącym życie i śmierć, i dzięki niemu umierający mają przekonanie, że w tych ostatnich minutach swojego życia nie są samotni. Należy więc w obecności osoby umierającej mówić powoli, spokojnie, ponieważ nie wiadomo w którym momencie mózg przestaje przetwarzać bodźce słuchowe. Pomimo braku odpowiedzi, to co dzieje się wokół może być przez umierającego człowieka dokładnie percypowane [5].

Śmierć psychologiczna

W śmierci psychologicznej fundamentalny aspekt stanowi śmierć społeczna. Człowiek nią dotknięty dla pewnego środowiska, otoczenia umiera dużo wcześniej niż przed śmiercią biologiczną. Objawia się to brakiem jakichkolwiek relacji interpersonalnych między daną jednostką a otoczeniem. Jest ona traktowana jak osoba nieobecna, zmarła, a nawet jak przedmiot. Przez zerwanie kontaktu ze światem, otoczenie samo taką osobę „uśmierca”. Śmierć społeczna zaczyna się zazwyczaj, kiedy lekarze wydają na pacjenta wyrok poprzez postawienie diagnozy nieuleczalnej choroby. Chory jest wtedy traktowany bardziej jak ciało, o które trzeba się troszczyć, dbać, niż jako żywy człowiek, który wymaga opieki i ma jakiegokolwiek szanse na wyleczenie. W wyniku takiego traktowania pacjent czuje się odrzucony, osamotniony w swych cierpieniach, traci nadzieję na lepsze życie i w ostateczności wycofuje się z życia społecznego, i zrywa wszelkie kontakty i relacje z ludźmi.

Odwrotnym zjawiskiem do śmierci społecznej jest tzw. ożywienie społeczne. Polega ono na tym, że społeczność nie akceptuje czyjejś śmierci biologicznej i zachowuje się tak, jakby dana osoba nadal żyła. Podczas rozmów uwzględnia się jej poglądy oraz przekonania, które prezentowała za życia. Taki stosunek wynika z nieumiejętności pogodzenia się ze stratą oraz z brakiem akceptacji czyjejś śmierci. Występuje tendencja do unikania, ucieczki, zaprzeczania [2]. Taka postawa najczęściej objawia się wobec osób sławnych, stanowiących autorytet w danym środowisku, ale również często jest obecna u bliskich osoby zmarłej, którzy nie potrafią pogodzić się ze stratą.

Stygmatyzacja jako początek śmierci społecznej

*Jesteśmy zdolni do wielkich rzeczy, jeżeli nie pozwolimy,
by pokonał nas lęk przed własną słabością"*

Jan Paweł II

Aby mówić o czyjejś śmierci, nie zawsze musimy sprowadzać znaczenie tego słowa do jego podręcznikowej definicji. Śmierć ma wiele wymiarów, w jednym z nich można uśmiercić daną osobę bez odbierania jej życia fizycznego, zamiast tego ukracając życie społeczne tej jednostki.

Wykluczenie ze społeczeństwa może dotyczyć wielu aspektów. Zdaniem Goffmana, amerykańskiego wybitnego socjologa i pisarza, człowiek może być potępiany i odrzucany mimo, iż nie uczynił niczego złego, ale posiada pewne cechy, które w danej kulturze nie są aprobowane. W wyniku tego dochodzi więc do zjawiska stygmatyzacji społecznej. Goffman skategoryzował rodzaje piętna na: ułomności ciała (wszelkiego rodzaju zniekształcenia fizyczne, niedomagania), wady charakteru (despotyczność, słaba wola, nieuczciwość) oraz stygmat plemienny (religia, rasa, narodowość) [6].

Celem stygmatyzacji jest naznaczenie społeczne stygmatyzowanej grupy lub pojedynczych jednostek. Stygmatyzacja jest zatem społecznie „sugerowana” i zarazem nie wynika z poczynań owej osoby, lecz eksponuje charakterystyczne cechy tworzące stygmat. Piętno, z jakim borykają się osoby stygmatyzowane spycha więc pozytywne ich cechy (np. uczciwość, dobroć, inteligencję) na drugi plan i wybija jedynie tę cechę związaną z naznaczeniem. Z kolei odzwierciedleniem społecznej korelacji jest obraz samego siebie. Osoba napiętnowana widzi siebie i innych poprzez pryzmat wartości i norm, jakie oferuje jej kultura i społeczeństwo. To skutkuje faktem, iż społeczna tożsamość osób z różnego rodzaju

dysfunkcjami, osób wartościowanych specyficznie, pomimo wszelkich etycznych, kulturowych i moralnych zabiegów będzie wartościowana gorzej, a to może wywoływać u nich niejako poczucie niższego statusu społecznego.

Najczęstszym powodem dyskryminacji i wykluczenia społecznego jest we współczesnym świecie niepełnosprawność. Dotyczy ona wielu wymiarów, a zaburzenia, które się na nią składają osiągają spektrum od lekkich do bardzo ciężkich, uniemożliwiających jednostce samodzielne funkcjonowanie.

Destruktywność niepełnosprawności jako rodzaju stygmatu jest tak silna, gdyż związana jest z jej trwałością. Trwałe piętna, w przypadku ludzi, u których niepełnosprawność objawiła się już w chwili narodzin ułatwiają proces adaptacji społecznej, ponieważ utrzymują się całe życie stając się czynnikiem przystosowawczym wywołując działania adaptacyjne. Porównywalny proces adaptacji można dostrzec u osób, u których niepełnosprawność wynika z choroby, jednak w tej sytuacji siła szkodliwości stygmatu jest o wiele wyższa z racji, iż niepewność dotycząca stanu zdrowia może istotnie wpływać na chorych w różny, nieprzewidywalny sposób. Najbardziej niszczycielski charakter osiąga proces stygmatyzacji w przypadku osób, które uległy wypadkom i w ich skutek stały się niepełnosprawne. Tak niespodziewane, nagłe i traumatyczne wydarzenia prawie zawsze całkowicie zmieniają życie człowieka, jego perspektywy oraz plany na przyszłość. Zmuszają go także do podjęcia nowych działań zmierzających do utrzymania odpowiedniego statusu społecznego. W przeciwnym razie taka osoba, swoim brakiem odwagi i chęci życia może sama doprowadzić do swojej śmierci społecznej [7].

Nagła głuchota a śmierć społeczna

*Jak strumienie i rośliny, dusze także potrzebują deszczu, ale deszczu innego rodzaju:
nadziei, wiary, sensu istnienia.*

Gdy tego brak, wszystko w duszy umiera, choć ciało nadal funkcjonuje.

Można wtedy powiedzieć: „W tym ciele żył kiedyś człowiek”.

Paulo Coelho, Piąta góra

Jedną z najbardziej potrzebnych umiejętności, aby uczestniczyć w społeczeństwie jest umiejętność komunikacji. Znamy jej podstawy od pierwszych dni swojego życia, komunikując się ze swoim otoczeniem prostymi sygnałami. Z biegiem czasu jednak te trywialne znaki głosowe i gesty nie wystarczają do bardziej samodzielnej egzystencji i

uczymy się komunikować poprzez mowę. Komunikacja to proces dwustronny, więc oprócz mowy uczymy się również aktywnie słuchać.

Abyśmy mogli w pełni cieszyć się życiem, zmysł słuchu jest nam niezbędny. Daje nam on mnóstwo możliwości i ubarwia egzystencję. Pozwala na nawiązywanie kontaktów społecznych, życie w społeczeństwie, pracę w zawodzie, komunikację, a także odpoczynek. Pomaga ludziom doświadczać codzienności bez ograniczeń. Słuch, podobnie jak wzrok, jest źródłem informacji na temat otaczającej nas rzeczywistości. Najważniejszym z aspektów posiadania sprawnie działającego zmysłu słuchu jest szansa rozwoju mowy. Dzięki niej jesteśmy w stanie uzyskiwać informacje, kształtować swoją osobowość, a także poznawać świat. Słuch jest także łącznikiem uczuciowym ze światem, umożliwiającym zachowanie zdrowia psychicznego oraz poczucia bezpieczeństwa. Zaburzenie mechanizmu słuchu i mowy prowadzi niemal zawsze do niemożności porozumiewania się.

Gdy człowiek traci słuch jest początkowo praktycznie niezdolny do komunikacji, co prowadzi do stopniowego wykluczania tej osoby z życia społecznego, co może skończyć się dla niej śmiercią w społeczeństwie - swoistej śmierci jeszcze za życia [8]. Jako gatunek ludzie przetrwali i rozwinęli się dzięki temu, że byli w stanie zorganizować się w grupy, w których wspólnie koegzystowali, bronili się przed niebezpieczeństwami, dzielili zadaniami i wspierali. Każdy człowiek, kiedy jest odsuwany z grupy, w której żył, kiedy działa w pojedynkę jest niemal zawsze skazany na śmierć.

Zmysł słuchu jest jak skarb, o który trzeba dbać i który należy chronić. Niestety, jest on trwale narażony na uszkodzenia, które wpływają na jego funkcjonowanie.

Nieprawidłowości związane z niewłaściwym przewodzeniem lub odbiorem dźwięków definiowane są jako niedosłuch (*hyposacusis*) [9].

Schorzenie to można wykryć u osób, których ubytek słuchu, przedstawiony na krzywej audiogramu, przekracza 20db. Niedosłuch może dotyczyć jednego lub obu uszu.

Na świecie żyje ponad 360 milionów osób z zaburzeniami słuchu, co stanowi 5% całej ludzkiej populacji. Większość z tych osób to mieszkańcy krajów o średnich i niskich dochodach [10].

W Europie, z powodu głuchoty cierpi ponad 80 milionów ludzi. Problemy ze słuchem dotyczą także około jednej trzeciej osób powyżej 65. roku życia [10].

Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP) wyróżniło cztery stopnie uszkodzenia słuchu, opierając się na ich głębokości (Tab. I).

Tab I. Klasyfikacja uszkodzeń słuchu BIAP ze względu na głębokość uszkodzenia [11]

<u>Klasyfikacja BIAP</u>	
Ubytek słuchu w decybelach	Uszkodzenie słuchu w stopniu
20 – 40	Lekkim
41 – 70	Umiarkowanym
71 – 90	Znacznym
Powyżej 90	Głębokim

Poszczególne stopnie niedosłuchów mają swoje odzwierciedlenie w sposobach komunikacji osób, które na te schorzenia cierpią. I tak np.:

- a) Lekki i umiarkowany stopień – pacjenci porozumiewają się za pomocą języka mówionego. Niektórzy z nich korzystają z aparatów słuchowych, a także innych pomocy technicznych.
- b) Znaczny stopień – pacjenci z tym problemem mają trudności ze zrozumieniem mowy nawet przy stosowaniu aparatów słuchowych. Pierwszorzędną rolę w komunikacji odgrywa w tym przypadku wzrok oraz umiejętność odczytywania mowy z ust.
- c) Głęboki stopień – chorzy nie są w stanie w ogóle porozumiewać się werbalnie. Rekompensują owe braki stosując takie formy komunikacji, jak: fonogesty, język migowy, system językowo-migowy, czy też alfabet palcowy [11]. Pacjenci chcący poznać lub pozostać w „świecie dźwięków” mają możliwość leczenia przy pomocy elektronicznej protezy słuchu, zwanej implantem ślimakowym, którą wszczepia się operacyjnie. Taki zabieg wiąże się jednak z długotrwałą terapią logopedyczną, audiologiczną, ale przede wszystkim wymaga od pacjenta ogromnego wkładu i zaangażowania [12].

Niedosłuch można również podzielić ze względu na etiologię (niedosłuch wrodzony oraz nabyty), czas, w którym wystąpiło uszkodzenie (niedosłuch prelingwalny, perilingwalny i postlingwalny) oraz ze względu na lokalizację uszkodzenia (niedosłuch typu przewodzeniowego, odbiorczego lub mieszanego).

Na proces porozumiewania się składa się wiele czynników mających swoje źródła w ludzkim ciele. Kiedy nasz organizm jest w dobrej kondycji jesteśmy jak znakomita orkiestra, która wykonuje swoją suitę istnienia. Jednak co się stanie, gdy np. trzeci z grających skrzypków zgubi swoje nuty? Gra w innej tonacji, rytmie i w wyniku tego stwarza dysonans. Oddziałuje także na innych muzyków, co prowadzi do tego, że brzmienie całej orkiestry jest zdeformowane.

Z badań modułowych prowadzonych przez BAEL GUS w Polsce w 2000 roku wynika, że na schorzenia związane z nieprawidłowym działaniem narządu słuchu cierpi około 6,3% ludności w Polsce. Zdaniem niektórych autorów dane te są nieprawdziwe, ponieważ badania zostały przeprowadzone jedynie na grupie reprezentacyjnej, nie uwzględniając chorych przebywających np. w specjalistycznych placówkach dziennego pobytu dla głuchoniemych. Szacują oni, że prawdziwa liczba osób borykających się z problemami ze słuchem może osiągać nawet kilka milionów [13,14]. Przypuszczenia te potwierdziły także badania Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, które wskazują, że przypuszczalnie co trzeci mieszkaniec Polski niedosłyszcy co najmniej na jedno ucho na poziomie 30dB, a co jest przyczyną kłopotów w jego codziennym funkcjonowaniu. Z badań tych wynika także, że około 20% Polaków skarży się na szумы uszne, które stanowią początkowe stadium niedosłuchu [15,16,17]. Dane te są niepokojące w takim względzie, że problem uszkodzenia słuchu nie dotyczy jedynie samego chorego, ale także jego rodziny. W tym kontekście fakt występowania zaburzeń odbioru dźwięków zyskuje wymiar masowy, ponieważ posiada nie tylko medyczne, ale co najważniejsze – społeczne następstwa.

Upośledzenie zmysłu, słuchu jako jednego z najważniejszych narządów umożliwiających komunikację, staje się ogromną przeszkodą w zakresie funkcjonowania w poszczególnych sferach: poznawania zjawisk, przedmiotów (z powodu braku percepcji dźwięków z otoczenia), wykonywania praktycznych czynności (niemożność oceny funkcjonowania urządzeń mechanicznych), przeżywania doświadczeń estetycznych (brak możliwości słuchania muzyki), poruszania się i orientacji przestrzennej (brak sposobności odbioru dźwięków ostrzegawczych, zachowania równowagi w ciemności). Do wymienionych utrudnień należy dodać najważniejszy – problemy w komunikowaniu się z innymi. Jest to dominujący problem osób głuchych i niedosłyszających [18]. Należy również podkreślić, iż nie każda osoba posiadająca problem ze słyszeniem będzie miała takie same problemy w codziennym funkcjonowaniu. Zależy to w głównej mierze od stopnia uszkodzenia słuchu oraz czy dana osoba korzysta z urządzeń wspomagających, tj. aparatów słuchowych lub też

implantów ślimakowych. Trzeba również pamiętać, że urządzenia te są wciąż niedoskonałe i nigdy w pełni nie zastąpią normalnego słyszenia.

Jedną z największych tragedii, która może przydarzyć się człowiekowi jest nagła utrata możliwości komunikacji. Prawidłowo działający zmysł słuchu jest jednym z elementów, który tę komunikację umożliwia. Jednak kiedy człowiek nagle, w nieoczekiwanym momencie traci całkowicie zmysł słuchu, traci również możliwość komunikacji.

Nagła głuchota (ang. *sudden sensorineural hearing loss* - SSNHL, pol. niedosłuch czuciowo-nerwowy, niedosłuch odbiorczy) jest schorzeniem będącym zespołem objawów wywołujących ogromną frustrację u chorego, jak również u jego lekarza. Dokładna definicja mówi, iż ta jednostka chorobowa to niedosłuch odbiorczy, większy niż 30dB, dotyczący trzech sąsiadujących ze sobą częstotliwości na krzywej audiogramu oraz do którego dochodzi w ciągu 3 dni [19]. Nagła głuchota wiąże się z natychmiastową utratą sprawności słyszenia, mówienia i komunikowania się. Przyczyny tej choroby mogą być różne. Najbardziej oczywiste to: ostre zakażenia, np. bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (najczęściej), borelioza, inne to: poważny uraz głowy, uraz ciśnieniowy ucha (w wyniku nurkowania na dużych głębokościach), silne leki ototoksyczne, nowotwory (np. nerwiak nerwu słuchowego), udar mózdzkowy, choroba Meniere'a, stwardnienie rozsiane, jak również głuchota w przebiegu reaktywacyjnego zakażenia kiłowego u chorych z wirusem HIV. Często zdarza się jednak, że nagła głuchota ma tło idiopatyczne co oznacza, że jej etiologia nie jest do końca znana.

Jak podają źródła, częstość występowania nagłej głuchoty to około 5-20 przypadków na 100 tys. ludzi w ciągu jednego roku. Większość autorów przypuszcza jednak, że rzeczywista liczba zachorowań jest wyższa, a fakt, iż odsetek samoistnych powrotów słuchu do normy, bez interwencji lekarza, ocenia się na 32-65% przypadków, skutkuje niezgłaszaniem się do lekarzy [19-26]. Ryzyko zachorowania na nagłą głuchotę wzrasta wraz z wiekiem i osiąga swój szczyt między 50. a 60. rokiem życia [27].

Trudno sobie wyobrazić sytuację, kiedy człowiek budzi się rano i nic nie słyszy. Nie jest w stanie się komunikować. Nagle jest odgradzony od świata, który znał i w którym czuł się dobrze, a na dodatek wie, że taki stan może towarzyszyć mu już do końca życia. Nie jest w stanie skoncentrować się na niczym. Prawdopodobnie nie jest także zdolny do pracy, którą dotychczas wykonywał. Nie może także nic powiedzieć, ponieważ mowa jest bezpośrednio związana ze słuchem. Jeśli podejmuje jakiekolwiek próby mówienia, jego wypowiedzi są nieskładne, mało zrozumiałe, co jest spowodowane brakiem kontroli odsłuchowej własnej

mowy. Jest przepełniony ciągłym strachem i niepewnością. W końcu zamyka się w sobie, odgradza od społeczeństwa i popada w depresję, co w konsekwencji prowadzi do jego śmierci społecznej [8].

W przypadku pacjenta z nagłą utratą słuchu ważny aspekt w jego przyszłym funkcjonowaniu odgrywa społeczeństwo. Zazwyczaj jest ono bardzo brutalne. Można nawet rzec, że panuje w nim prawo dżungli – silniejsze jednostki mają większe szanse na przeżycie, słabsze natomiast muszą radzić sobie same. Powszechna akceptacja osoby, która nagle ogłuchła zależy w dużej mierze od dobrej woli społeczeństwa, w którym pacjent się obraca, a które w dużym stopniu może niwelować ich codzienne trudności [28]. Jeżeli jednak społeczeństwo odwróci się od chorego, osoba ta znajduje się w gorszej sytuacji aniżeli Głusi pozostający w „świecie ciszy” od urodzenia, którzy wypracowali sobie pozawerbalne metody komunikacji m.in. język migowy, czy system językowo-migowy. Niepełnosprawność związana z utratą słuchu sprawia, że taki pacjent zostaje całkowicie wyizolowany społecznie. Nie znajduje wsparcia w grupie słyszących, ponieważ nie potrafi się z nimi porozumiewać lub jest to bardzo uciążliwe. Z czasem czuje, że staje się ciężarem dla swojej rodziny, przyjaciół. Nie odnajduje się także w społeczności Głuchych od urodzenia, ze względu na różnice kulturowe i fakt, iż kiedyś pochodził ze świata „słyszących i mówiących”, co wśród tej grupy społecznej budzi brak zaufania. Chorzy z nagłą utratą słuchu pozostają więc zawieszeni pomiędzy dwoma światami, nie rozumiejąc żadnego z nich, ani do żadnego nie zależąc w pełni [25]. Problemy pojawiają się także w kwestii funkcjonowania w środowisku pracy chorego. Osoby nagle ogłuchłe z dnia na dzień tracą zdolności, które często są im niezbędne do wykonywania różnego rodzaju zawodów, a do których nigdy nie przywiązywali uwagi ze względu na ich powszechność i normalność. Taki stan rzeczy sprawia, iż osoby z uszkodzonym narządem słuchu stanowią dużą grupę dotkniętą bezrobociem. Z badań przeprowadzonych w ramach europejskiego projektu Socrates Gruntvig w latach 2003-2005 wynika, że stopień bezrobocia wśród głuchych i niesłyszących w większości krajów europejskich wynosi od 44% do 87% [29]. W niektórych krajach do problemów ludzi z uszkodzonym narządem słuchu przywiązuje się tak nieznaczną wagę, że nie prowadzi się nawet badań dotyczących ich sytuacji na rynku pracy. W Polsce bez pracy pozostaje około 12,7 tysięcy osób głuchoniemych (dane dotyczące Polski odnoszą się do 2006 roku i zostały opublikowane przez „Gazetę Prawną”). Zdaniem niektórych autorów, pracodawcy coraz częściej rezygnują z zatrudniania osób z uszkodzonym słuchem, podając jako przyczynę swoich decyzji kłopoty w porozumiewaniu się z niepełnosprawnymi pracownikami [30].

Podsumowanie

Jednostki, które doświadczyły tragedii, jaką jest nagła głuchota napotykają liczne problemy we wszystkich sferach życiowych. W głównej mierze jest to spowodowane wyizolowaniem społecznym, co z kolei ma swoje źródła w procesie powszechnej stygmatyzacji osób niepełnosprawnych. W dalszym ciągu ludzie nie zdają sobie sprawy z cierpienia, jakiego przysparzają osobom innym, chorym poprzez nadmierne stereotypy i brak wiary w drugiego człowieka. Zapominają oni, że inny – nie znaczy gorszy. Osoby z uszkodzonym słuchem często słyszą ironiczne opinie „normalnych” ludzi na swój temat: *„silne obawy przed tym, by nas ktoś nie zranił swym zachowaniem, nasz brak koncentracji uwagi wzrokowej, nasz napięty wyraz twarzy, gdy jedynie szczęki się poruszają, nasze twarze bez wyrazu, które swą obojętnością zaprzeczają wszystkiemu, co deklarujemy słownie”* [31]. Głusi często nie pozostają dłużni w swych opiniach na temat słyszących i wypowiadają się o nich, jak o kimś *„kto wszystko wie najlepiej, uważa głuchego za kogoś gorszego, chce mu wszystko narzucić, nie próbuje go zrozumieć”* [32]. Zarówno więc osoby niedosłyszące, jak i słyszące atakują się nawzajem w oparciu o uproszczenia, stereotypy wynikające z lepszego zapamiętywania przez człowieka zdarzeń przykrych. To z kolei często prowadzi do śmierci społecznej osób, które doświadczyły nagłej utraty słuchu i które są niezdolne do funkcjonowania w żadnej z tych grup społecznych.

Piśmiennictwo

1. Leśniewski K.: Misterium śmierci w antropologii chrześcijaństwa wschodniego [w:] Drodze do brzegu życia Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red). Białystok, 2014, tom XII, 11-28.
2. Kolek B.: Sens życia i umierania. Wyd. Impuls, Kraków, 2009.
3. Ogryzko-Wiewiórkowska M.: Postawy wobec śmierci. Pielęgniarstwo 2000, 1999, 1, 42, 1999.
4. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Instytut Filologii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa, 2005.
5. Tarnowicz I., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wyd. Czelej, Lublin, 2000.
6. Goffman E.: Stygma: Notes on the management of Spoiled Identity. Simon & Schuster, New York, 1986.

7. Wiliński M.: Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny [w:] Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczonymi sprawnościami, Brzezińska A., Kaczan R., Smoczyńska K. (red.). Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2010, 60-95.
8. Kobosko J.: Poczucie niepełnosprawności a percepcja siebie i objawy depresji u osób dorosłych z głuchotą postlingwalną korzystających z implantu ślimakowego. *Nowa Audiofonologia*, 2015, 4, 1, 41-54.
9. Janczewski G.: Otorynolaryngologia praktyczna. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Tom I. Via Medica, Gdańsk, 2005.
10. WHO, Fact sheets: Deafness and hearing loss, 2015 (online). Dostępne: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en>, data pobrania 09.03.2016.
11. Skarżyński H., Mueller-Malesińska M., Wojnarowska W.: Klasyfikacje zaburzeń słuchu [w:] *Audiofonologia Tom X*. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa, 1997, 49- 60.
12. Szuchnik J.: Program rehabilitacji słuchu osób z implantem ślimakowym. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa 2002.
13. Szczepankowski B.: Specyficzne potrzeby osób niesłyszących, w dostępie do informacji. www.mps.gov.pl/infodni/konferencja.html, data pobrania 09.03.2016.
14. Szczepankowski B.: Osoby z uszkodzonym słuchem [w:] Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym. Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego, Szczepankowski B., Ostrowska A. (red.). Warszawa, 1998, 10,
15. Florek-Moskal M.: Słuchawki głuchoty. *Wprost*, 2006, 16, 85.
16. Szymczak P.: Atakowani przez dźwięki. *FOCUS*, 2001, 6, 58–59.
17. Werszka K., Bieńkowska-Robak K.: Problemy ze słuchem. *Integracja*, 2002, 6, 79.
18. Sowa J.: Pedagogika specjalna w zarysie. Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów, 1997.
19. Wilson W.R., Gulya A.J.: Sudden sensorineural hearing loss [in:] *Otolaryngology — Head and Neck Surgery*. Cummings C.W. (ed.). Mosby. St. Louis, Baltimore, 1993, 3103–3112.
20. Byl F.M.: Sudden hearing loss: eight years' experience and suggested prognostic table. *Laryngoscope*, 1984, 94, 647–661.
21. Mattox D.E., Simmons F.B.: Natural history of sudden sensorineural hearing loss. *Ann. Otol.*, 1977, 86, 463–480.

22. Pajor A., Durko T., Gryczyński M.: Czynniki prognostyczne w nagłej głuchocie. *Otolaryngol. Pol.*, 2003, 57, 271–275.
23. Cummings C.W.: *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. Mosby Year Book, St. Louis, 1993.
24. Narożny W., Sicko Z., Przewoźny T., Stankiewicz C., Kot J., Kuczkowski J.: Usefulness of high doses of glucocorticoids and hyperbaric oxygen therapy in sudden sensorineural hearing loss treatment. *Otol. Neurotol.*, 2004, 25, 6, 916–923.
25. Rogowski M.: Nagła głuchota [w:] *Audiologia kliniczna*, Śliwińska-Kowalska M. (red.). Mediton, Łódź, 2005, 263–269.
26. Stokroos R.J., Albers F.W.J.: The etiology of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. A review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol. Belg.*, 1996, 50, 69–76.
27. Śliwińska-Kowalska M., Rządzińska A.: Choroby ucha wewnętrznego o podłożu immunologicznym [w:] *Immunologia kliniczna*, Kowalski M.L. (red.). Mediton, Łódź, 2000, 541–556.
28. Szczepankowski B.: Znaczenie języka migowego w rozwoju niesłyszącego dziecka [w:] *Trudności w komunikowaniu się osób z uszkodzonym słuchem: socjalizacja i rehabilitacja. Materiały z II Ogólnopolskiej Konferencji lekarzy, psychologów, pedagogów i logopedów*, red. R. Ossowski, Bydgoszcz, 1996, 67.
29. Czop-Śliwińska G.: Osoby niepełnosprawne a rynek pracy. http://www.ck.agh.edu.pl/rynek/wg/rynek_pracy.htm, data pobrania 08.03.2016.
30. Hurko-Romeyko A.: Studium sytuacji osób niepełnosprawnych na rynku pracy m. st. Warszawy. *Biuletyn Biura Informacji Rady Europy*, 2004, 4, 106-108.
31. Lane H.: *Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych*. WSiP, Warszawa, 1996.
32. Galewski G.: *Społeczność głuchych*. Świat Ciszy, 1998, 9.

Poruszanie się osób niewidomych i słabo widzących w przestrzeni publicznej

Kowalczyk Krystyna, Kondzior Dorota, Baranowska Anna, Rolka Hanna,
Krajewska – Kułak Elżbieta, Lewko Jolanta

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

Wprowadzenie

Wzrok umożliwia kontakt człowieka ze światem zewnętrznym. Dostarcza informacji o otaczającym świecie, odzwierciedla rzeczywistość, z którą człowiek się styka codziennie. Umożliwia nabywanie i rozwijanie koordynacji wzrokowo-słuchowej, niezbędnej w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Pozwala na szybką orientację w terenie w trakcie poruszania się i zapewnia samodzielność [1,2,3]. Utrata wzroku jest silnym stresorem, na który ludzie reagują bardzo indywidualnie i osobowościowo. Człowiek, który był sprawny fizycznie i psychicznie w chwili utraty wzroku staje się bezradny jak dziecko. Potrzebuje wsparcia i pomocy w czynnościach dnia codziennego [3,4].

Rozwinięcie

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) osoby niewidome oraz osoby słabo wzroczne określa jako grupę osób z upośledzeniem widzenia. Przy czym, ślepotą według WHO jest to "spadek ostrości wzroku poniżej 0,05 z najlepszą możliwą korekcją w lepszym oku i/lub zawężenie pola widzenia poniżej 10 stopni". W przypadku osób słabo wzrocznych WHO stwierdza, że ostrość wzroku w oku lepszym waha się między 0,05 a 0,3 i/lub zawężeniem pola widzenia poniżej 20 stopni [2]. W ujęciu medycznym ślepotą jest określana jako tzw. "ślepotą czarną" co oznacza, że człowiek nie posiada światłopoczucia. A co za tym idzie, nie rozróżnia dnia od nocy, nie postrzega silnego światła i cieni. Z danych statystycznych wynika, że ok. 30-40% można uznać za ludzi całkowicie niewidomych. Pozostały odsetek 60%-70% to ludzie społecznie lub praktycznie niewidomi [3,4,5].

Z licznych badań epidemiologicznych wynika, że może być wiele przyczyn utraty wzroku lub znacznego niedowidzenia [4-10]:

- czynniki genetyczne mogą być przekazywane dziedzicznie, np. w przypadku różnego typu wad krótkowzroczności,
- wady wrodzone występują w przypadku działania na płód wielu szkodliwych czynników, np. pochodzenia wirusowego, bakteryjnego, pasożytniczego, oddziaływanie promieniowania X. W przypadku zaćmy wrodzonej występuje duże prawdopodobieństwo, że matki w czasie ciąży chorowały na różyczkę lub doszło do zakażenia pierwotniakiem toksoplazmozy, co z kolei może prowadzić do wystąpienia zmian w naczyniówce i siatkówce płodu. Anomalie anatomiczne, które mogą wystąpić w układzie nerwowym u płodu to, np. zanik nerwu wzrokowego, zanik gałek ocznych, zmiany zwyrodnieniowe siatkówki, choroby okulistyczne
- choroby zakaźne, np. jaglica, zakażenie dwoinką rzeżączki, kiła, gruźlica, dur brzuszny
- zatrucia i guzy mózgu,
- urazy mechaniczne termiczne i chemiczne
- nieleczone choroby współistniejące ogólnoustrojowe, np. retinopatia cukrzycowa, nadciśnienie tętnicze
- nieleczone choroby okulistyczne np. zaćma, jaskra, zanik nerwu wzrokowego, bielactwo

Ze względów praktycznych Polski Związek Niewidomych opracował i zaproponował następujący podział ślepoty [3,11]:

- niewidomi- do tej grupy zalicza się dzieci i dorosłych, którzy nie widzą od urodzenia lub od bardzo wczesnego dzieciństwa i nie pamiętają, że kiedykolwiek odbierali wrażenia wzrokowe. W czynnościach dnia codziennego posługują się bezwzrokowo, w dużej przestrzeni poruszają się z pomocą przewodnika lub białej laski
- ociemniaли - do tej grupy należą ludzie bez względu na wiek, którzy widzieli i utracili wzrok w różnym czasie. Funkcjonowanie tych osób zależy od wieku w którym stracili wzrok i od zdobytych doświadczeń życiowych. W czynnościach dnia codziennego pomaga zapamiętana mapa terenu
- szcążtkowo widzący- są to ludzie, którzy mają dużą lecz nie całkowitą utratę wzroku co oznacza, że nie odróżniają dnia od nocy. Poczucie światła bardzo pomaga w samodzielnym poruszaniu się .

Czynnikami, które wpływają dodatkowo na reakcje ludzi po uracie wzroku są [4, 11,12]:

- sposób utraty wzroku, może być nagły z zaskoczenia lub też rozciągnięty w czasie. W przypadku nagłej utraty wzroku, np. w przebiegu wypadku lub schorzenia oczu (zator tętnicy siatkówki). Ludzie tracą poczucie bezpieczeństwa i znajdują się w nieprzeniknionej ciemności, i nie wyobrażają codziennego funkcjonowania. Poszukują niewidzącymi oczami odrobinki światła. Oczy natomiast wypełnia gęsta mgła. Dotychczasowe życie człowieka aktywnego zmienia się w życie pełne bezradności.
- w przypadku, kiedy proces utraty wzroku rozciągnięty jest w czasie. Ludzie żyją w niepewności i ciągłym strachu przed utratą wzroku. Prawie wszyscy ludzie, u których pogarsza się wzrok opóźniają fakt uznania siebie za niewidomych. Momentem zasadniczym jest rezygnacja z pracy zawodowej na skutek pogarszającego się wzroku
- wiek człowieka tracącego wzrok ma duży wpływ na późniejszą rehabilitację, np. człowiek młody lub w wieku dojrzałym, który posiada własne plany, realizuje marzenia odbiera jako tragedię osobistą, troszeczkę inaczej urata wzroku jest przyjmowana przez człowieka starego. W przypadku małych dzieci cyt. za [3], „dzieci małe często nie zdają sprawy z faktu utraty wzroku”
- płeć, zdaniem Sękowskiej [3] wpływa na postrzeganie różnic w utracie wzroku przez mężczyzn i kobiety. W powyższej sytuacji trudniej przystosowują się do nowej rzeczywistości mężczyźni, natomiast ociemniała kobieta może mieć mniejsze aspiracje i angażuje całe swoje uczucia
- choroby współistniejące - mogą potęgować poczucie doznanej straty
- subiektywna ocena sytuacji przez człowieka ociemniałego, w jakiej aktualnie się znalazł może być odbierane jako zysk lub strata.

Rozpoczynając edukację człowieka niewidomego w terenie należy uwzględnić miejsce zamieszkania i najpotrzebniejsze punkty, np. szkoła, sklep, przystanek autobusowy. Na początku nauki poznawania terenu należy wybierać ulice o małym natężeniu ruchu, aby człowiek niewidomy mógł wyczuwać krawężniki, a także unikać bezpośredniego wchodzenia na ulicę, także omijana słupów samochodów [9,10,11].

Niewidomi w zależności od stopnia upośledzenia funkcji wzroku mogą poruszać się z przewodnikiem widzącym, białą laską, psem asystującym [11,12,13].

Przewodnik widzący człowieka niewidomego, powinna to być osoba przeszkolona w zakresie technik poruszania się. Aby rozpocząć naukę poruszania się w terenie z przewodnikiem widzącym należy nauczyć człowieka niewidomego prawidłowej techniki

trzymywania przewodnika. Wskazane jest, aby człowiek niewidomy trzymał swego przewodnika ponad łokciem, przy czym kciuk powinien być ustawiony na zewnątrz, a pozostałe palce do wewnątrz w stosunku do ramienia przewodnika. Powyższe ustawienie nie krępuje ruchów przewodnika, jak i osoby ociemniałej. Wskazane też, jest aby przewodnik poruszał się ok. pół kroku przed osobą ociemniałą. Przy takim ustawieniu rzadko kiedy są potrzebne dodatkowe informacje, ponieważ niewidomy odczuwa ruchy przewodnika podczas schodzenia z krawężnika, czy innych nierówności terenu.

Biała laska pozwala zidentyfikować człowieka z dysfunkcją wzroku i informuje otoczenie o jej problemach z widzeniem. Zadaniem białej laski jest także ochrona człowieka niewidomego przed przeszkodami, wypadkami. Pozwala także na sprawdzenie otoczenia, tekstury nawierzchni, krawężnika, wysokości, szerokości schodów. Zgodnie z zapisem w kodeksie drogowym każdy człowiek niewidomy podczas samodzielnego poruszania się po drodze powinien trzymać w ręku białą laskę, widoczną dla innych uczestników ruchu. Ludzie niewidomi, którzy nie przestrzegają powyższego zalecenia odpowiadają za wszystkie zaistniałe wypadki ze swoim udziałem, bez względu na to, kto zawinił [17]. Istotną sprawą jest budowa laski ponieważ, nie jest to zwykła laska, której używają ludzie starsi lub ludzie z innymi dysfunkcjami. Biała laska ma trzy podstawowe części: uchwyt, trzon i końcówkę, które stanowią całość i pozwalają na orientację przestrzenną. Pierwsza część laski, czyli uchwyt powinien być wykonany z materiału nie przewodzącego prądu i temperatury np. aby w czasie zimy nie została odmrożona dłoń, a latem żeby nie była nadmiernie spocona. Uchwyt zazwyczaj jest wykonany z gumy lub drewna, przy czym jedna strona jest bardziej ścięta, aby niewidomy mógł wygodnie ułożyć rękę. Kolejnym elementem jest trzon laski, który powinien być biały i wykonany z materiałów wytrzymałych, np. aluminium, włókna szklanego lub węglowego, grafitu. Ta część laski powinna być odporna na wygięcia, złamania. Ostatnią częścią białej laski jest zakończenie, najczęściej w formie walca lub kulki i nie powinna zaczepiać o podłoże [17].

Przed podjęciem decyzji przez niewidomego, jaka laska jest mu najbardziej potrzebna należy wziąć pod uwagę umiejętności, doświadczenie człowieka niewidomego oraz aktualne potrzeby [17,18]. Przy doborze indywidualnej laski należy wziąć pod uwagę wzrost osoby niewidomej. Zalecane jest, aby laska sięgała powyżej 5 cm od podstawy mostka lub mieściła się pod pachą. Wybór laski powinien zapewniać komfort i funkcjonalność. Na podstawie literatury można stwierdzić, że istnieją trzy podstawowe typy lasek [17,18]:

- pierwszy typ to laska sztywna nie składana, wskazana jest w początkowym etapie poznawania technik poruszania w terenie. Z tego typu laski najczęściej korzystają ludzie szybko poruszający. Długa biała laska lepiej przewodzi drgania i wydaje wyraźniejszy dźwięk po zetknięciu się z przeszkodą oraz pozwala na szybki odbiór informacji, i podjęcie właściwych działań.
- drugi typ to laska składana, pozwala na złożenie laski w sytuacji, kiedy nie ma miejsca na jej ustawienie, a możliwe jest schowanie do torebki. Dość dobrze sprawdza się w pomieszczeniach zamkniętych, gdzie jest mało miejsca, np. w środkach komunikacji miejskiej, czy taksówce. Zdania autorów na temat tego typu laski nieco się różnią. Z jednej perspektywy możliwość złożenia laski jest zaletą, natomiast poszukiwanie w torebce może być wadą. Powyższy typ laski wybierają osoby słabowidzące, ponieważ umożliwia poruszanie się tylko w określonych sytuacjach, np. zmierzch, silne światło. Pokonywanie drogi z białą laską daje sygnał innym użytkownikom, że mają przed sobą osobę z dysfunkcją wzroku, którą należy ominąć.
- trzeci typ to laska składna, sygnalizacyjna, bardzo małych rozmiarów, lekka, spełnia swoją rolę w teatrze, restauracji, w sytuacji, kiedy dodatkowo człowiekowi niewidomemu towarzyszy przewodnik. Powyższy typ płaski nie spełnia funkcji ochronnej i informacyjnej.

Psa przewodnika może otrzymać osoba całkowicie niewidoma lub osoba posiadająca tylko światłopoczucie, która ukończyła 16. rok życia, posiada dobrą orientację w terenie i potrafi samodzielnie poruszać się z pomocą białej laski, jest zrównoważona emocjonalnie, nie nadużywa alkoholu i nie jest uzależniona od narkotyków. A także kocha zwierzęta. Warunki socjalno-bytowe i finansowe są zadawalające, by zapewnić psu opiekę [19].

Psy dobrze sprawdzają się w roli przewodnika, osoby niewidomej lub niedowidzącej, ponieważ posiadają wypracowaną sztukę wykonywania perfekcyjnie poleceń wydawanych przez właściciela. Zwierzęta te posiadają umiejętność zastosowania właściwego schematu postępowania w sytuacji zagrożenia [cyt. za 21]. „Gotowość do zachowania się w sposób świadomie nieposłuszny jest najbardziej widoczna u psów doświadczonych i o mocnej psychice. Świadome nieposłuszeństwo dotyczy sfery pracy w szorkach” [20]. Pies przewodnik powinien być oczami dla człowieka niewidomego, dlatego też powinien być dokonany dobór osoby niewidomej do psiego przewodnika (pies przewodnik nie może pracować, jeżeli nie został odpowiednio dobrany). Zazwyczaj psami przewodnikami zostają suczki, ponieważ są łatwiejsze w szkoleniu. W roli przewodnika odnajdują się te psy, które są

zrównoważone psychicznie, umiarkowanie ruchliwe, odważne, ale niezbyt dominujące, które potrafią przystosować się do nowej sytuacji i nie reagują agresją i strachem. Rasy najbardziej wskazane do powyższej roli to: labrador, retrievier, golden retrievier, owczarek niemiecki. Wskazanymi cechami zewnętrznymi psa przewodnika jest: wzrost ok. 55-60 cm, czyli dość wysokie, aby prowadzenie pasa w szorkach było wygodne dla człowieka niewidomego. Masa ciała psa powinna zawierać się w przedziale od ok. 25 do 40 kg ze względu na proces starzenia i wchodzenia w wiek emerytalny [21].

Szkolenie psa przewodnika odbywa się już do wieku szczenięcego i przebiega w kilku etapach. W pierwszym etapie szczenię zostaje odstawione od matki i w wieku ok. 2 miesięcy umieszczone zostaje w rodzinie zastępczej, w której jest wychowywane i socjalizowane. Zadaniem socjalizacji jest zapoznanie psa ze wszystkimi zjawiskami, z którymi może spotkać się w ciągu życia oraz nauka zachowania z konkretnymi bodźcami, np. przejeżdżające pojazdy, głośno działająca sygnalizacja uliczna inaczej zachowujący się ludzie np. pod wpływem alkoholu. Zazwyczaj w takiej rodzinie pies pozostaje od 12-24 miesięcy. W drugim etapie odbywa się szkolenie z zakresu posłuszeństwa. Trzeci etap jest przygotowanie do pełnienia roli przewodnika, trwa ok. 6 miesięcy. Na tym etapie pies uczy się prowadzić niewidomego, omijać przeszkody np. doły w chodnikach, kałuże, ludzi, samochody, rowery itp. Jest to zaprzyjaźnianie się przewodnika z człowiekiem niewidomym, z którym będzie współpracował. Ostatni etap polega na nauce wydawania komend przez właściciela psu, a także rozumienia terenu przez człowieka niewidomego, po którym porusza się za pomocą laski. Osoba niewidoma uczy się także dbać o potrzeby swego psiego przewodnika. Należy wziąć pod uwagę fakt, że nie każdy niewidomy może korzystać z pomocy psa. Zasadą jest to, że ludzie ociemniałi decydujący się na towarzystwo psa powinni lubić zwierzęta i traktować jako oddanego przyjaciela. Jeżeli natomiast człowiek ociemniały jest nerwowy, nie posiada serca do zwierząt, czy też cierpiący na dodatkowe ułomności powinien rozważyć inną opcję nauki poruszania się w terenie [18-21].

Nowelizacja ustawy z 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zagwarantowała osobom niepełnosprawnym możliwość wstępu do obiektów publicznych i przejazd środkami transportu publicznego z psem asystującym. W powyższej ustawie określono psa asystującego, jako *„odpowiednio wyszkolonego i specjalnie oznaczonego psa, w szczególności psa przewodnika osoby niewidomej lub słabo widzącej oraz psa asystenta osoby niepełnosprawnej ruchowo, który ułatwia osobie niepełnosprawnej aktywne uczestnictwo w życiu społecznym”* [20,21]. *„Człowiek niewidomy lub słabowidzący,*

który chce korzystać z wyżej wymienionych uprawnień powinien wyposażyć psa w uprzęż. Wskazane jest posiadanie dokumentów potwierdzające uprawnienia psa asystującego i zaświadczenie o aktualnych szczepieniach weterynaryjnych. Ubranie psa przewodnika powinno składać się z szorek (szelek) i połączonego sztywnego uchwytu pałaka, za który trzyma osoba prowadzona. Długość pałaka będzie uzależniona od wzrostu właściciela: im niższy właściciel tym krótszy pałak i analogicznie im wyższy człowiek tym dłuższy pałak. Dodatkowo na szorkach powinien być napis: Pies asystujący”. Zwierzę powinno mieć założoną obrozę i smycz. Elementy uprząży stanowią elementy komunikacji z psem, pozwalają wyczuć ruchy psa i ustawienie jego ciała, przy czym smycz pełni rolę pomocniczą służącą do korekty psa, np. wysiadanie lub wsiadanie do autobusu. Przy poruszaniu się z psem należy zachować określone zasady, czyli pies przewodnik powinien znajdować się przy lewej nodze, ok. pół kroku przed osobą niewidzącą. Smycz może być trzymana w lewej lub prawej ręce w zależności od upodobań. Dopełnieniem wyposażenia poruszania się z psem przewodnikiem powinna być laska w prawej ręce. W Polsce wymagane jest, by człowiek niewidomy w poruszaniu się na ulicy posiadał widoczną białą laskę. Część ludzi ignoruje tę zasadę lub porusza się z małymi laskami teleskopowymi, które chowa po przejściu przez ulicę [21,22].

Praca psa przewodnika jest wyjątkowa, ponieważ z jednej strony reaguje na komendy swego właściciela i jednocześnie podejmuje samodzielne decyzje, jak wykonać polecenie w bezpieczny sposób w zmieniającym się środowisku, np. na codziennej trasie może pojawić się wykop i doświadczony pies potrafi bezpiecznie ominąć i poprowadzić inną bezpieczną drogą do celu [21,22].

Wzajemne zaufanie, które powstaje między psem przewodnikiem a człowiekiem niewidomym pozwala poruszać się w trudnych warunkach. Odpowiedzialność, jaka spoczywa na psie przewodniku jest duża, ale przez to zapewnia bezpieczeństwo i komfort osobie niewidomej. Poruszanie się z psem przewodnikiem po terenie jest nieporównywalne do chodzenia z człowiekiem przewodnikiem, czy też z białą laską. Komfort poruszania się z psem polega na tym, że pies omija przeszkody naziemne typu dziura, kałuża, blokujący samochód, ale także przeszkody znajdujące się na pewnej wysokości, np. zwisające gałęzie. Człowiek niewidomy od chwili zostania właścicielem czworonoga odpowiada nie tylko za jego pracę, ale także zapewnia zaspokojenie wszystkich potrzeb psa asystenta. Wskazane jest, aby w każdej sytuacji pies przewodnik przebywał tam, gdzie przebywa właściciel [21,22].

Podsumowanie

Każdy człowiek z dysfunkcją wzroku pragnie być w największym stopniu samodzielny. Poruszanie się nawet po znanym terenie sprawia dużo trudności, ponieważ całą swoją uwagę człowiek niewidomy musi skupić na tym, by nie wejść na przeszkodę i nie przewrócić się. Dlatego też należy powyższą grupę ludzi wspierać we wszystkich działaniach. Wybór sposobu poruszania się należy pozostawić człowiekowi niewidomemu [4,5,6,8,9].

W każdym środowisku można spotkać człowieka z dysfunkcją wzroku, dlatego też należy zachowywać się tak, jak w stosunku do osób widzących. Ślepotą nie dyskryminuje człowieka z życia społecznego. Najgorsze, co może spotkać człowieka niewidomego to cisza, pomimo obecności wielu ludzi i ignorowanie. W przypadku spotkania osoby niewidomej należy podejść i zapytać, w jaki sposób można pomóc. Po usłyszeniu głosu osoba niewidoma zlokalizuje człowieka chętnego do pomocy. Przy prowadzeniu rozmowy nie należy przesadnie unikać tematu dotyczącego wzroku, ale też nie należy zadawać pytań bardzo osobistych dotyczących niepełnosprawności wzroku. Po zakończeniu nawet najkrótszej rozmowy należy pożegnać się, aby osoba niewidoma nie mówiła do pustej przestrzeni [23,24,25].

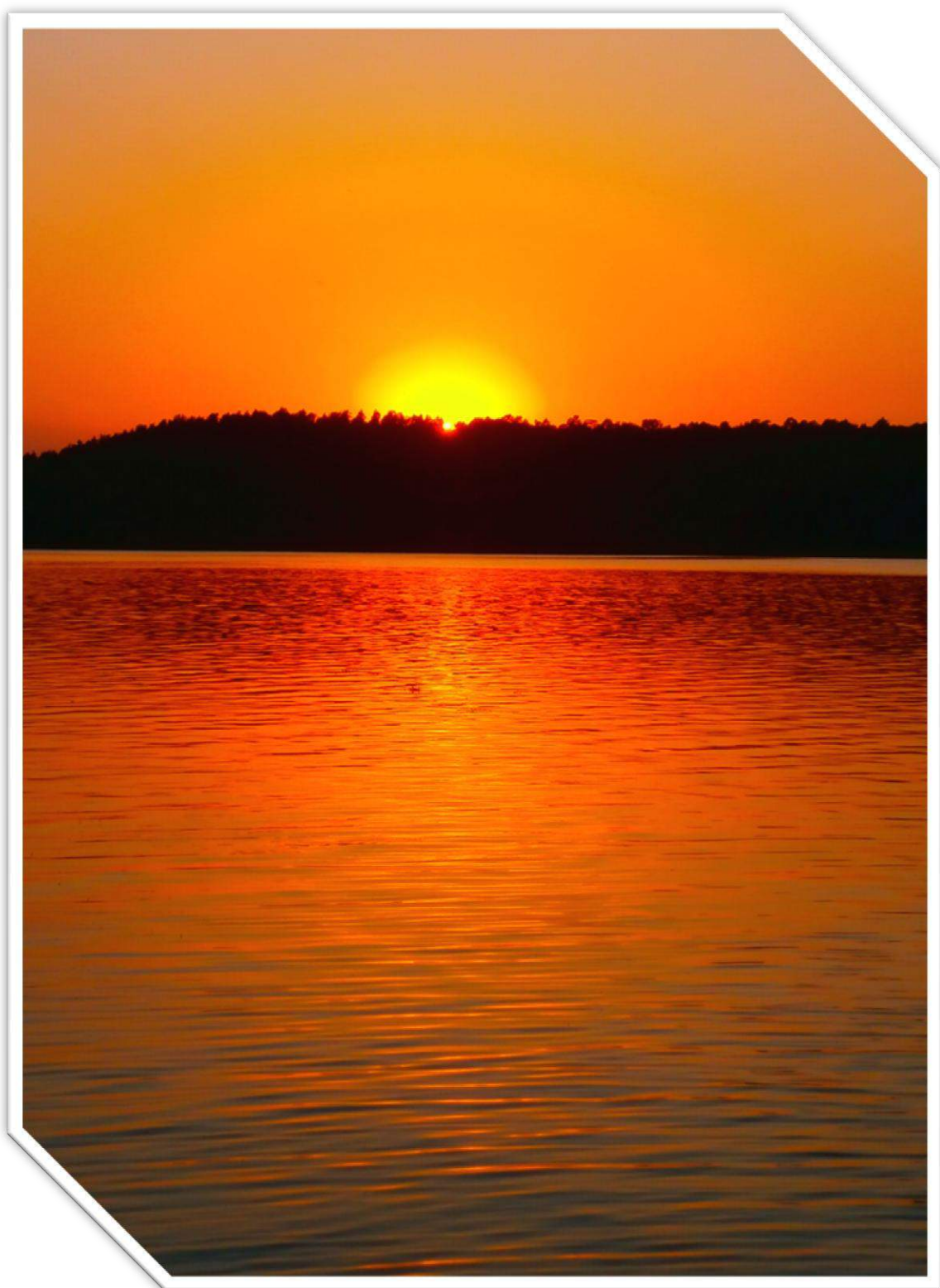
Piśmiennictwo

1. Lewko J., Jankowiak B., Bartoszewicz A.: Komunikowanie się z pacjentem niewidzącym i niewidomym [w:] Komunikowanie się w pielęgniarstwie, Kwiatkowska A., Krajewska –Kułak E., Panek W. (red.). Wyd. Czelej Lublin, 2003, 166-171.
2. Płonecka A., Kęcik D.: Najczęstsze przyczyny utraty widzenia u mieszkańców Europy. Okulistyka, 2009, 12, 3, 2, 63-67.
3. Sękowska Z.: Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej. Wyd. WSPS, Warszawa, 1998.
4. Litwin M.B.: Zarys okulistyki podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. PZWL, Warszawa, 2007.
5. Bradford A.C., Izdebska J. (red. wyd. pol.): Okulistyka podręcznik dla studentów. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2006.

6. Więckowska E.: Historia niewidomych [w:] Biuletynie Centrum Promocji i Kariery zawodowej osób z dysfunkcją wzroku. O” sprawie niewidomych” Cwalina T. (red.). Wyd. Impuls , Lublin, 2007, 4, 8, 10-12.
7. Szwarocka I.: Na tym, jakie znaczenie niesie za sobą określenie „bycie niewidomym” [w:] Biuletynie Centrum Promocji i Kariery zawodowej osób z dysfunkcją wzroku. sprawie niewidomych” Cwalina T.(red). Wyd. Impuls, Lublin, 2007, 4 8, 13-14.
8. Cwalina T.: Biuletyn Centrum Promocji i Kariery zawodowej osób z dysfunkcją wzroku. O możliwościach edukacyjnych. Wyd. Impuls, Lublin, 2007, 2, 6, 1-17.
9. Majewski T.: Rehabilitacja psychiczna ociemniałych. Wyd. PZWL, Warszawa, 1971, 3-29.
10. Walthers R.: Tyflopedagogika, przekł. Milik J. GWP, Gdańsk, 2007, 9-54.
11. Pracharczuk H.: Specyficzne problemy osób niewidomych [w:] Poradnik usługodawcy osób niepełnosprawnych. Projekt „Dobry Start”- szkolenia dla usługodawców osób niepełnosprawnych, finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu Pefron, Dykik W. (red.). Wyd. Miejskie, Poznań, 2006.
12. Belzyt J.: Niepełnosprawność, edukacja, dorosłość. Studium przypadku osoby ociemniałej. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2012, 5-25.
13. Kozestańska M.: Rola pielęgniarki w opiece nad chorym okulistycznie na przykładzie problemów pacjenta z jaskrą przed i po zabiegu trabekulotomii. Med. Ogól. i Nauk o Zdr., 2012, 18, 4, 393-397.
14. Borysewicz–Lewicka M., Hędzerek D., Gerreth D.: Czynności ułatwiające porozumiewanie się lekarza z osobami niepełnosprawnymi. Czas. Stom., 2010, 63, 8, 478-483.
15. Galbarczyk K., Jędrzycki B., Galbarczyk A.: Pielęgnacja chorych po zabiegu enukleacji gałki ocznej. Prob. Pielęg., 2009, 17, 4, 335–338.
16. Mazurkiewicz B.: Gdy rodząca nie widzi. Pacjentka niepełnosprawna. Mag. Pielęg. i Położ., 2011, 12, 30-31.
17. Kowalska A.: Spójrzeć w stronę możliwości. Pochodnia Mag. Społ.. 2010, 877, 5-10.
18. Papiernik A.: Rehabilitacja, Biała lasko, sto lat. Pochodnia Mag. Społ. Wyd. Polski Związek Niewidomych, 2015, 5, 908.
19. <http://stara.pzn.org.pl/pl/dzialania-projekty/68-zielone-swiatlo-dla-bialej-laski-/313-wlasciwosci-bialej-laski.html>, data pobrania 29.03.2016.

20. Łukasik E., Oleksiak E.: Procedura ubiegania się o psa przewodnika w Polskim Związku Niewidomych [w:] Wszystko o psie przewodniku, Baranowska A. (red.). Wyd. Fundacja Vis Maior, Warszawa, 2014, 92-99.
21. Łukaszewska P.: Metody szkolenia psów przewodników [w:] Wszystko o psie przewodniku, Baranowska A. (red.). Wyd. Fundacja Vis Maior, Warszawa, 2014, 25-34.
22. Pawlik J.: Sposób pozyskiwania psów przeznaczonych do tresury i metody ich selekcji [w:] Wszystko o psie przewodniku, Baranowska A. (red.). Wyd. Fundacja Vis Maior, Warszawa, 2014, 18-24.
23. Charałampowicz R.: Poruszanie się z psem przewodnikiem [w:] Wszystko o psie przewodniku, Baranowska A. (red.). Wyd. Fundacja Vis Maior, Warszawa, 2014, 35-41.
24. Czerwińska K.: Niepełnosprawność wzrokowa a samowychowanie – wybrane aspekty psychospołeczne. Ann. UMCS, 2014, 27, 71-86.
25. Krzywicka-Blum E., Kuchmister J.: Rola sekwencji sygnałów sonorycznych w tworzeniu wyobrażeń przestrzennych osób niewidomych. Fizjoter., 2005, 13, 33-38.

ZADANIA PRACOWNIKÓW OCHRONY
ZDROWIA W ZWALCZANIU
DYSKRYMINACJI, STYGMATYZACJI,
AGRESJI I UZALEŻNIEŃ



Postrzeganie osób chorych psychicznie przez osoby dorosłe

Jankowiak Barbara¹, Żabiuk Monika², Rolka Hanna¹, Kowalewska Beata¹, Baranowska Anna¹, Krajewska – Kułak Elżbieta¹

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Absolwentka Studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Zaburzenie psychiczne wskazuje na istnienie klinicznie stwierdzonych objawów i zachowań, które w większości powodują zaburzenie funkcjonowania człowieka w społeczeństwie, ale także wywołują cierpienie u chorego, u którego takie objawy wystąpiły. Choroba psychiczna jest to pojęcie bardzo szerokie, gdyż może oznaczać łagodne nieprawidłowości w zakresie nastroju, emocji, zachowań, ale też pod swoją nazwą może kryć poważne zaburzenie znacznego ograniczenia myślenia, komunikowania się, racjonalnego postrzegania otaczającego świata, które to sprawiają zagrożenie dla własnej osoby oraz otoczenia [1,2].

Do grupy psychoz zaliczane są między innymi schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, psychoza maniakalno - depresyjna, czy zaburzenia psychiczne wynikające z organicznego uszkodzenia mózgu. Są też takie zaburzenia psychiczne, które nie zmieniają normalnego funkcjonowania w dużym stopniu. Do takich chorób należą niektóre postacie depresji i nerwice. Jeszcze inną grupę zaburzeń psychicznych stanowią zaburzenia osobowości, które charakteryzują się niedostosowanymi do norm i oczekiwań społecznych zachowaniami i postawami. Pomimo różnorodności zaburzeń psychicznych możemy wyróżnić ich wspólne cechy, którymi są [1,2]:

- zmiany w sposobie przeżywania
- cierpienie
- zerwanie kontaktu z otoczeniem
- brak krytycyzmu.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi bardzo często może spotkać się i spotyka się z negatywnym odbiorem swojej choroby przez społeczeństwo. Takie podejście wiąże się z lękiem przed nieprzewidywalnością osoby chorej i obawą przed zachorowaniem na takie schorzenia. To wszystko powoduje, że osoby chore psychicznie są stygmatyzowane przez społeczeństwo. Stygmatyzacja osób psychicznie chorych wynika z:

- negatywnego wizerunku chorego psychicznie
- udokumentowanego historycznie uprzedzenia do chorych psychicznie w społeczeństwie
- postrzeganie choroby psychicznej, jako choroby mającej związek z większą odpowiedzialnością chorego za powstanie choroby.

Najbardziej powszechną formą stygmatyzacji człowieka z rozpoznaną chorobą psychiczną jest pozbawienie go podejmowania się ról rodzinnych, zawodowych i pozbawienie go kontaktów towarzyskich, co tak naprawdę wiąże się z całkowitą izolacją społeczną. Bardzo często o chorych psychicznie mówi się „wariat, agresywny, niepočitalny, lepiej się do niego nie zbliżyć”. Oczywiście wynikają one z niewiedzy dotyczącej zaburzeń psychicznych. Społeczeństwo odsuwa się od chorego, tym samym skazując go na śmierć społeczną, przyczyniają się do rezygnacji z leczenia. Przypisywanie mu roli osoby mało wartościowej, bezużytecznej, niepotrzebnej powoduje ograniczenie jego aktywności. Praktyki dyskryminacyjne, pozbawienie praw, wzbudzenie w nim lęku, napiętnowanie może przyczynić się do agresywnych reakcji ze strony chorego [3,4].

Ludzie bardzo często boją się „zarażenia” chorobą psychiczną przebywając razem z chorymi. Taka sytuacja dotyczy nawet rodzin osób chorych. Często najbliżsi chorego powodowani własnymi obawami są przeciwni ich hospitalizacji. Sądzą, iż pobyt w szpitalu jest dowodem upadku człowieka. Rodziny obwiniają się za zaistniały stan psychiczny bliskiej osoby. Zamykają swoje domy, nie przyjmują gości, co doprowadza do wycofania się z życia społecznego i towarzyskiego bliskiej osoby oraz całej rodziny [5].

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi z obawy na wykluczenie społeczne leczą się daleko od miejsca zamieszkania. Wynika to z chęci uniknięcia napiętnowania i nieporozumień [6,7].

Wynik procesu stygmatyzacji jest trudny do określenia. Izolacja chorego i wykluczenie z życia społecznego objawia się w wielu dziedzinach. Taki człowiek ma kłopoty ze znalezieniem partnera życiowego, ze znalezieniem mieszkania, z nawiązaniem kontaktu i

znajomości z sąsiadami, z rodziną, ma trudności z podejmowaniem i możliwością kształcenia się. Chory ma także problemy z samym sobą. Spada mu samoocena, poczucie samoskuteczności. Pacjent bardzo szybko popada z jednej choroby w drugą. Poprzez odizolowanie go od społeczeństwa, normalnych kontaktów z ludzimi bardzo często popadają w depresję, przestają brać leki, nie chce im się żyć i pojawiają się objawy innej choroby psychiatrycznej. Tym samym tworzy się błędne koło [4,6].

Celem pracy była ocena postrzegania osób chorych psychicznie przez osoby dorosłe w zależności od wieku.

Materiał i metodyka badań

Badaniem objęto 200 osób, którzy zostali podzieleni na dwie podgrupy: osoby w wieku od 30 .do 50. roku życia i po 60. roku życia. Badaniem objęto 103 mężczyzn i 97 kobiet.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety, który składał się z dwóch części:

- część pierwsza (pytania metryczkowe) zawierała informacje, takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, zawód, stan cywilny
- część druga (pytania ankietowe) zawierała 20 pytań z kafeterią zamkniętą. Pytania zostały tak sformułowane, by ocenić postrzeganie osób psychicznie chorych przez osoby dorosłe i ocenić zachowanie respondentów wobec osób chorych psychicznie.

Wyniki

Dane metryczkowe

Wśród 200 dorosłych respondentów, 48,5% stanowiły kobiety, pozostałą część stanowili mężczyźni (51,5%). Wśród osób poddanych badaniu - 47,5% stanowiły osoby w wieku 30-50 lat, a 52,5% stanowiły osoby powyżej 60-tego roku życia.

69,5% przebadanych to osoby zamieszkujące miasto, zaś 30,5% to ludzie mieszkający na wsi. Kobiety ze wsi stanowiły 48,9%, a mężczyźni 51,1%. Natomiast kobiety z miasta stanowiły 47,5%, a mężczyźni -52,5%.

Największą grupę stanowili respondenci pracujący zawodowo (68,0%), renciści/emeryci stanowili 21,5% badanych, a uczniowie/studenci – 10,5%.

Wśród ankietowanych 51,0% stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim, 12% stanowiły osoby rozwiedzione lub w separacji, 22,0% to osoby w stanie wolnym i 15,0% to wdowy i wdowcy.

Wyniki pytań ankietowych

Na pytanie odnośnie pierwszych skojarzeń przychodzących na myśl w związku z chorymi psychicznie, najczęstszą odpowiedzią pośród kobiet w wieku 30-50 lat i powyżej 60 lat zarówno ze wsi, jak i z miasta była odpowiedź „chory umysłowo”. Natomiast najmniej kojarzy się osoba chora psychicznie z człowiekiem biednym i samotnym (Tabela I).

Tab I. Pierwsze skojarzenie przychodzące na myśl w związku z chorym psychicznie

Sugerowane odpowiedzi	30-50 lat								powyżej 60 lat							
	Kobieta				mężczyzna				Kobieta				Mężczyzna			
	Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Wariat	7	58,3%	5	41,7%	9	75,0%	3	25,0%	1	9,1%	10	90,9%	11	50,0%	11	50,0%
Szaleniec	3	60,0%	2	40,0%	6	85,7%	1	14,3%	4	44,4%	5	55,6%	7	50,0%	7	50,0%
Chory umysłowo	28	82,4%	6	17,6%	28	82,4%	6	17,6%	13	50,0%	13	50,0%	24	72,7%	9	27,3%
Osoba niebezpieczna	6	75,0%	2	25,0%	8	88,9%	1	11,1%	6	100,0%	0	0,0%	8	61,5%	5	38,5%
Osoba nie zrównowazona	23	95,8%	1	4,2%	11	91,7%	1	8,3%	9	75,0%	3	25,0%	11	84,6%	2	15,4%
Osoba wykluczona ze społeczeństwa	10	90,9%	1	9,1%	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	0	0,0%	3	60,0%	2	40,0%
Osoba pokrzywdzona przez los	10	71,4%	4	28,6%	7	53,8%	6	46,2%	8	50,0%	8	50,0%	9	52,9%	8	47,1%
Nieszczęśliwa osoba	18	85,7%	3	14,3%	6	60,0%	4	40,0%	11	57,9%	8	42,1%	7	58,3%	5	41,7%
Człowiek biedny i samotny	2	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%

*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Spośród ankietowanych kobiet z miasta w wieku 30-50 lat na pytanie „Z jakimi chorobami psychicznymi kojarzy się najczęściej Panu/Pani chory psychicznie?” najczęściej

zaznaczano odpowiedź „depresja i schizofrenia”, a najmniej „Parkinson”. Kobiety ze wsi z tej samej grupy wiekowej stwierdziły podobnie. Mężczyźni z miasta w wieku 30-50 lat stwierdzili, iż najbardziej choroba psychiczna kojarzyła im się ze schizofrenią, a najmniej z Chorobą Alzheimera. Mężczyźni z tej samej grupy wiekowej ze wsi najczęściej kojarzyli sobie chorobę psychiczną z depresją, a najmniej z Parkinsonem, otępieniem i anoreksją. Kobiety w wieku powyżej 60 lat zarówno ze wsi, jak i miasta uważały podobnie, co do skojarzeń o chorobie psychicznej. Najczęściej udzielały odpowiedzi „schizofrenia”, a najmniej „Parkinson i bulimia”. Mężczyznom z miasta, jak i ze wsi najczęściej choroba psychiczna kojarzyła się ze schizofrenią (Tabela II).

Tab. II. Pierwsze skojarzenia z chorobą psychiczną

Sugerowane odpowiedzi	30-50 lat								powyżej 60 lat							
	Kobieta				Mężczyzna				Kobieta				Mężczyzna			
	Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Schizofrenia	29	82,9%	6	87,9%	23	92,0%	2	8,0%	17	51,5%	16	48,5%	24	66,7%	12	33,3%
Otępienie	7	77,8%	2	72,0%	5	100,0%	0	0,0%	4	40,0%	6	60,0%	6	60,0%	4	40,0%
Depresja	29	82,9%	6	87,9%	9	69,2%	4	30,8%	16	69,6%	7	30,4%	6	33,3%	12	66,7%
Alzheimer	1	50,0%	1	66,7%	0	0,0%	1	100,0%	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
Parkinson	0	0,0%	1	100,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ADHD	4	100,0%	0	0,0%	8	88,9%	1	11,1%	1	50,0%	1	50,0%	4	44,4%	5	55,6%
Anoreksja	9	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Autyzm	4	100,0%	0	0,0%	11	84,6%	2	15,4%	1	33,3%	2	66,7%	7	70,0%	3	30,0%
Bulimia	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Nerwica	14	87,5%	2	69,6%	4	57,1%	3	42,9%	9	56,3%	7	43,8%	9	52,9%	8	47,1%
z żadnym z wymienionych	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Najczęściej chorzy psychicznie, wśród kobiet w wieku 30-50 lat zarówno z miasta, jak i ze wsi wywoływali współczucie. Wśród mężczyzn z miasta najczęstszą odpowiedzią na

pytanie „Jakie emocje wywołuje u Pana/Pani chory psychicznie?” była odpowiedź „współczucie” i „zakłopotanie”. Mężczyźni z tej samej grupy wiekowej, ze wsi odpowiadali podobnie. Biorąc pod uwagę kobiety z miasta, powyżej 60. roku życia można zauważyć, że chorzy psychicznie najczęściej wywoływali wśród tej grupy „współczucie” oraz „lęk”. Natomiast wśród kobiet ze wsi choroba psychiczna wywoływała najczęściej strach. Mężczyźni ze wsi, jak i z miasta podobnie odpowiedzieli na zadane pytanie o wywoływane emocje zaznaczając odpowiedź „współczucie”. Szczegóły przedstawione są w Tabeli III.

Tab. III. Emocje wywoływane u Pana/Pani przez osobę chorą psychicznie

Sugerowane odpowiedzi	30-50 lat								powyżej 60 lat							
	Kobieta				Mężczyzna				Kobieta				Mężczyzna			
	Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Współczucie	30	81,1%	7	18,9%	24	77,4%	7	22,6%	17	65,4%	9	34,6%	22	62,9%	13	37,1%
Lęk	12	75,0%	4	25,0%	8	72,7%	3	27,3%	12	48,0%	13	52,0%	11	52,4%	10	47,6%
Strach	10	90,9%	1	9,1%	2	40,0%	3	60,0%	8	34,8%	15	65,2%	7	41,2%	10	58,8%
Zainteresowanie	4	80,0%	1	20,0%	2	66,7%	1	33,3%	1	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%
Rozbawienie	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Wtręt	1	50,0%	1	50,0%	1	33,3%	2	66,7%	1	33,3%	2	66,7%	2	50,0%	2	50,0%
Irytacja	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%
Przygnębienie	16	88,9%	2	11,1%	4	80,0%	1	20,0%	6	60,0%	4	40,0%	4	66,7%	2	33,3%
Dystans	16	88,9%	2	11,1%	24	85,7%	4	14,3%	6	50,0%	6	50,0%	21	77,8%	6	22,2%
Zakłopotanie	20	90,9%	2	9,1%	14	87,5%	2	12,5%	9	50,0%	9	50,0%	19	76,0%	6	24,0%
Żadne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

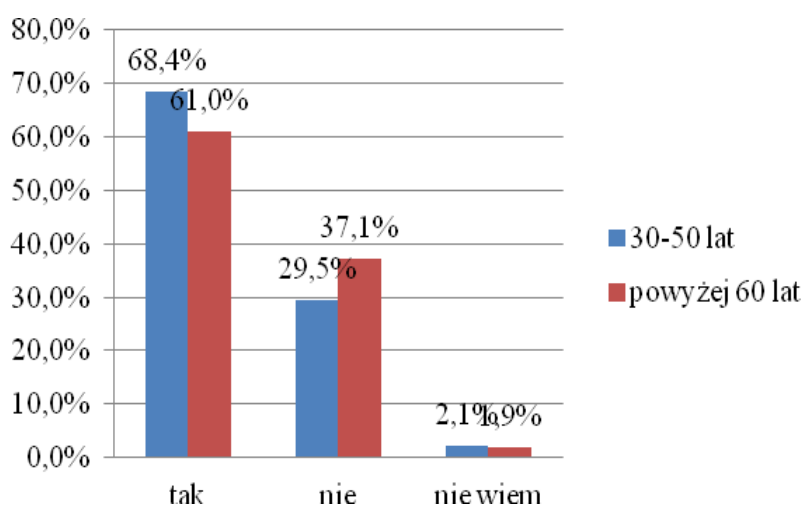
* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Wśród osób w wieku 30-50 lat 68,4% miało kontakt z osobą chorą psychicznie i 61,0% ankietowanych powyżej 60. roku życia także miało taki kontakt (Ryc.1).

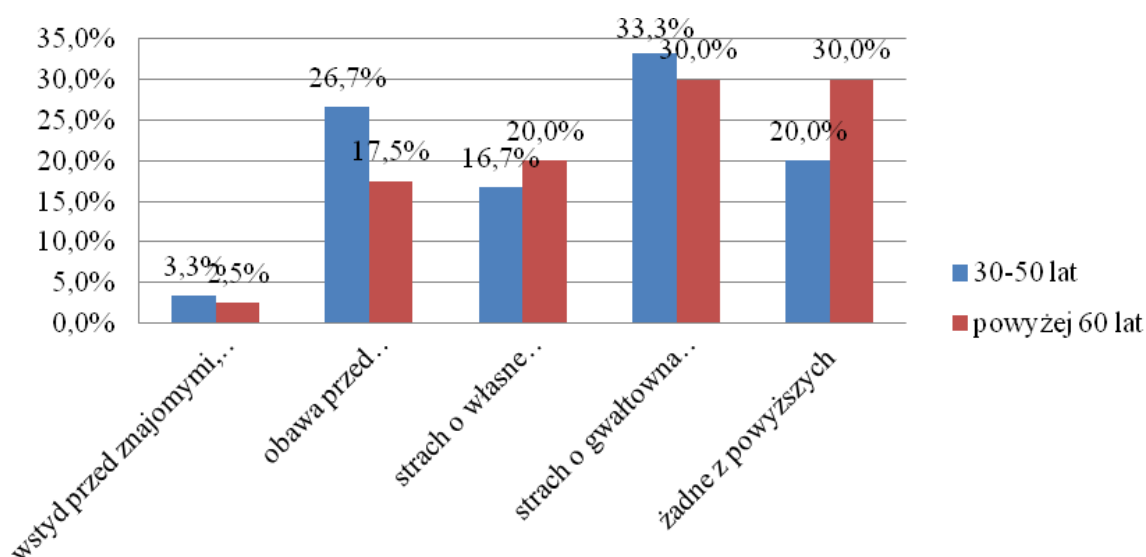
Wśród ankietowanych na pytanie o osobistą znajomość z osobą chorą psychicznie aż 64,0% odpowiedziało, iż osobiście nie znało chorego z zaburzeniami psychicznymi. Tylko 36,0% znało osobiście taką osobę. Dla większości (79,2%) nie przeszkadzał fakt, iż chora

psychicznie osoba jest w relacjach z nią. Natomiast dla 15,3% respondentów przeszkadzał ten fakt, a dla 5,6% było to obojętne.

Wiadomo, że od zawsze choroba psychiczna wywołuje skrajne emocje. Relacje z taką osobą także. Wśród badanych osób najwięcej z nich stwierdziło, iż najbardziej boją się gwałtownych zmian nastrojów u osoby chorej. Tylko nieliczni wstydzi się kontaktu z osobą chorą wśród swoich znajomych i rodziny. Porównując grupy wiekowe nie było znacznych różnic w odpowiedziach (Ryc. 2).

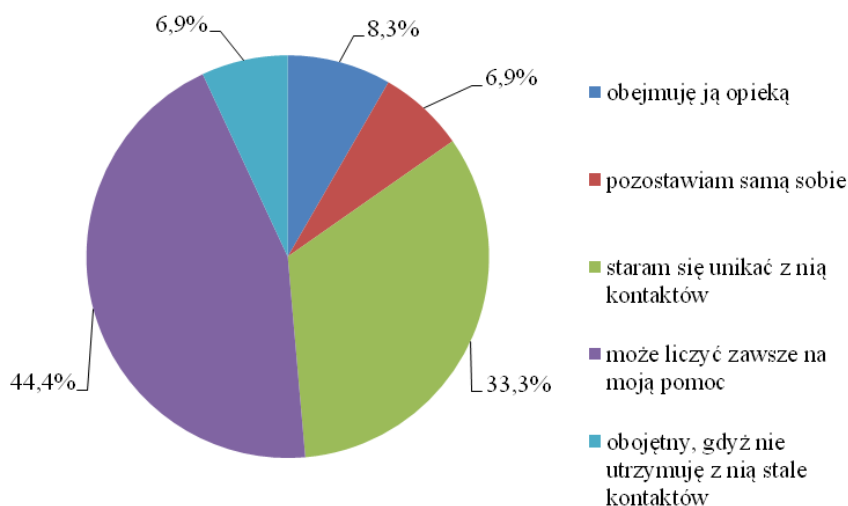


Ryc. 1. Znajomość z osobą chorą psychicznie



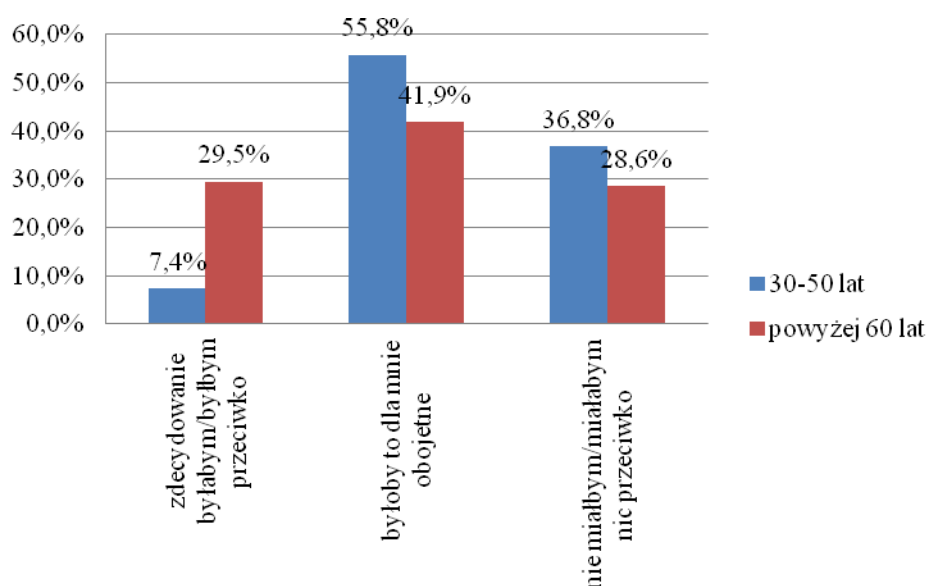
Ryc.2. Wpływ na relację z osobą chorą psychicznie

44,4% ankietowanych objęłoby opieką osobę chorą psychicznie, a tylko 6,9% pozostawiłoby ją samą sobie lub byłoby wobec takiej osoby obojętnym (Ryc.3).



Ryc.3. Stosunek wobec osoby chorej psychicznie

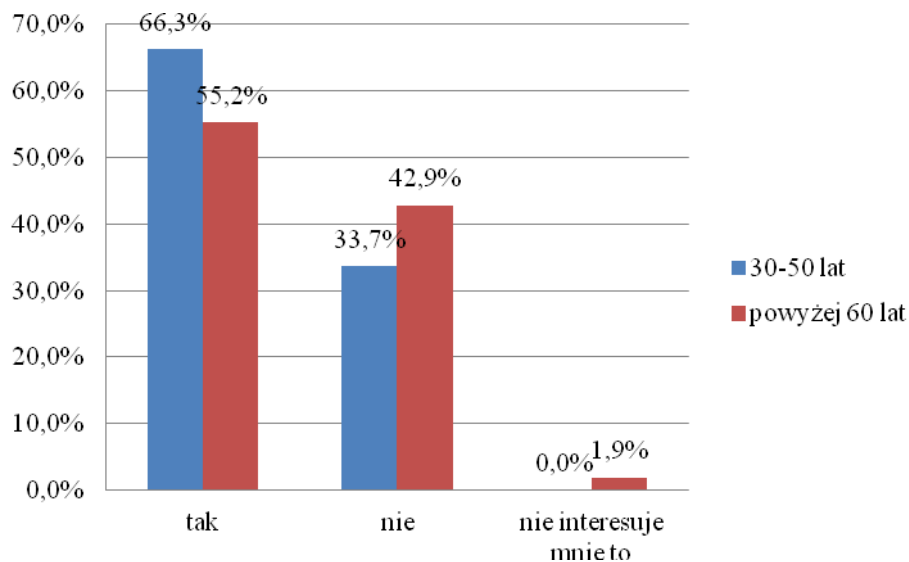
Leczenie szpitalne osób psychicznie chorych jest najważniejszą formą ich terapii. Po przebadaniu postawy ankietowanych wobec uruchomienia placówek dla osób chorych psychicznie w ich najbliższym otoczeniu wynika, że dla większości z nich byłoby to obojętne. Zdecydowanie były przeciwne powstaniu takiej placówki tylko nieliczni spośród osób w wieku 30-50 lat (Ryc. 4).



Ryc. 4. Stosunek ankietowanych wobec uruchomienia placówki leczniczej w bliskim

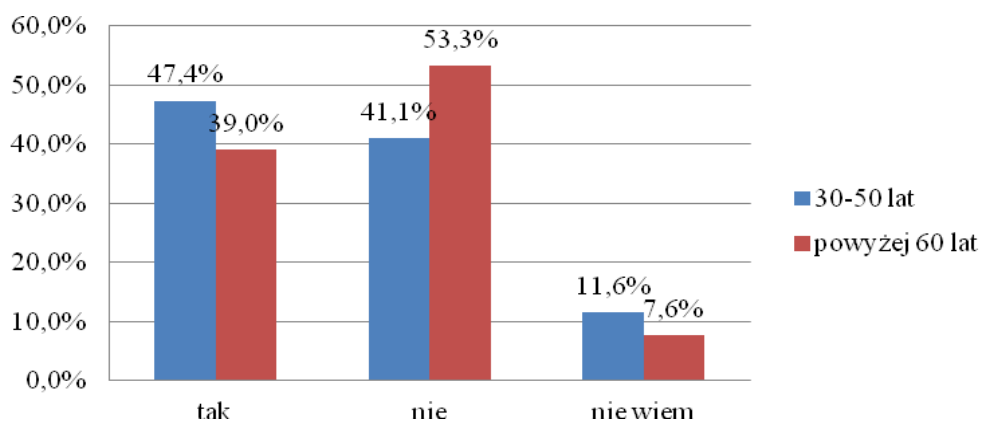
otoczeniu

Ankietowanych zapytano „Czy osoba chora psychicznie może być czynna zawodowo?” Większość z nich odpowiedziała, że taka osoba może być czynna zawodowo (Ryc.5).



Ryc. 5. Aktywność zawodowa osób chorych psychicznie

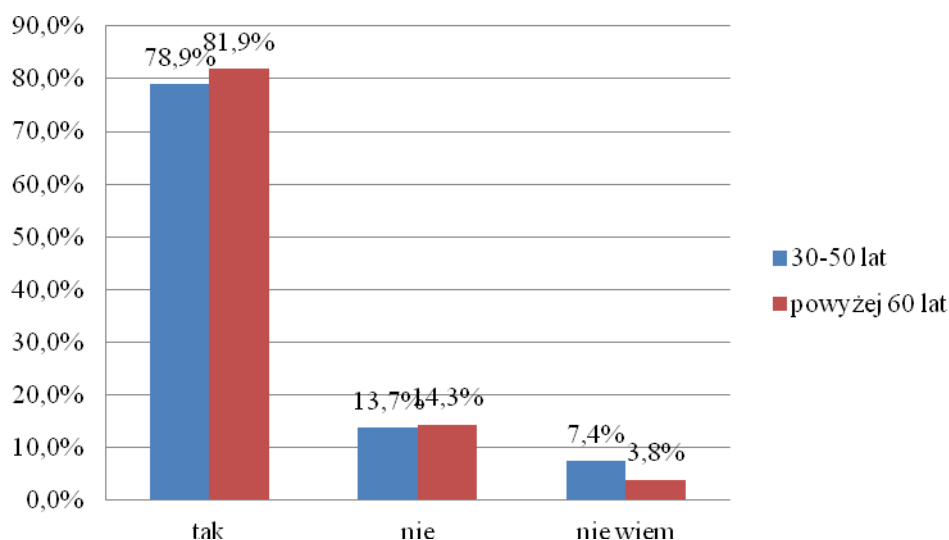
W badaniach przeanalizowano sprawę zawarcia związku małżeńskiego z osobą, u której w rodzinie występuje choroba psychiczna. 47,4% osób znajdujących się w grupie osób w wieku 30-50 lat zdecydowałoby się na zawarcie związku małżeńskiego z taką osobą, a w grupie badawczej powyżej 60 lat 53,3% osób byłoby przeciwnych takiemu związkowi (Ryc. 6).



Ryc. 6. Stosunek do małżeństwa z osobą, u której w rodzinie występuje osoba chora

psychicznie

Ankietowani w większości ocenili, że ciężko funkcjonuje się z osobą chorą psychicznie (78,9% ankietowanych w wieku 30-50 lat i 81,9% respondentów powyżej 60 lat). Tylko nieliczni, stwierdzili, iż funkcjonowanie z osobą chorą psychicznie nie byłoby ciężkie (Ryc. 7).



Ryc. 7. Funkcjonowanie z osobą chorą psychicznie

Z uzyskanych danych na temat zatrudnienia osób chorych psychicznie wynikało, że większość zarówno z badanych w wieku 30-50 lat, jak i powyżej 60 lat nie zatrudniłaby takiej osoby (Ryc.8).

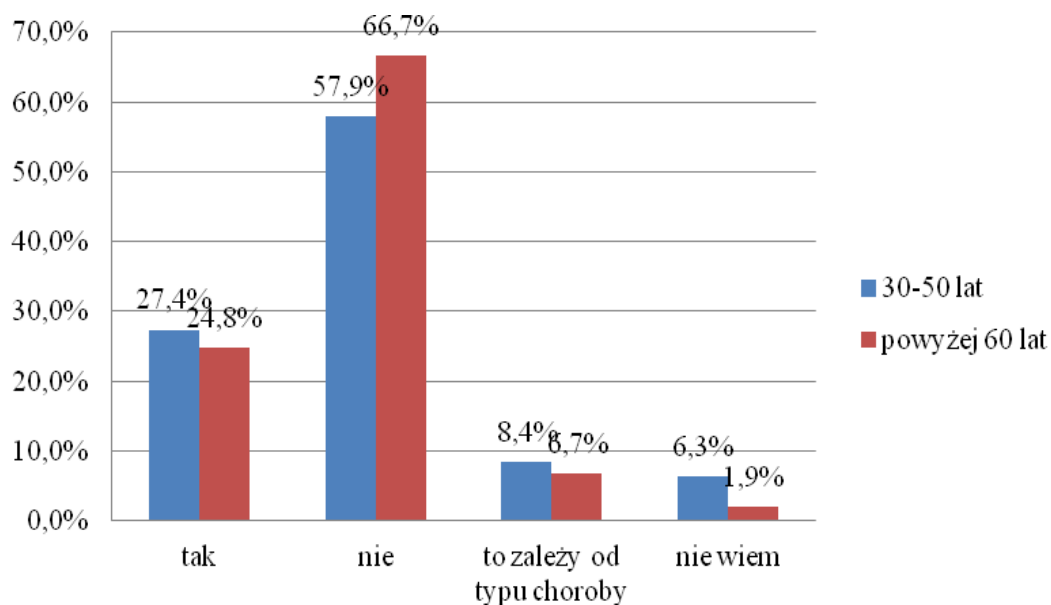
Izolowanie osób chorych psychicznie obserwuje się od dawna. W obu badanych grupach wiekowych ankietowani byli przeciwni wobec izolacji osób chorych. W grupie 30-50 lat aż 78,9% osób było przeciwko, a w grupie osób powyżej 60 lat było to 68,6% przebadanych (Ryc. 9).

Ankietowani na pytanie „Czy bałby/-aby Pan/Pani przebywać sam na sam z osobą, która leczy się u psychiatry” większość bałaby się takiej sytuacji (68%).

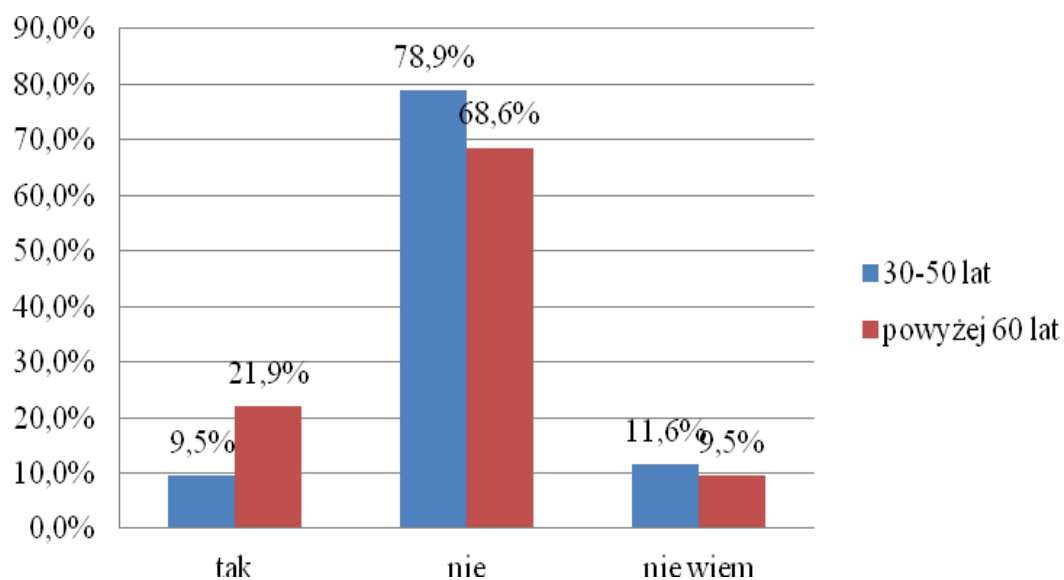
10,5% ankietowanych w wieku 30-50 lat na zadane pytanie odpowiedzieli, iż bałoby się przebywać sam na sam z osobą chorą psychicznie, a aż 22,1% osób z tej samej grupy wiekowej nie bałoby się. Natomiast w drugiej badanej grupie wiekowej powyżej 60 lat, 26,7% osób odpowiedziało, że bałoby się przebywać sam na sam z osobą chorą (Ryc.10).

Ankietowani najczęściej nie mieli zdania i nie wiedzieli, jak wspomagać osoby chore

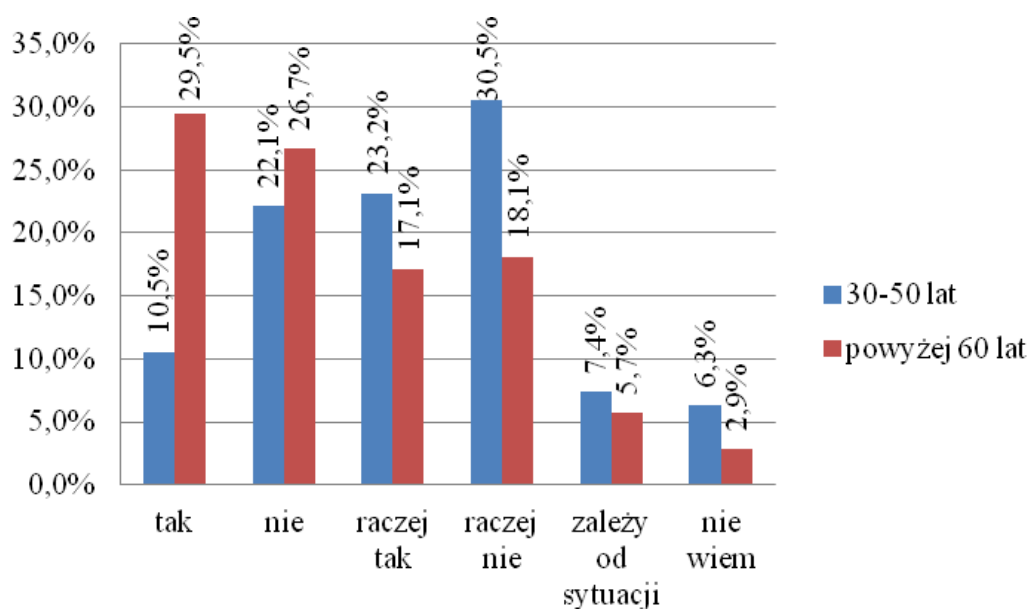
psychicznie. W dwóch badanych grupach odpowiedzi rozkładały się podobnie. Tylko nieliczni respondenci są za wspomaganiem chorych psychicznie (Ryc. 11).



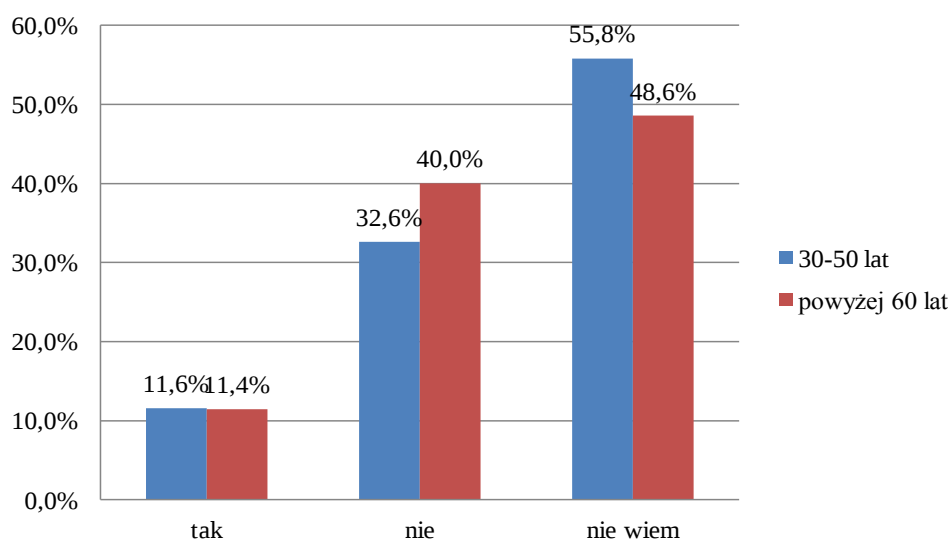
Ryc. 8. Zatrudnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi wiekowe



Ryc. 9. Izolacja chorych psychicznie



Ryc. 10. Przebywanie sam na sam z osobą chorą psychicznie



Ryc. 11. Wspomaganie osób chorych psychicznie

Dyskusja i omówienie wyników

W dzisiejszych czasach coraz więcej ludzi choruje na zaburzenia psychiczne. Jest to choroba nadal uważana za bardzo wstydliwą, dlatego też większość osób chorych stara się ukrywać swoje dolegliwości.

Według badań przeprowadzonych przez Wciórka i wsp. aż 61,0% społeczeństwa nigdy nie miało kontaktu z osobą chorą psychicznie. Spośród osób znających osobiście chorego psychicznie najczęściej był to znajomy, sąsiad (81,0%) [8].

W przeprowadzonych przez nas badaniach 33,5% ankietowanych nigdy nie miało kontaktu z osobą chorą psychicznie, a 64,0% wśród nich osobiście nie знаło takiej osoby.

Bezpośredni kontakt z osobą chorą psychicznie wywołuje u ankietowanych współczucie, zaniepokojenie. W mniejszym stopniu przebadani ankietowani wymieniają bezradność, strach oraz litość. Pozostałe reakcje, takie jak zaniepokojenie i obojętność ujawniane są jeszcze rzadziej [9].

Z własnych badań wynika, iż bezpośredni kontakt z osobą chorą psychicznie najczęściej wywołuje strach o gwałtowną zmianę nastrojów (33,3%). Często jest to strach o własne bezpieczeństwo. Ankietowani bardzo często także obawiają się niestosownego zachowania w miejscu publicznym (20,8%).

Cały czas w społeczeństwie funkcjonuje negatywne etykietowanie osób z zaburzeniami psychicznymi. Najczęściej są to skojarzenia nacechowane negatywnie. Otoczenie najczęściej używa podkreślających odmiennosć ludzi chorych psychicznie epitetów, takich jak: wariat, głupek. Przytaczane epitety mają na celu ukazanie inności osoby chorej, nieprzewidywalności, odmiennosć. Pierwszym skojarzeniem w związku z chorymi psychicznie są epitety nacechowane negatywnie, a zaledwie co trzeci badany przytacza określenia neutralne [10,11,12].

Tendencja do neutralnego określania osób chorych psychicznie nadal rośnie. Pośród przebadanych osób najczęstszym określeniem osób chorych psychicznie był „chory umysłowo”. Tendencja do negatywnego nacechowania osób z zaburzeniami psychicznymi wciąż na większym poziomie utrzymuje się na wsi.

Podjęcie pracy przez osoby, które kiedyś były leczone w szpitalach psychiatrycznych jest możliwe i nie ma do tego żadnych przeciwwskazań. Jedynym problemem jest niechęć do zatrudniania osób, które miały problem natury psychicznej. Większość z ankietowanych (91,8%), zatrudniając osobę chorą psychicznie, musiałaby więcej wiedzieć o przebytej chorobie. W opinii respondentów aż 54% uważa, iż ten fakt definitywnie ogranicza taką osobę w podjęciu pracy zawodowej. Według Davida O’Flynn, współtwórcy podręcznika o europejskich projektach pracy dla osób cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego, bezrobocie dotyka od 80% do 100% chorych na schizofrenię [13,14,15]. W Polsce stopa

bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych psychicznie jest ponad dwukrotnie wyższa niż wśród osób niepełnosprawnych ogółem i wynosi 35,0% [16].

Z analiz własnych wynika, iż większa część ankietowanych nie zatrudniłaby osoby, która leczyła się psychiatrycznie (62,5%), a tylko 26,0% nie miałaby oporów w zatrudnieniu takiej osoby.

Choroba psychiczna wywołuje skrajne emocje. W grupie badanej przez Jaromin ankietowani po spotkaniu z osobą chorą psychicznie najczęściej wyrażali współczucie i zaniepokojenie. Dominował także strach, bezsilność. Takie wyniki sygnalizują stan niewiedzy i nieumiejętności radzenia sobie w sytuacji spotkania się z osobą chorą psychicznie [12].

W przeprowadzonym naszych badaniach ukazane są podobne wyniki. Większość ankietowanych bała się spotkania z osobą chorą psychicznie, nie wiedziało, jak zachować się w takiej sytuacji.

Stosunek społeczeństwa do osób chorych psychicznie w dzisiejszych czasach nadal ukazuje duży dystans i rezerwę. Jednak stosunek do izolacji osób psychicznie chorych wciąż się zmienia [16,17].

W przeprowadzonych badaniach większość respondentów była przeciwna izolacji osób z zaburzeniami psychicznymi (73,5%). Jednak można zauważyć, że aż 16,0%, z czego większość to osoby po 60. roku życia, są za izolowaniem osób psychicznie chorych.

Choroby psychiczne budzą bardzo dużo emocji wśród społeczeństwa. Osoba z zaburzeniami psychicznymi trafiająca do szpitala psychiatrycznego uważana jest bardzo często za „wariata”, a placówka, do której trafia określana jest „wariatkowem”. Rędziaś po przeprowadzeniu badań wywnioskowała, iż większość przebadanych respondentów byłaby przeciwko powstaniu placówek dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich najbliższym otoczeniu. Aż 57% zgodziłoby się tylko na powstanie zwykłego szpitala [18].

Po przeanalizowaniu własnych badań, 48,5% przebadanych osób było obojętnych w kwestii założenia placówki dla osób psychicznie chorych w pobliżu ich miejsca zamieszkania, tylko około 19,0% byłoby przeciwnych powstaniu takiej placówki.

Spółeczeństwo nadal ma znikomą wiedzę dotyczącą chorób psychicznych, ich przebiegu i leczenia. Wiele osób nie wie, co oznacza określenie „choroba psychiczna”. Badani zapytani o najczęstsze zaburzenia kojarzące się z chorobą psychiczną wymieniają najczęściej schizofrenię, kolejno depresję, nerwicę i najmniej badanych wskazało na chorobę Alzheimera [19].

Z własnych badań wynika, iż najczęściej choroba psychiczna kojarzy się ze schizofrenią, kolejno z depresją i nerwicą.

Bardzo dużo ludzi akceptuje osobę z zaburzeniami psychicznymi, jednak wiele z nich osobiście nie chciałoby wejść w związek małżeński z osobą, która w przeszłości leczyła się psychiatrycznie. Duży odsetek społeczeństwa nie chciałby wejść w związek małżeński z osobą, u której w rodzinie występuje choroba psychiczna [20].

Po przeanalizowaniu badań własnych, zdania ankietowanych są praktycznie podzielone na pół. Około 50% ankietowanych nie weszłoby w związek małżeński z osobą, u której w rodzinie występuje choroba psychiczna i około 50% przyjmuje wręcz przeciwne stanowisko i nie miałoby nic przeciwko takiej decyzji.

Spółeczeństwo w dzisiejszych czasach nadal ma znikomą wiedzę dotyczącą chorób psychicznych, ich leczenia, uleczalności. Jednak coraz więcej ludzi neutralnie określa osobę chorą psychicznie. Pełnione role społeczne przez osobę z zaburzeniami psychicznymi są postrzegane różnie. Większość z respondentów nie miałoby nic przeciwko temu, aby osoba chora była ich sąsiadem, ekspedientką, ale byliby przeciwni, gdyby taka osoba miała zostać ich lekarzem. Przebadani respondenci twierdzą również, iż osoba chora psychicznie nie powinna być izolowana od reszty społeczeństwa, ale funkcjonowanie z taką osobą uważają za trudne.

Wnioski

1. Przebadani dorośli, bez względu na wiek, współczują osobom psychicznie chorym.
2. Ankietowani w wieku 30-50 lat nie boją się przebywać z nimi sam na sam, natomiast osoby starsze (powyżej 60 lat) - boją się.
3. Połowa ankietowanych z grupy 30-50 lat i powyżej 60 lat zawsze udzieliłoby pomocy osobie chorej, a połowa starałaby unikać się z nią kontaktów.
4. Ankietowani w obu badanych grupach są przeciwni izolowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi.

Piśmiennictwo

1. Pużyński S. (red.): Leksykon psychiatrii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2002.

2. Reber A., Reber E.: Słownik psychologii. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2005.
3. Rymaszewska J., Adamowski T., Pawłowski T., Kiejna T.: Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych. Post. Psych. Neurol., 2005, 14, 3, 195-200.
4. Świtaj P.: Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Wyd. Medyczne Termedica, Warszawa, 2008.
5. Rajewska-Rager A., Rybakowski J.: Współczesne modele pamięci w aspekcie neurobiologicznym i klinicznym. Post. Psych. Neurol., 2006, 15, 2, 105-110.
6. Jackowska E.: Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. Psych. Pol., 2009, 43, 6, 655-670.
7. Pałuba M., Gaj I.: Chory psychicznie w opinii lokalnej wspólnoty. Materiały X Konferencji Szkoleniowo-Naukowej, Tworki 14-15.09.2001 r., Pruszków, 2002, 4859.
8. Wciórka B., Wciórka J.: Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego. Post. Psych. Neurol., 2000, 9, 3, 353–382.
9. Jakubczyk A., Wojnar M.: Impulsywność – definicje, teorie, modele. Post. Psych. Neurol., 2009, 18, 4, 349-356.
10. Grzesiak M., Beszlej J., Szczeciński M.: Skala impulsywności Barratta. Post. Psych. Neurol., 2008, 17, 1, 61-64.
11. Dziwota E.: Stygmatyzacja osób chorych psychicznie. Current Problem Psychiatry, 2014, 15, 1, 18-23.
12. Jaromin M.: Chory psychicznie w oczach Polaków. Magazyn o Zdrowiu Psychicznym, 2014, 13, 5, 26-32.
13. Schulze B., Angermeyer M.: Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Soc. Sci. Med., 2003, 56, 299-312.
14. Borysewicz K.: Między tolerancją a dyskryminacją - stereotyp schizofrenii w polskich czasopismach opiniotwórczych. Post. Psych. Neurol., 2003, 12, 403-411.
15. CBOS. Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań. Warszawa, 2005.

16. Kaszyński H.: Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2006.
17. Sozańska D.: Między fascynacją a dystansem. Społeczny odbiór osób chorych psychicznie a ich wizerunek w kulturze masowej – analiza wybranych przypadków. LABOR et EDUCATIO, Warszawa, 2014.
18. Rędziaś M.: 25% Polaków doświadczyło chorób psychicznych. Raport EZOP, Warszawa, 2012.
19. Dyduch A., Grzywa A.: Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. Pol. Merk. Lek., 2009, 46, 263–267.
20. Bąk O.: Propozycja modyfikacji metody badawczej typu dyferencjał semantyczny w badaniu chorego psychicznie. Psych. Pol., 2000, 5, 795–809.

HIV przepustką do samotności – zapobieganie stygmatyzacji osób chorych, poprzez kreowanie świadomości społecznej

Śleziona Mariola¹, Graf Lucyna¹, Mroczkowska Renata¹, Ptaszek Gabriela¹, Stołecka Barbara¹, Wawros Karina¹, Gawłów – Nowak Lilianna¹, Karczevska Olimpia², Sternik Anna²

1. Studium Doktoranckie, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii Intensywnej Terapii. Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wstęp

W tym roku mija 35 lat od chwili opisanego pierwszego przypadku choroby zwanej AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*), czyli zespół nabytego niedoboru odporności, wywołanej przez wirus HIV. Pojawienie się w *New England Journal of Medicine* artykułu na temat tej wówczas nieznanego choroby, spowodowało prawdziwe poruszenie i strach przed nowym, groźnym i śmiertelnym schorzeniem. Eskalację lęku przed AIDS powodowały doniesienia prasowe o śmierci znanych osób z powodu tej właśnie choroby (aktora Rocka Hudsona (1985r.), jednego z największych filozofów współczesnych Michaela Foucaulta (1984r.) oraz lidera zespołu *Quenn* - Freddiego Mercury (1991r.) [1].

Choroba ta wciąż zbiera swoje żniwo. Nadal wzrasta liczba osób zakażonych wirusem HIV. Wielkości te nie poddają się ścisłej statystyce ze względu na obszary, gdzie nie prowadzi się takich zestawień oraz mogący trwać wiele lat bezobjawowy okres choroby, w czasie trwania którego może dochodzić do transmisji wirusa w sposób nieświadomy. Dlatego liczby dotyczące osób zakażonych lub chorych są szacunkowe i dotyczą tylko zarejestrowanych przypadków.

W latach 1985–2013 wirusem HIV zaraziło się około 78 mln osób na świecie, z czego około 39 mln zmarło z powodu następstw zakażenia. W 2014 roku w efekcie zakażenia wirusem HIV zmarło 1,2 mln ludzi, u których doszło do rozwoju AIDS. Od 1985 roku, kiedy wykryto w Polsce pierwszy przypadek AIDS, do 2009 roku stwierdzono 12 757 przypadków

infekcji wirusem HIV, jednocześnie potwierdzając 2516 czynnych zachorowań na AIDS. Zmarło z tego powodu 1010 osób [2,3].

Epidemia HIV na świecie trwa od ponad 35 lat. Pomimo podejmowanych działań zapobiegawczych oraz wdrażania programów edukacyjnych kierowanych do całego społeczeństwa, wciąż przybywa nowych zakażeń wirusem HIV. Prognozy nie są zbyt optymistyczne, gdyż wykazują, że ta tendencja będzie się utrzymywać. W Polsce, podobnie jak na świecie, osoby zakażone wirusem HIV to głównie ludzie młodzi. 47% wszystkich zakażeń HIV stanowią osoby pomiędzy 20. a 29. rokiem życia (7% przypadków stanowią zakażenia u osób poniżej 20. roku życia). 74% osób zakażonych HIV i chorych na AIDS jest w wieku produkcyjnym (20-49 lat) [4].

Prowadzone statystyki wykazują, że tylko 9% Polaków przynajmniej raz w życiu wykonało test w kierunku HIV. Szacuje się, że około 20 tys. osób nie jest świadomych swojego zakażenia. W ostatnich latach znacznie wzrosła liczba kobiet badających się na obecność wirusa HIV, z 5% w 2005 roku do 9% w 2011 roku. Mimo to w dalszym ciągu do punktów konsultacyjno-diagnostycznych, oferujących darmowe i anonimowe badania na obecność wirusa HIV, zgłasza się znacznie mniej kobiet niż mężczyzn (o około 30%). To poważne wyzwanie edukacyjne, zwłaszcza w aspekcie perspektywy macierzyństwa młodych kobiet i ryzyka wertykalnej transmisji wirusa HIV [5].

Od 1985 roku (od kiedy wprowadzono badania na obecność wirusa HIV) do końca 2012 roku stwierdzono na terenie Polski 16314 przypadków zakażenia wirusem HIV. Liczba ta dotyczyła zakażonych Polaków oraz obywateli innych państw przebywających w tym czasie na obszarze naszego kraju. Wśród zarejestrowanych przypadków co najmniej 5946 osób nabyło wirus w związku z zażywaniem narkotyków, a 1590 przez kontakty homoseksualne. W latach 1985 – 2012 odnotowano 2848 przypadków AIDS, z czego 1185 chorych zmarło w przebiegu tego schorzenia [6].

W Polsce od 1985 roku do końca sierpnia 2015 roku zarejestrowano 19524 chorych zakażonych wirusem HIV i 3282 przypadków AIDS, a 1313 osób zmarło z powodu zakażenia tym wirusem [7].

Cel pracy

Celem pracy było wykazanie zależności pomiędzy świadomością społeczną, tolerancją, postawami wobec osób zakażonych wirusem HIV a jakością ich życia i reakcją na chorobę.

Rozwinięcie

W początkowym okresie walki z AIDS zdobywano wiedzę na temat tego schorzenia, prowadzono badania i obserwacje, które kontynuowane są po dzień dzisiejszy. Dziś, na podstawie kilkudziesięciu lat badań, wprowadzenia rozwiniętej diagnostyki i nowoczesnych metod leczenia, można prześledzić różnicę w przebiegu tego schorzenia, rokowaniach i prognozach. Po 2-3 tygodniach od zakażenia obserwuje się niecharakterystyczne objawy (gorączkę, poczucie zmęczenia, bóle mięśni i stawów, wysypkę, powiększenie węzłów chłonnych, zapalenie gardła, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, nocne poty), które po kolejnych 2-3 tygodniach samoistnie ustępują.

Nasilenie objawów i ich ilość może być zróżnicowana i uzależniona od uwarunkowań osobniczych. Jednoznaczne zdiagnozowanie wirusa na tym etapie jest niemożliwe, gdyż organizm chorego nie wytworzył jeszcze przeciwciał, które pozwoliłyby zidentyfikować patogen. Przeciwciała te pojawiają się zwykle dopiero po upływie około trzech miesięcy (kiedy następuje serokonwersja). Okres bezobjawowy choroby może trwać od 8 – 10 lat. Początkowo czas przeżycia osób chorych na AIDS wynosił od 12 -15 lat. Dzisiaj, gdy wprowadzono leki zmniejszające ilość wirusa HIV we krwi chorych (leki te wprowadzono do powszechnego stosowania w 1996 roku), podawanie ich pacjentom w objawowym stadium choroby wydłuża ich życie o wiele lat, a zastosowanie leczenia w stadium bezobjawowym pozwala choremu przeżyć nawet kilkadziesiąt lat od momentu zakażenia [8,9]. Za ogromny sukces epidemiologów można uznać fakt, że już rok po opisaniu pierwszego przypadku choroby znane im były drogi szerzenia się wirusa (droga płciowa, droga krwi, droga wertykalna z matki na dziecko). Początkowo wielu chorych wymagających leczenia krwią, zakażanych było w czasie transfuzji. Zidentyfikowanie w 1983 roku wirusa HIV pozwoliło na opracowanie testów wykrywających przeciwciała skierowane przeciw temu wirusowi. Wprowadzenie do krwiodawstwa, w połowie lat 80 XX wieku, testów na wykrywalność obecności przeciwciał anty-HIV, znacznie zwiększyło bezpieczeństwo stosowania krwi i preparatów krwiopochodnych. Zakażenie drogą krwi to nie tylko transfuzja, ale również używanie wspólnych igieł (podawanie narkotyków, anaboliów drogą wstrzyknięć), tatuowanie, piercing (przy użyciu niesterylnych narzędzi), zabiegi kosmetyczne z naruszeniem ciągłości skóry oraz bezpośredni kontakt naruszonej skóry z zakażoną krwią chorego (ekspozycja zawodowa pracowników medycznych). Do transmisji wirusa może dojść również poprzez przeszczepy oraz sztuczne zapłodnienie. W Polsce odsetek zakażonych przez krew i jej produkty, a także przeszczepy lub sztuczne zapłodnienie jest niski i wynosi mniej

niż 1% [10]. Niewskazane jest też wspólne używanie maszynki do golenia, brzytwy, szczoteczki do zębów, gdyż mogą one zawierać resztki zakażonej krwi. Inne zagrożenie przeniesienia wirusa niosą kontakty seksualne z osobami chorymi. W początkowym okresie nagłaśniania problematyki związanej z HIV panowało przeświadczenie, że zagrożenie to dotyczy środowisk homoseksualnych. To założenie jest całkowicie błędne. Zarówno homo, jak i heteroseksualne osoby mogą zakazić się tym wirusem, jeśli partner wcześniej, w jakikolwiek sposób go nabył. Większą skłonność do transmisji wirusa na drodze seksualnej wykazują kobiety. Im więcej partnerów seksualnych, tym wzrasta ryzyko napotkania osoby zakażonej. W Polsce wzrasta liczba zakażonych osób w związkach heteroseksualnych. Być może jest to podyktowane brakiem czujności, wynikającym z niewiedzy i przeświadczenia, że heteroseksualne związki nie zmniejszają ryzyka zakażenia się wirusem HIV [1,11]. Trzecim sposobem emisji wirusa HIV jest droga wertykalna z matki na dziecko. Dlatego tak duży nacisk kładzie się na badania serologiczne przeprowadzane u przyszłych matek, jeszcze przed planowaną ciążą oraz w trakcie jej trwania. Wykrycie u przyszłej matki obecności wirusa HIV pozwoli na natychmiastowe wprowadzenie terapii antyretrowirusowej HAART, opartej na podawaniu różnych leków, w zależności od poziomu wirēmii wirusa i etapu zakażenia. Jeśli wirus zostanie zidentyfikowany już w czasie trwania ciąży, opracowana została również terapia antyretrowirusowa (ARV) stosowana u kobiet spodziewających się dziecka, w czasie porodu i po nim. Zaraz po porodzie przeprowadza się również immunizację u dziecka, która ma na celu zminimalizowania ryzyka zakażenia noworodka wirusem HIV. Zastosowanie leczenia ARV u matki i wczesnej profilaktyki u dziecka oraz absolutny zakaz karmienia mlekiem matki, stwarza duże szanse na posiadanie zdrowego potomstwa [12,13].

Życie z wirusem - mity i fakty o HIV/AIDS

Ludzie potrzebują informacji dotyczących zagrożeń wynikających z aktywności wirusa HIV, dróg transmisji, okresu inkubacji, sytuacji zwiększających ryzyko przeniesienia wirusa, następstw zakażenia oraz możliwości ochrony przed nim. Dziś nie mówi się o grupach ryzyka zwiększających możliwość transmisji wirusa, bowiem wiadomo, że zakażeniu może ulec każdy, kto podejmie zachowania ryzykowne lub zostanie zakażony w czasie źle przeprowadzonych procedur medycznych, czy też kosmetycznych z naruszeniem ciągłości skóry. Nie istnieje szczepionka przeciw wirusowi HIV, ani żadna sprawdzona metoda leczenia, która dałaby pełne wyzdrowienie. Podnoszenie poziomu wiedzy społeczeństwa

w zakresie problematyki związanej z emisją wirusa HIV, z jednej strony zmniejsza ryzyko nieświadomego kontaktu z wirusem i przeniesienia infekcji, z drugiej strony może mieć kluczowe znaczenie dla postrzegania ludzi zakażonych wirusem HIV, a co za tym idzie zmniejszenia zjawiska stygmatyzacji społecznej tych osób. Należy ludziom uświadamiać, że łzy, pot, ślina, mocz, kał (bez domieszki krwi) nie są zakaźne, więc podanie ręki, przytulanie, całowanie, kontakt ze łzami osoby zakażonej nie grozi transmisją wirusa na drugą osobę. Wirus HIV nie przenosi się przez kaszel, czy kichanie. Można dzielić się jedzeniem z osobą zakażoną, korzystać z tych samych sztućców, toalety, wanny.

Osoby zakażone wirusem HIV mogą korzystać z basenów publicznych, sauny, siłowni, obiektów sportowych. Powinny jednak unikać uprawiania sportów kontaktowych, w czasie których często dochodzi do skaleczeń, otarć i krwawień [14]. Dynamika rozprzestrzeniania się epidemii HIV, koszty leczenia, absencja w pracy spowodowana chorobą, odbiór społeczny osób zakażonych tym wirusem powoduje, że problem ten rozpatrywany jest już nie tylko w aspekcie wyzwania medycznego, ale również psychologicznego i socjologicznego. Osoby zakażone wirusem HIV doświadczają każdego dnia stygmatyzacji, dyskryminacji, odrzucenia i izolacji społecznej. Wciąż bowiem funkcjonują w społeczeństwie stereotypy dotyczące osób zakażonych lub chorujących na AIDS. Przypisuje się im określone zachowania seksualne (homoseksualizm, rozwiązłość, dewiacje seksualne) lub zażywanie narkotyków. Ludzie ci cierpią z powodu odrzucenia przez przyjaciół, rodzinę, znajomych. Często ujawnienie faktu posiadania wirusa HIV skutkuje utratą pracy, środków do życia, mieszkania i stabilizacji życiowej. Osobom zakażonym przypisuje się winę za posiadanie wirusa i nieakceptowany społecznie styl życia. Chorzy na AIDS lub nosiciele wirusa HIV traktowani są jako zagrożenie społeczne, ludzie niemoralni, którzy doświadczani są chorobą za swoje wcześniejsze życie. To powoduje, że osoby zakażone w obawie przed tego rodzaju represjami, często zatajają swój status serologiczny przed rodziną, znajomymi, przełożonymi w pracy [15]. Obecność wirusa we krwi zmienia myślenie osoby zakażonej o sobie samym i skutkuje często decyzją o samotnym życiu, podyktowaną lękiem o reakcję otoczenia, presję, przyszłość. Kiedy chorzy decydują się na utajnienie swojego stanu, muszą dźwigać ciężar swojej tajemnicy całe życie, co często odbija się na ich psychice i osobowości [16].

Reakcje ludzi na wiadomość o wirusie są bardzo różne i kiedy mija pierwszy szok jedni się załamują, poddają, inni wybierają „życie na krawędzi” podejmując ekstremalne wyzwania, łamiąc zasady lub prawo, a jeszcze inni podejmują walkę. To nie tylko walka z chorobą,

ale starania o dobrą jakość życia. HIV to nie wyrok, nie musi tak być. Dziś powszechnie dostępne są leki zmniejszające wiramię wirusa, przedłużające życie o dziesiątki lat. Jeśli podejdziesz się do problemu, jak do przewlekłej choroby, z którą trzeba nauczyć się żyć, można realizować swoje plany, zdobywać wiedzę, pracować, prowadzić życie towarzyskie. Można mieć zdrowego partnera życiowego i nawet założyć rodzinę. Jeśli kobieta jest zdrowa, a partner zakażony można „wypłukać plemniki” (plemniki nie zawierają wirusa, tylko płyn w którym się znajdują. Opracowano więc metodę odwirowania spermy i wyselekcjonowania plemników) i implantować je do macicy kobiety, pozwoli to na urodzenie zdrowego dziecka. Nawet jeśli matka jest seropozytywna istnieje możliwość posiadania zdrowego potomstwa, jeśli w ciąży będzie stosować odpowiednią tę perspektywy życia z wirusem HIV nie muszą być mroczne i beznadziejne. Wszystko zależy od podejścia chorego i reakcji otoczenia na wiadomość o jego seropozytywności [17]. Epidemia HIV/AIDS jest trudna do powstrzymania z trzech zasadniczych powodów, które J. Mann określił jako fazy epidemii. Pierwszym problemem są ukryte i nie objęte statystyką przypadki zakażenia, które mogą w związku z tym rozprzestrzeniać się w sposób nieświadomy i niekontrolowany. Drugą fazę epidemii stanowi następujący po infekcji wirusem HIV, rozwój AIDS z następstwem w postaci trudnych do leczenia zapaleń oportunistycznych i zmian nowotworowych. Trzecia faza to epidemia nietolerancji, dyskryminacji i wykluczenia osób seropozytywnych, która może być przyczyną samotności, utraty pracy, rodziny, przyjaciół [18].

Opieka nad osobami zakażonymi HIV

Pozytywny wynik obecności wirusa HIV we krwi, uzyskany w testach przesiewowych, wymaga potwierdzenia testem Western Blot. Pacjent kierowany jest do specjalistycznych poradni niedoboru odporności, gdzie za zgodą osoby seropozytywnej dane zostają rozkodowane i wprowadzone do systemu. Leczeniem i opieką nad osobami zakażonymi zajmują się referencyjne ośrodki na terenie całego kraju (w Warszawie, Szczecinie, Krakowie, Gdańsku, Poznaniu, Łodzi, Bydgoszczy, Wrocławiu, Białymstoku, Chorzowie, Zielonej Górze i Ostrołęce). Głównym założeniem obowiązującego od 2008 roku programu Kompleksowej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (KAOS) dla pacjentów seropozytywnych jest systematyczna kontrola stanu zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzi organizmu chorego na zastosowaną terapię lekami antyretrowirusowymi [19]. Osoby żyjące z HIV są objęte w Polsce kompleksową opieką, darmową terapią i życzliwością personelu medycznego. Pacjent seropozytywny ma

możliwość, w poradni opiekującej się nim, uzyskać pomoc wielu specjalistów (m.in. ginekologa, dermatologa, czy wenerologa), co gwarantuje choremu zapewnienie dyskrecji, komfort leczenia w jednej placówce i poczucie bezpieczeństwa [20].

Podsumowanie

Dawniej zakażenie wirusem HIV traktowane było jak wyrok, bowiem mało skuteczne terapie powodowały częsty rozwój AIDS i dużą śmiertelność. Dziś nie myśli się o zakażonych wirusem HIV jako o chorych narażonych na śmiertelną, lecz przewlekłą chorobę. Wiedza na temat wirusa, okoliczności jego transmisji, powikłań, sposobów ochrony przed nim jest naprawdę duża. W oparciu o nią powstały nowe, znacznie skuteczniejsze niż przed laty metody leczenia, które mogą wydłużyć życie chorego do kilkudziesięciu lat od momentu zakażenia. Choroba jest nieuleczalna, przewlekła i wymaga od pacjenta dożywotniego przyjmowania leków, ale przy dyscyplinie, zmianie trybu życia i wsparciu otoczenia, osoba zakażona wirusem HIV może egzystować w społeczeństwie na dobrym poziomie [1,3,9]. Problem jakości życia osób z wirusem HIV należałoby rozpatrywać w trzech aspektach: postępowania leczniczego, odniesienia się pacjenta do swojego zakażenia i odbioru społecznego osób seropozytywnych. Diagnostyka i terapia dotycząca wirusa HIV odbywa się w ośrodkach referencyjnych i jest darmowa. W świetle prawa pacjent ma obowiązek poinformowania o swoim statusie serologicznym tylko partnera seksualnego, informowanie innych osób jest kwestią decyzji chorego. Leczenie osób z wirusem HIV w Polsce jest refundowane. Zastosowanie terapii HAART u chorych zakażonych przynosi pozytywne efekty lecznicze na różnych etapach walki z wirusem. Nie istnieje szczepionka przeciw wirusowi HIV, która dałaby trwałą odpowiedź układu immunologicznego. Najskuteczniejszą metodą ochrony przed wirusem jest zatem wiedza i świadomość ryzyka transmisji wirusa w określonych okolicznościach. Bardzo istotnym czynnikiem, warunkującym jakość życia osób zakażonych, jest postrzeganie siebie jako nosiciela wirusa HIV na tle rodziny i społeczeństwa [9,19]. Funkcjonowanie psychospołeczne chorych uwarunkowane jest sytuacją podmiotową i społeczną. Sytuacja podmiotowa to indywidualne predyspozycje chorego, takie jak: podejście do faktu zakażenia, strategie walki ze stresem, zdolność adaptacji do sytuacji trudnych, system wyznawanych wartości, zaradność życiowa, IQ, światopogląd, temperament, zdrowie psychiczne itp. Funkcjonowanie społeczne natomiast uzależnione jest od: pełnionych ról w społeczeństwie (rodzinnych, zawodowych, towarzyskich), zajmowanego stanowiska (np. politycznego lub w społeczności lokalnej) oraz statusu ekonomicznego itp. Trudności w

funkcjonowaniu psychospołecznym mogą pojawić się na poziomie reakcji na diagnozę (fazy związane z akceptacją sytuacji trudnych), trudności w akceptacji wymogów związanych z leczeniem i częściową zmianą stylu życia, akceptacji statusu osoby chorej, zaburzeń lękowych itp. Na poziomie społecznym zaburzenia funkcjonowania mogą pojawić się w obszarze: trudności w nawiązywaniu głębszych relacji, ograniczeń dotyczących aktywności społecznej (unikanie sportów kontaktowych, konieczność stałych wizyt w poradni i monitorowania stanu zdrowia) [21]. Wirus HIV stał się wirusem nietolerancji, stygmatyzacji społecznej i dyskryminacji osób chorych. W dalszym ciągu informacja o posiadaniu wirusa HIV wzbudza w wielu środowiskach, wobec osób zakażonych, uczucia wrogości, dystansu i braku akceptacji. U podłoża tego typu zachowań najczęściej leży brak wiedzy, strach, powielanie stereotypowych, asekuracyjnych zachowań. Media stały się potężnym mechanizmem kształtującym poglądy, wyobrażenia społeczne i postawy wobec prezentowanych problemów. Zaszczepiony wiele lat temu pogląd, że osoby zakażone wirusem HIV są groźne dla innych, wątpliwe moralnie, gorsze, niewarte troski i wsparcia funkcjonuje do dziś. Warto byłoby wykorzystać tak potężny instrument jak media, do kreowania nieco innej postawy wobec osób zakażonych. Nie wszyscy bowiem nosiciele wirusa HIV przyczynili się do jego nabycia. Retoryka używana w publikacjach dotyczących AIDS straszy, przestrzega, uprzedza i napomina. To powoduje, że odbiór informacji dotyczących ludzi żyjących z HIV jest zdecydowanie negatywny. Warto przedstawiać też drugą stronę zagadnienia, problemy społecznej egzystencji osób żyjących z wirusem oraz fakty dotyczące możliwości bezpiecznego mieszkania z osobą seropozytywną. Diagnoza potwierdzająca obecność wirusa we krwi to dla chorego wydarzenie przełomowe, krytyczne, zmieniające całe jego dotychczasowe życie. Stanowi punkt zwrotny w postrzeganiu siebie na tle społecznym. Powoduje często zmiany w psychice chorego, bywa powodem depresji lub podejmowania prób samobójczych. Często z obawy przed represjami bliskich, chorzy sami decydują się na odejście od rodziny, izolację, wykluczenie. To ciężka próba dla samego chorego i jego otoczenia. Ważne jest zatem, by znalazł zrozumienie i wsparcie wśród najbliższych zwłaszcza, że zmagać się będzie z tą przewlekłą chorobą do końca swego życia [22]. Problem bliskości drugiego człowieka, zrozumienia i akceptacji odmienności zawarł w słowach swej piosenki Stanisław Sojka *„Dlaczego nie mówimy o tym, co nas boli otwarcie. Budowa ściany wokół siebie - marna sztuka. Wrażliwe słowo, czuły dotyk wystarczą. Czasami tylko tego pragnę, tego szukam”*.

Piśmiennictwo

1. Rogowska-Szadkowska D.: ABC wiedzy o HIV/AIDS; Departament Wychowania i Promocji Obronności Ministerstwo Obrony Narodowej, Warszawa, 2010.
2. Niemiec T.: Zasady opieki medycznej nad ciężarną zakażoną HIV. Postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczne w przypadku zakażenia HIV i zachorowania na AIDS. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa, 2002
3. <http://www.amfar.org/worldwide-aids-stats/>, data pobrania 18.12.2015.
4. Gałazewska J.: HIV i AIDS w Polsce. Serwis Informacyjny Narkomania. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2010, 4, 52.
5. <http://wsseopole.pis.gov.pl/plikijednostki/wsseopole/userfiles/Efektywno%C5%9B%C4%87%20kampanii%20spo%C5%82ecznych%20dotycz%C4%85cych%20profilaktyki%20HIV/AIDS%20%5Btryb%20zgodno%C5%9Bci%5D.pdf>, data pobrania 29.01.2016.
6. www.pzh.gov.pl Dane NIZP PZH, data pobrania 12.09. 2015.
7. <http://www.amfar.org/worldwide-aidsstats/>, data pobrania 11.02.2016.
8. Jin F., Jansson J., Law M., et al.: Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. AIDS, 2010, 24,907-913.
9. Juszczak J.: Patogeneza zakażenia wirusem HIV 1 i AIDS [w:] HIV/AIDS – podręcznik dla lekarzy i studentów, Halota W, Juszczak J. (red.). Wyd. Termedia, Poznań, 2006, 19-34
10. Daniluk-Kukła B., Gładysz A.: Ocena wiedzy i postaw młodzieży szkół podstawowych na temat zakażenia i zapobiegania HIV i AIDS. Wydawnictwo Poznańskie, Poznań, 1998, 12-13.
11. Boily M.C., Baggaley R.F., Wang L. et al.: Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexualact: systematic review and meta-analysis observational studies. Lancet Infect. Dis., 2009, 9, 118-129.
12. Hashimoto H., Kapiga S. H.: Mass treatment with nevirapine to prevent mother-to-child transmission of HIV/AIDS in sub-Saharan African countries. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2002, 28, 313-319.
13. Marczyńska M., Szczepańska-Putk M.: Problem dziecka zakażonego HIV w opiece podstawowej. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa, 2005.

14. Car A.: Program profilaktyki szkolnej w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową. Gdańsk, 2004, 9-10.
15. Alonzo A. A., Reynolds N. R.: Stigma HIV and AIDS. An explanation and elaboration of stigma trajectory. Soc. Sci. Med., 1995, 41, 303-313.
16. <http://www.pozytywnieotwarci.pl/artukul01.html>, data pobrania 25.01.2016
17. http://www.leczhiv.pl/dlapozytywnych_03.html, data pobrania 25.01.2016
18. Wojciechowska J.: Stygmat i dyskryminacja jako trzecia faza epidemii HIV/AIDS. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 2004, 9.
19. Horban A., Podlasin R., Cholewińska G., Wiercińska - Drapało A. (red.): Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Warszawa, 2011, 62.
20. Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV/AIDS w Polsce na lata 2010 -2011, Program Zdrowotny Ministerstwa Zdrowia, Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15.02.2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, 9 -10.
21. <http://wsse.krakow.pl/strona2/attachments/article/147/Prezentacja%20%20Maria%20Brodzikowska.pdf>, data pobrania 25.01.2016
22. Hauza T.: Zakażenie wirusem HIV jako krytyczne wydarzenie życia. Nauczyciel i Szkoła, 2007, 3–4.

Zjawisko stygmatyzacji społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w opiniach młodzieży studiującej

Wiraszka Grażyna¹, Cymerman Monika², Stępień Renata¹, Zdziebło Kazimiera¹

1. Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
2. Zespół Opieki Zdrowotnej w Kielcach

Wstęp

Dane epidemiologiczne wskazują, iż wbrew ogólnie panującym przekonaniom zaburzenia psychiczne należą do jednych z częściej występujących schorzeń. Schizofrenia występuje u 1% populacji, choroba maniakalno - depresyjna z podobną częstością, depresja u 10-20% populacji, a choroba Alzheimera u 15% osób powyżej 65. roku życia [1]. Kiejana podaje, iż na zaburzenia nerwicowe cierpi co dziesiąty Polak w wieku produkcyjnym (2,5 miliona osób). Zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych dotyczą 3,3 miliona Polaków, zaburzenia nastroju - około 1 miliona i podobnie zaburzenia zachowania - blisko 1 miliona mieszkańców naszego kraju [2]. Niepokojący jest ponadto obserwowalny stały wzrost występowania zaburzeń psychicznych [3,4]. W Polsce w latach 1990 - 2007 wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia chorób o podłożu psychicznym wzrósł o 119% w opiece ambulatoryjnej i o 50% w opiece stacjonarnej [4]. Kobiety częściej zapadają na choroby pochodzenia lękowego i depresje, zaś mężczyźni - na choroby związane z nadużywaniem alkoholu i narkotyków. Szacuje się, że w przyszłości choroby o podłożu psychicznym będą stanowiły 15% wszystkich zachorowań [5].

Choroba psychiczna, zwłaszcza schizofrenia, oprócz różnorodnych symptomów i deficytów dotyczących m.in. funkcji poznawczych czy emocjonalnych, prowadzi również do nieprawidłowości w funkcjonowaniu społecznym chorych, niezdolności do utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych i nieumiejętności współżycia społecznego [6,7]. Dodatkowo problemy te mogą pogłębiać rozpowszechnione w społeczeństwie negatywne postawy i sądy na temat choroby psychicznej i związane z nimi zjawisko stygmatyzacji [7,8,9]. Stygmatyzację osób z problemami zdrowia psychicznego uznaje się za jeden z najważniejszych współczesnych problemów i wyzwań w dziedzinie psychiatrii oraz za

społeczną niesprawiedliwość [8]. Pojęcie stygmatyzacji wywodzi się z języka greckiego, gdzie słowo „*sigma*” oznacza „znamię” bądź „piętno”, a w literaturze pochodzenia anglojęzycznego tłumaczy się je jako „dyskryminacja” [10,11]. Proces stygmatyzacji odnoszący się do jednostki polega na naznaczeniu jej przez pryzmat negatywnej cechy [12]. Piętnowanie może odnosić się do odmiennego zachowania, wyglądu, sposobu wykonywania ról społecznych oraz chorób. Konsekwencją jest przede wszystkim odrzucenie takich osób przez społeczność [13]. Stygmatyzacja chorych psychicznie dotyczy w zasadzie wszystkich osób, które cierpią na zaburzenia psychiczne bądź korzystały z pomocy specjalisty z zakresu psychiatrii [14]. Powoduje utrudnianie pobierania opieki psychiatrycznej przez pacjentów, trudności w rekonwalescencji chorych oraz powrót do prawidłowej egzystencji społecznej [15]. Może przyczyniać się do pogorszenia stanu klinicznego i chroniczacji zaburzeń, a w następstwie niesprawności psychicznej [9]. Badania wskazują, iż rozpowszechnianie informacji na temat choroby psychicznej mogą wpływać na zmniejszanie niechęci do osób z zaburzeniami psychicznymi [16].

Cel badań

Celem badań była próba oceny postaw i opinii społecznych wobec problematyki choroby i osób chorujących psychicznie w percepcji młodzieży studiującej oraz analiza znaczenia w ich kształtowaniu profilu kształcenia.

Materiał i metodyka

Dla potrzeb zaplanowanego badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a jako narzędzia badawczego użyto kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Badaniem przeprowadzonym w 2014 roku objęto łącznie 300 studentów, w tym 150 studentów Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach z kierunku biologia (N=30), pedagogika (N=30), ekonomia (N=30) i filologia polska (N=60) oraz 150 studentów Politechniki Świętokrzyskiej z kierunku informatyka (N=30), mechanika i budowa maszyn (N=30), automatyka i robotyka (N=30) oraz inżynieria środowiska (N=60).

W analizie statystycznej zastosowano test chi-kwadrat (χ) w celu porównania obserwowanych i oczekiwanych wartości dla poszczególnych analizowanych cech dla profilu studiów - kierunki biologiczno-humanistyczne (Biol-Hum; N=120) oraz kierunki ekonomiczno-techniczne (Ekon-Tech; N=180).

Wiek respondentów mieścił się w zakresie 21 - 34 lata, a średnia wieku wynosiła 22,8 lat. Wśród badanych nieznacznie przeważały kobiety (57,7%) i osoby mieszkające na wsi (54,3%).

Nieco mniej niż połowa ankietowanych (45,4%) miała osobisty kontakt z osobą z zaburzeniami psychicznymi, a 43% przyznała, iż niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne i częściej ($p<0,05$) były to osoby z kierunków o profilu biologiczno – humanistycznym (50%) niż ekonomiczno-technicznym (38,3%).

Wyniki badań

Zdecydowana większość badanych (51,3%) uznała, iż nie ma wystarczającej wiedzy na temat problematyki zaburzeń psychicznych i ma potrzebę poszerzenia informacji w tym zakresie (Tabela I). Potrzeba poszerzenia wiedzy oraz zainteresowanie tą problematyką istotnie częściej dotyczyła studentów profilu biologiczno-humanistycznego ($p<0,001$).

Tab. I. Samoocena wiedzy na temat problematyki zaburzeń zdrowia psychicznego

Wiedza	Profil studiów				Ogółem	
	Biol-Hum		Ekon-Tech			
	N	%	N	%	N	%
Wystarczająca	19	15,8	40	22,2	59	19,7
Potrzeba większej wiedzy	83	69,2	71	39,4	154	51,3
Brak zainteresowania tym problemem	18	15,0	69	38,3	87	29,0
	$\chi^2=27,4 \quad p<0,001$					

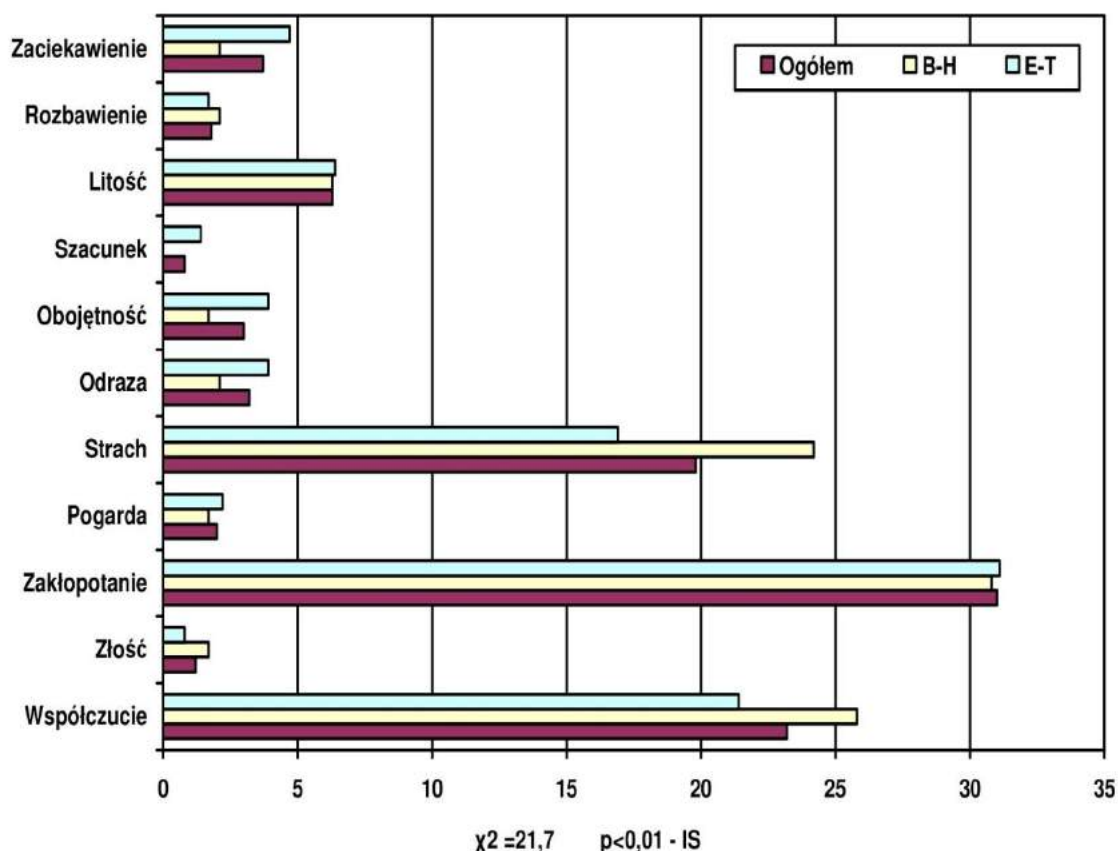
Aż 81% badanych uznała, iż schorzenie psychiczne może dotknąć każdego człowieka (Tabela II). Istotnie częściej (90,3%) opinię taką wyrażali studenci profilu biologiczno-humanistycznego ($p<0,001$). Prawie połowa badanych (43,7%) uważa, że osoby, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną nie mają szansy na wyzdrowienie.

Jak wskazano na rycinie 1, wg badanych studentów ludzie w sytuacji kontaktu z osobą chorą psychicznie okazują przede wszystkim zakłopotanie (31%), współczucie (23,2%) i strach (19,8%). Znacznie rzadziej, ale jednak reagują również w sposób bardzo negatywny: pogarda (2,0%), odraza (3,2%), rozbawienie (1,8%), czy litość (6,3%). Studenci profilu biologiczno-humanistycznego częściej wskazywali na współczucie i strach, a profilu ekonomiczno-technicznego – pogardę, odrzę, obojętność i zaciekawienie ($p<0,001$). Z kolei sami wobec osoby chorej psychicznie przejawiają najczęściej stosunek życzliwy (33%) i

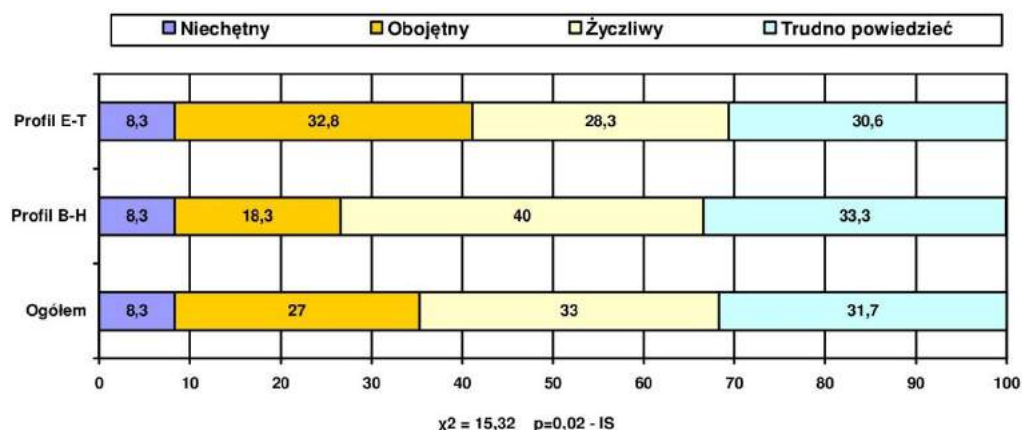
obojętny (27%) – rycina 2. Częściej życzliwość deklarują studenci profilu biologiczno-humanistycznego ($p < 0,05$).

Tab. II. Ryzyko zachorowania na chorobę psychiczną i szansa na wyzdrowienie w opinii badanych – ogółem oraz w zależności od profilu studiów

Opinie	Profil studiów				Ogółem	
	Biol-Hum		Ekon-Tech			
	N	%	N	%	N	%
<i>Choroba może dotknąć każdego</i>						
Tak	109	90,3	134	74,4	243	81,0
Nie	6	5,0	23	12,8	29	9,7
Nie wiem	5	4,2	23	12,8	28	9,3
	$\chi^2=25,25 \quad p<0,001$					
<i>Szansa na wyzdrowienie</i>						
Tak	53	44,0	78	43,3	131	43,7
Nie	26	21,7	46	25,6	72	24
Nie wiem	41	34,2	56	31,1	97	32,3
	$p>0,05; NS$					



Ryc. 1. Odczucia ludzi w kontakcie z osobami chorymi w opinii studentów – ogółem oraz w zależności od profilu studiów



Ryc. 2. Stosunek badanych studentów do osób z zaburzeniami psychicznymi – ogółem oraz w zależności od profilu studiów

Jak wynika z danych zawartych w tabeli III, zdecydowana większość badanych była świadkiem negatywnego określania osób z zaburzeniami psychicznymi w ich otoczeniu (72%), a istotnie częściej byli to studenci kierunków ekonomiczno-technicznych ($p<0,05$). Aż 66,7% badanych wskazuje, że są to osoby agresywne, a 79% uznaje, że choroba psychiczna jest chorobą wstydliwą, którą należy ukrywać. Również zdecydowana większość, bo aż 77% uważa, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi są źle przedstawiane w mediach, a 69,7% uznaje, iż chorzy leczeni psychiatrycznie są napiętnowani przez społeczeństwo i częściej byli to studenci profilu biologiczno-humanistycznego (odpowiednio $p<0,001$ i $p<0,01$).

Tab. III. Obraz choroby psychicznej i osoby chorej w opinii badanych studentów – ogółem oraz w zależności od profilu studiów

Opinie	Profil studiów				Ogółem	
	Biol-Hum		Ekon-Tech			
	N	%	N	%	N	%
Określenia osoby chorej w swoim otoczeniu						
Negatywne	79	65,8	138	77,7	216	72,0
Pozytywne	38	31,7	29	16,1	68	22,7
Nie spotkałem się	3	2,5	13	7,2	16	5,3
$\chi^2=14,44 \quad p=0,02 \quad (IS)$						
Chory jako osoba agresywna						
Zawsze	5	4,2	12	6,7	17	5,7
Często	79	65,8	104	57,8	183	61,0
Prawie nigdy	5	4,2	14	7,8	19	6,3
Nie wiem	31	25,8	50	27,8	81	27,0
$p>0,05 \quad (NS)$						
Choroba psychiczna jako choroba wstydliva						
Tak	99	82,5	138	76,7	237	79,0

Nie	14	11,6	24	13,3	38	12,6
Trudno powiedzieć	7	5,8	9	5,0	25	8,3
$p>0,05$ (NS)						
Związek choroby psychicznej z niskim statusem społecznym						
Tak	28	23,4	66	36,6	94	31,4
Nie	67	55,8	84	46,7	151	50,3
Trudno powiedzieć	25	20,8	30	16,7	55	18,3
$\chi^2=13,17$ $p=0,01$ (IS)						
Obraz osoby chorej w mediach						
Pozytywny	15	12,5	54	30,0	69	23,0
Negatywny	105	87,5	126	70,0	231	77,0
$\chi^2=12,45$ $p<0,001$ (IS)						
Napiętnowanie osób chorych przez społeczeństwo						
Tak	97	80,8	112	62,2	209	69,7
Nie	11	9,1	34	18,9	45	15,0
Trudno powiedzieć	12	10,0	34	18,9	46	15,3
$\chi^2=13,23$ $p=0,01$ (IS)						

W tabeli IV przedstawiono opinie badanych studentów na temat przestrzegania wybranych praw obywatelskich w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce. Rozkład wyników wskazuje, iż badani zauważają gorsze traktowanie chorych psychicznie we wszystkich analizowanych zakresach. Najmocniej jednak zaakcentowano ograniczenie prawa do pracy i zatrudnienia (69,3%), i częściej byli to studenci profilu biologiczno-humanistycznego ($p<0,05$) oraz prawo do poszanowania godności osobistej (58,7%).

Tab. IV. Prawa osoby chorej psychicznie w Polsce w opinii badanych studentów – ogółem oraz w zależności od profilu studiów

Opinie oraz w zależności od profilu studiów						
Opinie	Profil studiów				Ogółem	
	Biol-Hum		Ekon-Tech			
	N	%	N	%	N	%
Prawo do pracy i zatrudnienia						
Są traktowani gorzej niż inni	91	75,8	117	65,0	208	69,3
Są traktowani tak samo jak inni	9	7,5	27	15,0	36	12,0
Trudno powiedzieć	20	16,7	36	20,0	56	18,7
	$\chi^2 = 14,44 \quad p = 0,02, IS$					
Prawo do poszanowania godności osobistej						
Są traktowani gorzej niż inni	79	65,8	97	53,9	176	58,7
Są traktowani tak samo jak inni	24	20,0	52	28,9	76	25,3
Trudno powiedzieć	17	14,2	31	17,2	48	16,0
	$p > 0,05; NS$					
Prawo do wykształcenia i edukacji						
Są traktowani gorzej niż inni	49	40,8	54	30	103	34,3
Są traktowani tak samo jak inni	44	36,7	95	52,8	139	46,3

Trudno powiedzieć	27	22,5	31	17,2	58	19,3
	$\chi^2 = 7,53 \quad p < 0,05, \text{ IS}$					
<i>Prawo do ochrony majątku</i>						
Są traktowani gorzej niż inni	46	38,3	51	28,3	97	32,3
Są traktowani tak samo jak inni	41	34,2	85	47,2	126	42,0
Trudno powiedzieć	33	27,5	44	24,5	77	25,7
	$p > 0,05; \text{ NS}$					
<i>Prawo do sprawiedliwego sądu</i>						
Są traktowani gorzej niż inni	48	40,0	58	32,2	106	35,3
Są traktowani tak samo jak inni	40	33,3	87	48,3	127	42,3
Trudno powiedzieć	32	26,7	35	19,5	67	22,3
	$\chi^2 = 6,74 \quad p < 0,05, \text{ IS}$					
<i>Prawo do opieki społecznej</i>						
Są traktowani gorzej niż inni	32	26,7	42	23,3	74	24,7
Są traktowani tak samo jak inni	71	59,1	118	65,6	189	63,0
Trudno powiedzieć	17	14,2	20	11,1	37	12,3
	$p > 0,05; \text{ NS}$					
<i>Prawo do leczenia</i>						
Są traktowani gorzej niż inni	29	24,2	39	21,7	68	22,7
Są traktowani tak samo jak inni	69	57,5	125	69,4	194	64,7
Trudno powiedzieć	22	18,3	16	8,9	38	12,7
	$\chi^2 = 6,86 \quad p < 0,05, \text{ IS}$					

Dyskusja

Zjawisko stygmatyzacji dotyczy problemów medycznych, narodowościowych, a także społecznych i wiąże się z nieakceptującą postawą społeczną. W przypadku choroby psychicznej jest zjawiskiem powszechnym oraz transkulturowym i należy do stygmatów silnie wykluczających społecznie [8]. Konsekwencją stygmatyzacji jest przede wszystkim odrzucenie osób chorych psychicznie przez społeczność [11]. Stara się ich wyłączyć ze środowiska, w którym żyją [17]. Między innymi poprzez wyłączenie z ról społeczno-zawodowych, utrudnianie życia towarzyskiego czy prawa do zawarcia małżeństwa. Konsekwencją jest obniżenie własnej wartości, wzbudzenie u chorego lęku i niskiej samooceny [11].

Stygmatyzowanie i dyskryminacja osób chorych psychicznie w społeczeństwie może wynikać z niewiedzy i panujących fałszywych przekonań i stereotypów. Między innymi uznaje się, że osoby chore psychicznie nie mają szansy na wyleczenie, są wstydlive i kojarzą się z agresją wobec innych. Badania własne wykazały, iż zdecydowana większość studentów (51,3%) uznała, iż nie ma wystarczającej wiedzy na temat problematyki zaburzeń psychicznych i ma potrzebę poszerzenia informacji. Potrzeba ta oraz zainteresowanie

problematyką istotnie częściej dotyczyła studentów profilu biologiczno-humanistycznego ($p < 0,001$).

W niniejszym badaniu aż 66,7% badanych wskazuje, że osoby chore psychicznie są agresywne, a 79% uznaje, że choroba psychiczna jest chorobą wstydliwą, którą należy ukrywać. Tylko 43,7% respondentów stwierdziło, iż osoby chore psychicznie mogą wrócić do pełni zdrowia. W badaniach CBOS-u z 2005 i 2008 roku wskazano na większe szanse na wyzdrowienie (58% i 59% badanych) [18,19]. Według 61% ankietowanych, osoby z zaburzeniami psychicznymi zachowują się agresywnie wobec innych. Znacznie mniejszy odsetek takich opinii, bo 25% odnotowano w badaniu CBOS-u [19], natomiast w badaniach Mazur i wsp. 45% ankietowanych wskazało, iż ludzie chorzy są bardziej agresywni niż ogół społeczeństwa [17].

Badana grupa studentów wskazała, iż ludzie zdrowi przy okazji kontaktu z osobą chorą psychicznie odczuwają najczęściej współczucie (23,3%), zakłopotanie (31%) i strach (19,8%). W badaniach CBOS odnotowano podobne najczęstsze emocje w bezpośrednim kontakcie z osobą psychicznie chorą, jednakże odnotowano je u większej grupy badanych – współczucie (57%), zakłopotanie (52%) i strach (37%). Dodatkowo wskazano na bezradność (38%) [19]. Z kolei badani studenci wobec osoby chorej psychicznie przejawiają najczęściej stosunek życzliwy (33%) i obojętny (27%). Częściej życzliwość deklarują studenci profilu biologiczno-humanistycznego ($p < 0,05$). Według badań EZOP-u życzliwe podejście do chorych ujawnia się u 54% badanych [20], a wg badań CBOS-u z 2008 roku – u 33% badanych [18].

Zdecydowana większość badanych, bo 72% była świadkiem negatywnego określania osób z zaburzeniami psychicznymi w ich otoczeniu, a istotnie częściej byli to studenci kierunków ekonomiczno-technicznych ($p < 0,05$). Badania CBOS-u z 2005 i 2008 roku wskazały kolejno na 60% i 61% obserwacji dotyczących pejoratywnych określeń [19,18].

Rozkład wyników uzyskanych w badaniu własnym wskazuje, iż badani zauważają gorsze traktowanie chorych psychicznie we wszystkich analizowanych obszarach praw obywatelskich. Najmocniej jednak zaakcentowano ograniczenie prawa do pracy i zatrudnienia (69,3%), i częściej byli to studenci profilu biologiczno-humanistycznego ($p < 0,05$) oraz prawo do poszanowania godności osobistej (58,7%). Badania CBOS-u z 2005 roku również wskazują, że chorzy psychicznie są traktowani gorzej w porównaniu do innych, przede wszystkim jeśli mowa o prawie do pracy (83%) oraz poszanowaniu godności osobistej (67%). Wyniki te potwierdzają również badania CBOS-u z 2008 roku. Chorzy psychicznie w Polsce

są odbierani jako grupa strukturalnie dyskryminowana w wielu dziedzinach życia społecznego [18].

Również zdecydowana większość badanych, bo aż 77% uważa, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi są źle przedstawiane w mediach, a 69,7% uznaje, iż chorzy leczeni psychiatrycznie są napiętnowani przez społeczeństwo i częściej byli to studenci profilu biologiczno-humanistycznego (odpowiednio $p < 0,001$ i $p < 0,01$). Analiza piśmiennictwa wskazuje, iż społeczeństwo, pracodawcy, media podtrzymują stereotypowe widzenie zwłaszcza chorych na schizofrenię, jako osób niebezpiecznych, agresywnych i niezdolnych do efektywnej pracy [21].

Postawy wobec osób chorujących psychicznie są źródłem tworzenia psychologicznych, społecznych, prawnych i ekonomicznych barier, wpływając na ich niekorzystne położenie w społeczeństwie [22]. Przeprowadzone badania wśród studentów potwierdzają istnienie silnych pejoratywnych postaw społecznych wobec chorych psychicznie. Wyniki uzyskane w niniejszym badaniu w porównaniu z badaniami dostępnymi w piśmiennictwie wydają się być jednak nieco korzystniejsze. Być może ma to związek z niskim wiekiem badanych, tym bardziej, że spora część grupy (nawet około 30%) w odniesieniu do wielu aspektów nie potrafiła jednoznacznie określić swojego stanowiska. W badaniu przeprowadzonym w Japonii przez Tanakę i wsp. wykazano, że uprzedzenia w stosunku do chorych psychicznie wzrastały wraz z wiekiem [10,11,12]. Znaczenie może mieć również poziom wykształcenia badanych. Negatywny wpływ niskiego wykształcenia na ocenę osób z zaburzeniami psychicznymi podkreślano między innymi w badaniach Magliano [10,11,12].

Wnioski

1. Opinie badanych studentów wskazują na obecność postaw i zachowań stygmatyzacyjnych w społeczeństwie, negatywnych stereotypów oraz ograniczanie praw tej grupy chorych, zwłaszcza w odniesieniu do prawa do pracy i poszanowania godności.
2. Profil studiów w niewielkim zakresie różnicuje opinie studiującej młodzieży, jednakże zauważalna jest większa życzliwość i wrażliwość wobec chorych z zaburzeniami psychicznymi w grupie studentów kierunków biologiczno-humanistycznych niż ekonomiczno-technicznych.

3. Niekorzystna sytuacja chorych z zaburzeniami psychicznymi w społeczeństwie wymaga podejmowania efektywnych rozwiązań destygmatyzacyjnych o charakterze ciągłym i kompleksowym.

Piśmiennictwo

1. Grzywa A.: Oblicza psychozy. Wyd. Czelej, Lublin, 2005.
2. Kiejna A.: Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych: dane z badania EZOP Polska. Warszawa, 2012.
3. Wittchen H.U., Jacobi F.: Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 2005, 15, 357-76.
4. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów. www.mz.gov.pl, data pobrania 21.08.2015.
5. Grigg M., Usher K.: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Problemy i kierunki rozwoju. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Geneva 2009, 4-11.
6. Mueser K.T., Gingerich S.: Życie ze schizofrenią. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań, 2008.
7. Wciórka J.: Psychozy schizofreniczne [w:] *Psychiatria*. A. Bilikiewicz (red.). Wyd./Lek. PZWL, Warszawa, 2004, 270-309.
8. Świtaj P.: Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2008.
9. Wiraszka G., Stępień R., Zdziebło K.: Stygmatyzacja a funkcjonowanie społeczne i niepełnosprawność chorych z zaburzeniami psychicznymi [w:] *Aktywizacja osób z niepełnosprawnością. Wybrane problemy psychospołeczne*. Rutkowska E., Otrębski E.W. (red.). Wyd. T.P. Media, Lublin, 2014, 225- 232.
10. Dyduch A., Grzywa A.: Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. *Pol. Merk. Lek.*, 2009, 26, 263-267.
11. Krupka-Matuszczyk I.: Stygmatyzacja chorych psychicznie [w:] *Strategie promocji zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi. Asystencki model wsparcia osób wykluczonych i nabycie kwalifikacji zawodowych przez osoby zagrożone wykluczeniem współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*. Borecki Ł., Gawor A. (red.). Top Media Mouse, Opole, 2012, 29-38.

12. Michałowska E.: Konieczność, przeznaczenie, fatum – osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi o sobie i swojej chorobie. Analiza postów uczestników psychologicznego forum internetowego. *Przeg. Soc. Jak.*, 2014, 10, 94-115.
13. Kudliński I.: Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań stygmatyzacji ludzi biednych). *Acta Univ. Lodz. Folia Sociol.*, 2011, 38, 51-58.
14. Jarema M.: *Leksykon schizofrenii*. Wydanie Medyczne Termedia, Poznań, 2010.
15. Górniak R.: Wpływ osobistego kontaktu na zmiany postaw względem osób chorujących psychicznie. Praca magisterska. Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2010.
16. Sartorius N., Goebel W., Cleveland H.R. i wsp.: Wytyczne WPA: Jak przeciwdziałać stygmatyzacji psychiatrii i psychiatrów. *Post. Psychiatr. Neurol.*, 2011, 20, 89–104.
17. Gałęcki P., Mazur J., Talarowska M., Ściegienny T.: Wiedza o zaburzeniach psychicznych i nastawienie do ich leczenia wśród studentów – doniesienia wstępne. *Pol. Merk. Lek.*, 2012, 33, 334-337.
18. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2008. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_124_08.PDF, data pobrania 20.02.2016.
19. Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2005. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_118_05.PDF, data pobrania 20.02.2016.
20. Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP. Raport 2012. <http://www.ezop.edu.pl>, data pobrania 10.10.2015.
21. Todryk G.: Sytuacja osób z chorobą psychiczną na rynku pracy. *Curr. Prob. Psychiatr.*, 2011, 12 , 3, 372-374.
22. Kaszyński H., Cechnicki A.: Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie. *Psychiatr. Pol.*, 2011, 45, 1, 45–60

W trosce o dziecko – współpraca pedagogów z pielęgniarkami szkolnymi w zakresie profilaktyki krzywdzenia najmłodszych

Miarka-Lachendro Joanna¹, Łasak Dorota², Ingram Paulina²

1. Katedra i Zakład Epidemiologii, Studium Doktoranckie Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
2. Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych, Studium Doktoranckie Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Wstęp

W roku 2009 policyjne statystyki dotyczące przestępstw w rodzinie wskazywały, iż dotyczą 132 tys. osób, w tym aż 40 tys. dzieci. Jest to liczba dzieci zdiagnozowana [1]. Natomiast, zgodnie z w/w statystykami, w roku 2013 miało miejsce ponad 60 tys. interwencji w ramach podjętej procedury *Niebieskiej Karty*. Te interwencje dotyczyły ok. 90 tys. osób, w tym 20 tys. ofiar to małoletni [2].

Podane dane liczbowe zniekształcają aktualną sytuację dot. przestępczości w środowisku domowym, mianowicie dotyczą jedynie informacji policyjnych, czyli bez danych z działalności innych, upoważnionych do zwalczania przemocy domowej podmiotów pozapolicyjnych. Taka sytuacja wynika z faktu, iż od 2012r., system rejestracji przemocy domowej uległ istotnym zmianom, typu:

- zlikwidowanie ogólnopolskiego systemu zbiorczego rejestracji danych dot. zagadnienia;
- aktualnie, każdy podmiot działający na rzecz ochrony przed przemocą ma obowiązek prowadzić własną rejestrację.

Mając na uwadze, że każde dziecko, które jest uczestnikiem/ świadkiem stosowania przemocy tak naprawdę staje się ofiarą i potrzebuje pomocy, wskaźnik krzywdzenia wydaje się zbyt zaniżony.

Od dnia 23 lutego 2011 roku, czyli wraz z rozpoczęciem działalności Krajowego Partnerstwa na rzecz Ochrony Dzieci Przed Przemocą, nastąpiła zdecydowana poprawa w monitorowaniu zjawiska krzywdzenia najmłodszy. Jest to pierwsza sieć w Polsce skupiająca 20. organizacji z całego kraju, świadczących pomoc dzieciom. Prymatem działania

jest rozpowszechnienie wiedzy i standardów ochrony najmłodszych, co stanowi jądro profilaktyki [3].

Wyższość profilaktyki nad działaniami naprawczymi jest bezdyskusyjna. Profilaktyka sama w sobie, eliminuje ryzyko zaistnienia sytuacji przynoszących szkody. W problematyce krzywdzenia oznacza, że działania profilaktyczne ochraniają dziecko przed przemocą, pozwalają na uniknięcie rozległych skutków krzywdzenia. W sensie globalnym, profilaktyka utożsamiana jest z dużymi oszczędnościami finansowymi każdego państwa, zważywszy na zdecydowanie bardziej kosztowne działania naprawcze, lecznicze.

Wdrożenie wczesnej profilaktyki krzywdzenia dzieci jest szansą na ograniczenie skali złego traktowania najmłodszych. Jest jednocześnie pierwszym krokiem do budowania społeczeństwa wolnego od zaburzeń neurobehawioralnych, będących najczęstszym skutkiem przemocy. Współpraca pielęgniarsko – pedagogiczna jest m.in. jednym z unifikujących ogniw w budowaniu skutecznego systemu profilaktyki krzywdzenia. Szczególnie wartościowe jest reprezentowanie odmiennych środowisk. Umożliwia to spojrzenie na problem danego dziecka z różnych perspektyw, co ułatwia efektywne działanie w przypadku jego krzywdzenia. Te dwie profesje powinny się uzupełniać, przenikać.

Niestety, pomimo XXI w. wciąż rola pielęgniarek, pedagogów i ich wzajemnej współpracy spostrzegana jest przez funkcjonujące stereotypy. Implikacje utrzymywania się takiego stanu rzeczy uderzają bezpośrednio w najmłodszych. By zapobiegać, minimalizować zjawisko krzywdzenia zarówno pedagodzy jak przedstawiciele służb zdrowia powinni być świadomi że: *żaden pojedynczy profesjonalista ani instytucja państwowa nie jest w stanie kompleksowo zareagować na sytuacje krzywdzenia. Stworzenie obszaru współpracy nie tylko łagodzi bariery komunikacyjne między instytucjami, podnosi efektywność pracy oraz społeczne zaufanie do kompetencji instytucji pomagających*” [4].

Współpraca pedagogów i pielęgniarek w świetle badań

Głównym celem badań było wskazanie na prymat współpracy interdyscyplinarnej pedagogów i pielęgniarek szkolnych w budowaniu lokalnego systemu profilaktyki krzywdzenia dzieci. Przygotowanie diagnozy pomoże udoskonalić programy profilaktyki krzywdzenia. Praca ta stanowi humus do przygotowania poradnika dotyczącego profilaktyki krzywdzenia dla studentów pedagogiki, pielęgniarstwa jak również osób zawodowo związanych z dziećmi.

Badaniem objęto 70 studentów II roku pedagogiki, st. niestacjonarnych II st., PEiZ, w latach 2012/2013. Badania prowadzono wśród osób, które powinny posiadać wiedzę dotyczącą *problematyki krzywdzenia najmłodszych*. W badanej grupie, 25 osób sprawowało pieczę nad małoletnimi w związku z wykonywanym zawodem.

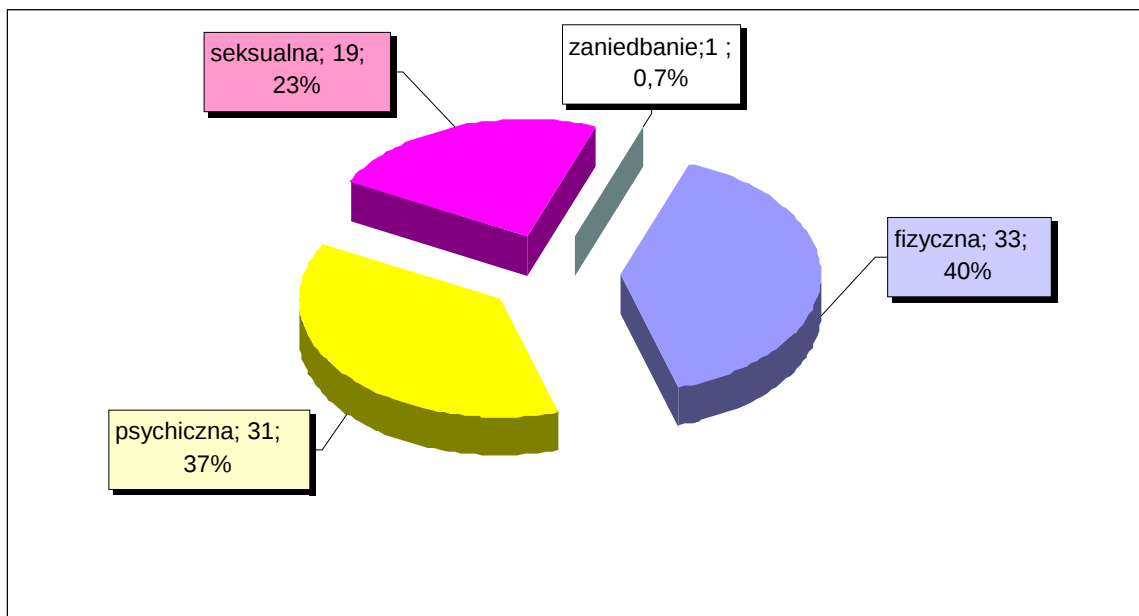
Autorzy badań zastosowali takie metody jak: metoda sondażu diagnostycznego, obserwację bezpośrednią nieuczestniczącą, obserwację pośrednią, wywiad, jak również analizę dokumentów.

Autorzy badania, również zorganizowali studentom seminarium dotyczące opisywanej problematyki. Studenci mogli się swobodnie wypowiadać o współpracy pomiędzy nauczycielami a pielęgniarkami uwzględniając swoje doświadczenia i spostrzeżenia. Mogli też formułować swoje propozycje dotyczące celów, zakresu, metod i form wspomnianej działalności.

W wyniku analizy uzyskanego materiału badawczego, autorzy stworzyli obraz współpracy pedagogów i pielęgniarek szkolnych w kontekście krzywdzenia dzieci. W opinii uczestników badania współpraca pomiędzy kluczowymi resortami w środowisku szkolnym przedstawia się w sposób następujący :

- Aż 24% respondentów uważa, iż pielęgniarka powinna zgłaszać pedagogom podejrzenia o stosowaniu przemocy wobec uczniów. Dla tej grupy badanych pielęgniarska diagnoza jest najistotniejszym elementem w profilaktyce krzywdzenia;
- Tylko 20% badanych zwraca uwagę na potrzebę wymiany spostrzeżeń pomiędzy członkami zespołu interdyscyplinarnego jako warunek efektywnej współpracy. Natomiast 3% respondentów utożsamia współpracę z gotowością pielęgniarki do służenia poradą.
- Natomiast, dla 1% respondentów - podstawową metodą współpracy pielęgniarsko – pedagogicznej jest zorganizowanie naprzemiennych dyżurów pomiędzy pielęgniarką szkolną a nauczycielami.
- 16% badanych w ogóle nie zrozumiało, w jaki sposób współpraca interdyscyplinarna może przekładać się na wzrost ochrony uczniów przed krzywdzeniem. Być może ten fakt wynika z nieznamości tematyki krzywdzenia, co przekłada się na wyniki badań. Mianowicie, wszystkie formy przemocy potrafiła wymienić tylko 1 osoba spośród 70 ankietowanych (Wykres 1.). Ta niewiedza może powodować sytuację, w której dziecko latami będzie skazane na przebywanie w destrukcyjnym środowisku, które odcisnie bolesne piętno na resztę życia.

- 7% badanych uważa, że taka współpraca jest niemożliwa.
- Kolejnym zatrażającym faktem, które jednocześnie puentuje wiedzę respondentów na ten temat było pytanie uczestniczki seminarium: *Czy pielęgniarki w szkole w ogóle funkcjonują?* Pytanie, to padło z ust młodej dziewczyny, która maksymalnie kilku lat wstecz ukończyła edukację w szkole średniej.



Ryc. 1. Wiedza studentów dotycząca podstawowych form przemocy

Tym, co zatraża autorów badania jest fakt, iż zdecydowana większość badanych nie rozumiała na czym polega istota współpracy pedagogiczno-pielęgniarskiej.

Tylko jedna osoba wymieniła dobro dziecka jako cel współpracy interdyscyplinarnej.

Grupa badanych wykazywała ogromne zainteresowanie problematyką zdrowotną i krzywdzenia dzieci oraz chęć poznania tych zjawisk.

Aktywność uczestników, ich liczne pytania, zwracanie się z problemami dotyczącymi zwłaszcza krzywdzenia, ich ogromna wrażliwość na ludzkie cierpienie oraz chęć bycia – w przyszłości dobrym nauczycielem, a obecnie *lepszym człowiekiem* sprawiło, iż można uznać, że przeprowadzone seminarium miało sens.

Jest to niezwykle wyraźny sygnał dla przedstawicieli resortu zdrowia i resortu oświaty, że młodzi ludzie chcą pomagać i będą to robić, jeśli tylko zostaną wyposażeni w odpowiednie narzędzia – wiedzę, umiejętności, wsparcie.

Celowość współpracy pedagogów i pielęgniarek w budowaniu lokalnego systemu profilaktyki krzywdzenia – meritum informacji

Związek pomiędzy zdrowiem a edukacją znany jest od bardzo dawna i udokumentowany w licznych badaniach z zakresu higieny szkolnej. Szkoła od ponad 100 lat, to nie tylko miejsce pracy nauczycieli, ale również lekarzy, a następnie higienistek i pielęgniarek. Mając to na uwadze, szczególnie zaskakuje fakt, że obecnie, współpraca resortu zdrowia i oświaty w zakresie profilaktyki krzywdzenia jest na drastycznie niskim poziomie, co może skutkować licznymi, negatywnymi konsekwencjami biopsychospołecznymi dla dziecka.

Lokalny system profilaktyki krzywdzenia bazuje na współpracy pomiędzy instytucjami działającymi na rzecz rodzin w ich środowisku lokalnymi. Każde działania profilaktyczne są realizowane na trzech poziomach. W zakresie działania pracowników szkolnych, profilaktyka występuje na trzech poziomach:

1. Profilaktyka pierwszorzędowa – adresowana do wszystkich uczniów i ich rodzin
2. Profilaktyka drugorzędowa - obejmująca rodziny o podwyższonym ryzyku krzywdzenia, lecz w której nie doszło jeszcze do aktu przemocy. Na tym poziomie, każda osoba mająca kontakt z dzieckiem, powinna być bardziej uwrażliwiona na sygnały krzywdzenia.
3. Profilaktyka trzeciorzędowa – dotycząca tych rodzin, w których doszło do krzywdzenia. W tym przypadku cel podejmowanych działań przez m.in. pedagogów, pielęgniarki polega na łagodzeniu skutków krzywdzenia, niedopuszczeniu do ponownego ich zaistnienia w przyszłości [5].

Kluczowym celem współpracy przedstawicieli służb interwencyjnych, w tym przypadku pedagogów i pielęgniarek jest zapobiegnięcie krzywdzeniu dzieci.

Jest to możliwe wówczas, gdy pracownicy szkolni posiadają umiejętności sfery poznawczej, psychomotorycznej i afektywnej tj.:

- wiedzę o rodzajach *domestic violence*,
- znajomość i umiejętność rozpoznawania czynników ryzyka krzywdzenia,
- umiejętność oceny stanu biopsychospołecznego podopiecznego, rozpoznanie sytuacji zagrożenia zdrowia/życia i natychmiastowego, adekwatnego do sytuacji zareagowania;

- umiejętność pokierowania rozwojem dziecka, poprzez właściwą współpracę z profesjonalistami interdyscyplinarnymi,
- obowiązkowość, sumienność, odpowiedzialność, świadomość, empatyczność w podejmowaniu działań profilaktycznych *„Nie jest możliwe podjęcie jakichkolwiek działań przeciwdziałających krzywdzeniu podopiecznych jeśli nie zostaną spełnione powyższe warunki. Kluczem do skutecznych działań w obszarze profilaktyki jest sprecyzowane rozpoznanie pedagogiczno-pielęgniarskie dotyczące aktualnej sytuacji życiowej dziecka i wpływie jego interakcji społecznych na obecny stan biopsychospołeczny. Po zebraniu stosownych informacji zarówno przez pielęgniarkę i pedagoga, następuje etap wspólnego postawienia diagnozy pielęgniarsko-pedagogicznej”* [6].

Stanowi to punkt odniesienia dla umiejętnej pomocy dziecku na każdym poziomie profilaktyki. Diagnoza jest niezwykle istotna, ponieważ nie ogranicza się jedynie do sprawdzenia i oceny stanu (zdrowotnego, poznawczego itp.) dziecka, ale również podejmują próby wyjaśnienia przyczyn (genezę) tego stanu i przewidywanie rozwoju, osiągnięć (prognozę). Traktuje się osobę w sposób podmiotowy. Przeszłość (indywidualna historia dziecka) jest podstawą interpretacji obecnego stanu neurobehawioralnego np. przyczyn autodestrukcyjnego zachowania podopiecznego można upatrywać zarówno w zaburzeniach neurotransmiterów, zaburzeniach organicznych, nieumiejętnym wychowaniu dziecka z FAS/FAE itp.

Współdziałanie pedagogów i pielęgniarek umożliwia wdrożenie profilaktyki przeciwdziałania krzywdzeniu dziecka poprzez następujące działania [7]:

1. Rychłe wykrycie czynników ryzyka krzywdzenia dziecka zanim dojdzie do pojawienia się jego aktów;
2. Szybkie zapewnienie pomocy dziecku w sytuacji krzywdzenia;
3. Zminimalizowanie konsekwencji przemocy poprzez objęcie dziecka opieką interdyscyplinarną.
4. Poprawę sposobów udzielania pomocy dzieciom krzywdzonym i ich rodzicom.
5. Umiejętność szybkiego rozpoznawania zjawiska krzywdzenia, jego form oraz objawów, co jest warunkiem sine qua non w udzielaniu pomocy najmłodszemu.

W opiece nad każdym dzieckiem jego opiekun powinien być zarówno *paidagogos*, jak i pielęgniarką.

Posiadanie wiedzy, umiejętności z tych dwóch przenikających się dyscyplin naukowych jest warunkiem pomocy dziecku.

Wzajemna współpraca pedagogiczno-pielęgniarska jest nieodzownym elementem w przeciwdziałaniu krzywdzeniu najmłodszych.

Czynniki zakłócające proces współpracy interdyscyplinarnej - zagrożeniem dla dzieci

Badania przeprowadzone przez zakład Medycyny Szkolnej potwierdzają, że współpraca pielęgniarsko – pedagogiczna nie jest zadowalająca [8]. Natomiast analiza badań własnych wskazuje wręcz na tragizm obrazu rzeczywistości.

Na taką sytuację z pewnością ma wpływ wiele czynników takich jak:

1. Zbyt powolne przełamywanie stereotypowego wizerunku pielęgniarki.

Wśród „ciała pedagogicznego” wciąż panuje przekonanie, że pielęgniarka jest osobą, której obowiązki i kompetencje ograniczają się do wiedzy i udzielania pomocy stricte medycznej i to tylko w nagłych urazach, zachorowaniach (Tabela I.)

Tab.I. Wzajemne oczekiwania – opinie przedstawicieli resortu edukacji i resortu zdrowia [9]

Oczekiwania dyrekcji i nauczycieli wobec pielęgniarki lub higienistki szkolnej	Oczekiwania pielęgniarki i higienistki szkolnej od dyrekcji szkoły i nauczycieli
• Udzielania pierwszej pomocy, opieki nad chorym w szkole • Dokonywania przeglądów higieny osobistej uczniów • Przekazywanie informacji o stanie zdrowia i higieny uczniów, higieny środowiska szkolnego • Wykonywanie szczepień ochronnych • <i>Udział w planowaniu, realizacji ewaluacji edukacji zdrowotnej oraz programów profilaktyki i promocji zdrowia; prowadzenia edukacji zdrowotnej pracowników i rodziców</i> • Obecność w czasie trwania pracy szkoły, informacji o harmonogramie i organizacji swojej pracy • <i>Współpracy z radą pedagogiczną, dyrekcją, pedagogiem, nauczycielami, innymi pracownikami szkoły</i>	• Zrozumienia zadań pielęgniarki lub higienistki szkolnej i pomocy w ich realizacji • Akceptacji, uznania kompetencji pielęgniarki do samodzielnego wykonywania zadań i autonomii w organizacji pracy; dostrzegania i doceniania korzyści z jej pracy • <i>Uznania pielęgniarki/ higienistki szkolnej za partnera w planowaniu, realizacji i ewaluacji programów: edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia</i> • Zapewnienie warunków do pracy • <i>Zapraszania do udziału w posiedzeniach rady pedagogicznej, zebraniach rodziców</i> • Umożliwienia udziału w wewnątrz szkolnym doskonaleniu nauczycieli • <i>Dobrego przepływu informacji między pielęgniarką/ higienistką szkolną a dyrekcją i nauczycielami</i>

Stosunkowo rzadko pielęgniarki szkolne traktowane są jako współpracownicy, osoby kompetentne do merytorycznego i praktycznego wsparcia kadry pedagogicznej (Tabela I.). Nazbyt często, pielęgniarki błędnie spostrzegane są, jako osoby nie posiadające kompetencji pedagogicznych, co implikuje nieuwzględnianie ich w procesie kształcenia, wychowania i opieki pedagogicznej. Jest to inkongruencja, zważywszy, że interdyscyplinarność w profilaktyce krzywdzenia ma kluczowe znaczenie. Brak takich relacji wpływa negatywnie na budowanie środowiska szkolnego, lokalnego, społecznego, sprzyjającego profilaktyce i przeciwdziałaniu krzywdzenia najmłodszych. Ustalenie właściwej roli pielęgniarki lub higienistki szkolnej nabiera dodatkowego znaczenia zważywszy, że może ona zaoferować dyrekcji szkoły i nauczycielom ogromną wiedzę w zakresie profilaktyki, diagnostyki, jak również postępowania w przypadku przemocy i radzenia sobie z jej konsekwencjami (Tabela II.).

Tab. II Oferta działań przedstawicieli resortu zdrowia dla szkolnictwa .
Opracowanie autorskie w oparciu o materiały Zakładu Medycyny Szkolnej [10]

Wykaz działań pielęgniarki szkolnej lub higienistki Jakie może zaproponować dyrekcji szkoły i nauczycielom
Rozpoznawanie problemów zdrowotnych, społecznych i szkolnych uczniów oraz pomoc w ich rozwiązywaniu a) Problemy zdrowotne: ➤ Wypadki, urazy zatrucia; ➤ Próchnica zębów i chorób przyzębia ➤ Problemy zdrowia psychospołecznego ➤ Choroby przewlekłe i niepełnosprawność ➤ Inne problemy zdrowotne : zaburzenia narządów zmysłu – wzroku, słuchu, mowy; zaburzenia wzrastania i dojrzewania; otyłość; zaburzenia układu ruchu b) Problemy społeczne ➤ Stosowanie diet odchudzających, często niedoborowych ➤ Przyjmowanie sterydów i innych środków anabolicznych ➤ Cięża młodocianych, choroby zakaźne ➤ Problemy szkolne : ○ Pomoc w przystosowaniu się uczniów do szkoły, ○ Pomoc w diagnozowaniu trudności w uczeniu będące następstwem uszkodzenia o.u.n, stosowania przemocy wobec dziecka, ○ Rozpoznawanie, zwalczanie form przemocy : uczeń – uczeń, uczeń – nauczyciel, uczeń – rodzina, uczeń – rówieśnicy, ○ Rozpoznawanie problemów zdrowotnych, społecznych, szkolnych uczniów.

2. Deficyt w zakresie współdziałania w relacji nauczyciel – pielęgniarka.

Umiejętność budowania dialogu pomiędzy nauczycielami a pielęgniarkami –

zważywszy na stereotypowe podejście do zawodu jest najtrudniejszym ale również najważniejszym elementem budowania systemu profilaktyki krzywdzenia.

3. Błędna interakcja pomiędzy nauczyciel – nauczyciel.

Zdaniem Nalaskowskiego [11], szkoła odległa jest od świadomości celu własnego istnienia a pracujący w niej nauczyciele nie stanowią grupy zgodnych współpracowników.

Deficyt w zakresie współpracy interdyscyplinarnej ma swoje źródło już na płaszczyźnie komunikowania się między nauczycielami. Jak podaje literatura na taką sytuację pośrednio mają wpływ : wypalenie zawodowe, rywalizacja, brak współpracy między nauczycielami, zawiść o przywileje i gratyfikacje, autorytarny styl rządzenia szkołą przez dyrektora, brak wymiany informacji, brak wzajemnego wsparcia w trudnych sytuacjach wychowawczych [12].

4. Interakcja nauczyciel – uczeń, pielęgniarka- uczeń

Z analizy wypowiedzi studentów wynika że relacje nauczycielsko – uczniowskie są dalekie od ideału. Korelowały one z wynikami badań międzynarodowych PISA (Program Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów), według których aż 68% negatywnie ocenia swoich nauczycieli [13]. Ponad połowa nastolatków uważa, że kadra pedagogiczna nie interesuje się nimi, nie są skłonni ich wysłuchać, czy znaleźć czas na rozmowę. Aż 30-40% uczniów nie otrzymuje od nauczycieli wymaganej pomocy. Nie dziwi więc, że tylko 10% uczniów poprosiłoby nauczycieli o pomoc w sytuacji zaistnienia problemu [13]. Taki obraz współczesnej szkoły musi, powinien niepokoić.

Zdaniem studentów zdecydowanie korzystniej przedstawia się sytuacja zaufania uczniowskiego względem pielęgniarek. Działa tu choćby „magia białego fartucha” i tajemnica zawodowa obowiązująca pielęgniarki [14]. Z analizy wypowiedzi pielęgniarek pracujących z dziećmi i młodzieżą szkolną wynika, że dość często uczniowie przychodzą do gabinetu, by porozmawiać o trudnościach, problemach, które niejednokrotnie związane są z zachowaniami, sytuacjami krzywdzącymi.

5. Potrzeba kształcenia w zakresie roli współpracy i profilaktyki krzywdzenia najmłodszych na każdym poziomie edukacji.

Analiza wyników przeprowadzonych badań [15] wykazała, że głównym źródłem pozyskiwania informacji o zagrożeniach wobec krzywdzonych dzieci jest dla studentów

pedagogiki Internet (21%) i media elektroniczne(20%) a nie szkoła średnia (11%), czy też studia (7%).

Ten fakt wskazuje na znaczne zaniedbania resortu zdrowia i oświaty w edukowaniu na wszystkich poziomach kształcenia. Jest to inkongruencja zważywszy na ogromną skalę światowego zjawiska stosowania przemocy wobec najmłodszych, jak również na liczne kampanie społeczne prowadzone w kraju i na świecie dotyczące tej problematyki.

Państwo, religia bądź obowiązujące międzynarodowe dokumenty nie są w stanie ochronić dziecko przed krzywdzeniem. Wyczulenie rodziców, opiekunów, nauczycieli, pedagogów na współczesne problemy, zagrożenia jest priorytetem w zatrzymaniu maszyny dehumanizującej postawy młodych ludzi. Najważniejszym elementem na zredukowanie/zniwelowanie zagrożeń jest edukacja społeczeństwa. Również umiejętność współpracy interdyscyplinarnej jest ogromnie ważnym ogniwem w profilaktyce zjawisk patologizujących rozwój dziecka.

Wnioski

Opisane, choć fragmentarycznie, zjawiska wskazują na potrzebę przygotowania studentów – przyszłych pedagogów do współpracy z pielęgniarkami w zakresie profilaktyki krzywdzenia. Powinna ona obejmować między innymi:

1. Diagnostykę sytuacji zdrowotnej dzieci.

Przygotowanie pielęgniarskie jest szczególnie pomocne w procesie diagnozowania sytuacji zdrowotnej dzieci. Znajomość norm rozwojowych i ich odchyleń, patomechanizmów powstawania dysfunkcji zdrowotnych, jak również prawidłowa analiza uzyskanych informacji – wyznacza sposób podejścia do dziecka, kierowania jego rozwojem.

2. Diagnostykę zagrożeń zdrowotnych, społecznych i edukacyjnych dzieci.

Pielęgniarstwo jest dziedziną nauki, która łączy w sobie wiele dyscyplin m.in. filozofię, pedagogikę, medycynę. Pozwala to spojrzeć na dziecko w sposób holistyczny.

Mnogość i głębokość poszczególnych dysfunkcji zdrowotnych ewaluują w liczne, negatywne zjawiska społeczne. U źródeł takiego stanu rzeczy znajduje się postawienie niepełnej lub nieprawidłowej diagnozy, bądź jej brak u dziecka zaburzonego neurobehawioralnie. Tylko poznanie i zrozumienie przyczyn dysfunkcji u dziecka pozwoli na prawidłowe prowadzenie jego rozwojem.

3. Diagnostykę dysfunkcji zdrowotnych (zarówno zdrowia fizycznego jak i psychicznego).

Korzystanie z wiedzy, umiejętności pielęgniarskich jest cenne jeśli chodzi o rozpoznawanie dysfunkcji zdrowotnych. Poznanie źródeł zaburzeń, pewnych podstawowych patomechanizmów ich powstawania pozwoli na zwalczanie, minimalizowanie objawów.

4. Wspólne opracowywanie i realizowanie programów wychowawczo-terapeutycznych, programów stymulujących rozwój dziecka.

5. Wspólną ocenę efektów wychowania i działań terapeutycznych.

Należy sądzić, że lepsza współpraca pomiędzy pielęgniarkami i pedagogami może znacznie usprawnić działania obu tych profesji, nie wymaga to dużych nakładów finansowych czy istotnych zmian prawnych i organizacyjnych potrzebna jest jedynie zmiana w kształceniu pedagogów i pielęgniarek oraz zmiana mentalności obu tych profesji.

Piśmiennictwo

1. Polska sieć ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Niebieska Linia, Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, 2011 www.niebieskalinia.pl/newsy.php?id=3206, data pobrania 1.04.2016
2. Statystyka policyjna dotycząca przemocy domowej w Polsce <http://statystyka.policja.pl/st>, data pobrania 05.12.2014.
3. Polska sieć ochrony dzieci przed krzywdzeniem, dz. cyt.
4. Interdyscyplinarna pomoc dzieciom krzywdzonym, 2008. Fundacja Dzieci Niczyje, 2008, <http://www.pomagajmyrazem.pl/page.php?PID=49>, data pobrania 1.04.2016
5. Izdebska A., Lewandowska K.: Jak budować lokalny system profilaktyki krzywdzenia małych dzieci? [w:] Dziecko krzywdzone, Teoria Badania Praktyka. Wyd. Fundacji Dzieci Niczyje, Warszawa 2009, 12-47.
6. Kawczyńska Butrym Z.: Diagnoza pielęgniarska. Zagadnienia Ogólne [w:] Diagnoza pielęgniarska, Kawczyńska-Butrym Z., PZWL, Warszawa, 1999, .9- 41.
7. Współpraca interdyscyplinarna w przeciwdziałaniu krzywdzeniu dziecka [w:] Gdy podejrzewasz, że dziecko jest krzywdzone, Fundacja Dzieci Niczyje, 2008.

8. Oblaciński A., Ostrega W.: Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej. Poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej. Warszawa, 2003.
9. Wojnarowska W., Małkowska A., Pultorak M., Sokolowska M.: Współdziałanie pracowników szkoły i pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa, 2003.
10. Oblacińska A.: Dziecko krzywdzone [w:] Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej, Oblacińska A., Osteega W. (red.), Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa, 2003, 167-175.
11. Nałaskowski A.: Szkoła jako zorganizowane zaprzeczenie przekonaniu o niepowtarzalności człowieka [w:] Wychowanie na rozdrożu. Profesjonalistyczna filozofia wychowania, Adamski F. (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 1999, 36-37.
12. Sokolowska M.: Środowisko społeczne szkoły [W:] Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych [CD-ROM], Banach M., Gierat W. T. (red.), Kraków, 2010.
13. Majerek B.: Zjawisko niechęci w świetle badań międzynarodowych [w:] Z zagadnień profilaktyki zagrożeń społecznych [CD-ROM], Banach M., Gierat W. T. (red.), Kraków, 2010.
14. Ranking zaufania, 2011,on-line: 2011, data pobrania 16.05.2011.
15. Kłapa W., Miarka J., Badania własne, 2010.

SPIS TREŚCI

ETYKA, HUMANIZM, MEDYCYN

Breczko Jacek: Główne filozoficzne sposoby radzenia sobie ze śmiercią.....	10-27
Leśniewski Krzysztof: Jak przezwyciężyć lęk przed śmiercią? Propozycje filozoficzne i wskazania teologiczne.....	28-38
Sojka Jerzy: Etyczne rozważania wobec końca życia. Dyskusja w polskich Kościołach ewangelickich po 1989 roku.....	39-50
Rygorowicz Ewa, Guzowski Andrzej, Krajewska-Kulak Elżbieta, Grassmann Magdalena: Potrzeby duchowe chorych.....	51-61
Lankau Agnieszka, Krajewska-Kulak Elżbieta, Wrońska Irena: Wpływ przekonań religijnych pielęgniarki na sprawowanie przez nie funkcji zawodowych	62-76
Gawłów-Nowak Lilianna, Wawros Karina, Mroczkowska Renata, Ptaszek Gabriela, Graf Lucyna, Śleziona Mariola, Stolecka Barabra, Karczewska Olimpia, Sternik Anna: Krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzania ustania czynności mózgu.....	77-86
Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Ptaszek Gabriela, Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Mroczkowska Renata, Stolecka Barbara: Ewolucja definicji śmierci i kryteriów orzekania śmierci mózgu w Polsce i na świecie.....	87-101
Ptaszek Gabriela, Stolecka Barbara, Mroczkowska Renata, Graf Lucyna, Śleziona Mariola, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Karczewska Olimpia, Sternik Anna: Transplantacja – nadzieja na nowe życie.....	102-112
Boratyński Wojciech, Mularczyk Paulina, Rzędzian Joanna, Olejniczak Dominik: Stosunek przedstawicieli różnych religii do transplantacji	113-130
Sternik Anna, Karczewska Olimpia, Sejboth Justyna, Wawros Karina, Ptaszek Gabriela, Śleziona Mariola, Graf Lucyna, Mroczkowska Renata, Gawłów-Nowak Liliana, Stolecka Barbara: Wewnątrzmaciczna śmierć płodu – aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego.....	131-142
Graf Lucyna, Śleziona Mariola, Stolecka Barbara, Ptaszek Gabriela, Mroczkowska Renata, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Sternik Anna, Karczewska Olimpia: Wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych.....	143-152
Klimaszewska Krystyna, Baranowska Anna, Jankowiak Barbara, Rolka Hanna, Kowalewska Beata: Etyczne aspekty eutanazji.....	153-165
Marcysiak Malgorzata, Pilitowski Andrzej, Ostrowska Bożena, Wiśniewska Ewa, Zagroba Malgorzata, Marcysiak Miłosz: Postawy pielęgniarek wobec eutanazji.....	166-187

PROBLEMY OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

Zabielski Józef Ks.: Posługa duszpasterska w opiece paliatywno-hospicyjnej, jako świadectwo chrześcijańskiego miłosierdzia.....	188-198
Ks. Borys Mariusz: Rola duszpasterza w opiece paliatywnej i szpitalnej-uwarunkowania i zadania posługi duszpasterskiej.....	199-214
Bomber Kamil K., Komarnicka-Jędrzejewska Olga, Ochotny Piotr: Metody i formy duszpasterskiego towarzyszenia w żałobie.....	215-225
Zdziebło Kazimiera, Stępień Renata, Wiraszka Grażyna, Kaptur Anna: Problemy i oczekiwania chorych umierających i ich rodzin.....	226-239
Gnus Jan, Blok Katarzyna, Gonet Martyna, Kasperczał Michał, Pfanhauser Monika, Winter Paweł, Antczykowski Maurycy, Hącia Paulina, Hauser Willy, Paprocka-Borowicz Małgorzata: Opieka paliatywna w pediatrii.....	240-253
Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena: Rzeczywistość szpitalna bliskich pacjenta głęboko nieprzytomnego.....	254-262
Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Mroczkowska Renata, Ptaszek Gabriela, Graf Lucyna, Ślężona Maryla, Stolecka Barbara, Karczewska Olimpia, Sternik Anna: Śmierć pacjenta na bloku operacyjnym - porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezjologicznej.....	263-273
Kupcewicz Ewa, Tołoczko Aleksandra: Analiza poczucia satysfakcji z życia kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi.....	274-284
Śliwowska Marta, Bitiucka Dorota, Szypulska Marzena, Sierżantowicz Regina: Profilaktyka zakażeń dróg oddechowych u pacjentów leczonych na oddziałach chirurgii onkologicznej.....	285-292
Gnus Jan, Podlaska Paulina, Maślanka Paulina, Gonet Martyna, Blok Katarzyna, Winter Paweł, Dziewiszek Małgorzata, Hącia Paulina, Kuciel-Lewandowska Jadwiga, Paprocka-Borowicz Małgorzata: Problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.....	293-301
Gnus Jan, Gonet Martyna, Blok Katarzyna, Kasperczał Michał, Winter Paweł, Ferenc Stanisław, Hącia Paulina, Dziewiszek Małgorzata, Dorna Krzysztof, Paprocka-Borowicz Małgorzata: Znaczenie rehabilitacji u kobiet z rakiem piersi.....	302-317
Franek Grażyna, Miodońska Elżbieta, Leszczyńska Katarzyna, Nowak-Kapusta Zofia, Irzyniec Tomasz: Ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych.....	318-328
Lelonek Barbara, Kowalczyk-Sroka Bogumiła: Poziom lęku a stopień akceptacji choroby nowotworowej.....	329-344
Sejboth Justyna, Gurowiec Piotr, Karczewska Olimpia, Sternik Anna, Wawros Karina, Gawłów-Nowak Lilianna, Mroczkowska Renata, Ptaszek Gabriela, Ślężona Mariola, Graf Lucyna, Stolecka Barbara: Pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych.....	345-350
Kowalewska Beata, Konopko Edyta, Rolka Hanna, Łagoda Katarzyna, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Kowalczuk Krystyna,	

Krajewska – Kulak Elżbieta, Kondzior Dorota: Pacjent z ostrą białaczką szpikową – studium przypadku.....	351-370
Harasim-Piszczałowska Emilia: Żałoba w rodzinie pacjenta lekarza rodzinnego.....	371-381

TANATOEDUKACJA

Rygorowicz Ewa, Guzowski Andrzej, Krajewska-Kulak Elżbieta, Grassmann Magdalena: Postawy ludzi wobec śmierci.....	382-391
Zalewski Grzegorz, Dziadel Agnieszka, Walejewska-Iwaszko Krystyna: Przyczyny upadku Imperium Inków z uwzględnieniem kontekstu religijnego i stosunku do śmierci.....	392-405
Dobińska Żaneta, Lisiak Henryk: Podróż przez „zamek wewnętrzny” jako mistyczna droga ku czystemu poznaniu w ujęciu św. Teresy z Avila.....	406-411
Gnus Jan, Maślanka Paulina, Antczykowski Maurycy, Kasperczak Michał, Ferenc Stanisław, Pfanhauser Monika, Podlaska Paulina, Uruska Paulina, Kuciel-Lewandowska Jadwiga, Paprocka-Borowicz Małgorzata: Śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców.....	412-433
Graf Lucyna, Ślężona Mariola, Stolecka Barbara, Ptaszek Gabriela, Mroczkowska Renata, Wawros Karina, Gawłowski - Nowak Lilianna, Sternik Anna, Karczewska Olimpia: Fenomen tanatoturystyki.....	434-442
Lankau Agnieszka, Krajewska-Kulak Elżbieta, Wrońska Irena: Oczekiwania studentów pielęgniarstwa i pielęgniarzek wobec nauczania wielokulturowości i treści religijno-etycznych.....	443-455
Wiśniewska Paulina: Śmierć w pracy. Obraz śmiertelnych skutków nieprzestrzegania zasad BHP.....	456-472

ŚMIERĆ SPOŁECZNA

Krajewska-Kulak Elżbieta, Chadzopuła Antygoni, Cybulski Mateusz, Łukaszuk Cecylia, Trusewicz Zygmunt: Podejście do starości na przestrzeni wieków i w różnych kulturach.....	473-502
Komarnicka-Jędrzejewska Olga, Jędrzejewski Wit, Kowalewska Inga, Bomber Kamil, Ochotny Piotr: Akceptacja społeczna kobiet po poronieniu.....	503-509
Dembna Iwona, Burak Anna, Ferenc Andrzej, Tlappa Jacek: Senior w polskim systemie ratownictwa medycznego - podeszły wiek jako czynnik warunkujący dyskryminację.....	510-529
Dąbska Olga, Pawlikowska-Łagód Katarzyna, Barańska Agnieszka: Zapobieganie społecznej śmierci osób starszych – o Uniwersytetach Trzeciego Wieku w aktywizacji społecznej seniorów.....	530-541

Łukaszuk Cecylia R., Perkowska Marlena, Krajewska-Kulak Elżbieta: Analiza czynników ryzyka samobójstw popełnianych w województwie podlaskim.....	542-558
Burdziak Konrad: Status samobójstw popełnianych przez więźniów w zakładach karnych na gruncie polskich regulacji prawnych.....	559-569
Gnus Jan, Hącia Paulina, Dorna Krzysztof, Sebzda Tadeusz, Dawidczyk Piotr, Dziewiszek Małgorzata, Gnus Emilia, Olejarczyk Dorota, Lang Wojciech, Paprocka-Borowicz Małgorzata: Nikt nie usłyszy Twojego krzyku, czyli samobójstwo w dzisiejszym świecie.....	570-578
Doroszkievicz Małgorzata: Społeczne i zdrowotne skutki bezrobocia.....	579-591
Zawadzka Anna, Rajczuk Katarzyna: Nagła głuchota a śmierć społeczna.....	592-603
Kowalczuk Krystyna, Kondzior Dorota, Baranowska Anna, Rolka Hanna, Krajewska – Kulak Elżbieta, Lewko Jolanta: Poruszanie się osób niewidomych i słabo widzących w przestrzeni publicznej.....	604-613

ZADANIA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA W ZWALCZANIU DYSKRYMINACJI, STYGMATYZACJI, AGRESJI I UZALEŻNIEŃ

Jankowiak Barbara, Żabiuk Monika, Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Baranowska Anna, Krajewska – Kulak Elżbieta: Postrzeganie osób chorych psychicznie przez osoby dorosłe.....	614-630
Ślezione Mariola, Graf Lucyna, Mroczkowska Renata, Ptaszek Gabriela, Stolecka Barbara, Wawros Karina, Gawłów – Nowak Lilianna, Karczewska Olimpia, Sternik Anna: HIV przepustką do samotności – zapobieganie stygmatyzacji osób chorych, poprzez kreowanie świadomości społecznej.....	631-640
Wiraszka Grażyna, Cymerman Monika, Stępień Renata, Zdziebło Kazimiera: Zjawisko stygmatyzacji społecznej wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w opiniach młodzieży studiującej.....	641-651
Miarka- Lachendro Joanna, Łasak Dorota, Ingram Paulina: W trosce o dziecko – współpraca pedagogów z pielęgniarkami szkolnymi w zakresie profilaktyki krzywdzenia najmłodszych.....	652-663

ISBN - 978-83-937785-9-1